

ԵՐԵՎԱՆԻ ՄԻԽԹԱՐ ՀԵՐԱՅՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՆՈՐԱՅՐ ՆՎԵՐԻ ՂՈՒԿԱՍՅԱՆ

ԿԵՍԱՐՅԱՆ ՀԱՏՈՒՄՆԵՐԻ ԵՎ ՊԵՐԻՆԱՏԱԼ ԿՈՐՈՒՍՏՆԵՐԻ ՆՎԱԶԵՑՄԱՆ,
ԾՆՆԴԿԱՆՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ ՈՐԱԿԻ ԲԱՐԵԼԱՎՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ
ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ

ԺԴ.00.01 «Մանկաբարձություն և գինեկոլոգիա»

Բժշկական գիտությունների դոկտորի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ 2026

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГЕРАЦИ

ГУКАСЯН НОРАЙР НВЕРОВИЧ

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ
ПОТЕРЬ, УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОЖЕНИЦ В РЕСПУБЛИКЕ
АРМЕНИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

Диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

14.00.01 – «Акушерство и гинекология»

ЕРЕВАН 2026

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնի գիտական խորհրդի նիստում (2021թ. 04 մայիսի, արձանագրություն թիվ 3)

**Գիտական խորհրդատու՝
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝**

բ.գ.դ., պրոֆեսոր Գ.Գ. Օկուն
բ.գ.դ., պրոֆեսոր Գ.Ա. Զիլավյան
բ.գ.դ. Կ.Հ. Թոխունց
բ.գ.դ. Ա.Դ. Խուրադերյան
«Բեգլարյան» բժշկական կենտրոն

Առաջատար կազմակերպության՝

Ատենախոսության պաշտպանությունը կկայանա 2026թ. նոյեմբերի 6-ին ժամը 15⁰⁰ -ին Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանին կից գործող 061 «Մանկաբարձագինեկոլոգիայի և ուռուցքաբանության» մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ, 0025, ք. Երևան, Կորյունի 2)

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքվել է 2026թ. հոկտեմբերի 2 -ին:

Մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար՝



պրոֆ. Ս.Ս. Ավագյան

Тема диссертации утверждена на заседании учёного совета
Научно-исследовательского центра охраны здоровья матери и ребёнка
(4 мая 2021 года, протокол № 3)

Научный консультант:

д.м.н., профессор Г.Г.Окоев

Официальные оппоненты:

д.м.н., профессор Г.А. Джилавян

д.м.н. К.А. Тохунц

д.м.н. А.Д. Худавердян

Ведущая организация:

Медицинский центр «Бегларян»

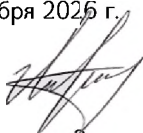
Защита диссертации состоится 6-ого ноября 2026г. в 15⁰⁰ на заседании специализированного Совета 061 по «Акушерству, гинекологии и онкологии», при Ереванском государственном медицинском университете им. М. Гераци (РА, 0025, г. Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ереванского государственного медицинского университета имени М. Гераци.

Автореферат разослан 2-ого октября 2026 г.

Ученый секретарь

специализированного совета



проф. Т.Г. Авакян

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Թեմայի արդիականությունը

Մայրական և պերինատալ հիվանդացության ու մահացության նվազեցումը ժամանակակից մանկաբարձության կարևորագույն խնդիրներից է: Այս խնդիրների արդյունավետ լուծման համար առաջնային է ուսցիոնալ, գիտականորեն հիմնավորված գործելակերպի մշակումն ու ներդրումը՝ հիմնված հղիների առողջական վիճակի, սոցիալ-տնտեսական գործոնների և բժշկական ցուցումների վրա (Betrán AP, et al., 2021, World Health Organization. Maternal mortality fact sheet, WHO, 2025, Thomaidi S., et al., 2025):

Վերջին տասնամյակներում կեսարյան հատումը (ԿՀ) հանդիսացել է մայրական և պերինատալ մահացության նվազեցման կարևոր միջոց: Սակայն ինչպես զարգացած, այնպես էլ զարգացող երկրներում արձանագրվում է ԿՀ-ի ցուցանիշների շարունակական աճ՝ առանց մահացության համարժեք նվազման (WHO. Statement on Caesarean Section Rates (FAQ/analysis). 2021; Riches J., et al., 2024; Alonso-Colón M., Pérez-Gómez B., Ramis R., 2025): ԱՀԿ-ն դեռևս 1985թ. սահմանել է ԿՀ-ի մակարդակը՝ 10–15% սահմաններում՝ ընդգծելով, որ գերազանցումը հաճախ չունի բավարար կլինիկական հիմնավորում (Thomaidi S., et al., 2025; Malik S., et al., 2025):

Գոյություն չունի վիճակագրորեն ապացուցված կապ ԿՀ-ի>30% մակարդակի և մայրական/պերինատալ մահացության միջև (Hassan L., et al., 2024; Shtainmetz N., et al., 2025): Բնական ճանապարհով ծննդաբերության ազդեցությունը մայրական, պերինատալ և սոցիալ-տնտեսական ելքերի վրա շարունակում է մնալ թերի ուսումնասիրված (Figuerola L., et al., 2023): Միևնույն ժամանակ, ինչպես ցանկացած վիրաբուժական միջամտություն, ԿՀ-ն ունի բարդությունների ռիսկեր. առանց ցուցումների այն մեծացնում է մայրական մահացությունը, ինֆեկցիաների, արյունահոսության և հետվիրահատական բարդությունների հավանականությունը, իսկ նորածինների մոտ՝ շնչառական խնդիրների, դիսադապտացիայի, ալերգիկ և մետաբոլիկ խանգարումների ռիսկը (Aladwan F., 2024; Riches J., et al., 2024):

ԿՀ-ի բարձր մակարդակներն ինքնին՝ գլոբալ տվյալներով, չեն հանդիսանում մայրական և նորածնային առողջության բարելավման ուղիղ ցուցիչ (El Radaf V., et al., 2025): Վերջին տարիներին ԿՀ-ի ամենաբարձր ցուցանիշները գրանցվել են Թուրքիայում, Բրազիլիայում, Եգիպտոսում, Դոմինիկյան Հանրապետությունում և Վենեսուելայում, որտեղ ԿՀ-ը կազմում է ընդհանուր ծնունդների 50%-ը և ավելի, մինչդեռ Եվրոպայի հյուսիսային երկրներում ցուցանիշները շարունակում են մնալ 15–20% միջակայքում

(Ghukasyan N., 2024; Shtainmetz N., Tesler R., Sharon C., Korn L., 2024): Հայաստանում ԿՀ-ի մակարդակը 2000–2017թթ. աճել է 7.2%-ից մինչև 31.0%, ինչը համընկնում է գլոբալ միտումներին, սակայն պահանջում է խորքային ուսումնասիրություն և գնահատում՝ արդյոք այդ միջամտությունները եղել են կլինիկականորեն հիմնավորված և ինչպես են ազդել մայրական, նորածնային առողջության վրա:

ԿՀ-ի ցուցանիշների աճի պատճառների բացահայտման և գործընթացի օպտիմալացման համար անհրաժեշտ է կիրառել համընդհանուր դասակարգում: ԱՀԿ-ն 2015 թվականից խորհուրդ է տալիս օգտագործել Մ. Ռոբսոնի մշակած 10 խմբերով դասակարգումը, որն ապահովում է համադրելի գնահատում, վերահսկում և միջազգային համեմատություն (Shtainmetz N., Tesler R., Sharon C., Korn L., 2024; El Radaf V., et al., 2025): Ռոբսոնի համակարգի կիրառումը հնարավորություն է տալիս օբյեկտիվորեն գնահատել ԿՀ-ի հիմնավորվածությունը, բացահայտել ռիսկային խմբերը և մշակել առողջապահական ռազմավարություններ՝ ուղղված մայրական և պերինատալ ցուցանիշների բարելավմանը:

Հետազոտության նպատակն ու խնդիրները

Սույն հետազոտության նպատակն է գնահատել և վերլուծել 2018–2020թթ.-ի ընթացքում ՀՀ-ում ծննդօգնություն մատուցող հիմնարկներում կեսարյան հատումների և պերինատալ բարդությունների հաճախականության և հետծննդյան բարդությունների նվազեցման ուղիները: Ստացված արդյունքների հիման վրա մշակել և ներկայացնել Հայաստանի հանրապետությունում կեսարյան հատումների, բնական ճանապարհով ծննդաբերությունների (այդ թվում կեսարյան հատումներից հետո բնական ճանապարհով ծննդաբերությունների) ժամանակակից գործելակարգերը՝ միտված կանանց կյանքի որակի բարելավմանը:

Առաջադրված նպատակներին հասնելու համար դրվել են հետևյալ խնդիրները.

1. Հետազոտել 2018–2020թթ.-ի ընթացքում Հայաստանի ծննդօգնության հիմնարկներում պլանային և հրատապ կեսարյան հատումների ցուցումների կառուցվածքը և հաճախականությունը, վերջիններիս ավելացման և հետագա զարգացող էքստրագենիտալ ախտաբանությունների նպաստող պատճառները:
2. Բացահայտել կեսարյան հատումների հետևանքով առաջացող բարդությունների կառուցվածքը, պատճառները և հաճախականությունը, վերամշակել

վիրահատության ժամանակ և հետվիրահատական շրջանում կանխարգելման և բուժման գործելակարգը:

3. Ուսումնասիրել առաջին կամ երկրորդ կեսարյան հատումներից հետո բնական ճանապարհով ծննդաբերության հնարավոր կարճաժամկետ և երկարաժամկետ առավելությունները և ռիսկերը, մշակել նման դեպքերի հղիների ծննդաբերությունների վարման գործելակարգերը;
4. Հետազոտել կեսարյան հատումների ազդեցությունը նորածինների վիճակի, դիսադապտացիայի (վաղ նեոնատալ բարդություններ) հաճախականության, հետծննդյան հիվանդացության և մահացության վրա:
5. Բացահայտել կեսարյան հատումների դինամիկան տարբեր խմբերում (համաձայն Ռոբսոնի դասակարգման) և դրա հաճախականության պատճառները: Կատարել համեմատություն Հայաստանում և այլ երկրներում:
6. Մշակել և ներդնել կեսարյան հատման ցուցում ունեցող ծննդաբերների վարման եղանակի և մարտավարության ընտրության ալգորիթմը՝ մայրական և պերինատալ հիվանդացության և մահացության նվազեցման եղանակով:
7. Ստացված տվյալների հիման վրա մշակել և ներդնել կեսարյան հատումների ժամանակակից գործելակարգը:
8. Մշակել կեսարյան հատումներից հետո բնական ճանապարհով ծննդաբերությունների օպտիմալ գործելակարգ:
9. Բացահայտել կեսարյան հատում տարած կանանց մոտ ինքնաբեր ծննդաբերությունների ազդեցությունը մանկաբարձական և պերինատալ բարդությունների վրա:

Աշխատանքի գիտական նորույթը

Սույն ատենախոսական աշխատանքում առաջին անգամ Հայաստանի Հանրապետությունում իրականացվել է բազմակենտրոն (Երևանի «Էրեբունի» ԲԿ, ՄՄԱՊԳՀԿ, Վեդի ԲԿ), համապարփակ գիտական հետազոտություն՝ ուղղված կեսարյան հատումների (ԿՀ) հաճախականության, ցուցումների կառուցվածքի, մայրական և պերինատալ ելքերի վերլուծությանը՝ հիմնված Ռոբսոնի դասակարգման համակարգի վրա: Աշխատանքը հնարավորություն է տվել օբյեկտիվորեն գնահատել տարբեր Ռոբսոնյան խմբերի ներդրումը ԿՀ-ի ընդհանուր մակարդակի ձևավորման մեջ՝ բացահայտելով բարձր ռիսկային (5.1, 2բ, 4բ, 9, 6) և պոտենցիալ կանխարգելի խմբերը (2ա, 4ա) Հայաստանի Հանրապետության մանկաբարձական կլինիկաներում:

Առաջին անգամ ՀՀ-ում իրականացվել է տարբեր տարիքային խմբերի (առանձնակի ուշադրությամբ մինչև 30, 30–35 և 36+ ենթախմբերի) ծննդկանների շրջանում ԿՀ-ի հաճախականության և դրա կապի համալիր

վերլուծություն՝ համաձայն Ռոբսոնի դասակարգման: Ապացուցվել է, որ ≥ 36 տարեկան տարիքը հանդիսանում է ԿՀ-ի անկախ, բարձր ռիսկի գործոն (67–87%), ընդ որում 2020 թ. Վեդի ԲԿ-ում ≥ 36 տարեկան բոլոր կանանց ԿՀ-երը եղել են 100% պլանային, ինչը վկայում է ոչ բժշկական գործոնների գերակշռող դերի մասին մարզային հաստատություններում:

Առաջին անգամ ՀՀ-ում իրականացվել է կեսարյան հատումից հետո բնական ճանապարհով ծննդաբերության (VBAC) հնարավոր բարդությունների, կարճաժամկետ և երկարաժամկետ մայրական, պերինատալ և կյանքի որակի (ԿՈ) ցուցանիշների համեմատական գնահատում՝ կիրառելով SF-36 միջազգային վալիդացված հարցաշարը: Ստացված արդյունքները թույլ են տվել գիտականորեն հիմնավորել VBAC-ի անվտանգությունն ու արդյունավետությունը ընտրված դեպքերում և գնահատել դրա ազդեցությունը ծննդկանների ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական բարեկեցության վրա:

Աշխատանքի ընթացքում առաջին անգամ իրականացվել է ԿՀ-ի և անոմալ պլացենտացիայի (placenta previa, placenta accreta spectrum disorders – PAS) միջև պատճառահետևանքային կապի համալիր վերլուծություն ՀՀ տվյալների հիման վրա՝ բացահայտելով PAS-ի զարգացման հիմնական ռիսկի գործոնները (կրկնակի ԿՀ, մայրական բարձր տարիք) և դրանց ազդեցությունը մայրական ծանր բարդությունների (հետծննդաբերական տոտալ հիստերեկտոմիա 0.6%, զանգվածային արյունահոսություն 14.8%, վերակենդանացման բաժանմունք տեղափոխություն 3.5%) առաջացման վրա՝ փաստելով, որ բոլոր հիստերեկտոմիաները գրանցվել են բացառապես ԿՀ-ից հետո:

Առաջին անգամ ՀՀ-ում կիրառվել է ԿՈ-ի հետևողական գնահատում (հղիության III եռամսյակից մինչև ծննդաբերությունից 12 ամիս անց)՝ համեմատելով բնական ճանապարհով ծննդաբերությունը, պլանային և հրատապ ԿՀ-ն: Պարզվել է, որ ԿՀ-ն (հատկապես հրատապ) ուղեկցվում է ֆիզիկական առողջության ցուցանիշների առավել խորը անկմամբ (35–40%) ծննդաբերությունից հետո առաջին ամսում, անգամ 12 ամիս անց ընդհանուր միավորները մնում են ցածր (SF-36՝ 63.9 ± 9.6)՝ համեմատած բնական ճանապարհով ծննդաբերության հետ (106.9 ± 10.5), ինչն ապացուցում է ԿՀ-ի երկարատև բացասական ազդեցությունը մայրական ԿՈ-ի վրա:

Սույն հետազոտության արդյունքներով մշակվել և գիտականորեն հիմնավորվել են Հայաստանում առաջին անգամ ներդրվող՝ ԿՀ-ի ցուցում ունեցող հղիների վարման ալգորիթմները, VBAC-ի թեկնածուների ընտրության և մոնիտորինգի գործելակարգերը, ԿՀ-ի կանխարգելման և ոչ հիմնավորված վիրահատությունների նվազեցման ռազմավարական մոտեցումները:

Աշխատանքն ունի ոչ միայն գիտական, այլև բարձր գործնական արժեք, քանի որ դրա արդյունքները կարող են կիրառվել որպես հիմք ազգային մակարդակում ծննդօգնության որակի բարելավման, մայրական և պերինատալ հիվանդացության նվազեցման և առողջապահական քաղաքականության օպտիմալացման համար:

Աշխատանքի գիտագործնական նշանակությամբ

Սույն աշխատանքի շրջանակներում իրականացված ԿՀ-ի հիմնավորվածության գնահատումը և Ռոքսոնի դասակարգման վրա հիմնված ռիսկային խմբերի համալիր վերլուծությունը հնարավորություն են տվել մշակել գործնական կիրառման համար նախատեսված մոտեցումներ և գործելակարգեր՝ ուղղված ՀՀ-ում ծննդօգնության որակի բարձրացմանը: Ստացված արդյունքները ուղղակիորեն կարող են կիրառվել կլինիկական պրակտիկայում՝ որպես հիմնավորում ԿՀ-ի ցուցումների օպտիմալացման, մասնավորապես 2ա, 4ա, 5.1 և 2բ խմբերում ոչ հիմնավորված վիրահատական միջամտությունների նվազեցման համար:

Աշխատանքում առաջին անգամ գիտականորեն հիմնավորվել և ներկայացվել են ≥ 36 տարեկան հղիների վարման ռազմավարություններ: Յուրյ է տրվել, որ սույն տարիքային խմբում ԿՀ-ի 67–87% ցուցանիշը պայմանավորված է ոչ միայն սոմատիկ հիվանդություններով, այլև կազմակերպչական և սուբյեկտիվ պատճառներով, ինչը թույլ է տալիս առաջարկել այս խմբում հղիության վարման հստակ ալգորիթմներ՝ հիմնված պերինատալ ռիսկերի շերտավորման վրա:

Ռոքսոնի դասակարգման վրա հիմնված հղիների խմբավորումը և մանկաբարձական բարդությունների կառուցվածքային գնահատումը հնարավորություն են տալիս կիրառել անհատականացված մոտեցում ծննդօգնության կազմակերպման ընթացքում, այդ թվում՝ կեսարյան հատումից հետո բնական ճանապարհով ծննդաբերության (VBAC) անվտանգ պլանավորման և իրականացման ժամանակ: Մշակվել են VBAC-ի թեկնածուների ընտրության, ինտրանատալ մոնիտորինգի և կառավարման կոնկրետ ալգորիթմներ, որոնք կարող են ներդրվել ինչպես Երևանի, այնպես էլ մարզային բժշկական կենտրոններում:

Պոպուլյացիոն և կլինիկական տվյալների համակցված վերլուծության հիման վրա ձևավորված առաջարկությունները կիրառելի են ինչպես առաջնային (Iբ), այնպես էլ երկրորդային և երրորդային (III) մակարդակի ծննդօգնության հաստատություններում: Մասնավորապես, Վեդի ԲԿ-ի տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել մարզային կենտրոններում ԿՀ-ի բարձր

ցուցանիշների (43.6%) հիմնական պատճառները, ինչը հնարավորություն է տվել մշակել ռեսուրսային սահմանափակումների պայմաններում անվտանգ ծննդոգնության կազմակերպման գործնական ուղեցույցներ:

Աշխատանքի արդյունքներով մշակվել են հետծննդյան վերականգնողական ծրագրեր՝ հիմնված ԿՌ-ի դինամիկ գնահատման վրա: Պարզվել է, որ ԿՀ-ից (հատկապես հրատապ) հետո կանայք ունենում են ֆիզիկական և հոգեբանական բարեկեցության զգալի անկում (SF-36 միավորներ՝ 50.4 ± 12.7 առաջին ամսում), ինչը հիմք է հանդիսանում նպատակային վերականգնողական միջոցառումների (ցավի կառավարում, ֆիզիկական ակտիվության աստիճանական վերականգնում, հոգեբանական աջակցություն) իրականացման համար:

Ստացված արդյունքները կարող են ծառայել որպես գիտագործնական հիմք ազգային կլինիկական ուղեցույցների, բժշկ-մանկաբարձների և ընտանեկան բժշկների շարունակական կրթության ուսումնական ծրագրերի և գործող ստանդարտների մշակման կամ արդիականացման համար: Աշխատանքի եզրակացությունները նպաստում են ծննդոգնության անվտանգության բարձրացմանը, ԿՀ-ի չարդարացված կիրառման նվազեցմանը և ծննդկանների կյանքի որակի բարելավմանը ինչպես կարճաժամկետ, այնպես էլ երկարաժամկետ հեռանկարում:

Ատենախոսության նախնական փորձաքննության

Ատենախոսության տվյալները զեկուցվել են «The 3rd World Congress on Maternal Fetal Neonatal Medicine (WMFNM)» (օնլայն) 2021, «SOHO 2022» (Հյուստոն, ԱՄՆ) 2022թ., «FIGO World Congress» (օնլայն) 2021; (Փարիզ, Ֆրանսիա) 2023; «COGI-2023» Մանկաբարձության, գինեկոլոգիայի և անպտղության վերաբերյալ վիճահարույց հարցերի 31-րդ համաշխարհային կոնգրես, Ավստրիա, 2023; «ՄԵԴՄԻԹ» (Երևան, Հայաստան) 2023, 2024թ., «Կնոջ առողջությունը որպես ընտանիքի գրավական» (2024, Երևան, Հայաստան), «Հայաստանի ուռուցքաբանական 5-րդ կոնգրեսին» (Սոչի, Ռուսաստան) 2024թ., (Քեյփ Թաուն, Հարավային Աֆրիկա) 2025, «MedMeet 2025»; «RPL and Human Reproductive Health» International conference Chronic Endometriosis and Endometrial Inflammation in RPL: Diagnostic and Therapeutic Approach», 2025, միջազգային կոնֆերանսներում և Վերարտադրողական բժշկության հայկական ասոցիացիայի 20-րդ հոբելյանական գիտաժողովում, 2026թ.: Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը կայացել է Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնի գիտական խորհրդի նիստում (արձանագրություն թիվ 3, սեպտեմբերի 30, 2025թ.):

Հրապարակումներ

Իրականացված ուսումնասիրության արդյունքները արտացոլված են 25 հրատարակված գիտական աշխատանքներում՝ տեղական և արտերկրյա գիտաթժշկական պարբերականներում, գիտաժողովների նյութերում:

Ատենախոսության կառուցվածքը և ծավալը

Ատենախոսությունը շարադրված է հայերեն լեզվով՝ 256 էջ ծավալով և բաղկացած է հետևյալ հիմնական բաժիններից՝ ներածություն, գրականության ակնարկ, հետազոտության նյութը և մեթոդները, հետազոտության արդյունքները և դրանց քննարկումը, ամփոփում, եզրակացություններ, օգտագործված գրականության ցանկ (186 հղում): Հետազոտության արդյունքները և վերլուծված տվյալները ներկայացված են 31 նկարով և 33 աղյուսակով:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Սույն ատենախոսական աշխատանքն իրականացվել է Մխիթար Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի ամբիոնի կլինիկական բազաներում՝ «Էրեբունի» ԲԿ-ի ծննդատանը, «Մարգարյան» Մոր և Մանկան Առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնում և Վեդի ծննդատանը: Հետազոտությունն ընդգրկել է 2018-2020 թթ. ընթացքում տվյալ հաստատություններում ծննդօգնություն ստացած 22 411 կանանց հետադարձ (ռետրոսպեկտիվ) փաստաթղթային վերլուծությունը և 2021-2022թթ. իրականացված հեռանկարային (պրոսպեկտիվ) ուսումնասիրությունը:

Հետազոտության նպատակներն ու խնդիրները իրականացնելու համար կիրառվել են հետևյալ մեթոդները.

- **Ռոբսոնի տաս խմբային դասակարգման մեթոդը:** Կիրառվել է հղիների խմբավորման համար՝ ըստ պարիտետի, հղիության ընթացքի, պտղի վիճակի և ծննդաբերության պատմության՝ կեսարյան հատումների կառուցվածքն ու հիմնավորվածությունը գնահատելու նպատակով (Robson et al., 2001; WHO, 2015):
- **Հետադարձ փաստաթղթային վերլուծություն.** Վերլուծվել են 22 411 ծննդկանների հիվանդության պատմագրեր՝ ներառյալ. մանկաբարձական և գինեկոլոգիական անամնեզ, սոմատիկ ուղեկցող հիվանդություններ, վնասակար սովորույթներ, ԿՀ ցուցումները և իրականացումը, հետվիրահատական շրջանի ընթացքը, պերինատալ ելքերը, մայրական բարդությունները:
- **Պրոսպեկտիվ դիտարկման մեթոդ.** Հեռանկարային փուլում ուսումնասիրվել է 216 ծննդկան, որոնց մոտ գնահատվել են. ծննդաբերության եղանակը, հղիության ընթացքում զարգացած

բարդությունները, պերինատալ ելքերը, կյանքի որակի ցուցանիշները (SF-36):

- **Վերարտադրողական տեխնոլոգիայի (ԱՄԲ)** կլինիկական տվյալների վերլուծություն. «Էրեբունի» ԲԿ-ում ուսումնասիրվել են ԱՄԲ միջոցով հղիացած 346 կանանց տվյալները՝ ներառյալ. ձվարանների վերահսկվող հիպերստիմուլյացիա, սաղմի տեղափոխում, հղիության վաղ ընթացք, մայրական և պերինատալ ելքեր:
- **Վիճակագրական վերլուծության մեթոդներ.** Տվյալների մշակումը կատարվել է IBM SPSS 27, Statistica 10.0, EVIEWS 9.0 և Microsoft Excel ծրագրերով: Բաշխումների ստուգման համար կիրառվել են Shapiro–Wilk և Kolmogorov–Smirnov թեստերը: Խմբերի համեմատությունը իրականացվել է Student t-test, Mann–Whitney U-test, ANOVA, Kruskal–Wallis, կատեգորիկ փոփոխականների գնահատումը՝ χ^2 -Pearson և Fisher exact թեստերով: Կապերի վերլուծության համար օգտագործվել է Spearman ρ , իսկ կեսարյան հատման և պերինատալ կորուստների կանխորոշիչների բացահայտման համար՝ լոգիստիկ ռեգրեսիա: Կիրառվել է նաև ROC վերլուծություն (AUC) և բազմակի համեմատությունների Benjamini–Hochberg FDR ուղղում: Վիճակագրական նշանակալիության շեմը սահմանվել է $p < 0.05$:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ

Կեսարյան հատումը (ԿՀ) ներկայումս համարվում է ժամանակակից մանկաբարձության ամենատարածված վիրաբուժական միջամտություններից մեկը, որի հաճախականությունը վերջին տասնամյակներում շարունակում է աճել համաշխարհային և տարածաշրջանային մակարդակներում: Համաձայն գրականության՝ յուրաքանչյուր հինգերորդ ծնունդը ավարտվում է վիրահատությամբ (Betrán AP et al. 2021), իսկ բնական ճանապարհով ծննդաբերության (ԲԾԾ) հաճախականությունը գնահատվում է որպես առողջապահական համակարգի արդյունավետության կարևոր ցուցանիշ (WHO. EPMM strategies 2021–2030): Չնայած ԿՀ-ի մոր և նորածնի կյանքը փրկելու կարևոր դերին (Sandall J et al., 2021), այն ունի նաև բարդությունների զգալի ռիսկ, ուստի Վերարտադրողական ոլորտի ուղեցույցների աշխատանքային խմբի (ՎՈՒԱԳ-ի) (World Reproductive Health Guidlines Working Group) կողմից առաջարկվում է սահմանափակել այս միջամտության կիրառումը այն դեպքերում, երբ այն չունի բավարար բժշկական հիմքեր (Souza JP et al., 2020; WHO Statement, 2015):

Գլոբալ մակարդակում ԿՀ-ի աճը դարձել է միջազգային շեշտադրման թեմա: The Lancet ամսագրի մի շարք հրապարակումներ բնութագրում են այս

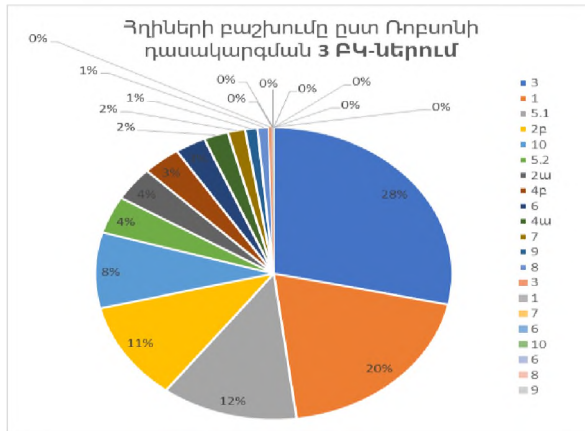
միտումը որպես «անհիմն և անկառավարելի»: ԱՀԿ-ի առաջարկած 10–15% օպտիմալ միջակայքը այսօր գերազանցվում է բազմաթիվ երկրներում՝ մինչև 50–60% (Lumbiganon et al., 2010; Marshall et al., 2011; Souza et al., 2011): Մտահոգիչ է հատկապես այն, որ ԿՀ-ի բարձր ցուցանիշները չեն ուղեկցվում մայրական կամ պերինատալ մահացության համարժեք նվազումով:

ԿՀ-ի կառուցվածքի համաշխարհային գնահատման նպատակով 2001թ. առաջարկվեց Ռոբսոնի տասխմբանոց դասակարգումը, որը 2014թ. ընդունվեց ԱՀԿ-ի կողմից, իսկ 2016թ. Միջազգային մանկաբարձագինեկոլոգիական ֆեդերացիայի (FIGO) կողմից՝ որպես “ոսկե ստանդարտ” (FIGO Working Group, 2016; WHO. Robson Classification Manual, 2017): Դասակարգումն իրականացվում է հինգ չափորոշիչներով՝ հղիության ժամկետ, պարիտետ, նախորդ ԿՀ, ծննդաբերության սկիզբ, պտղի առաջադրություն և պտղի քանակ: Դրա առավելությունն այն է, որ յուրաքանչյուր ծննդկան դասավորվում է միայն մեկ խումբ, ինչը թույլ է տալիս իրականացնել համադրելի, ստանդարտացված վերլուծություն:

ԿՀ-ի կառուցվածքային առանձնահատկությունները Հայաստանում

2018–2020թթ. ընթացքում ուսումնասիրությունը իրականացվել է ՀՀ երեք քուժհաստատություններում՝ «Էրեբունի» ԲԿ (III մակարդակ), ՄՄԱՊԳՀԿ (III մակարդակ), «Վեդի» ԲԿ (I և II մակարդակ) ծննդատներում: Ստացված տվյալների համաձայն, հետազոտված երեք կենտրոններում միասին հղիների 28%-ը պատկանում էին Ռոբսոնի 3-րդ խմբին՝ կրկնածիններ առանց նախորդ ԿՀ-ի, միապտուղ, գլխային ներկայացմամբ հղիություն, ≥ 37 շաբաթական, ինքնաբուխ ծննդաբերությամբ: Այս ցուցանիշը վկայում է, որ նույնիսկ ցածր ռիսկային խմբում ԿՀ-ի հավանականությունը մնում է բարձր: Հաջորդաբար բաշխվել են հետևյալ խմբերը՝ 1-ին խումբ՝ 20%, 5.1 խումբ՝ 12%, 2բ խումբ՝ 11%, 10-րդ խումբ՝ 8%: Մնացած խմբերը կազմել են $<4\%$ ՝ յուրաքանչյուր խմբում: Ուսումնասիրության միասնական տվյալներով՝ ԿՀ-ի ընդհանուր միջինացված մակարդակը կազմել է 45%, որը զգալիորեն գերազանցում է ԱՀԿ-ի 10–15% առաջարկվող միջակայքը: Ընդհանուր առմամբ ԿՀ-ի ամենաբարձր մակարդակներով հանդես են եկել այն խմբերը, որոնք համարվում էին բարձր ռիսկային և տեխնիկապես բարդ. 9-րդ (97.6%), 6-րդ (97.5%), 4բ (96.2%), 2բ (95.9%), 5.1 (94.9%), 5.2 (93.4%), 8-րդ (86.8%): Տվյալ արդյունքները վկայում են, որ նույնիսկ այն խմբերում, որտեղ հնարավոր էր փորձ կատարել բնական ճանապարհով ծննդաբերության խրախուսում, գերակշռում է վիրահատական ճանապարհը: Սրա հիմքում կարող են դրվել բազմաթիվ գործոններ՝ ներառյալ կլինիկական պրակտիկայի միտումները, ինդուկցիայի ակտիվ քաղաքականությունը, հիվանդանոցային քաղաքականությունը կամ իրավական

ճնշումները: Այս դիտարկումները համահունչ են միջազգային դիտարկումներին, որտեղ ԿՀ-ի աճը կապվում է ոչ միայն բժշկական, այլ նաև համակարգային գործոնների հետ (Betrán AP et al., 2016; Vogel JP et al., 2015):



Նկար 1. Հղիների բաշխումը ըստ Ռոբսոնի դասակարգման խմբերի հետազոտվող 3 բժշկական կենտրոններում միասին

Չնայած ընդհանուր միտումներին, որոշ խմբերում գրանցվել է ԿՀ-ի ավելացման հստակ միտում, հատկապես՝ 2ա խմբում՝ 2018թ. – 7.4%, իսկ 2020թ. – 13.6%, 4ա խմբում՝ 2018թ. – 2.4%, իսկ 2020թ. – 13.2%: Այս երկու խմբերում աճը, հնարավոր է, պայմանավորված է ինդուկցիայի հաճախության ավելացմամբ, որը, ըստ միջազգային տվյալների, հաճախ հանդիսանում է ԿՀ-ի ռիսկի գործոն՝ հատկապես առաջնածինների շրջանում (Caughey AB et al., 2014; Middleton P et al., 2020):

Համակարգված վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ ԿՀ-ի բարձր ցուցանիշների հիմնական մասը ձևավորվում է ոչ թե դասական բարձր ռիսկային խմբերում (օրինակ՝ կոնց - գլխային անհամապատասխանություն, բազմապտուղ հղիություններ և այլն), այլ խմբերում, որտեղ հնարավոր կլինեի փորձել անվտանգ ծննդալուծում բնական ճանապարհով: Բացի այդ, անհամաչափ բաշխումն ըստ բժշկական կենտրոնների՝ «Էրեբունի» ԲԿ – 48.4%, Վեդի – 43.6%, ՄՄԱՊԳՀԿ – 38.1%, վկայում է տարբեր կենտրոններում վարած քաղաքականության և պրակտիկայի տարբերության մասին: Այս հանգամանքը ևս արժանի է հետազա քննարկման:

**Աղյուսակ 1. ԿՀ-ի հաճախականության տվյալների համեմատականը
հետազոտվող կլինիկաներում ըստ Ռոբսոնի դասակարգման խմբերի**

Ռոբսոնի խմբեր	ԿՀ քանակը											
	Էրեբունի ԲԿ				ՄՄԱՊԳՀԿ				Վեդի ծննդատուն			
	Ընդհանուր	2018	2019	2020	Ընդհանուր	2018	2019	2020	Ընդհանուր	2018	2019	2020
1	8.0	14.7	4.0	5.1	2.5	2.1	2.6	3.5	2.7	2.9	-	5.3
2ա	12.9	7.1	7.8	14.7	9.1	6.5	6.6	12.9	0	-	-	-
2բ	97.2	98.7	91.3	98.6	92.8	94.7	90.4	93.3	98.7	98.2	98.2	100
3	14.3	29.5	3.4	12.3	2.8	5.7	2.3	4.4	1.3	-	1.9	2.1
4ա	18.5	9.1	6.9	23.3	2.3	1.2	1.2	3.6	94.7	-	94.7	-
4բ	95.8	99.3	93.5	92.9	95.6	93.8	94.4	98.5	99.1	100	100	96.2
5.1	93.1	93.6	95.5	90.9	98.8	98.6	99.6	100	98.5	98.6	98.5	98.4
5.2	91.1	87.5	94.3	89.3	97.4	98.6	96.6	99.1	100	100	100	100
6	97.4	97.8	95.8	98.7	97.1	97.1	100	93.1	98.5	94.4	100	100
7	95	95.6	93	96.5	95.5	95.8	100	88.9	96.1	88.2	100	100
8	86.1	85.1	88.2	85.3	86.4	78.9	95.5	83.3	100	100	100	100
9	97.6	100	94.3	97.8	96.9	100	100	88.9	100	100	100	100
10	58.7	64.2	52.4	58.2	56.9	50	61.7	59	64.4	60	63.2	68.8
Ընդհանուր	48.4	52.7	41.9	50.8	38.1	34.5	38.4	42.2	43.6	39.3	42.5	49.5

«Էրեբունի» ԲԿ-ի տվյալների վերլուծություն

Հետազոտության երկրորդ փուլում «Էրեբունի» ԲԿ-ում իրականացվել է ծննդոգնության ցուցանիշների խորքային վերլուծություն՝ ընդգրկելով 2016–2022թթ.-ի տվյալները: Ուսումնասիրության առանցքում ԿՀ հաճախականության դինամիկան էր՝ դասակարգված ըստ Ռոբսոնի համակարգի, ինչպես նաև նախանշված՝ ըստ ծննդկանների տարիքային կառուցվածքի և ԿՀ իրականացման (պլանային/հրատապ) հիմնական պատճառների:

Վերջին յոթ տարիներին կենտրոնում արձանագրվել է հղիների 16% և ծննդաբերությունների 19.3% աճ, ինչը հավանաբար պայմանավորված է

տեսակարար բնակչության կենտրոնացմամբ մայրաքաղաքում և բժշկական կառույցի տեխնիկական ու կլինիկական հնարավորությունների ընդլայնմամբ: Միաժամանակ, ԿՀ-ի հաճախականությունը գրանցել է կայուն աճ՝ 2016թ.-ի 36.8%-ից մինչև 2022թ.-ին՝ 46.2%՝ հարաբերական 25.5% աճով: Վերլուծությունը փաստում է, որ այդ աճը կապված է առավելապես հրատապ անհետաձգելի ԿՀ-երի հաճախացման հետ:

Պատճառային կառուցվածքի փոփոխությունը վիճակագրորեն խիստ հավաստի էր ($p < 0.001$): Հրատապ ԿՀ-երի աճող գործոններից հատկապես առանձնացվել են՝ ծննդաբերության երկարատև ընթացքը (2.6%-ից 6.5%), մոր էքստրագենիտալ հիվանդությունները (8.2%-ից 10.4%) և պտղի ասֆիքսիան (2.1%-ից 2.6%): Պլանային ԿՀ-երի մի մասը պայմանավորված էր ոչ միայն բժշկական ցուցումներով, այլ նաև ծննդկանների ցանկությամբ՝ հատկապես «արգանդի սպի» և պտղի հետույքային առաջադրության պարագայում:

Ռոբսոնի խմբերի բաշխման համաձայն՝ ԿՀ-երի հիմնական ծանրաբեռնվածությունն ընկել է 3-րդ (26.6%), 1-ին (21.8%), 5.1 (13.4%), 2բ (10.4%) և 10-րդ (9.6%) խմբերի վրա, իսկ մնացած խումբերում ԿՀ մակարդակը չէր գերազանցում 5%-ը: Տարիքային վերլուծությունը ցույց է տվել, որ ծննդկանների միջին տարիքը 29.2 ± 1.3 էր: Ընդհանուր ԿՀ-ի ամենաբարձր ցուցանիշը արձանագրվել է 36+ տարիքային խմբում՝ 67.4%: Այս խմբում գերակշռել են պլանային ԿՀ-երը՝ կապված նախորդ կեսարյանով ծննդալուծումների, համակցված հիվանդությունների և բազմագործոն ռիսկերի հետ: 30-ից ցածր և 30-35 տարեկանների շրջանում ԿՀ մեծ մասը նույնպես պլանային էր (90.9% և 88.5% համապատասխանաբար), ինչը վկայում է նախանշած ցուցումների դերի աճի մասին տարիքից անկախ:

2018–2020թթ. ժամանակահատվածում 2բ, 4բ, 6, 7, 8 և 9 Ռոբսոնի խմբերում ԿՀ տոկոսներն առանձնապես բարձր էին՝ գերազանցելով 90–97%-ը, իսկ 36+ տարիքայինում մի շարք խումբերում հասնելով 100%-ի՝ ընդգծելով բարձր ռիսկային կլինիկական պրոֆիլների և բժշկական միջամտությունների միջև կապը:

Ամփոփելով՝ ԿՀ-ի ցուցանիշների աճը «Էրեբունի» ԲԿ-ում կրում է համապարփակ և բարդ դինամիկա՝ պայմանավորված ինչպես կլինիկական ռիսկային խմբերի, այնպես էլ ինդուլցիայի քաղաքականության իրագործման և հղիության վարման առանձնահատկություններով: Չնայած պլանային ԿՀ-երի մի մասը գնահատվում է որպես տեսականորեն հիմնավորված, Ռոբսոնի 2բ և 4բ խմբերում անհրաժեշտ է քննության ենթարկել ինդուլցիայի ցուցումները և որոշումների ստանդարտացումը՝ նպատակ ունենալով նվազեցնել

միջամտությունների չարդարացված ռիսկերը և բարձրացնել մոր ու երեխայի առողջական ելքերի անվտանգությունն ու արդյունավետությունը:

ՄՄԱՊԳՀ-ի տվյալների վերլուծություն

Հետազոտության հաջորդ հատվածում վերլուծվել են «Մոր և մանկան առողջության պահպանման գիտահետազոտական կենտրոնի» 2018–2020թթ. ծննդոգնության տվյալները՝ ԿՀ դինամիկայով (ըստ Ռոբսոնի), ինչպես նաև տարիքային օրինաչափություններով և պլանային/հրատապ միջամտությունների հարաբերակցությամբ:

Ռոբսոնի դասակարգմամբ կենտրոնում գերակշռել է 3-րդ խումբը՝ 30.4%, հաջորդել են 1-ին (16.3%), 2բ (12.4%), 5.1 (10.2%) և 2ա ու 10-րդ խմբերը (≈8.3% և 7.1%): Հղիների միջին տարիքը կազմել է 28.3 ± 0.9 : Տարիքի աճին զուգահեռ պահպանվել է 3-րդ խմբի գերակայությունը, իսկ 36+ ենթախմբում բարձրացել է ԿՀ նախորդող և համակցված ռիսկերի վրա հիմնված խմբերի մասնաբաժինը (2բ, 5.1, 4բ, 10 և այլն):

2018–2020թթ. կենտրոնում ԿՀ-ի ընդհանուր հաճախականությունը կազմել է 38.1%՝ 32.2%-ից աճելով մինչև 59.7% երեք տարվա ընթացքում, առավելագույնը՝ 36+ տարիքայինում: Աճը պայմանավորվել է հիմնականում հրատապ ԿՀ-երի ավելացմամբ (<30՝ 12.6%→18.4%, 30–35՝ 13.4%→19.8%), մինչդեռ պլանային ԿՀ-երի հարաբերական նվազումը նշում է կառավարման ռազմավարության փոփոխության միտում:

ԿՀ-ի առավել բարձր մակարդակները գրանցվել են 5.1 (≈98.8%), 5.2 (≈97.4%), 6 (≈97.1%), 9 (≈96.9%) և 4բ (≈95.6%) խմբերում, իսկ 9-րդ խմբում՝ մինչև 30 տարիքայինում՝ 100%: Վերոնշյալ խմբերում միջամտությունների մեծ մասը եղել է պլանային՝ բացառությամբ 9-րդ խմբի, որտեղ գերակշռում էին անհետաձգելի բժշկական ցուցումները:

Ամփոփելով՝ կենտրոնում ԿՀ բարձր ցուցանիշները պայմանավորված են բազմաթիվ գործոնների ազդեցությամբ՝ ներառյալ մայրական բարձր տարիքը, նախորդ կեսարյանի պատճառների և ծննդաբերության ինդուկցիայի քաղաքականություն: Չնայած հրատապ միջամտությունների աճին, մի շարք Ռոբսոնյան խմբերում ԿՀ-ի մակարդակները շարունակում են մի քանի անգամ գերազանցել ԱՀԿ առաջարկվող 15% թիրախը, ինչը մատնանշում է ցուցումների ստանդարտացման, ինդուկցիայի արդարացվածության և անհատականացված պլանավորման հետագա վերազնահատման անհրաժեշտություն՝ մոր և նորածնի ելքերի անվտանգությունը բարելավելու նպատակով:

«Վեդի» ԲԿ-ի տվյալների վերլուծություն

Հետազոտության տվյալ հատվածում գնահատվել են ԿՀ ցուցանիշները ՀՀ Արարատի մարզի Լբ մակարդակի մանկաբարձական ստացիոնար՝ «Վեդի»

բժշկական կենտրոնում, որը տարածաշրջանային, մարզային կարևոր ծննդօգնության կենտրոն է: Այս կարգի հաստատություններում ԿՀ կառուցվածքի և պատճառների ուսումնասիրությունը առանձնակի կարևոր է՝ պայմանավորված բնական ծննդաբերության կառավարման սահմանափակ ռեսուրսներով և բարձր ռիսկային իրավիճակների առաջնային ընդունմամբ, ինչը պահանջում է առավել հստակ և ստանդարտացված որոշումների համակարգ:

2018–2020թթ. կենտրոնում ԿՀ միջին հաճախականությունը կազմել է 43.6%՝ երեք տարվա ընթացքում աճելով 39.7%-ից մինչև 49.6%, ինչը հիմնականում պայմանավորված էր հրատապ վիրահատությունների ավելացմամբ: Ծննդկանների միջին տարիքը 26.9±0.7 էր, սակայն 36+ ենթախմբում ԿՀ-ը առավել բարձր էր՝ 63.2%-ից հասնելով 87%-ի, ընդ որում 2020թ. այդ տարիքայինում բոլոր վիրահատությունները եղել են 100% պլանային՝ կապված նախորդ կեսաղյանի, արգանդի սպիի և առողջական բարդությունների հետ:

Ռոբոտի դասակարգմամբ ամենամեծ մասնաբաժինն ունեցել է 3-րդ խումբը (35.7%), որին հաջորդել են 1-ին, 2բ, 5.1 և 4բ խմբերը: Մի շարք խմբերում (5.1, 5.2, 6, 7, 9, 4բ, 2բ) արձանագրվել են ԿՀ շատ բարձր ցուցանիշներ՝ հիմնականում 95–100%, իսկ 36+ տարիքայինում այդ խմբերում ԿՀ-ը հասել է 100%-ի:

Մարզային կենտրոնի պայմաններում նման բարձր մակարդակները մատնանշում են ոչ միայն մայրական կլինիկական ռիսկերի ազդեցությունը, այլ նաև կազմակերպչական և ռեսուրսային գործոնների դերը: Այդ պատճառով, հատկապես մարզային նշանակության ստացիոնարներում, անհրաժեշտ է ԿՀ ցուցումների կլինիկական վերազնահատում, ինդուկցիայի քաղաքականության հստակեցում և բժշկական որոշումների աուդիտացում՝ նպատակ ունենալով կանխել ոչ հիմնավորված միջամտությունները և խթանել անվտանգ, պլանավորված ծննդալուծման ռազմավարություններ:

Այսպիսով, «Վեդի» ԲԿ-ում ԿՀ բարձր մակարդակը կրում է բազմագործոն բնույթ, իսկ հաստատության մարզային կենտրոն լինելու հանգամանքը ենթադրում է միջամտությունների կառավարման նկատմամբ հատուկ ուշադրություն, շարունակական մոնիթորինգ և մանկաբարձական ծառայության որակի բարելավման ուղղությամբ համակարգային մոտեցումների ուժեղացում:

Հետազոտվող կենտրոնների համեմատական հետազոտություն

Կենտրոնների համեմատական վերլուծությունը բացահայտել է ԿՀ-ի աճի ընդհանուր օրինաչափություն և մարզային մակարդակով պայմանավորված առանձնահատկություններ: ԿՀ-ի ամենաբարձր միջին ցուցանիշը արձանագրվել է մայրաքաղաքային, բարձր ռիսկի ուղղորդում ընդունող «Էրեբունի» ԲԿ-ում՝

48.4%, հաջորդել է մարզային կենտրոն հանդիսացող «Վեդի» ԲԿ-ն՝ 43.6%, իսկ ամենացածրը գրանցվել է ՄՄԱՊԳՀԿ-ում՝ 38.1%: Երեք կենտրոնում էլ ԿՀ-ի մակարդակը զգալիորեն գերազանցել է ԱՀԿ-ի առաջարկած 10–15% միջակայքը: «Էրեբունիում» մինչև 34.3% ԿՀ իրականացվել է հրատապ ցուցումներով՝ երկարատև ծննդաբերություն, պտղի ասֆիքսիա և մայրական առողջական բարդություններով պայմանավորված:

«Վեդի» ԲԿ-ն, լինելով մարզային, առաջնային ընդունելություն ապահովող ծննդօգնության գլխավոր ԲԿ, ունի ԿՀ-ի աճի առավել շեշտված դինամիկա՝ հատկապես 36+ տարիքայինում մինչև 87%՝ 2020թ. ալանային միջամտությունների 100% գերակշռությամբ: Կենտրոնի տեխնիկական ռեսուրսների սահմանափակումը և ռիսկերի կառավարման այլընտրանքների նվազը, հավանաբար նպաստել են որոշ Ռ-դրսոնյան ենթախմբերում (2բ, 4բ, 5.1, 5.2, 6, 7, 9) գրեթե ամբողջական KՀ կիրառմանը (≈ 95 –100%):

2018–2021թթ. երեք կենտրոնում էլ առավել հաճախ հանդիպած խումբը 3-րդն էր՝ կրկնածիններ, ≥ 37 շաբաթ, գլխային առաջադրությամբ, առանց KՀ անամնեզի, ինքնաբուխ ծննդալուծմամբ: Անկախ կենտրոնի մակարդակից՝ KH առավել բարձր տոկոսները գրանցվել են 6-րդ, 9-րդ և 5-րդ ենթախմբերում՝ հասնելով 94–98%-ի:

Տարիքային կառուցվածքի վերլուծությունը ևս փաստում է ԿՀ-ի հաճախացման միտումը տարիքի աճին զուգահեռ.

- <30 տարեկանում առավել ներկայացված էին 1, 2բ, 3 խմբերը,
- 30–35-ում՝ 5.1, 4բ, 10 խմբերը,
- 36+ ենթախմբում՝ 6, 5.1, 5.2 և 9 խմբերը՝ կլինիկական և կոմորբիդ ռիսկերի աճով պայմանավորված: Այս տարիքայինում KH-ը կազմել է 67.4% (ՄՄԱՊԳՀԿ) մինչև 87% (Վեդի ԲԿ):

Ամփոփելով՝ ԿՀ-ի բարձր կիրառումը կրում է բազմագործոն բնույթ՝ պայմանավորվելով կլինիկական ցուցումներով, կազմակերպչական մոտեցումներով և հատկապես մարզային կենտրոնների կարողությունների սահմանափակումներով: Իբ և III մակարդակի ստացիոնարներում ԿՀ-ի գրեթե անխուսափելի կիրառումը որոշ խմբերում մատնանշում է աուդիտի, ցուցումների ստանդարտացման և մանկաբարձական ծառայությունների ուժեղացման հրատապ անհրաժեշտություն՝ միջամտությունների ռիսկերի նվազեցման և քնական ծննդաբերության անվտանգության բարձրացման համար:

ԱՄԲ-ով հղիների հետազոտություն

Վերջին տասնամյակում Հայաստանում մեկնարկային աճ է գրանցել օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների, մասնավորապես

արտամարմնային բեղնավորման (ԱՄԲ) կիրառությունը: Չնայած ԱՄԲ-ն նպաստել է հղիությունների ավելացմանը, այդ հղիների մոտ մայրական և նորածնային բարդությունները (պրեէկլամպսիա, հիպերտոնիկ խանգարումներ, վաղաժամ ծնունդ, ցածր քաշ) գրանցվում են ավելի բարձր հաճախությամբ, ինչը բնորոշ է նաև համաշխարհային միտումներին:

Ուսումնասիրության ընթացքում «Էրեբունի» ԲԿ-ում 2018–2020թթ. վերլուծվել են 346 ԱՄԲ հղիության տվյալներ՝ համեմատելով բնական հղիությունների հետ: ԱՄԲ-ից հետո բնական ճանապարհով ծննդաբերությունների մասնաբաժինը կազմել է 1.8%՝ համադրելի համաշխարհային միջինին (~2%): Ծննդկանների միջին տարիքը 26.9 ± 0.7 էր. 50%-ը՝ <30, 32%-ը՝ 30–35, 18%-ը՝ 36+: Անպտղության գերակշռող պատճառը արական գործոնն էր:

ԿՀ-ի կիրառումը էականորեն բարձր էր՝ <30՝ 80.6%, 30–35՝ 91.8%, 36+՝ մինչև 85–100% պլանային միջամտություններով 2020թ. տարիքայինում: Վաղաժամ ծննդաբերությունը առավել հաճախ հանդիպել է 36+ խմբում: Ռեբսոնի դասակարգմամբ ԿՀ առավել բարձր ցուցանիշները գրանցվել են 2բ, 4բ և 10 խմբերում (4բ՝ 100%, 10՝ 85.5%), որոնք բնորոշվում են բարդությունների բարձր հավանականությամբ և մարզային կենտրոններում դրանց կառավարումը պահանջում է լրացուցիչ զգոնություն:

Վերլուծությունը փաստում է, որ Ռեբսոնի համակարգը արդյունավետ է ԱՄԲ հղիությունների ռիսկերի գնահատման և ԿՀ-ի ցուցումների մոնիթորինգի համար՝ հնարավորություն տալով նույնականացնել խնդիր կենտրոնացնող խումբերը և վերանայել անհատականացված, անվտանգ ծննդալուծումների կիրառելի ռազմավարությունները՝ նպատակ ունենալով նվազեցնել չարդարացված վիրահատական միջամտությունների ռիսկը և բարելավել մոր ու նորածնի ելքերը:

Կյանքի որակի հետազոտություն

Կյանքի որակի (ԿՈ) գնահատումը համարվում է պերինատալ առողջության ուսումնասիրման հիմնարար բաղադրիչ՝ արտացոլելով ոչ միայն մայրական առողջության օբյեկտիվ, այլ նաև սուբյեկտիվ բազմաբաղադրիչ փոփոխությունները՝ ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական հարթություններում:

Հայաստանում իրականացված երկայնական ուսումնասիրությունը ընդգրկել է 216 կին՝ գնահատելով ԿՈ դինամիկան հղիության երրորդ եռամսյակից մինչև ծննդաբերությունից 12 ամիս անց, համեմատելով բնական ճանապարհով ծննդալուծված (ԲԾԾ) և կեսարյան հատմամբ (ԿՀ) ծննդալուծված խմբերի արդյունքները:

Կյանքի որակը գնահատվել է ֆիզիկական առողջության, ակտիվության և հոգեկան բարեկեցության բաղադրիչներով:

ԲԾԾ խմբում ԿՌ ընդհանուր միավորները եղել են կայուն բարձր՝ փաստելով արագ վերականգնում, ցավի կարճատև բնույթ և նվազ հոգեբանական լարվածություն: Ծննդաբերությունից հետո առաջին ամսում ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակումները չեն գերազանցել 10-15%-ը, իսկ 6-12 ամիս անց այդ ցուցանիշները գրեթե ամբողջությամբ վերականգնվել են և որոշ ենթաբաղադրիչներում անգամ գերազանցել հղիության նախաշեմին արձանագրված մակարդակները:

ԿՀ խմբում ԿՌ ֆիզիկական բաղադրիչում անկումն առավել խորը էր ծննդաբերությունից հետո առաջին 1-3 ամիսներին՝ հիմնականում ցավի, շարժունակության սահմանափակման և հոգնածության համակցության հաշվին: Այդ ենթախմբում ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակումները միջինում կազմել են 35-40% առաջին ամսում, նվազել են մինչ 20-25%՝ 3 ամսում, իսկ 6-12 ամիս անց պահպանվել էին դեռևս 5-8% դեպքերում՝ հատկապես քրոնիկ ցավի ֆոնի վրա (≈14-17% կանանց մոտ):

Հրատապ ԿՀ-ից հետո ԿՌ ֆիզիկական և հոգեկան ենթաշափերում անկումն առավել արտահայտված էր՝ սուբյեկտիվ ցավի և սթրեսի միավորներով 15-20% ավելի վատ, քան պլանային ԿՀ-ում:

Պլանային ԿՀ-ը, թեև նույնպես ուղեկցվում էր ԿՌ-ի կարճաժամկետ անկմամբ, ավելի բարենպաստ հոգեբանական հարմարվողական ընթացք էր ապահովում՝ պլանավորվածության, տեղեկացվածության և նախապատրաստման շնորհիվ:

ԿՌ-ի ցուցանիշների դինամիկան փաստում է, որ ԿՀ-ը զգալի ազդեցություն է ունենում մոր կյանքի որակի կարճաժամկետ փուլում, իսկ որոշ դեպքերում նաև միջնաժամկետ և երկարաժամկետ վերականգնման ընթացքի վրա՝ հատկապես մարզային մանկաբարձական կենտրոններում, որտեղ բժշկական որոշումների կառավարումը ենթադրաբար առավել զգուշավոր է՝ տեխնիկական, ռեսուրսային և կազմակերպչական սահմանափակումների պայմաններում:

Աղյուսակ 2. Ծննդաբերության տարբեր եղանակներով կանանց ԿՈ-ի ցուցանիշները հետազոտվող շամանակատվածներում

Ժամա նակահատ ված	ԿՈ ցու ցանիշ	ԲՃԾ (n=108) միջին ± շեղ	ԿՀ (n=108) միջին ± շեղ	t-test	p-value
Երրորդ եռամսյակ	PF	20.2±1.1	19.3±1.9	2.903	<0.001
	PL	9.2±0.6	9.9±0.6	5.833	<0.001
	EL	2.9±1.5	2.8±0.5	0.658	> 0.05
	VT	2.8±1.2	2.4±0.1	3.478	<0.001
	MH	14.5±1.4	12.5±1.1	11.76	<0.001
	SF	8.6±1.2	9.2±0.3	-5.042	<0.001
	BP	6.6±0.9	5.8±0.4	8.513	<0.001
	GH	21.5±1.6	14.6±1.2	35.937	<0.001
	TS	99.1±9.6	71.6±8.5	22.214	<0.001
Առաջին շաբաթ	PF	15.9±2.2	10.5±0.7	24.324	<0.001
	PL	6.5± 0.2	3.6±0.6	47.75	<0.001
	EL	2.5±0.3	1.5±0.2	28.732	<0.001
	VT	2.7±0.4	2.0±0.3	14.497	<0.001
	MH	13.9±1.2	10.5±0.8	24.5	<0.001
	SF	7.4±0.6	8.0±0.4	-8.659	<0.001
	BP	5.2±0.6	3.5±0.4	24.49	<0.001
	GH	20.4±1.5	16.4±1.3	20.91	<0.001
	TS	93.7±11.2	50.4±12.7	26.5	<0.001
6-րդ ամիս	PF	18.9±1.5	17.5±2.1	5.60	<0.001
	PL	5.9±1.1	6.6±0.5	-6.01	<0.001
	EL	2.6±0.8	3.4±0.4	-9.29	<0.001
	VT	2.5±0.3	2.6±0.6	-1.546	> 0.05
	MH	12.5±1.1	11.3±1.1	8.01	<0.001
	SF	7.4±0.5	8.6±0.2	-23.13	<0.001
	BP	5.9±0.4	3.9±0.6	27.78	<0.001
	GH	19.3±1.7	19.7±1.5	-1.877	>0.05<0.1
	TS	94.2±14.5	65.1±12.3	52.13	<0.001
12-րդ ամիս	PF	19.8±1.7	16.2±2.3	12.72	<0.001
	PL	8.2±0.7	7.2±0.4	12.56	<0.001
	EL	3.0±1.3	2.3±0.1	5.58	<0.001
	VT	2.9±1.1	2.6±0.8	2.36	<0.02
	MH	13.8±1.2	11.8±1.3	1.131	<0.05
	SF	7.9±1.3	8.9±0.4	-7.65	<0.001
	BP	6.3±0.4	4.3±0.3	24.84	<0.001
	GH	20.7±1.1	15.8±1.3	30.39	<0.001
	TS	106.9±10.5	63.9±9.6	31.52	<0.001

Նման հաստատություններում ԿՀ քաղաքականության օպտիմալացումը պահանջում է հավելյալ ուշադրություն՝ շեշտ դնելով ԿՈ-ի փոփոխության

մոնիթորինգի, ցավի կառավարման, հոգեկան առողջության աջակցության և բնական ծննդալուծման անվտանգ խնամքի ծառայությունների ընդլայնման վրա:

Ուսումնասիրության արդյունքներն ընդգծում են, որ ծննդալուծման եղանակը և պլանավորվածությունը կարևոր փոփոխիչ գործոններ են ԿՈ-ի տեսանկյունից, և հիմք կարող են հանդիսանալ անվտանգ, ապացուցահեն ծննդոգնության կառավարման բարելավման համար:

Մայրական և պերինատալ բարդությունների վերլուծություն

Մեր հետազոտության շրջանակներում, ԿՀ-ից հետո հետծննդյան արյունահոսությունը կազմել է միջինում 14.8% (ԲՃԾ՝ 6.2%), ինֆեկցիոն բարդությունները՝ 9.5% (ԲՃԾ՝ 2.1%): Վերլուծվածներում 0.6%-ը ենթարկվել է հիստերեկտոմիայի, և բոլոր այլ բարդությունների դեպքերը գրանցվել են միայն ԿՀ ենթարկված կանանց մոտ՝ PAS (placenta accreta spectrum) և զանգվածային արյունահոսային բարդությունների ֆոնին:

Աղյուսակ 3. Մայրական բարդությունների բաշխումը՝ ըստ ծննդալուծման եղանակի և կլինիկայի

Բարդություն	Էրեթունի ԲԿ		ՄՄԱՊԿ		Վեդի ԲԿ		p-արժեք
	ԲՃԾ (n=330)	ԿՀ (n=310)	ԲՃԾ (n=290)	ԿՀ (n=300)	ԲՃԾ (n=210)	ԿՀ (n=220)	
Արյունահոսություն	5.8% (19)	15.2% (47)	6.5% (19)	13.6% (41)	6.2% (13)	8.1% (18)	<0.001
Ինֆեկցիա	1.5% (5)	9.8% (30)	2.0% (6)	8.3% (25)	2.9% (6)	5.7% (13)	<0.001
Ընկերքի մանուալ հեռացում	3.7% (12)	1.8% (6)	3.7% (11)	1.7% (5)	3.8% (8)	1.8% (4)	0.04
Արգանդի հեռացում (հիստերեկտոմիա)	0.0% (0)	0.6% (2)	0.0% (0)	0.7% (2)	0.0% (0)	0.5% (1)	0.02
Վերակենդանացման բաժանմունք տեղափոխում	0.6% (2)	3.6% (11)	1.0% (3)	3.0% (9)	1.0% (2)	1.9% (4)	0.01

ԿՀ դեպքում միջնաժամկետ/երկարաժամկետ փուլում առավել հաճախ հանդիպել են՝ սպիի կլինիկորեն նշանակալի խնդիրներ՝ 4.8%, կոնքի քրոնիկ ցավ՝ 3.2%, անսպողություն՝ 2.7%, PTSD/հետծննդաբերական դեպրեսիա՝ 3.0%:

PAS-ի հաճախականությունը այս խմբում կազմել է 1.5% և աճել է նախորդ ԿՀ-ների կուտակման դեպքում:

ԲՃԾ-ից հետո առավել բնորոշ էին վերահսկվող, ոչ սպիային ֆիզիոլոգիական խնդիրներ, որոնք սակայն նույնպես ազդում են ԿՌ-ի վրա, մասնավորապես՝ կոնքային օրգանների իջեցում՝ 1.5%, մեզի կամ արտաթորանքի պահման անկարողություն՝ 2.3%, էպիգիտոմիայի բարդություններ՝ 0.5%: Ի տարբերություն ԿՀ, դրանք առավել հաճախ հանդիպել են բազմածնունդ և երկարատև երկրորդ փուլով ընթացած ծննդաբերությունների մոտ և հիմնականում ենթակա են բուժման:

«Էրեբունի» ԲԿ և ՄՄԱՊԳՀԿ մայրական սպիային և PAS-բարդությունները (հիստերեկտոմիա, PAS, սպիի խանգարումներ, անպտղություն, քրոնիկ ցավ) էականորեն գերազանցել են «Վեդի» ԲԿ ցուցանիշները՝ պայմանավորված մայրաքաղաքի բարձր դիսկի դեպքերի կենտրոնացմամբ և ԿՀ լայն կիրառությամբ:

Մինչդեռ «Վեդի» ԲԿ-ում ԲՃԾ-ից հետո ավելի բարձր էին ֆունկցիոնալ բարդությունները (կոնքային օրգանների իջեցում և պահման անկարողություն), ինչը կարող է կապ ունենալ ծննդոգնության ներուժի ու ժամանակին միջամտության սահմանափակումների հետ:

Աղյուսակ 4. Պերինատալ բարդությունների բաշխումը՝ ըստ ծննդալուծման եղանակի և կլինիկայի

Բարդություն	Էրեբունի ԲԿ		ՄՄԱՊԿ		Վեդի ԲԿ		p-արժեք
	ԲՃԾ (n=330)	ԿՀ (n=310)	ԲՃԾ (n=290)	ԿՀ (n=300)	ԲՃԾ (n=210)	ԿՀ (n=220)	
Նորածնի ասֆիքսիա	2.1% (7)	1.5% (5)	2.4% (7)	1.3% (4)	5.1% (11)	2.2% (5)	<0.05
Շնչառական խանգարումներ	1.2% (4)	6.3% (20)	1.0% (3)	5.5% (17)	1.4% (3)	2.7% (6)	<0.001
ՆՎԲ տեղափոխում	1.5% (5)	7.1% (22)	1.7% (5)	6.8% (20)	2.3% (5)	4.2% (9)	<0.01
Պերինատալ մահացություն	0.6% (2)	0.3% (1)	0.3% (1)	0.3% (1)	0.5% (1)	0.5% (1)	>0.05
Մանկական տրավմատիզմ	1.5% (5)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.0% (0)	0.5% (0)	0.0% (0)	<0.05

Այսպիսով, ԿՀ-ն զգալիորեն բարձրացնում է մայրական ինվազիվ և սպիային բարդությունների ռիսկն ու վերականգնման բեռը, մինչդեռ ԲՃԾ-ն, թեև չի բացառում ֆունկցիոնալ խնդիրները, ընդհանուր առմամբ ունի ավելի անվտանգ և կառավարելի ընթացք՝ հատկապես, երբ բացակայում են բարդացումները: Ստացված տվյալները հիմնավորում են ԿՀ ցուցումային կիրառման խիստ վերահսկման և վերականգնողական ծառայությունների ընդլայնման անհրաժեշտությունը՝ հատկապես մարզային օղակում, որտեղ ԿՀ քաղաքականության որակի և որոշումների ստանդարտացման բարելավումը կարող է նվազեցնել ինչպես միջամտությունների ավելորդ բեռը, այնպես էլ դրանց երկարաժամկետ հետևանքները:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Հայաստանում ԿՀ-ի մակարդակը զգալիորեն գերազանցում է միջազգային առաջարկությունները:

Երեք բժշկական կենտրոններում (Էրեբունի ԲԿ, ՄՄԱԴԳՀԿ, Վեդի ԲԿ) ԿՀ-ի միջինացված ցուցանիշը կազմել է 45%, ինչը 3-4 անգամ գերազանցում է ԱՀԿ-ի կողմից առաջարկվող 10–15% օպտիմալ միջակայքը: Այս ցուցանիշը համեմատելի է Թուրքիայի (53.1%) և Իրանի (48.5%) հետ, սակայն զգալիորեն գերազանցում է եվրոպական միջինը (25–30%):

2. VBAC-ի (ԿՀ-ից հետո բնական ծննդաբերություն) գրեթե լիակատար բացակայությունը ամենակարևոր բացահայտումն է:

Ռոբսոնի 5.1 խմբում (նախորդ ԿՀ-ով կրկնածիններ, միապտուղ, գլխային առաջադրություն, ≥ 37 շաբաթ) ԿՀ-ի մակարդակը կազմել է 94.9%: Սա նշանակում է, որ Հայաստանում VBAC-ի փորձերը կատարվում են միայն 5.1% դեպքերում, ինչը մի քանի անգամ ցածր է եվրոպական միջինից (60–70%):

3. ≥ 36 տարեկան տարիքը հանդիսանում է ԿՀ-ի անկախ և հզոր ռիսկի գործոն:

36 և բարձր տարեկան կանանց մոտ ԿՀ-ի մակարդակը կազմել է 67.4% (Էրեբունի ԲԿ) մինչև 87% (Վեդի ԲԿ): Առավել ուշագրավ է, որ Վեդի ԲԿ-ում 2020թ. այս տարիքային խմբում բոլոր ԿՀ-ները (100%) եղել են պլանային: **Ինչը հիմնավորում է ≥ 36 տարեկան հղիների վարման հատուկ ալգորիթմի ներդրումը՝ հիմնված ռիսկերի գնահատման վրա:**

4. **2ա և 4ա խմբերում ԿՀ-ի կտրուկ աճը վկայում է ինդուկցիայի միասնական արձանագրությունների բացակայության մասին:**
2018–2020թթ. ընթացքում 2ա խմբում (առաջնաձիններ, ինքնաբուխ սկիզբ) ԿՀ-ն աճել է 7.4%-ից մինչև 13.6% (աճը 83.8%), իսկ 4ա խմբում (առաջնաձիններ, ինդուկցիա)՝ 2.4%-ից մինչև 13.2% (աճը 450%): **Ինչը պահանջում է ինդուկցիայի միասնական արձանագրությունների մշակում և ներդրում՝ հիմնված Bishop գնահատականի, ամնիոտոմիայի և պրոստագլանդինների կիրառման վրա:**
5. **Բժշկական կենտրոնների միջև կան էական տարբերություններ, որոնք վկայում են միասնական մոտեցման բացակայության մասին:**
«Էրեբունի» ԲԿ-ում (III կարգ) գերակշռում են հրատապ ԿՀ-ները (34.3%), Վեդի ԲԿ-ում (I և II կարգ)՝ պլանային ԿՀ-ները (≥ 36 տարեկաններում՝ 100% պլանային), իսկ ՄՄԱՊԳՀԿ-ում՝ համակցված մոտեցումը:
6. **ԿՀ-ն ասոցացվում է մայրական սուր բարդությունների զգալի բարձր ռիսկով:**
ԿՀ-ի դեպքում արյունահոսությունը կազմել է 14.8% (ԲԾՕ 6.2%), ինֆեկցիան՝ 9.5% (ԲԾՕ 2.1%), վերակենդանացման բաժանմունք տեղափոխությունը՝ 3.5% (ԲԾՕ՝ 0.9%) ($p < 0.001$ բոլոր դեպքերում): Հիստերեկտոմիա կատարվել է միայն ԿՀ-ից հետո (0.6%):
7. **ԲԾՕ-ն ասոցացվում է նորածնային ասֆիքսիայի բարձր ռիսկով, մինչդեռ ԿՀ-ն՝ շնչառական խանգարումներով:**
ԲԾՕ-ի դեպքում նորածնային ասֆիքսիան կազմել է 4.3% (ԿՀ՝ 1.6%, $p < 0.01$), իսկ ԿՀ-ում գերակշռում էին շնչառական խանգարումները (5.9% vs 1.2%, $p < 0.001$) և ՆՎԲ տեղափոխումը (6.7% vs 2.8%, $p < 0.01$):
8. **ԿՀ-ն կապված է լուրջ երկարաժամկետ բարդությունների հետ, որոնք ազդում են կյանքի որակի և հետագա հղիությունների վրա:**
 ≥ 6 ամիս հետո ԿՀ-ից հետո արձանագրվել են PAS (1.5% vs ԲԾՕ՝ 0.1%), սպիի խնդիրներ (4.8% vs 0.4%), քրոնիկ կոնքալից գալ (3.2% vs 1.1%), անպտղություն (2.7% vs 0.6%):
9. **ԲԾՕ-ի դեպքում գերակշռում են ֆունկցիոնալ բարդությունները, որոնք սակայն ավելի կանխարգելելի են:**
ԲԾՕ-ից հետո արձանագրվել են մեզի/կղանքի անկարողություն (2.3% vs ԿՀ՝ 1.2%) և կոնքալից օրգանների իջեցում (1.5% vs 1.0%), որոնք հիմնականում կանխարգելելի են ճիշտ ծննդալուծման տեխնիկայով և հետծննդյան վերականգնողական միջոցառումներով:

10. **Կյանքի որակի վերականգնումը ԿՀ-ից հետո Հայաստանում զգալիորեն ավելի դանդաղ է, քան զարգացած երկրներում:**
SF-36-ի ընդհանուր միավորը ԿՀ-ից հետո 12 ամսում կազմել է 63.9 ± 9.6 , ինչը զգալիորեն ցածր է միջազգային ցուցանիշներից (75–80): Հրատապ ԿՀ-ն տվել է 15–20% ավելի ցածր միավորներ, քան պլանային ԿՀ-ն ($p < 0.001$):
11. **ԱՄԲ-ով հղիությունները գրեթե համընդհանուր ղեկավարվում են ԿՀ-ով, ինչը համապատասխանում է միջազգային զգուշավոր մոտեցմանը:**
ԱՄԲ հղիների մոտ ԿՀ-ի ցուցանիշը կազմել է 80.6–91.8% կախված տարիքային խմբից: Ռոբսոնի 2բ, 4բ, 8 և 10-րդ խմբերում գրանցվել են ամենաբարձր ցուցանիշները (4b-ում 100%):
12. **Ռոբսոնի դասակարգումը արդյունավետ գործիք է ԿՀ-ի մոնիտորինգի համար և պետք է ինտեգրվի առողջապահական համակարգում:**
Դասակարգումը թույլ տվեց բացահայտել խնդրահարույց խմբերը (5.1, 2բ, 4բ, 2ա, 4ա), որոնցում ԿՀ-ի մակարդակը չի կարող ամբողջությամբ հիմնավորվել կլինիկական ցուցումներով: Դրա պարբերական կիրառումը հնարավորություն կտա իրականացնել միջկենտրոնային համեմատություններ և գնահատել բուժօգնության որակը: Այն հնարավորություն է տալիս մշակել և ներդնել ≥ 36 տարեկան հղիների վարման ալգորիթմը, ԿՀ-ի ընթացքում մարտավարության ընտրության ալգորիթմը և ԿՀ-ի ժամանակակից գործելակարգը:
13. **ԿՀ-ի ժամանակակից վիրահատական գործելակարգի ներդրումը (Pfannenstiel/Joel Cohen կտրվածք, անընդհատ երկշարք կար, կարբետոցին, պորտալարի ուշ կտրում, ընտանեկան-ուղղված ԿՀ)**
հնարավորություն է տալիս նվազեցնել ինչպես անմիջական, այնպես էլ երկարաժամկետ բարդությունները:
14. **ԿՀ-ի ընթացքում մարտավարության ընրության ալգորիթմի ներդրումը (ԿՀ-ի տեսակի որոշում, ռիսկի գործոնների գնահատում, վիրահատական մեթոդի ընտրություն, ինտրաօպերացիոն մարտավարություն, հետծննդյան վարում, աուդիտ)**
հնարավորություն է տալիս նվազեցնել մայրական և պերինատալ հիվանդացությունն ու մահացությունը:

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. Ռոբսոնի դասակարգման լիարժեք ներդրում և ակտիվ կիրառում բոլոր ծննդօգնության հաստատություններում՝ այն օգտագործելով ոչ միայն վիճակագրական հաշվարկների, այլև ծննդօգնության կառավարման, որակի վերահսկման, աուդիտի և կլինիկական որոշումների կայացման հիմնական գործիք, հատկապես 5.1, 2բ, 4բ, 2ա և 4ա խմբերում:
2. VBAC-ի խթանում Ռոբսոնի 5.1 խմբում՝ վերանայելով պլանային կեսարյան հատումների ցուցումները, մշակելով VBAC-ի թեկնածու ծննդկանների ընտրության հստակ չափորոշիչներ (մեկ նախորդ ԿՀ, արգանդի սպիի (Residual Myometrial thickness (RMT)) հաստություն ≥ 3.5 մմ, նորմալ կոնք, պտղի գլխային առաջադրություն, ≥ 37 շաբաթ) և ծննդօգնության կառավարման ազգային արձանագրություն:
3. Ծննդաբերության ինդուկցիայի միասնական արձանագրությունների մշակում և ներդրում՝ հատկապես 2ա և 4ա խմբերում, որտեղ արձանագրվել է ԿՀ-ի կտրուկ աճ (համապատասխանաբար 83.8% և 45%), ինդուկցիան իրականացնելով միայն հստակ ցուցումների դեպքում (Bishop գնահատական ≥ 6 , ամնիոտոմիա, պրոստագլանդիններ)՝ խուսափելով առաջնաժինների մոտ էլեկտիվ ինդուկցիայից:
4. Բուժանձնակազմի թիրախային վերապատրաստում և շարունակական կրթություն՝ ուղղված բնական ճանապարհով ծննդաբերության խթանմանը, VBAC-ի անվտանգ իրականացմանը, ինդուկցիայի ցուցումների հստակեցմանը և ռիսկերի վերահսկմանը՝ հիմնված միջազգային ուղեցույցների (ACOG, RCOG, WHO) վրա:
5. Բարձր տարիքային ռիսկի հղիների (≥ 36 տ.) պերինատալ հսկողության ուժեղացում՝ իրականացնելով ռիսկերի ճշգրիտ գնահատում՝ խրախուսելով VBAC-ի փորձերը թեկնածու ծննդկանների մոտ և պլանային ԿՀ-ն կիրառելով միայն բացարձակ բժշկական ցուցումների առկայության դեպքում՝ նպատակ ունենալով նվազեցնել այս տարիքային խմբում ԿՀ-ի 67–87% ցուցանիշը: Կիրառել ≥ 36 տարեկան հղիների վարման ալգորիթմը՝ ներառյալ ռիսկերի գնահատումը, VBAC-ի թեկնածու ծննդկանների ընտրությունը և պլանային ԿՀ-ի ցուցումների խստացումը:

6. Տարածաշրջանային կենտրոնների (Լք մակարդակ) տեխնիկական և մասնագիտական կարողությունների ընդլայնում՝ ապահովելով 24-ժամյա վիրահատական թիմի առկայություն, արյան բանկ, անհետաձգելի ուլտրաձայնային հետազոտություն և VBAC-ի անվտանգ իրականացման պայմաններ, ինչպես նաև կանոնավոր հեռահաղորդակցություն երևանյան III կարգի կենտրոնների հետ:
7. Հետծննդյան վերականգնողական ծրագրերի ներդրում կեսարյան հատումից հետո՝ ներառյալ ֆիզիոթերապիա (կոնքի հատակի մկանների վարժություններ, սպիի ֆունկցիոնալ վերականգնում), հոգեբանական աջակցություն (հետծննդյան դեպրեսիայի և PTSD-ի սկրինինգ) և ցավի կառավարում, հատկապես հրատապ ԿՀ-ի ենթարկվածների համար, որոնց մոտ կյանքի որակի ցուցանիշները 15–20% ցածր են պլանային ԿՀ-ից:
8. Կեսարյան հատման նվազեցման ազգային ռազմավարության մշակում և իրականացում առողջապահական քաղաքականության մակարդակում, ներառյալ Ռոբսոնի դասակարգման պարտադիր կիրառում, VBAC-ի խթանման մեխանիզմներ, ծննդաբերության ինդուկցիայի ազգային ուղեցույց, ցուցանիշների մոնիտորինգի և աուդիտի համակարգ, ինչպես նաև բժիշկների շարունակական կրթության ծրագիր:

ՀՐԱՏԱՐԱԿԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑԱՆԿ

1. **Ghukasyan N.N.** Spontaneous rupture of spleen in a pregnant Armenian woman with favorable pregnancy outcome: case report // Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2021, N11, p.140-145.
2. **Ghukasyan N.** Quality of Life in Women after Vaginal Delivery and Cesarean Section in Armenia // J Pediatric Neonatal. 2021, 3(3): p. 1-6.
3. **Ghukasyan N.N., Zohrabyan A., Poghosyan A., Khachatryan He.** The possibility of introducing a normal pregnancy and delivery in patients with established liver cirrhosis // World Journal of Advanced Research and Reviews, 2021, 12(02), p. 621–625.
4. **Ghukasyan N.N.** Breast Cancer in Pregnancy and Postpartum: Maternal and Fetal Implications. // World Journal of Advanced Research and Reviews, 2022, 16(03), p. 638-640.
5. **Ghukasyan N.N.** Management of Pregnancy and the Possibility of Normal Delivery in Pregnant Women with Thyroid Cancer in Armenia. // World Journal of Advanced Research and Reviews, 2022, 16(03), p. 634–637.
6. **Ghukasyan N.N.** Analysis of the Caesarean Section Rate in Armenia for the Period 2016-2021 Based on the Results of a Single Center Study. // Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2023, Vol.13, No 1, p.47-52.
7. **Khachatryan H., Sargsyan N., Sargsyan G., Danelyan S., Karapetyan I., Ghukasyan N., et al.** Thrombotic events in patients with Antiphospholipid syndrome: a single center study // Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2023, vol.13, p. 654-661.
8. **Ghukasyan N.N.** Our Experience of Childbirth Complications: A Case of Placenta Percreta // Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2023, Vol.13, p. 1184-1191.
9. **Ghukasyan N.N., Poghosyan A.P., Okoev G.G., Gasparyan A.A., Khachatryan He.S.** Familial Mediterranean fever as a Predictor of Preeclampsia in Pregnancy: Case Report // World Journal of Advanced Research and Reviews (WJARR), 2023, 20(02), p. 1017–1021.
10. **Ghukasyan N.N.** Cesarean Section Rates in Armenia: A Robson Classification Analysis of a Tertiary Care Hospital's Experience // Emerging Medical Science, Vol. 3, No. 02, 2024, p. 22-26.

11. **Ghukasyan N.N.** Recurrent Isthmocele Following Second Cesarean Section Delivery: A Case Report and Management Strategies. // Emerging Medical Science, 2024, Vol. 3, No. 02, p. 16-21.
12. **Ghukasyan N.N.** Maternal Fertility Status and Infant Outcomes: The Erebouni Medical Center Study of Assisted Reproductive Technology. // Медицинская наука Армении НАН РА т. LXV, N1, 2025, p. 114-123.
13. **Ghukasyan N.N.** Preeclampsia: How Collaborative Work between Laboratories and Obstetrician-Gynecologists Helps Predict, Diagnose, and Treat. // Medical Science of Armenia, LXV, № 1, 2025, p. 124-128.
14. **Ghukasyan N.N., Poghosyan A. P., Okoev G.G., Melkonyan V.T., Aghazaryan A.V., Hakobyan N.V., Sedrakyan H.H.** Cesarean Delivery Following Assisted Reproduction in a Patient with a Uterine Anomaly: Risk Factors and Neonatal Prognosis // Medical Science of Armenia, 2025, т. LXV, № 2, 2025, p. 121-126.
15. **Ghukasyan N.N., Gharibyan E.E., Poghosyan A.P., Voskanyan M.M., Okoev G. G., Mangoyan H.N., Sahakyan L.S., Khachatryan H.S.** Pregnancy and Delivery in the Context of Hemolytic Uremic Syndrome: A Surrogacy Case Study. //International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2025, Sep, 170(3), p. 1102-1106.
16. **Ghukasyan N.N., Poghosyan A.P., Okoev G.G., et al.** Successful IVF and Spontaneous Pregnancy in a Patient with Factor V Leiden Mutation and Secondary Infertility: A Case Report. Surg Res. 2025, 7(2), p. 1-3.
17. **Ghukasyan N.N., Poghosyan A.P., Okoev G.G.** Cesarean Scar Pregnancy and Placenta Percreta: A Case Series from Armenia. Surg Res. 2025; 7(2), p. 1-3.
18. **Ghukasyan N.N., Poghosyan A.P., Okoev G.G.** Short- and Long-Term Maternal and Perinatal Outcomes after Cesarean Section versus Vaginal Delivery: A Multicenter Cohort Study from Armenia. // World J Surg Surg Res., 2026;9(1),1613, p. 1-4.
19. **Ghukasyan N.N.** Post-Cesarean Scar Endometriosis: Long Latency, Frequent Misdiagnosis, and Outcomes of Surgical Excision (A Case Series of 5 Patients). GMN, 2026, No.4(373), p. 1-6.
20. **Ghukasyan N.N., Poghosyan A.P., Okoev G.G** Cesarean Section Rates in Armenia: A Multi-Center Analysis Using the Robson Classification and Regional Benchmarking // Медицинская наука Армении НАН РА т. LXVI, №1 2026, p. 93-104.

21. **Ghukasyan N., Gharibyan E., Geokchyan H., Vardanyan A., Gokchyan G., Sahakyan L.** Successful pregnancy and term delivery after radical surgery for colon cancer: A case report. GMN, 2026, No 5 (374), p.120-124.
22. **Ղուկասյան Ն.Ն.** Ռիբսոնի դասակարգումը և VBAC-ը Հայաստանում. կլինիկական մոտեցում // Медицинская наука Армении НАН РА, т. LXVI № 1, 2026, էջ 105-111.
23. **Khachatryan H., Sahakyan L., Petrosyan S., Khachatryan H., Stepanyan A., Ghukasyan N.** Pregnancy complicated by systemic lupus erythematosus, autoimmune hepatitis and portal hypertension. European Journal of Case Reports in Internal Medicine (EJCRIM), 2026, p. 1-5.
24. **Ghukasyan N., Melik-Andreasyan M., Sahakyan L.** Hodgkin lymphoma diagnosed during the second trimester of pregnancy and treated with abvd chemotherapy with favorable maternal and neonatal outcomes: a case report. // Georgian medical news, No 6 (375), 2026, p. 1-4.
25. **Ghukasyan N, Sedrakyan H.** Cesarean scar defect (isthmocoele) and abnormal implantation: a case series of three patients. Obstetrics Gynecology & Cancer Research. 2026; e735541, p. 403.

НОРАЙР НВЕРОВИЧ ГУКАСЯН
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ,
УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОЖЕНИЦ В РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

Резюме

Перинатальная помощь и выбор способа родоразрешения оказывают прямое и долгосрочное влияние на здоровье матери и новорождённого, частоту осложнений, перинатальные потери и качество жизни (КЖ) женщин. В Армении, как и в мире, частота кесарева сечения (КС) остаётся стабильно высокой и, по данным ряда центров, продолжает расти, что определяет необходимость системной, доказательной и клинически прицельной оптимизации тактики родовспоможения. Согласно рекомендациям ВОЗ, оптимальный уровень КС на популяционном уровне не должен превышать 10–15%, однако в Армении этот показатель значительно выше.

Диссертационная работа выполнена в смешанном дизайне, включающем ретроспективный и перспективный этапы. В основной ретроспективной части были проанализированы данные 22 411 родов за 2018–2020 гг., проведённых в трёх акушерских стационарах различного уровня и профиля: «Эребуни» медицинский центр (III уровень, г. Ереван), Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребёнка — ММЦОЗМР (IIIa уровень, г. Ереван) и Ведийский медицинский центр «Веди» (Ib уровень, региональный центр Армении, организующий родовспомогательную помощь для сельской и районной популяции). Структурирование данных осуществлялось по классификации Робсона, по возрастным подгруппам, по сроку гестации и по типу КС (плановое/экстренное). В проспективном этапе 2021–2022 гг. с применением валидированного опросника SF-36 была выполнена оценка КЖ у 216 женщин, начиная с 28 недель гестации до 12 месяцев после родов; отдельно сопоставлены благоприятные самостоятельные вагинальные роды (БСВС), плановое и экстренное КС. Согласно полученным данным, наиболее многочисленной группой оказалась 3-я группа Робсона (28% от всех родов) — повторнородящие без рубца на матке, с одноплодной головной беременностью ≥37 недель, со спонтанным началом родов. Далее следовали 1-я группа (20%) — первородящие с головным предлежанием, 5.1 группа (12%) — повторнородящие с рубцом на матке, 2б группа (11%) — первородящие с индуцированными родами, и 10-я группа (8%). Общий уровень КС в трёх центрах составил 45%. Наиболее высокие показатели КС зарегистрированы в группах высокого риска: 9-я группа — 97.6%, 6-я — 97.5%, 4б — 96.2%, 2б — 95.9%, 5.1 — 94.9%, 5.2 — 93.4%. Особую тревогу вызывает 5.1 группа (VBAC), где КС достигает 94.9%, что свидетельствует о практически полном отсутствии попыток вагинальных родов после кесарева сечения в Армении. Также отмечен значительный рост КС в группах 2а (с 7.4% до 13.6%, рост на 83.8%) и 4а (с 2.4% до 13.2%, рост на

450%), что указывает на отсутствие единых протоколов индукции родов и ведения преждевременных родов.

Ведущие материнские осложнения в раннем интранатальном и постнатальном периоде значимо различались в зависимости от способа родоразрешения. Кесарево сечение характеризовалось более высокой частотой геморрагических и инфекционных осложнений: послеродовое кровотечение при КС достигало 14.8%, что более чем в 2 раза превышало аналогичный показатель при БСВС (6.2%, $p < 0.001$). Частота инфекционных осложнений после КС составляла 9.5% против 2.1% при БСВС ($p < 0.001$). В 0.6% клинически наиболее тяжёлых случаев было выполнено удаление матки (гистерэктомия), при этом все такие эпизоды фиксировались исключительно после оперативных родов — и преимущественно на фоне спектра PAS. Перевод матери в ОРИТ после КС составлял 3.5%, тогда как при БСВС — лишь 0.9% ($p = 0.01$). Клинически значимые осложнения рубца на матке и передней брюшной стенке составляли 4.8% (против 0.4% при БСВС), хроническая тазовая боль — 3.2% (против 1.1%), субфертильность — 2.7% (против 0.6%), PAS — 1.5% (против 0.1%), психоэмоциональные нарушения — 3.0% (против 2.5%). Наиболее выраженное снижение КЖ наблюдалось после КС в первые 1–3 месяца (снижение физической активности на 35–40%). Экстренное КС давало на 15–20% более низкие показатели КЖ по сравнению с плановым ($p < 0.001$). Через 12 месяцев общий балл SF-36 в группе КС оставался значительно ниже (63.9 ± 9.6), чем в группе БСВС (106.9 ± 10.5 , $p < 0.001$).

БСВС ассоциировалась с более высокой частотой асфиксии новорождённых (4.3% против 1.6% при КС, $p < 0.01$), тогда как КС — с более высокой частотой респираторных нарушений (5.9% против 1.2%, $p < 0.001$) и переводов в ОИТН (6.7% против 2.8%, $p < 0.01$). Перинатальная смертность была сопоставимой (0.3–0.5%).

В Веди МЦ (Ib уровень) зафиксированы наиболее высокие возрастзависимые показатели КС: до 68.4% в группе ≥ 36 лет и 87% к 2020 году, где 100% вмешательств у ≥ 36 лет были плановыми. Функциональные проблемы (недержание, опущение тазовых органов) преобладали после вагинальных родов. Высокая частота КС в Армении определяется не только клиническими и возрастными рисками, но и организационными факторами, особенно в группах Робсона 2а и 4а, где КС потенциально предотвратимо. Наиболее значимой проблемой является практическое отсутствие VBAC.

Результаты обосновывают необходимость: внедрения классификации Робсона как основного инструмента мониторинга; разработки протоколов индукции родов и VBAC; усиления перинатального контроля у женщин ≥ 36 лет; укрепления технического потенциала региональных центров; внедрения послеродовых реабилитационных программ для женщин после КС.

**STRATEGIES TO REDUCE CESAREAN SECTION RATES AND PERINATAL
LOSSES AND IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF PARTURIENT WOMEN
IN THE REPUBLIC OF ARMENIA**

Abstract

Perinatal care and the choice of delivery method have direct and long-term effects on maternal and neonatal health, complication rates, perinatal losses, and women's quality of life (QoL). In Armenia, as globally, the cesarean section (CS) rate remains persistently high and continues to rise, highlighting the need for systematic, evidence-based, and clinically targeted optimization of obstetric care. According to WHO recommendations, the optimal population-level CS rate should not exceed 10–15%; however, in Armenia, this figure is substantially higher.

This dissertation employed a mixed retrospective-prospective design. The retrospective phase analyzed 22,411 deliveries (2018–2020) from three obstetric centers of different levels: Erebuni Medical Center (level III, Yerevan), the Research Center for Maternal and Child Health Protection (level IIIa, Yerevan), and Vedi Medical Center (level Ib, a regional center providing obstetric care for rural and district populations). Data were stratified according to the Robson classification, maternal age subgroups, gestational age, and CS type (elective/emergency). The prospective phase (2021–2022) assessed QoL in 216 women using the validated SF-36 questionnaire, from 28 weeks of gestation to 12 months postpartum, comparing favorable spontaneous vaginal delivery (FSVD), elective CS, and emergency CS.

The largest group was Robson group 3 (28% of all deliveries) — multiparous women without a uterine scar, with a singleton cephalic pregnancy at ≥ 37 weeks, spontaneous onset of labor. This was followed by group 1 (20%) — nulliparous with cephalic presentation, group 5.1 (12%) — multiparous with a uterine scar, group 2b (11%) — nulliparous with induced labor, and group 10 (8%). The overall CS rate across the three centers was 45%. The highest CS rates were observed in high-risk groups: group 9 — 97.6%, group 6 — 97.5%, group 4b — 96.2%, group 2b — 95.9%, group 5.1 — 94.9%, and group 5.2 — 93.4%. Of particular concern is group 5.1 (VBAC), where the CS rate reached 94.9%, indicating a near-complete absence of vaginal birth after cesarean attempts in Armenia. A marked increase in CS rates was also observed in group 2a (from 7.4% to 13.6%, an 83.8% increase) and group 4a (from 2.4% to 13.2%, a 450% increase), reflecting the lack of standardized induction protocols.

Major maternal complications differed significantly by delivery mode. CS was associated with higher rates of hemorrhagic and infectious complications: postpartum

hemorrhage reached 14.8% after CS, more than twice the rate after FSVD (6.2%, $p<0.001$). The infection rate after CS was 9.5% versus 2.1% after FSVD ($p<0.001$). Hysterectomy was performed in 0.6% of cases, exclusively after operative delivery, predominantly due to placenta accreta spectrum (PAS). Maternal transfer to the intensive care unit occurred in 3.5% after CS versus 0.9% after FSVD ($p=0.01$).

Clinically significant uterine scar and anterior abdominal wall complications were documented in 4.8% after CS (vs. 0.4% after FSVD), chronic pelvic pain in 3.2% (vs. 1.1%), subfertility in 2.7% (vs. 0.6%), PAS in 1.5% (vs. 0.1%), and psychological disorders (PTSD, postpartum depression) in 3.0% (vs. 2.5%).

The most pronounced decline in QoL after CS occurred during the first 1–3 months (35–40% reduction in physical activity). Emergency CS resulted in 15–20% lower physical and mental QoL scores compared with elective CS ($p<0.001$). At 12 months postpartum, the total SF-36 score remained significantly lower in the CS group (63.9 ± 9.6) than in the FSVD group (106.9 ± 10.5 , $p<0.001$).

FSVD was associated with a higher rate of neonatal asphyxia (4.3% vs. 1.6% after CS, $p<0.01$), whereas CS was associated with higher rates of respiratory distress (5.9% vs. 1.2%, $p<0.001$) and NICU admissions (6.7% vs. 2.8%, $p<0.01$). Perinatal mortality was comparable between groups (0.3–0.5%).

Vedi Medical Center (level Ib) demonstrated the highest age-dependent CS rates: up to 68.4% in the ≥ 36 years age group and 87% by 2020, where 100% of interventions in women ≥ 36 years were elective. Functional problems (incontinence, pelvic organ prolapse) predominated after vaginal deliveries.

The high CS rate in Armenia is determined not only by clinical and age-related risks but also by organizational factors, particularly in Robson groups 2a and 4a, where CS is potentially preventable. The most significant problem is the near-complete absence of VBAC (group 5.1 — 94.9% CS).

The results support the need for: mandatory implementation of the Robson classification as a core monitoring tool in all obstetric facilities; development of national protocols for labor induction and VBAC; enhanced perinatal surveillance for women aged ≥ 36 years; strengthening the technical and professional capacity of regional (level Ib) centers; and implementation of postpartum rehabilitation programs for women after CS, particularly after emergency procedures. These measures are critical for reducing preventable maternal and perinatal losses and ensuring sustainable improvement in women's quality of life in the early and late postpartum periods.

