

ГОВСЄЄВ Д. О.

**Аntenатальна загибель плода:
між клінічною практикою,
доказовістю та емпатією**

Київ
Книга-плюс
2025

УДК 618.333:618.499]-06-07-084:614.256]](02)

Г58

Говсеєв Д.О. Антенатальна загибель плода: між клінічною практикою, доказовістю та емпатією. К: Книга-плюс, 2025. – с.

Антенатальна загибель плода належить до тяжких акушерських ускладнень, що може бути наслідком як справжньої плацентарної недостатності, так і тяжких вад розвитку плоду. Антенатальна загибель плода – це не лише статистичний показник і не лише медичний діагноз. Це людська трагедія, яка залишає слід у серці жінки, сім'ї, медичної команди і навіть системи охорони здоров'я в цілому. В монографії розглядається, що відомо про причини антенатальної загибелі плоду, як їх можна передбачити, попередити і розпізнати вчасно.

Монографія складається з 10 великих розділів, кожен з яких охоплює окремий аспект теми: від загальної епідеміології до аналізу окремих клінічних ситуацій, від організації системи допомоги до етичних і юридичних аспектів, від науки до людського досвіду втрати.

Читаючи дану книгу, Ви заглибитесь у світ клінічної діагностики, психологічної підтримки, юридичних нюансів і системної організації допомоги. За кожним фактом і кожним алгоритмом висвітлюється головна ідея – зберегти життя там, де це можливо, і підтримати там, де медицина безсила.

Підп. до друку 16.09.2025. Формат 60х84/16.
Папір офсет. Гарн. Newton C. Друк офсет. Наклад 300.

Видавництво «Книга-плюс»
03057, Київ, пр. Берестейський, 34.
Свідोцтво про внесення до Державного реєстру видавців
і розповсюджувачів видавничої продукції
серія ДК № 4904 від 20.05.2015 р.

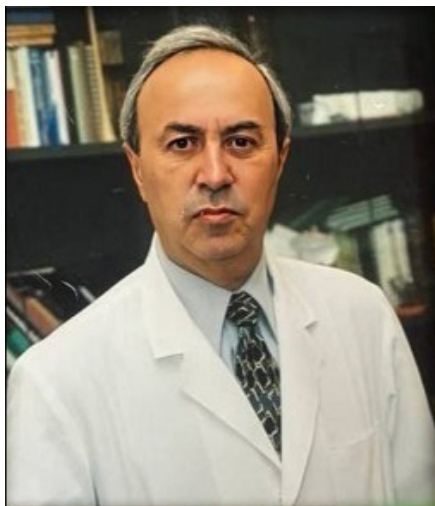
ISBN 978-966-460-231-7

© Говсеєв Д.О., 2025

© Видавництво «Книга-плюс», 2025

ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ

*професору Борису Михайловичу Венцківському —
моєму Вчителю, наставнику й прикладу відданості науці
та медицині*



Венцківський Борис Михайлович (1942-2025)

Член-кореспондент Національної академії медичних наук України,
доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України,
завідувач кафедри акушерства і гінекології № 1 Національного медичного
університету імені О.О. Богомольця (1990–2019 рр.)

Зміст

Розділ I

Вступ

1.1. Актуальність теми

Аntenатальна загибель плода – це не просто медичний діагноз, це глибока межа, на якій зустрічаються клініка, статистика, моральна відповідальність і людський біль. Незважаючи на досягнення сучасної перинатальної медицини, ця проблема залишається актуальною навіть у країнах із високим рівнем розвитку охорони здоров'я. За даними ВООЗ, щороку у світі трапляється понад 2 мільйони випадків мертвонародження, і значна частка з них відбувається у третій триместр вагітності, коли дитина вже має високі шанси на виживання за умови вчасної медичної допомоги.

В Україні проблема антенатальної загибелі плода набуває особливої гостроти в умовах військового конфлікту, внутрішньої міграції, розірваних маршрутів пацієнтів і психологічного виснаження медичної системи. Але навіть у мирний час цей діагноз залишається шоком як для родини, так і для персоналу. Лікар, який щойно вів вагітність як фізіологічну, через кілька годин змушений повідомляти про фатальний діагноз – і водночас ухвалювати чітке тактичне рішення. Пацієнтка втрачає не лише плід, а й довіру до майбутнього.

Кожен випадок антенатальної загибелі – це не лише трагедія окремої родини, а й втрачена ланка в демографічному ланцюгу. В Україні, як і в більшості країн Центрально-Східної Європи, спостерігається зниження народжуваності, і кожна ненароджена дитина має значення не лише з етичної, а й із національної перспективи. У країні, що відновлюється після масштабних втрат і воєнного лиха, проблема втрати вагітності виходить за межі особистого – вона набуває національного значення.

До того ж, повторна вагітність після втрати часто супроводжується глибоким тривожним фоном, зниженням прихильності до медичних рекомендацій, страхом перед повторенням сценарію. Це може спричинити або медикалізацію фізіологічних процесів, або уникнення медичного спостереження – і те, й інше несе нові ризики.

Попри численні дослідження, антенатальна загибель все ще залишається темою, яку уникають – як у клінічних обговореннях, так і в міжособистісній комунікації. У багатьох країнах, включно з Україною, відсутня системна модель обліку, аналізу та супроводу таких випадків. Перинатальні розбори здебільшого носять формальний характер, а поняття «перинатальний аудит» часто зводиться до обвинувачення конкретних виконавців, а не до конструктивного аналізу системних вразливостей.

Найгостріше відчувається розрив між клінічною логікою та емоційною реальністю: лікар зосереджений на тактиці, а пацієнтка – на втраті. Брак інструментів емоційної підтримки, психологів у штаті пологових будинків, відсутність інституційної культури емпатії – усе це формує атмосферу мовчазної травми, яка триває роками.

Саме в цьому контексті виникає потреба не лише в аналізі проблеми з позицій доказової медицини, а й у створенні мови для опису того, що не піддається клінічній класифікації. Монографія, яку ви тримаєте в руках, прагне поєднати два світи – світ протоколів і світ втрачених мрій. Тут рівнозначно важливою є і частота пульсу, і пауза в мовленні лікаря, коли він говорить: «Ми більше не чуємо серцебиття».

Наукова емпатія – це не сентиментальність і не заміна клінічного мислення. Це здатність бачити пацієнта не лише як об'єкт спостереження, а як суб'єкт досвіду. Особливо тоді, коли цей досвід – втрата.

У сучасній медицині існують ефективні інструменти для антенатального моніторингу: доплерометрія, КТГ, біофізичний про-

філь плода, маркери запалення тощо. Проте жоден із цих методів не дає 100% гарантії передбачення смерті плода. Частина випадків відбувається раптово, на тлі «задовільного» перебігу вагітності. Це зумовлює як нові виклики до діагностики, так і необхідність глибшого дослідження «сірих зон» – прикордонних станів, які можуть передувати фатальним подіям.

Залишається відкритим і питання стратифікації ризиків. Як бути з вагітною, у якої не виявлено жодного фактора, але згодом констатовано антенатальну смерть? Чи існують невидимі маркери? Яку роль відіграє мікробіом, психоемоційний стан, хронічний стрес? Усе це потребує міждисциплінарного підходу.

Антенатальна загибель нерідко перетворюється на предмет юридичних спорів. Це породжує тривогу в медичного персоналу, призводить до дефензивної медицини, змінює стиль ведення документації, комунікацію з пацієнткою. Брак прозорості експертної системи, публічних стандартів розслідування, правового захисту лікаря і водночас гарантій для пацієнтки – усе це створює атмосферу взаємної недовіри.

Етична складова також залишається в тіні. Як говорити з родиною? Чи потрібно проводити ритуали прощання? Чи варто документувати фетальну зовнішність? Чи надається батькам право вибору у вирішенні питання поховання? На жаль, часто ці питання не розглядаються в протоколах, і відповідальність покладається на інтуїцію медиків.

Проблема антенатальної загибелі плода вимагає глибокого і чесного переосмислення – не як рідкісного випадку, а як частини реальності сучасного акушерства. І чим делікатніше ми вміємо про це говорити, тим людянішою стає наша професія.

Ця монографія покликана дати голос тим, хто не народився – і тим, хто залишився жити після їх втрати. Вона створена для лікарів, які хочуть знати більше. Для батьків, які шукають відповіді. Для системи, яка має змінюватися.

1.2. Мета і завдання дослідження

Говорити про смерть дитини ще до її народження – боляче. Але мовчати – небезпечніше. Антенатальна загибель плода – це подія, яка зачіпає одразу кілька рівнів: вона ламає очікування родини, викликає складні рішення у медиків, підриває довіру до системи. Саме тому її не можна зводити лише до сухих протоколів чи статистики.

Ми взяли за цю монографію, бо віримо: якщо поглянути на проблему чесно, без страху і з повагою до кожної історії – можна не лише краще розуміти, а й запобігати. Не всім втратам, але частині з них – точно.

Головна мета цієї монографії – зібрати докупи все найважливіше про антенатальну загибель плода:

- що ми про неї знаємо сьогодні,
- що допомагає попереджати такі випадки,
- як краще діяти, коли це вже сталося,
- і як підтримати жінку та родину в найважчі моменти.

Це не лише медична книжка – це спроба знайти мову для складних ситуацій. І розповісти колегам, як бути точним і водночас людяним.

Які питання ми прагнемо з'ясувати:

- Скільки випадків антенатальної загибелі фіксується у світі та в Україні? Чи змінюється ця статистика з часом?
- Через що найчастіше це трапляється? Які є причини – з боку матері, дитини, плаценти чи зовнішніх чинників?
- Які обстеження й моніторинги реально допомагають виявити ризики вчасно?
- Що робити, коли стається втрата? Як діяти лікареві – не тільки з медичного боку, а й із людського?
- Як організовані системи аналізу таких випадків у світі? Що ми можемо взяти для себе?

Мета дослідження:

- Пояснити лікарям, що варто знати про сучасні підходи до цієї теми – і клінічно, і емоційно.
- Допомогти всім, хто працює в команді: гінекологам, акушеркам, патологоанатомам, психологам – говорити злагоджено й діяти узгоджено.
- Підказати слова, які потрібні в розмові з жінкою, що втратила дитину.
- Спробувати відновити довіру – навіть тоді, коли трапилось непоправне.
- Запропонувати прості кроки, з яких може початися зміна – у протоколах, навчанні, підходах до розборів.

Для кого ця книга

- Для акушерів-гінекологів, яким не байдуже.
- Для перинатальних психологів, які хочуть бути корисними у найскладніші хвилини.
- Для керівників закладів, які не бояться переосмислювати старі підходи.
- Для студентів, яким потрібно відразу вчитися не лише техніці, а й етиці.
- Для родин, які хочуть знати, що не одні.
- І для тих, хто приймає рішення на рівні політики – щоб вони мали під руками не лише цифри, а й людські історії.

Що ми не ставимо собі за мету:

- Ми не даємо універсальних рішень, бо їх не існує. Кожна клінічна ситуація унікальна.
- Ми не займаємось оцінкою дій окремих лікарів, бо монографія не є експертним висновком.
- Ми не уникаємо складних тем, бо вважаємо чесність передумовою емпатії.

- Ми не замінюємо протоколи, але прагнемо їх осмислити – як інструмент, а не як догму.

Ця монографія – спроба подивитися на антенатальну загибель плода не як на «невдачу системи», а як на дзеркало її меж. І водночас – як на шанс. Шанс говорити інакше. Працювати уважніше. Слухати чутливіше.

Бо іноді саме розмова, яку ми не боїмося розпочати, здатна зберегти життя наступного разу.

1.3. Методологія

Ця монографія – не просто перелік досліджень і статистики. Вона виросла з реальних ситуацій, клінічної практики, спостережень, запитань, які звучать на перинатальних розборах, і – найголовніше – з історій жінок і родин, які пережили втрату.

Ми не шукали «сенсацій» або «рішень на все». Ми шукали правду, навіть якщо вона була незручною. Тому джерела були дуже різні:

- Наукові статті (PubMed, Scopus, WHO Global Health Library) – за останні 5 років (2019–2024), мовами: англійською, українською, частково російською.
- Національні клінічні протоколи – зокрема накази МОЗ України від 29.03.2006 №179, від 08.04.2015 №205, від 03.11.2008 №624, від 15.07.2011 №1437, інструкція МОЗ від 08.08.2006 №545 а також проекти нових стандартів.
- Міжнародні рекомендації – ACOG [7], RCOG [6], WHO, NICE, SMFM, Stillbirth Collaborative Research Network.
- Огляд судової та правової практики щодо випадків АЗП в Україні (на основі відкритих джерел та фахових коментарів).
- Спостереження з клінічної практики: як ведуться подібні випадки в реальних умовах – у міських пологових будинках, обласних центрах, при фронтових госпіталях.

- Інтерв'ю з фахівцями – неформальні розмови з лікарями, психологами, акушерками, керівниками закладів.
- Особисті свідчення – частина жінок, які пережили втрату, погодилися поділитися своїм досвідом (анонімно або частково цитовано з їхнього дозволу).

Усе це дозволило нам побудувати монографію не лише на даних, а й на голосах. Бо в медицині важливо не лише «що відбувається», а й «як це переживається».

Принципи, яких ми дотримувались:

1. Вірність доказам

Ми намагались опиратись тільки на перевірені джерела: метааналізи, клінічні настанови, стандарти. Якщо інформація сумнівна або суперечлива – ми це вказуємо. Бо чесність у складній темі важливіша за «гарну картинку».

2. Повнота, але без перевантаження

Так, ми намагались охопити максимум – від патофізіології до комунікації з пацієнткою. Але водночас прагнули уникнути «медичного шуму» – тобто перенасичення аббревіатурами, сухими таблицями, які легко знайти в іншій літературі.

3. Людяність

Ми уявляли, що ця монографія потрапить до рук втомленого лікаря після нічного чергування. І тому робили її такою, щоб її можна було читати – не долаючи, а з інтересом. Ми шукали баланс між аналітикою і щирістю.

4. Неідеальність

У деяких місцях ми залишаємо відкриті питання. Бо медицина – це не тільки відповіді. Це ще й уважні запитання, які зупиняють перед поспішними висновками.

Монографія складається з 10 великих розділів, кожен з яких охоплює окремий аспект теми:

- від загальної епідеміології до аналізу окремих клінічних ситуацій,
- від організації системи допомоги до етичних і юридичних аспектів,
- від науки до людського досвіду втрати.

Кожен розділ написано як окремий тематичний блок, але вони пов'язані між собою логічно й послідовно.

Наприкінці кожного розділу – короткі висновки, які допоможуть зосередитись на головному.

Найважче було писати про моменти, коли ні протоколи, ні досвід, ні навіть людські зусилля не рятують дитину. І залишають лікаря наодинці з матір'ю, яка питає: «Чому?»

У таких ситуаціях найбільше бракує не знань, а слів. Ми не завжди знаходимо їх. Але в цій монографії ми намагались хоча б наблизитися до відповідей. З обережністю. З повагою. З усвідомленням, що кожне речення читає не лише фахівець, а й людина.

Ми свідомо не заглиблювалися у:

- Індивідуальні випадки судової експертизи, бо це потребує окремого юридичного дослідження.
- Дискусії про релігійні чи філософські аспекти смерті плода, хоча ми з повагою ставимось до їх значення – але це окрема тема.
- Детальну лабораторну чи генетичну діагностику, якщо вона стосується дуже вузьких підходів – там, де їх застосування в Україні нині обмежене.

Ми віримо, що головне в цій темі – довіра. Між пацієнткою і лікарем. Між лікарем і системою. Між словом і ділом. Ця монографія – маленька спроба додати до цієї довіри ще одну цеглинку.

1.4. Терміни та визначення

Коли ми говоримо про смерть дитини до народження, кожне слово має вагу. Для фахівця – це термін. Для жінки – це те, як вона потім пояснює світові, що з нею сталося. Саме тому ми прагнемо обрати слова обережно. Чітко. І з повагою.

Нижче – перелік термінів, якими ми користуватимемось у цій монографії. У деяких випадках ми також наводимо, чому саме так – навіть якщо в літературі бувають варіанти.

Основні терміни

➤ Антенатальна загибель плода (АЗП)

Смерть плода в утробі матері, яка сталася після 22 тижня вагітності і до початку пологів.

Це термін, який ми використовуємо як основний протягом усієї монографії. Він відповідає українським нормативним документам і міжнародній класифікації (ICD-10: P95, O36.4).

Чому важливо:

У деяких джерелах вживають терміни «внутрішньоутробна смерть плода», «внутрішньоутробна загибель», «мертвонародження» – але не всі вони є точними в контексті моменту події. АЗП – це саме смерть до початку пологів.

➤ Мертвонародження

Народження дитини без ознак життя, незалежно від того, коли саме сталася смерть: до пологів (антенатально) або під час них (інтранатально).

У статистичних формах часто фіксується як кінцевий результат вагітності – а не момент смерті.

Чому важливо:

Це наслідок, а не процес. Тому мертвонародження – це не те

саме, що антенатальна смерть. І в розборі випадку важливо розрізнати ці поняття.

➤ Інтранатальна загибель плода

Смерть плода, яка трапилась під час пологів, після початку регулярних перейм або після розриву плодового міхура.

Чому важливо:

Іноді інтранатальна смерть маскується під антенатальну – якщо не було вчасного моніторингу. У монографії ми час від часу порівнюватимемо ці стани, щоби показати відмінності у профілактиці.

➤ Пізній викидень

Завершення вагітності зі смертю плода до 22 тижнів і/або з масою плода менше 500 г.

Не є предметом основного розгляду в монографії, але згадується в розділі про диференційну діагностику.

➤ Перинатальна смертність

Сукупність антенатальних, інтранатальних і неонатальних смертей (перші 7 діб життя).

Використовується як інтегральний показник якості перинатальної допомоги в системному аналізі.

➤ Фетальний дистрес

Термін, який означає порушення життєвих функцій плода, зазвичай під час вагітності або пологів, що вимагає негайного реагування.

Найчастіше виявляється за допомогою КТГ, доплерографії або зменшення рухів плода.

➤ Редукція рухів плода / «синдром мовчазного живота»

Скарга жінки на зниження або зникнення відчутних рухів ди-

тини. Часто – перший суб’єктивний симптом, який передуює діагностиці антенатальної загибелі.

Що важливо:

Не існує «нормальної» кількості рухів для кожної вагітної, але будь-яке помітне зниження має бути приводом звернутися до лікаря. Жінкам слід довіряти власним відчуттям.

Перинатальний аудит

Форма професійного розбору клінічного випадку з аналізом причин смерті дитини (антенатальної, інтранатальної чи неонатальної), спрямована на запобігання подібним ситуаціям у майбутньому.

У міжнародній практиці – не каральний, а навчальний і якісний інструмент.

Фетопатологія

Розділ патологічної анатомії, який вивчає хвороби плода та їх морфологічні прояви. Важливий етап у розслідуванні причин АЗП.

Психоемоційна підтримка в акушерстві

Система заходів, спрямованих на полегшення психологічного стану жінки та її родини після втрати плода. Включає:

- медичну комунікацію,
- участь психолога,
- право на прощання,
- формування безпечного середовища в пологовому закладі.

Слова, які раниють (і яких краще уникати)

Медичний персонал часто використовує терміни, які є звичними в документації, але можуть бути травмуючими у спілкуванні:

- «плід загинув» – «ми не реєструємо серцебиття»
- «викидень» (коли йдеться про мертвонародження) – «вагітність завершилась втратою»
- «мертвий» (у присутності пацієнтки) – «дитина не має ознак життя»

Це не питання «прикрашання». Це питання професійної етики й поваги до втрати.

І наостанок – про терміни без терміновості

У цій темі важливо не поспішати – навіть у словах. Бо фраза, сказана в кабінеті за хвилину, може запам'ятатися на роки.

Ми не закликаємо медиків ставати психологами. Але ми віримо: якщо знати силу слова – можна зробити біль не меншим, але менш самотнім.

Розділ 2

Епідеміологія антенатальної загибелі плоду

2.1. Світова ситуація

Світ щороку втрачає мільйони ненароджених дітей. Не тому, що медицина безсила, а тому, що багато з цих смертей трапляються там, де бракує найпростішого – доступу, пильності, людської присутності.

Антенатальна загибель плода (АЗП) – це не «рідкість», як дехто вважає. Це мовчазна глобальна трагедія, яка відбувається щодня – у мегаполісах і сільських амбулаторіях, у дорогих клініках і в польових умовах.

Цей підрозділ – про те, якою є світова картина АЗП, як вона змінюється, де є прогрес, а де – застій, і що ми, як частина глобального медичного простору, маємо знати і пам'ятати.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВНО), у світі щороку трапляється близько 2 мільйонів мертвонароджень, з яких понад 75% – це антенатальні загибелі, тобто втрати, що сталися ще до початку пологів.

Це приблизно 1 випадок щодві секунди.

І хоча ці цифри величезні, вони часто лишаються невидимими у глобальних звітах про здоров'я. Наприклад, до 2020 року більшість країн не мали зобов'язання включати мертвонародження в національну статистику, а в багатьох регіонах немає достовірного обліку таких випадків.

Антенатальна загибель – це дзеркало глобальної нерівності.

В країнах із високим рівнем доходу показники мертвонароджень становлять 2–5 на 1000 пологів.

У країнах із низьким доходом – 20–30 і більше на 1000.

Найгірші показники – у країнах Субсахарської Африки, Пів-

денної Азії, де антенатальна допомога може бути недоступною або формальною. І навпаки, країни з розвиненими програмами скринінгу та нагляду мають найнижчі показники – зокрема Фінляндія, Нідерланди, Норвегія, Японія.

Основні чинники цієї нерівності:

- Брак доступу до якісного антенатального догляду
- Мала кількість підготовлених медичних кадрів
- Високий рівень материнської смертності
- Стигма навколо втрати дитини
- Відсутність системи аудиту причин смерті

Навіть у країнах з добре розвиненою медициною цифри не однакові. Наприклад:

- Фінляндія: $\approx 1,8$ мертвонароджень на 1000 пологів
- Швеція: $\approx 2,2$
- США: $\approx 5,7$
- Велика Британія: $\approx 4,0$
- Польща: $\approx 3,5$
- Румунія: $\approx 6,1$
- Індія: $\approx 22,0$
- Нігер: понад 30,0

Ці відмінності не лише про «рівень медицини». Вони також про культуру – як часто слухають серцебиття плода, як реагують на скарги, як спілкуються з жінкою.

Починаючи з 2010-х років, WHO та UNICEF ініціювали низку програм, спрямованих на зменшення мертвонароджень на 30% до 2030 року. У межах Глобальної стратегії (Every Newborn Action Plan) були встановлені **цільі** для країн-членів:

- Зниження мертвонароджень до не більше 12 на 1000 пологів
- Розробка національних протоколів
- Запровадження систем аудиту

Проте станом на 2023 рік лише 29 країн досягли цільових показників.

Україна вважалась на шляху до цієї мети до початку повномасштабної війни. Після 2022 року – дані потребують переоцінки.

Важливі тенденції

1. Зростання ролі моніторингу стану плода

Сучасні дослідження підкреслюють ефективність доплерографії, біофізичного профілю, оцінки рухів плода в зниженні ризику антенатальної смерті.

В країнах, де такі підходи стали рутинними – показники знижуються.

2. Активне впровадження «ліцензії на слухання»

У багатьох країнах (зокрема у Великій Британії) введено кампанії на кшталт «Count the kicks» – навчання жінок самостійно відслідковувати рухи плода. Це дає простий і доступний спосіб ранньої тривоги.

3. Зміна ставлення до втрати

У світі розвивається культура психоемоційного супроводу після втрати плода.

Багато клінік мають окремі програми для батьків, які пережили мертвонародження, пам'ятні сертифікати, ритуали прощання, фотопідтримку.

Важливі публікації і міжнародні ініціативи

- The Lancet Stillbirth Series (2011, 2016): одні з найвпливовіших аналітичних серій, що порушили мовчання навколо цієї теми.
- WHO 2021 Progress Report on Stillbirths: ключова публікація, яка оцінює прогрес кожної країни у сфері запобігання АЗП.
- International Stillbirth Alliance: глобальна платформа для обміну досвідом, даними, історіями родин.

Світовий досвід перинатального аудиту

Більшість країн із низьким рівнем антенатальної смертності мають законодавчо або організаційно впроваджений аудит кожного випадку.

Наприклад:

- Велика Британія: MBRRACE-UK – національна система розслідувань
- Австралія: Perinatal Death Review Tool
- Канада: провінційні системи (Ontario Perinatal Surveillance System)

Ці аудити не мають карального характеру. Їх головне завдання – виявити, що можна було зробити інакше.

Як говорять про це за кордоном

Мова важлива. У багатьох країнах відмовились від термінів на кшталт «fetal demise» чи «dead baby», і замінили їх на:

«Stillbirth» – нейтрально, але з підтекстом тиші

«Loss in utero» – про втрату, а не смерть

«Baby born sleeping» – образне, делікатне формулювання

У контексті глобальної емпатії – ці зрушення мови не менш важливі, ніж вдосконалення протоколів.

Світ говорить: мовчати – вже не можна

Аntenатальна загибель – це останній великий "невидимий" виклик в акушерстві.

І світ починає про це говорити – не як про провину, а як про шанс змінити.

Бо втратити плід – це біль. Але не менш боляче – коли про цей біль ніхто не знає, не говорить і не діє.

2.2. Український контекст

Чому говорити про Україну – це не про статистику, а про реальність.

Аntenатальна загибель плода в Україні – не лише медична проблема, а симптом глибших процесів у суспільстві. Тут перинатальна медицина розвивалася паралельно з економічними кризами, війнами, реформами і невизначеністю.

У цих умовах лікарі часто змушені робити більше, ніж дозволяють ресурси, – а жінки, на жаль, не завжди отримують навіть базове: пильне ставлення, своєчасну допомогу, право на пояснення.

Україна не є аутсайдером у глобальних рейтингах. Але ми також ще не там, де могли б бути – з огляду на потенціал медичної спільноти. Цей розділ – спроба чесно описати ситуацію: з усіма сильними сторонами, болючими місцями, але без фаталізму.

Що кажуть офіційні цифри (і чого вони не кажуть)

За офіційними даними Центру громадського здоров'я України та Держстату, рівень мертвонароджень в Україні у мирні роки коливався в межах 4,0–6,2 на 1000 пологів.

Найнижчі показники фіксувалися у 2017–2019 рр. – приблизно 4,2–4,5. У 2020–2021 роках, на тлі пандемії COVID-19, відзначалося зростання до 5,2–5,6.

Після початку повномасштабного вторгнення РФ у 2022 році збір достовірної статистики ускладнився, особливо в окупованих і прифронтових регіонах.

Важливо розуміти: офіційна статистика не завжди фіксує антенатальну смерть як окрему подію. Часто вона включається в загальну перинатальну смертність.

У клінічній реальності все складніше.

Проблема не лише в кількості втрат, а в якісних аспектах Є ситуації:

- Відсутність системного антенатального моніторингу в сільських громадах
- Занадто пізні звернення до лікаря при зменшенні рухів плода
- Плутанина з маршрутами – особливо в умовах війни
- Страх жінок втратити облік або не встигнути до пологового
- Відсутність чітких алгоритмів дій при підозрі на АЗП

У деяких районах вагітні до 32 тижня не проходять жодної доплерографії, КТГ або інструментального оцінювання – не через небалість, а через недоступність.

Україна до 2014 року: поступ із затримкою

До 2014 року Україна намагалася впроваджувати міжнародні підходи.

Розроблялись клінічні протоколи (зокрема наказ №205 від 2014 року), створювались перинатальні центри III рівня, підвищувалась роль УЗД та скринінгів.

Проте більшість закладів I рівня не мали ресурсів для доплерографії або навіть кваліфікованих УЗД-спеціалістів.

Реєстр випадків антенатальної смерті вівся лише у формалізованому вигляді, без подальшого розбору чи супроводу. Слова «перинатальний аудит» здебільшого були порожнім рядком у звітах.

2014–2021: війна, децентралізація, ковід

З 2014 року на ситуацію вплинули кілька нових факторів:

- Тимчасова втрата контролю над частиною територій: Луганська, Донецька області, Крим.
- Розриви у маршрутах пацієнтів. Деякі вагітні не могли дістатися до закладів III рівня, або народжували в умовах недостатньої підготовки.
- Децентралізація та медична реформа: Зменшення кількості стаціонарів, скорочення кадрів, «оптимізація» малих пологових відділень.
- Пандемія COVID-19: Зростання кількості антенатальних втрат на тлі обмеженого контакту вагітних із системою.

Проте паралельно з цим з'явилися і позитивні зрушення:

- У низці перинатальних центрів створено групи ризику, де АЗП прогнозували системніше
- Активізувалась участь лікарів у міжнародних освітніх програмах
- Зросла увага до психоемоційної складової втрати (локально, не системно)

2022–2024: повномасштабна війна і новий рівень виклику

Після початку великої війни:

Багато вагітних втратили доступ до обстежень. Лікарі евакуйовані, обладнання – втрачене, амбулаторії – зруйновані.

Жінки почали народжувати у сховищах, під обстрілами, в евакуаційних поїздах.

У багатьох випадках жінка приходила у пологовий на 38–40 тижні з відсутністю серцебиття, не підозрюючи, що дитина вже загинула кілька діб тому.

Це – не вина пацієнтки. Це – злам системи в умовах, до яких вона не була готова.

Лікарі в таких умовах стали останнім рубежем – і часто останніми свідками життя ненародженої дитини.

Регіональні відмінності

Україна – надзвичайно неоднорідна за умовами надання допомоги.

Показники антенатальної загибелі істотно відрізняються:

Найкращі – у великих містах (Київ, Львів, Дніпро)

Найгірші – у прикордонних, прифронтових, сільських регіонах

У деяких районах Донеччини, Чернігівщини, Херсонщини повністю відсутні доступні послуги III рівня

У реальності – це означає, що виживання дитини часом залежить не від ускладнення, а від того, куди змогла доїхати мати.

Що з аналізом причин АЗП?

На жаль, у більшості випадків діагноз залишається формальним – «внутрішньоутробна загибель» без патогенетичного уточнення.

Участь патологоанатома або генетика – рідкість, а психолога – майже виняток.

Немає єдиного формату перинатального аудиту. Часто його:

- або не проводять узагалі
- або зводять до формального «пояснення» від лікаря
- або перетворюють на розбір «хто винен»

Це не лише неефективно. Це – небезпечно для довіри в колективі.

Що позитивного вже є (і варто розвивати)

- Створення перинатальних центрів: Хоча не всі вони укомплектовані, це важливий крок.
- Участь українських лікарів у міжнародних дослідженнях: зростає розуміння світових підходів.
- Громадські ініціативи: деякі організації підтримують батьків, які втратили дитину (групи взаємодопомоги, пам'ятні заходи).
- Внутрішні мотиваційні зміни у фахівців: усе більше лікарів не бояться говорити про втрату – чесно, відкрито, з повагою.

Українська медицина має потенціал – і гідність

Попри всі труднощі, війни, розпач і втому – українські лікарі не опускають рук.

Вони працюють з тим, що є. Вони проводять КТГ на старих апаратах. Вони слухають серцебиття дерев'яними стетоскопами. Вони повідомляють жінці про втрату – іноді самі зі сльозами. І це – гідність.

Ця монографія створена і для них. Щоб показати: ми бачимо. Ми цінуємо. І ми хочемо, щоб у цій системі було менше мовчазних втрат – і більше рішень, слів і підтримки.

2.3. Тенденції останніх 5 років

Чому саме останні п'ять років мають значення

Світ змінився. Причому не поступово, а різко й багаторазово: пандемія, війна, технологічні прориви, міграційні хвилі, падіння довіри до системи – все це буквально зсунуло ґрунт під ногами охорони здоров'я.

І саме в ці останні п'ять років змінилось ставлення до багатьох речей, зокрема – й до теми антенатальної загибелі плода. Ми почали більше говорити про втрату, про недовіру, про обмеженість контролю – і водночас про нові можливості.

Цей розділ – про те, що сталося за останні п'ять років. І що з цього ми можемо – і маємо – взяти з собою у майбутнє.

Пандемія COVID-19: уроки без попередження

Антенатальні втрати на тлі COVID-19

Дані з усього світу, включно з Україною, показали: на тлі пандемії кількість мертвонароджень зросла – не через сам вірус, а через порушення надання допомоги:

- скасовані планові обстеження,
- зменшення візитів до лікаря,
- страх вагітних звертатися вчасно,
- затримки в госпіталізації.

Одна з найбільш цитованих робіт – мультицентрове дослідження у Великій Британії, де мертвонародження під час першої хвили COVID зросли майже вдвічі.

В Україні ситуація була схожою: у 2020–2021 рр. значно зросла частка втрат на пізніх термінах вагітності.

Після 24 лютого 2022 року українська медицина опинилась в умовах катастрофічного навантаження. **Війна** стала унікальним прикладом того, як антенатальна допомога може зникати буквально за годину – з вибухом, евакуацією, блокуванням доріг.

Найтипівіші ситуації:

- жінка не може дістатися до лікаря тижнями;
- вагітна змінює кілька місць проживання за короткий час, втрачаючи медичний супровід;
- пологи починаються у бомбосховищі або в дорозі;
- лікарі не мають навіть стетоскопа, не кажучи вже про КТГ чи доплер.

І все це – на тлі хронічної тривожності, зниженого імунітету, втоми, недосипу.

Антенатальна смерть в умовах війни – не про «поганий нагляд». Це про відсутність умов для нагляду взагалі.

Міграція, переміщення, втрата маршруту

Останні п'ять років – це ще й епоха переміщення. Мільйони українських жінок опинились в інших містах, країнах, серед чужих медичних систем.

І навіть якщо медична допомога в новому місці є

- вона незрозуміла,
- мовно складна,
- і часто не враховує культурного контексту.

У країнах ЄС українські жінки часто виявлялися між двох світів:

- з одного боку – високотехнологічна медицина,
- з іншого – відсутність пояснення, що саме з ними роблять і чому.

Це також ризик антенатальної загибелі – коли жінка вчасно не повідомляє про тривожні симптоми просто тому, що боїться або не розуміє, куди звертатися.

Нові технології: шанс бути ближчими до плода

Останні роки дали чимало інструментів, які вже змінюють ситуацію:

- Домашні КТГ-монітори з bluetooth-з'єднанням, які дають змогу лікарю дистанційно бачити криву;
- Мобільні додатки для підрахунку рухів плода — інтуїтивні, з нагадуваннями;
- Портативні УЗД-сканери, які можна використовувати навіть у евакуаційних медичних пунктах;
- Телемедицина, що дозволяє лікарю консультувати вагітну, яка знаходиться у важкодоступному районі.

Технології не замінюють лікаря, але дають йому очі і вуха там, де він фізично бути не може.

Світові тренди все більше підкреслюють: жінка – не пасивний об'єкт спостереження, а повноцінний учасник процесу.

Тому останні 5 років:

- зростає увага до інформованої участі: не просто "приходьте раз на місяць", а пояснення – для чого саме ця КТГ;
- навчання самоспостереженню: рухи, загальний стан, вчасне реагування;
- повага до інтуїції жінки: якщо вона каже "щось не так" – треба слухати, навіть якщо показники в межах норми.

Медики почали використовувати більш м'яку, підтримуючу мову.

Наприклад:

- замість "вагітність не розвивається" – "ми, на жаль, не бачимо ознак життєдіяльності"
- замість "це не наша вина" – "ми розуміємо, наскільки це важко. Давайте разом подивимось, що відбулося"

Це не формальність. Це поворот до емпатії, до чесного й обережного спілкування.

Перинатальний аудит: повільно, але зрушення є

Ще 5 років тому навіть згадка про аудит могла викликати спротив: лікарі боялися, що це буде пошук винних.

Але нині з'являються:

- перші пілотні проєкти аудиту без звинувачень,
- формати анонімізованих розборів,
- внутрішні колективні зустрічі, де проговорюється не лише діагноз, а й людська складова.

Це повільно. Але краще повільно з повагою – ніж швидко й формально.

Суспільна зміна: ми більше не мовчимо про втрату

Жінки почали розповідати про свій досвід. У соцмережах, на форумах, в інтерв'ю. Це:

- ламає табу;
- створює середовище підтримки;
- формує запит до системи: «Поясніть. Зробіть краще.»

І коли жінка після втрати не чує «навіть добре, що не встигла прив'язатись», а чує: «Я з вами. Я пам'ятаю ім'я вашої дитини» – це вже зміна системи.

П'ять висновків із останніх п'яти років

- Втрата завжди особиста. Але вона не має бути самотньою.
- Не обов'язково мати новітнє обладнання, щоб бути уважним.
- Профілактика – це не магія, а системна робота.
- Найголовніше запитання лікаря – не “що я зробив?”, а “чи міг я помітити більше?”.
- Найсильніше, що можна дати жінці після втрати — не пояснення, а присутність.

Розділ 3

Причини та фактори ризику антенатальної загибелі плода

3.1. Материнські чинники антенатальної загибелі плода

Коли трапляється антенатальна загибель плода, перше питання, що часто звучить – "Що було з мамою?" І це запитання може бути дуже болісним, якщо його поставити без делікатності. Бо в ньому може критися обвинувачення, нав'язане почуття провини. Але справжнє завдання лікаря – не шукати винного, а помітити вразливість.

Материнський організм – це не лише середовище для росту плода. Це активний учасник вагітності з усіма своїми фізіологічними, емоційними, імунними, гормональними коливаннями. І хоча більшість жінок проходять вагітність без ускладнень, низка станів суттєво підвищують ризик антенатальної загибелі.

У цьому розділі ми розглядаємо, як саме материнські чинники можуть бути пов'язані з втратою, як їх вчасно розпізнавати, які мають бути алгоритми дій, і як при цьому залишатись емпатичними до жінки, яка не завжди могла вплинути на те, що з нею відбувається.

Хронічні захворювання: тло, на якому розгортається вагітність

➤ Артеріальна гіпертензія

Найчастіший материнський стан, асоційований з АЗП.

Проблема в тому, що хронічна гіпертензія може бути не виявлена до вагітності – або недооцінена.

Навіть при стабільному тиску в жінки можуть розвиватись порушення матково-плацентарного кровотоку, що призводить до гіпоксії плода.

➤ ***Цукровий діабет (особливо 1 типу)***

Ризики:

- вади розвитку плода,
- плацентарна дисфункція,
- макросомія, що призводить до гіпоксії плоду,
- інфекційні ускладнення,
- несподівана АЗП навіть за компенсації.

Особливо небезпечні – діабетичні васкулопатії, які порушують живлення плода вже на ранніх термінах.

➤ ***Аутоімунні стани (СЧВ, APS, тиреоїдит)***

Антитіла можуть порушувати васкулогенез, викликати тромбози, відшарування плаценти. Часто саме при першій АЗП виявляють антифосфоліпідний синдром, якого раніше не діагностували.

Акушерські ускладнення: коли вагітність змінює правила

➤ ***Прееклампсія***

Фактор №1 антенатальної смертності у III триместрі.

Складність у тому, що:

- початок може бути прихованим,
- деякі форми мають нетиповий перебіг,
- при надто повільному реагуванні – стрімке відшарування плаценти.

Раннє виявлення – завдяки моніторингу тиску, протеїнурії, доплерографії.

Проте часто спрацьовує лише інтуїція лікаря та спостереження за загальним станом жінки.

- **Інфекції** (особливо хоріоамніоніт, віруси)
- TORCH, CMV, парвовірус В19, герпес, бактеріальні інфекції – усе це може:
- викликати загибель плода через сепсис,
- стати причиною передчасного розриву оболонок,
- створити ситуацію, коли плід гине на фоні повної безсимптомності в матері.

Репродуктивна історія: минуле, яке впливає на майбутнє

- 2 і більше попередніх викиднів, підвищує ризик АЗП.
- Історія мертвонародження без встановленої причини, вимагає ретельного планування нової вагітності.
- Історія еклампсії, відшарування, ЗВУР – інтенсивне спостереження.
- Вагітність після ART (штучне запліднення) – несе вищі ризики через супутню патологію.

Найбільш вразливі жінки – ті, хто втратили дитину в попередній вагітності, але не пройшли клінічного і психологічного обстеження перед новим зачаттям.

Поведінкові фактори: звички, що здаються дрібницями

- Куріння: стійкий зв'язок із ЗВУР, плацентарною недостатністю.
- Алкоголь/наркотики: ризик аномалій розвитку + тромботичних ускладнень.
- Нерегулярне харчування, зневоднення, «дієти» – все це може впливати на плаценту.
- Перевтома, фізичні перевантаження, нічні зміни – порушують циркадні ритми, гормональний баланс.
- Самолікування (знеболювальні, антибіотики, рослинні препарати) – без консультації лікаря.

Психоемоційний стан: фактор, якого не видно в аналізах

- Хронічна тривожність, ПТСР, депресія.
- Вагітність на фоні втрати, страх повторення.
- Вагітність під час війни, евакуації, без родини.
- Нестача сну, відчуття провини, недовіра до медиків.
- Стрес змінює гормональний профіль вагітної, підвищує ризики гіпоксії плода, передчасних пологів і навіть спонтанної загибелі.

Соціальні обставини: самотність, тиск, недоступність

- Домашнє насильство.
- Вагітність у підлітковому віці.
- Відсутність батька дитини або підтримки.
- Страх втрати роботи через вагітність.
- Міграція, ВПО, життя в тимчасовому помешканні.
- Відсутність коштів на транспорт, УЗД, аналізи.
- Як бачити ризики, а не звинувачувати.

Важливо: жоден фактор сам по собі не є вироком.

Мета не в тому, щоб зібрати "негативну анкету", а в тому, щоб вчасно зреагувати. Уважність, а не осуд. Співпраця, а не контроль.

Алгоритм роботи з материнськими факторами ризику

- **Перший візит:** повна соціальна, репродуктивна, соматична історія.
- Рання стратифікація ризику – не для бюрократії, а для реального плану.
- Індивідуалізація антенатального спостереження.
- Психоемоційний скринінг: анкетування, відкрите запитання.

- Регулярні уточнення: ситуація може змінюватись.
- Документування з повагою: уникати формалізму.
- Спілкування з жінкою – як з партнеркою у спільній справі.
- Материнські фактори ризику – це не причина для стигматизації. Це – привід бути ближчими, уважнішими, людянішими.

Іноді достатньо одного запитання: «Як ви себе почуваєте?» – щоб виявити те, що не показали аналізи.

3.2. Плацентарні та фетальні порушення: вразлива межа між життям і його підтримкою

Коли плацента – не просто орган, а ключ до виживання

Плацента – це унікальний орган. Вона з'являється разом із зародком і зникає після його народження. Вона годує, дихає, фільтрує, сигналізує. І водночас – неймовірно вразлива.

Найменше порушення у її формуванні, васкуляризації чи прикріпленні – і життя дитини опиняється під загрозою.

Плацента – це не тло вагітності. Це її головний партнер. Саме тому вивчення плацентарних порушень – одне з центральних завдань у розумінні причин антенатальної загибелі плода.

Порушення формування плаценти: історія, яка почалась до перших симптомів

Нормальна плацента – результат тонкої, багатокрокової співпраці материнського імунітету, судинної системи, гормональної регуляції.

Але іноді щось іде не так:

- неправильна імплантація – занадто високо, занадто глибоко або неглибоко;
- аномальна трансформація спіральних артерій;

- імунна дисфункція (наприклад, при антифосфоліпідному синдромі).

Ці порушення можуть залишитись клінічно "тихими" – аж до моменту, коли плід перестає розвиватись або гине в утробі.

Суть тут у тому, що трагедія починається непомітно. Але її наслідки – незабутні.

Фетоплацентарна недостатність (ФПН): мовчазний вбивця

Один із найчастіших плацентарних сценаріїв АЗП.

Механізм розвитку можна описати рядом послідовних процесів:

- звуження або тромбоз артерій;
- гіпоксія;
- ЗВУР (затримка внутрішньоутробного росту);
- компенсаторні механізми;
- декомпенсація;
- зупинка серцебиття.

Що насторожує:

- зменшення або асиметрія росту плода;
- доплер-сигнали: підвищення РІ у маткових артеріях, зміни у венозній системі;
- зменшення рухів, погіршення біофізичного профілю.

Особливо небезпечно, коли все виглядає «майже в нормі», але плід вже на межі компенсації.

Патологія судин: тромби, інфаркти, відшарування

Плацента – не просто губка, вона просічена мережею судин, і будь-яке порушення в цій мережі може призвести до фатальних наслідків.

Тромбоз в судинах – локальна ішемія – відмирання частини плаценти.

Інфаркти плаценти (навіть кілька сантиметрів) можуть змінити доставку кисню.

Відшарування нормально розташованої плаценти (ВНРП) — одна з найгостріших ситуацій, що часто закінчується антенатальною смертю. На жаль, ВНРП може трапитись навіть без жодних попереджувальних симптомів – у повністю стабільної на вигляд вагітної.

Плацента після втрати: мовчазний свідок

Після антенатальної загибелі саме плацента часто дає найбільше відповідей.

Що шукає патологоанатом:

- васкулопатії;
- хронічні інфекційні зміни;
- інфаркти, тромби, кальцифікації;
- ворсини з дегенеративними змінами;
- ознаки запалення (в тому числі субклінічного).

На жаль, в Україні плаценту не завжди досліджують після АЗП. Часто – лише при "підозрі на лікарську помилку". Це – втрата шансів зрозуміти, чому це сталося.

Фетальні вади розвитку: коли життя завершується до народження

Структурні аномалії:

- аненцефалія, гідроцефалія;
- тяжкі вади серця;
- атрезії (стравоходу, кишечника);
- дефекти передньої черевної стінки.

Генетичні порушення:

- трисомії (особливо 13, 18, 21);
- синдром Тернера;
- мікроделеції.

Метаболічні хвороби:

- частіше в родинях з родинними шлюбамі або обтяженим анамнезом.

Важливо: не всі вади видно на УЗД. А в Україні часто немає доступу до пренатальної генетичної діагностики на базовому рівні.

Внутрішньоутробна інфекція: загроза без симптомів

Інфекція може призвести до:

- хоріоамніоніту;
- гнійного плевриту у плода;
- пневмонії, сепсису, ДВЗ-синдрому;
- ушкодження мозку, серця, печінки;
- передчасного розриву оболонок і втрати.

Найпоширеніші – CMV, токсоплазма, парвовірус, бактерії кишкової групи.

Складність у тому, що іноді жінка не має жодних симптомів. І лише після загибелі плода при гістології виявляють гострий запальний процес.

Затримка внутрішньоутробного росту (ЗВУР): не «малий плід», а «високий ризик»

ЗВУР часто недооцінюється – мовляв, "у мамі теж був малий живіт".

Але насправді ЗВУР – це маркер декомпенсації.

Зниження біофізичного профілю, порушення кровотоку – сигнал до дій.

Особливо ризиковано – коли немає доплерів, КТГ, і лікар орієнтується лише на окружність живота за сантиметром.

Неочевидне: пуповина, амніон, "дрібниці"

Одноартеріальна пуповина, вузли, обвиття, туге натягнення – можуть призводити до зупинки кровоплину.

Меконієвий амніон – індикатор стресу плода

Гіпоамніон / олігогідрамніон – маркер функціонального порушення.

Такі "малопомітні" зміни часто залишаються поза увагою, якщо немає доступу до якісного ультразвукового контролю.

Коли причина – незрозуміла

У 25–30% випадків після АЗП не вдається встановити точну причину.

І це одна з найскладніших тем. Бо тоді родина не отримує відповідей. Лікар почувається безсилим. І виникає ризик повторення.

У таких випадках найголовніше не шукати "все одно винного", а діяти з максимальною відкритістю і планом підтримки майбутньої вагітності.

Що ми можемо зробити на практиці:

- не ігнорувати "маленькі" симптоми (зменшення рухів, уповільнення росту);
- вчасно призначати доплерографію;
- ставити запитання при кожному УЗД: "чи змінюється плацента?";
- наголошувати на дослідженні плаценти у кожному випадку АЗП;
- забезпечити сім'ю консультацією після втрати – пояснити те, що вдалося з'ясувати.

Підсумок

Плацента і плід – це не лише фізіологія. Це історія, яка розгортається тихо.

І дуже часто – без шансів на повтор. Саме тому увага до деталей, вчасне спостереження, рефлексія – можуть зберегти життя, навіть коли все інше виглядає нормально.

3.3. Соціальні, економічні та екологічні аспекти: коли вагітність не має захисту

Чому ці чинники не можна називати «не клінічними»

Коли ми говоримо про антенатальну загибель, нам легко зосередитись на аналізах, доплерах, мутаціях, інфекціях. Це зрозумілі речі – вони мають норми, одиниці виміру, діагностичні критерії.

Але в кожній жінки є ще одна складова вагітності – життєвий фон. Де вона живе. Як працює. Чи має вона воду. Чи може доїхати до лікаря. Чи боїться вона говорити про свій біль. І саме цей фон часто визначає, чи дійде вагітність до народження.

Соціальні, економічні та екологічні фактори – не «додаток». Це невидимі причини, які формують вразливість. У цьому розділі ми зосередимось на тому, що рідко потрапляє в історію хвороби, але часто – в історію втрати.

Бідність і втрата дитини: зв'язок, який не можна ігнорувати

Між рівнем доходу і ймовірністю антенатальної загибелі існує прямий зв'язок – доведений десятками досліджень.

І справа не в грошах як таких. А в тому, що бідність означає:

- пізню постановку на облік;
- відмову від платних аналізів;

- неможливість доїхати до жіночої консультації;
- брак нормального харчування;
- відсутність часу на відпочинок.

Дуже часто мертвонародження трапляється не через діагноз, а через умови, в яких його не встигли виявити.

Жінка наодинці: самотність як чинник ризику

Одинока жінка під час вагітності – це не лише соціальний статус. Це:

- ніхто не нагадає про візит до лікаря;
- ніхто не підтримає у разі тривоги;
- ніхто не поїде з нею в пологовий;
- іноді – ніхто не дізнається, що дитина перестала рухатися.

І це – не рідкісні випадки. Це – реальність для тисяч жінок щороку. Особливо у стані переміщення.

Домашнє насильство і токсичне середовище

Понад 30% жінок в Україні стикались із формами домашнього насильства. Під час вагітності – ризики зростають:

- фізичне насильство: травми, відшарування, стрес;
- психологічне: хронічна тривожність, порушення сну;
- економічне: залежність, відмова від обстежень;
- сексуальне: страх звертатися до лікарів.

У багатьох випадках смерть плода – це кульмінація травматичної вагітності, про яку жінка не могла говорити вголос.

Війна, міграція, втрата безпеки

Від 2022 року мільйони українських жінок опинились у ситуації:

- без дому;
- без документації;

- без стабільного доступу до медицини;
- без підтримки.

Іноді – у чужій країні, мовою якої не володіють. Іноді – у при-
тулку без гарячої води. Іноді – на окупованій території без лікаря.

Плацента не «знає», що війна. Але вона реагує на стрес матері. І
це – ризик, який ми не можемо «вилікувати», але можемо визнати
й враховувати.

Географія як діагноз

Місце проживання – це ще один невидимий маркер ризику:

- село без амбулаторії;
- район без акушера-гінеколога;
- область без доплерографії;
- прифронтова зона, де всі в пологовому бояться голосно го-
ворити;
- гірські села, куди швидка їде 2 години.

У таких умовах навіть фізіологічна вагітність стає ризиковою за
замовчуванням.

Освіта і доступ до інформації

Жінки з вищою освітою:

- частіше звертаються по допомогу при зменшенні рухів;
- краще розуміють ознаки небезпеки;
- активніше шукають другого лікаря при сумнівах.

Натомість у жінок із низьким рівнем освіченості:

- менше довіри до медицини;
- менше знання про симптоми;
- більше залежності від неформальних джерел («в інтернеті
пише», «сусідка казала»).

І це – не про вину. Це про рівність доступу до знань.

Мова, культура, релігія: невидимі бар'єри

Жінки з іншою рідною мовою часто не ставлять уточнюючих запитань. Не завжди розуміють, як відбувається допомога. У деяких культурах – табу на обговорення мертвонародження, що ускладнює реабілітацію.

Релігійні обмеження можуть впливати на відмову від втручання.

У мультикультурній Україні ці аспекти стають усе актуальнішими. Повага до різниці – один зі шляхів зменшення втрат.

Робота і трудові ризики

Вагітні працюють до останнього, часто фізично. Нічні зміни, недосип, стрес. Робота без медичного страхування. Немоżliвість взяти лікарняний через страх втратити роботу.

Все це – накопичувальні фактори стомлення, декомпенсації, імунної вразливості.

Екологія: ми вдихаємо ризики

- Промислові міста: підвищена концентрація важких металів, нітратів.
- Вода з колодязів без перевірки.
- Проживання біля трас, заводів, полігонів.
- У зоні бойових дій – загроза токсичних речовин у повітрі.

Дослідження показують зв'язок між екологічними навантаженнями і ЗВУР, порушенням імплантації, вадами розвитку.

А що з чоловіками?

- Відсутність батька або його емоційної участі: більше тривоги у вагітної.

- Сімейний конфлікт: хронічний стрес.
- Небажана вагітність: прихована ізоляція.
- Нерозділене горе: складні переживання після втрати.

Ми говоримо про антенатальну загибель як про жіночу подію. Але її тло – соціальне. І чоловіки – частина цього тла.

Як це враховувати на практиці

Анкета соціального ризику при постановці на облік.

Пряма мова: «Чи є у вас кому допомогти? Чи можете ви приїжджати на візити?»

Залучення соціального працівника, якщо є:

- психоемоційний скринінг;
- контакт із громадськими організаціями, які допомагають жінкам у складних обставинах.

Висновок: у складних життєвих умовах медицина має бути ще уважнішою.

Не всі соціальні чи економічні фактори можна змінити. Але можна враховувати їх. І будувати систему, яка бачить у жінці не тільки матку, а й людину, яка живе в реальному світі – з війною, рахунками, холодними кімнатами, роботою без лікарняних.

Іноді запитання «Як ви живете?» – рятує більше, ніж КТГ.

4. Діагностика антенатальної загибелі

4.1. Клінічні ознаки, на які слід звернути увагу

Діагноз, що починається не з апарата, а з жінки

Антенатальна загибель плода часто фіксується як технічний факт – на УЗД, коли немає серцебиття, або коли КТГ показує пряму лінію. Але істина в тому, що більшість випадків АЗП починаються не в кабінеті УЗД, а в тиші жіночого тіла.

Вона приходить і каже: «Моя дитина не ворухиться».

І це – не симптом, не скарга. Це – звернення. І саме з нього починається справжня діагностика.

Рухи плода – мова, яку не можна ігнорувати

Більшість жінок починають відчувати рухи плода приблизно з 18–22 тижнів. Згодом ці рухи стають не просто сигналами фізіології, а джерелом емоційного зв'язку, частиною щоденного ритуалу:

- вранці під час сніданку,
- ввечері в тиші,
- коли кладеш руку на живіт і чекаєш знайомого поштовху.

Тому раптова тиша – це не просто «менше активність». Це тривога, яка прориває усі інші сигнали.

Коли жінка каже: «Моя дитина не ворухиться» – що має робити лікар? Повірити. Перепитати м'яко: «Коли ви востаннє точно пам'ятаєте рух?»

Не знецінити: «Можливо, вам здалося» – фраза, яка назавжди зруйнує довіру.

Пояснити: «Ми зараз перевіримо. Це важливо. Ви зробили правильно, що прийшли».

Діяти.

Патерни зменшення рухів: що описують жінки

У дослідженнях і свідченнях жінки, які пережили антенатальну загибель, часто згадують:

- «За день до того, як усе зникло, він майже не рухався».
- «Я не могла заснути, бо щось було не так – наче стало порожньо».
- «Було щось на кшталт судоми – і після цього все стихло».
- «Я чекала пів дня. Думала, спить. Але серце було не на місці».

Немає «нормального» рівня рухів – є зміна звичного патерну. Саме вона – головний сигнал.

Поведінкові зміни жінки: тривога, яку помічає не кожен

Іноді першими ознаками втрати стають зміни у поведінці самої жінки, які помічає:

- акушерка, яка спостерігала її раніше;
- сімейний лікар, який бачить зміну в очах;
- навіть охоронець у приймальному відділенні.

Це може бути:

- незвично тиха поведінка;
- затримка відповіді;
- плаксивість;
- відмова дивитись на живіт;
- стиснута поза;
- коротке: «Він не ворухиться. Я знаю».

Клінічні ознаки іноді починаються з невербальних сигналів. Лікар, який це бачить, – не менш цінний, ніж апарат УЗД.

Уточнюючі запитання, які допомагають (але не ранять):

- «Коли ви востаннє відчували рухи?»
- «Чи були вони такими, як завжди?»

- «Чи помічали ви щось іще – виділення, біль, втому?»
- «Ви вже звертались із таким раніше?»
- «Чи щось змінилось у вас останні дні – на роботі, вдома, зі сном, харчуванням?»

Ці запитання – не для формуляру, а для розуміння контексту події. Часто в них уже є відповіді – або хоча б напрямок для подальших дій.

Вагітна не скаржиться — але щось не так

Бувають ситуації, коли жінка:

- не відчуває змін,
- не помічає зникнення рухів,
- не знає, як мали би вони відчуватись.

І в цих випадках ініціатива має бути з боку медичного працівника. Наприклад:

- на плановому огляді не вдається вловити серцебиття акушерським стетоскопом;
- візуально живіт менший, ніж мав би бути;
- тиск підвищений, але жінка не скаржиться;
- загальний вигляд жінки – стомлений, «віддалений».

Це не завжди – діагноз. Але це привід перевірити. І зробити це вчасно.

«Занадто тихо в утробі»: ще один сигнал

У третій триместр вагітна зазвичай «спілкується» з плодом. Рухи – часті, виразні, часом ритмічні. І жінка, навіть не маючи медичної освіти, відчуває, що щось змінилось.

Зменшення активності плода перед антенатальною загибеллю – частий, але не обов'язковий симптом. Якщо він є – його не можна ігнорувати.

Важливість часу доби і обставин

Зазвичай жінки краще помічають рухи:

- увечері, перед сном,
- після їжі,
- у стані спокою.

Тому якщо впродовж 6–8 годин після таких періодів немає жодного руху, – це привід для негайного обстеження.

У клініці важливо:

- не відкладати візит на «ранок»
- не казати: «Поспостерігайте ще день»
- відреагувати одразу

Роль медичних працівників першої ланки

Часто жінка вперше звертається зі словами «щось не так» не до акушера-гінеколога, а до:

- сімейного лікаря,
- фельдшера в амбулаторії,
- чергового лікаря в приймальному відділенні.

І саме перший контакт вирішує, чи буде вчасно розпочато діагностику.

Важливо, щоб на всіх рівнях діяли єдині базові принципи:

- поважати тривогу жінки як клінічний факт.
- здійснити базову перевірку (аускультация, оцінка стану, на-прямок).
- не створювати бар'єри («немає талону», «прийдіть завтра»).
- документувати тривогу в карті спостереження.

Коли «підозра» має бути рівноцінна «діагнозу»

У випадку антенатальної загибелі час має критичне значення.

Кожна година очікування може бути втраченим шансом, якщо плід живий, але на межі.

Краще зайвий раз «помилково» вважати, що щось не так, ніж запізнитися з реакцією.

Стрес вагітної як фактор підвищеної вразливості до втрати

Іноді симптоми бувають не фізичними, а емоційними:

- несподівана паніка,
- відчуття втрати ще до того, як її зафіксовано,
- тривожні сни, страхи, «передчуття».

З клінічної точки зору це не є «ознаками смерті плода». Але з людської – ми не маємо права їх ігнорувати. Такі скарги потребують:

- уваги,
- емпатії,
- розмови,
- і, можливо, обстеження – не тому, що ми боїмося, а тому що ми дбаємо.

Фізичні симптоми, які можуть передувати втраті

- Раптова зміна артеріального тиску.
- Кров'янисті виділення.
- Біль у животі, особливо схваткоподібний.
- Відчуття «переривання зв'язку» з плодом.
- Головний біль, затуманення зору (ознаки прееклампсії).
- Олігогідрамніон — зменшення навколоплідних вод.
- Патологічна прибавка/втрата ваги матері.

Усе це — не специфічні, але сигнальні стани.

Як діяти при перших підозрах?

Алгоритм дій:

- анамнез + короткий огляд;
- спроба аускультативної (стетоскоп, доплер);
- якщо не чути – направлення на КТГ або УЗД без зволікань;
- якщо УЗД підтверджує життєздатність – подальше динамічне спостереження;
- якщо підтверджується загибель – перейти до наступного етапу (див. Розділ 4.2).

Найчастіші помилки на цьому етапі:

- «Це нормально, плід просто спить» – без перевірки;
- «У мене нема доплера, ідіть до гінеколога завтра» – відтермінування;
- «Це у вас тривожність» – психологізація без обстеження;
- «Плацента передлежить, тому не чути» – без підтвердження;
- Не документують слова жінки – ніби вона нічого не казала.

Чому потрібна повага навіть до «фальшивої тривоги»

Бувають випадки, коли виявляється, що плід живий.

І це – радість. Але також – нагадування, що тривога жінки була виправдана. Навіть якщо плід не загинув – її звернення дало можливість:

- уточнити стан;
- виявити ризик;
- підсилити зв'язок із медичною системою.

Перевага до таких звернень — запобігання майбутнім втратам.

Роль команди: лікар, акушерка, медсестра, адміністратор

Коли вагітна приходить із тривогою, її зустрічає не лише лікар. Її настрій і подальші дії залежать від:

- тону голосу медсестри на реєстратурі;
- емоційного сигналу акушерки;
- швидкості реакції на запит;
- атмосфери в клініці.

Це дрібниці – але саме з них починається клінічне рішення.

Висновок: вірити, бачити, діяти

Клінічні ознаки антенатальної загибелі не завжди виглядають як «клініка». Вони – у тиші, у погляді, у словах:

- «Я не відчуваю»,
- «Щось не так»,
- «Я боюсь».

І наше завдання – не чекати моменту, коли діагноз стане очевидним. А вміти бачити його в зародку. Бо саме тоді – ще є шанс. І ще є життя.

4.2. Інструментальні методи діагностики: між тишею апарата і голосом серця

Навіщо нам техніка, якщо жінка вже знає?

Коли жінка приходить із тривогою, ми часто чуємо в собі два голоси. Один – клінічний: «Треба підтвердити об'єктивно».

Інший – людський: «Вона вже знає. Не озвучено, але серцем – знає».

Інструментальні методи – не тому, що ми не довіряємо. А тому, що маємо бути певними.

Бо від цього – подальші кроки: допомога, роз'яснення, супровід. І – дуже важливо – юридичне документування факту, який має страшну вагу.

Три кити інструментальної діагностики АЗП

У стандартній практиці ми спираємось на три основні методи:

- аускультация (ручна чи електронна);
- кардіотокографія (КТГ);
- ультразвукове дослідження (УЗД).

Ці методи можуть застосовуватись окремо або послідовно. Кожен із них має свої переваги, межі чутливості, обмеження – і свою роль у спілкуванні з пацієнткою. Але всі вони мають бути застосовані не як «машинне підтвердження», а як інструменти клінічної підтримки й поваги.

Аускультация: перший крок або перша межа сумніву

Акушерський стетоскоп: це найдоступніший метод у сільських амбулаторіях, поліклініках, на ФАПх. Але й найбільш суб'єктивний.

Не чути серцебиття – не означає, що його немає. Високий ІМТ, передлежання плаценти, передня стінка – усе це знижує чутливість. Часто серцебиття плутають із аортальним ритмом матері. Тому висновок: аускультация може бути точкою початку — але ніколи точкою завершення діагностики.

Доплер-апарат: портативний друг або фальшивий спокій?

Портативні апарати для реєстрації серцебиття – поширені в практиці акушерок та сімейних лікарів. Плюси:

- швидкість,

- доступність,
- простота інтерпретації.

Мінуси:

- може сплутати серцебиття плода з пульсом матері,
- нечутливий до «тихого» або приглушеного серцебиття,
- дає відчуття впевненості, яка іноді є хибною.

Доплер – лише індикатор. Якщо є сумнів – переходити на УЗД.

КТГ: серцебиття як лінія емоційного зчитування

КТГ – не просто запис частоти. Це розповідь про те, як живе плід:

- базальний ритм,
- варіабельність,
- акселерації, децелерації,
- реакція на рухи.

У випадку антенатальної загибелі:

- пряма лінія,
- повна тиша,
- відсутність тонів і коливань.

Але КТГ має винятки:

- іноді не може зчитати дані при передній плаценті,
- може не фіксувати рухів за технічних причин,
- потребує достатнього часу для реєстрації.

КТГ – чудовий метод при ЖИВОМУ плоді. Але при підозрі на АЗП – його мовчання має бути підтверджене УЗД.

УЗД: момент істини

Найбільш чутливий і специфічний метод. Золотий стандарт для підтвердження антенатальної загибелі. Критерії:

- відсутність серцебиття у грудній клітці плода (М-режим);

- відсутність пульсації у пуповині / серці (режим доплер);
- на пізніших термінах – ознаки мацерації, зменшення об'єму навколоплідних вод.

Важливо:

- дослідження має проводити фахівець, який добре володіє УЗ-діагностикою;
- жінці має бути пояснено, що саме зараз шукаємо, навіщо, що далі.

Найгірше – тиша без пояснень. Якщо плід загинув – пацієнтка має дізнатися про це з вуст людини, а не з погляду на екран.

Хибно-негативні та хибно-позитивні результати: коли апарат може помилятися

Жоден інструмент не є абсолютним.

У клінічній практиці трапляються як хибно-негативні (серцебиття є, але його не вловили), так і хибно-позитивні (сплутали інший ритм із серцебиттям плода).

Найчастіші причини:

- передня плацента – утруднення візуалізації;
- ожиріння вагітної – зменшення якості сигналу;
- високе положення плода або патологічне положення;
- погана якість апарата;
- невпевненість або поспіх лікаря.

Важливо пам'ятати: у складних випадках не варто покладатися на одне дослідження або одного фахівця.

Повторне дослідження: коли варто і коли необхідно

Інколи в момент першого огляду:

- жінка емоційно нестабільна;
- плід у важкодоступній позиції;

- апарат несправний;
- лікар сумнівається.

У таких випадках рекомендовано:

- залучити другого фахівця (або іншого УЗД-лікаря);
- здійснити повторне дослідження через 30–60 хв;
- змінити апарат або режим візуалізації (М-режим, доплер);
- документувати сумніви і дії.

Поспіх у постановці діагнозу «мертвонародження» – медична й етична помилка з непоправними наслідками.

Second opinion як стандарт обережності

У деяких закладах уже впроваджено практику: «Діагноз АЗП має підтверджувати другий фахівець».

Це не ознака недовіри, а:

- повага до складності моменту;
- турбота про жінку (виключення помилки);
- юридичний захист медпрацівника;

Ідеально, якщо друга верифікація відбувається:

- в іншій кімнаті;
- на іншому апараті;
- іншим спеціалістом.

Комунікація результату: не лише що, а й як

Найбільш болісна частина діагностики – момент повідомлення.

У деяких клініках жінка сама бачить:

- відсутність биття на екрані;
- мовчання фахівця;
- раптову зміну обличчя персоналу.

Це – неетично.

Навіть якщо результат очевидний – його потрібно передавати

словами, у спокійній, безпечній, співпереживальній формі (детально про це – у підрозділі 4.4).

Що НЕ можна робити при підозрі/підтвердженні АЗП

- Не повідомляти одразу: «Почекайте, зараз когось покличу...».
- Вести мовчазний діалог з апаратом: жінка це відчуває.
- Оголошувати діагноз публічно або біля сторонніх.
- Не фіксувати результати: відсутність документації – уразливість для всіх.
- Важливість запису діагнозу: юридична і клінічна вага.

Після остаточного підтвердження антенатальної загибелі необхідно:

- внести запис у медичну карту вагітної;
- додати копії або зображення з УЗД/КТГ;
- зазначити точний час діагностики;
- вказати ПІБ лікаря, дату, печатку/підпис;
- зафіксувати, що повідомлено пацієнтці, у якій формі, хто був присутній.

Це не лише формальність. Це – акт поваги, підстава для наступних клінічних дій, юридичний захист у разі запитів.

Алгоритм дій при підозрі на АЗП (зведено)

- Початкова оцінка: скарги жінки, анамнез, рухи.
- Аускультация / Доплер.
- КТГ.
- УЗД у двох режимах (M-mode, доплер).
- За необхідності – second opinion.
- Повідомлення пацієнтці з дотриманням етичних норм.
- Документування.
- Початок планування подальших дій (Розділ 5).

Техніка і серце: що важливіше?

Інструментальні методи – це про точність, доказовість, стандарти. Але в ситуації антенатальної загибелі плода ми маємо пам'ятати:

- апарат не відчуває біль. Але жінка – відчуває.
- апарат не боїться помилитись. Але лікар – мусить боятись.
- коли ми дивимось на екран УЗД, у руках якого – реальність або розпач, ми не просто «оцінюємо серцебиття».
- ми – на перетині біології, технології й людяності. І там немає місця поспіху, байдужості чи недовіри.

Клінічний приклад №1: «Десята вечора, доплер мовчить»

Вагітна на 38 тижні. Надходить у приймальне відділення з фразою: «Дитина сьогодні не рухалась... Я почекала до вечора, але стало страшно».

Чергова акушерка намагається знайти серцебиття доплером. Тиша. КТГ – лінія. УЗД: лікар бачить порожнє серце. Але не озвучує – просить покликати ще одного фахівця. Через 10 хвилин – підтверджено.

Жінці повідомляють м'яко, у присутності партнера. В кімнаті – тиша, але людська. Їй дозволяють поплакати, не змушують одразу «йти народжувати».

Це був правильний шлях. Болісний, але гідний.

Клінічний приклад №2: «Коли апарат поспішив»

Вагітна на 34 тижні. Молодий лікар на чергуванні. Пацієнтка скаржиться на слабкі рухи. Доплер мовчить. КТГ – лінія. Лікар записує в карті: «АЗП. Серцебиття не реєструється». Жінка плаче. Чоловік в шоці. Починається підготовка до стимуляції. І тільки зранку, коли УЗД-кабінет відкрився, – виявляється, плід живий.

Висновок: поспішність без УЗД – катастрофа. Психологічні наслідки для жінки – на роки. Для лікаря – ризик справедливих юридичних наслідків.

Роль консиліуму та командної обережності

Інструментальна діагностика – це не лише «одна людина – один висновок». У важких або сумнівних випадках має бути:

- консиліум;
- міждисциплінарна комунікація;
- підтримка менш досвідченого лікаря.

Підтвердження АЗП – не момент для професійної самотності.

Що бачать очі, коли не б'ється серце

На екрані – тиша.

Жінка дивиться на обличчя фахівця. Там – зосередженість, напруга.

Ці кілька секунд тривають вічність.

Ми маємо пам'ятати:

- те, як ми дивимось на екран, уже говорить жінці більше, ніж слова.
- те, як ми тримаємо доплер – уже показує, наскільки нам не байдуже.

Висновки: діагностика – це не лише про «факт».

Аускультация, КТГ, УЗД – разом, а не замість одне одного

- Повторна перевірка при сумнівах – обов'язкова.
- Повідомлення жінці – етап клінічної відповідальності, а не просто інформації.
- Усі результати мають бути документовані належним чином.

- Поважати кожну тривогу, навіть якщо техніка ще мовчить
- Заключна думка
- Діагностичні методи – це очі, які бачать правду.

Але в ситуації втрати ми маємо ще й вуха, які чують біль, руки, які не тремтять, і голос, який не розпинає мовчання, а м'яко торкається серця.

Найточніший УЗ-апарат не замінить того, як лікар сидить поруч, мовчить кілька секунд – і каже: «Мені дуже шкода...».

4.3. Диференційна діагностика: коли ще не все втрачено

Тиша не завжди означає смерть

У пологовому залі, в УЗД-кабінеті, у приймальному відділенні ми часто стикаємось із тишею. Тиша в русі, тиша на КТГ, тиша в серці лікаря. І ця тиша миттєво викликає страх: «А раптом це вже... кінець?»

Але ми маємо пам'ятати: не всяка тиша – смертельна. І не всяка відсутність серцебиття – справжня. У цьому й суть диференційної діагностики – вміти сумніватися навіть у страшному.

Тимчасове зниження активності плода – захисна реакція чи катастрофа?

У багатьох випадках, коли жінка каже: «Дитина сьогодні майже не ворухиться», насправді маємо справу не з загибеллю, а з фізіологічним зменшенням активності.

Причини:

- фаза сну плода, яка може тривати до 90 хв;
- фізичне виснаження матері: гіпоглікемія, втома;

- лікарські препарати, що пригнічують ЦНС плода (седативні, спазмолітики);
- положення тіла жінки, особливо тривале лежання на спині.

У таких випадках рухи можуть відновитися спонтанно або після фізичної активності, прийому їжі, пиття холодної води.

Технічні помилки: коли «мертва тиша» – це поганий контакт

УЗД і КТГ – це чудові методи, але й вони не застраховані від банальних помилок:

- неправильно встановлений датчик;
- поганий контакт гелю;
- товстий підшкірний шар, що поглинає сигнал;
- застаріле або несправне обладнання;
- невміння працювати з апаратом у молодого фахівця.

Був випадок, коли інтерн не міг зареєструвати серцебиття 5 хвилин. Жінка плакала. Потім досвідчений лікар просто змінив кут – і з'явився ритм 138/хв.

Погана візуалізація – не синонім відсутності життя. У сумнівах – зміни кут, апарат або руки.

Варіанти положення плода, які ускладнюють діагностику

Іноді плід:

- лежить спиною до передньої стінки;
- «сховався» за плацентою;
- має гіпомобільну позицію.

У цих випадках важко знайти серцебиття. Особливо у третьому триместрі, коли вже мало місця.

Це не діагноз. Це – анатомічна складність, яка потребує часу, терпіння і досвіду.

Плацента: її роль у викривленні клінічної картини

Передне розташування плаценти значно ускладнює аускультацию. Вона може «глушити» сигнали доплера, приховувати серце. Часто звук її пульсації плутають із серцебиттям плода (120–140/хв). Розташування плаценти завжди слід враховувати при оцінці життєздатності.

Рухи плода відсутні... але він дихає

Парадокс, але таке буває. Рухи – це не завжди постійна величина. Бували випадки, коли:

- плід просто спав;
- мала місце транзиторна гіпоксія;
- була дія транквілізаторів;
- жінка плутала свої кишкові рухи з рухами дитини.

І тільки УЗД ставило крапку – плід живий, просто не рухався годину чи дві.

Стрес матері як причина «уявної втрати»

Жінка, яка боїться, що її дитина загинула, – бачить ознаки навіть там, де їх немає:

- вона відчуває себе «порожньою»;
- їй здається, що живіт зменшився;
- вона «не чує» нічого, бо тіло скуто страхом;
- іноді вона замикається і не хоче, щоб її слухали.

Це – не вигадка. Це психоемоційний стан, який також потребує діагностики. І наш обов'язок – вислухати і перевірити, не знецінюючи.

Стан матері, що маскує клінічну картину плода

Іноді в центрі нашої уваги – плід, а причина всього – сама вагітна. Стан жінки може впливати на рухову активність і серцеву функцію плода:

А. Гострі інфекції або гіпертермія:

- підвищена температура – зниження активності плода;
- озноб, тахікардія матері – плутанина при аускультатії;
- реактивне пригнічення рухів плода.

Б. Декомпенсована анемія:

- у матері – $Hb < 80$ г/л;
- у плода – хронічна гіпоксія;
- рухи уповільнені, але не зниклі.

В. Гіпоглікемія:

- жінка не їла понад 6 годин;
- плід «економить енергію».

Коли бачимо тишу з боку плода – треба перевірити і стан матері.

Патології, які імітують антенатальну загибель

А. Брадикардія плода (менше 100 уд/хв):

- у стані глибокого сну;
- при хронічній гіпоксії;
- при вузлових серцевих дефектах.

Вона іноді сприймається як відсутність серцебиття, особливо при ручній аускультатії. Доплер або КТГ – критично важливі для уточнення.

Б. Гідроц плода:

- значне скупчення рідини;
- зменшення рухів;
- утруднена візуалізація.

В. Раннє мацерування (через іншу причину):

- інколи ультразвукова картина нагадує загибель, але без точної верифікації – ризик помилки

«Живий – але не схожий на живого»: приклад із практики

Клінічний випадок №1

Жінка на 31 тижні вагітності. УЗД – відсутність серцебиття, тіні в області серця, «сумнівна активність». Повторне УЗД – через 40 хвилин на іншому апараті: плід живий, 112 уд./хв, реакція на поштовх.

З'ясувалося: перше УЗД проводилось на апараті 2006 року, без доплера.

Висновок: застаріла техніка + недостатній досвід = небезпечний поспіх.

Коли ще не час «говорити остаточно»

Є три категорії випадків, у яких потрібно діяти обережно:

- сумнівна клінічна картина (частина ознак є, частина – ні);
- обмеження інструментів (немає доступу до сучасного УЗД);
- високий емоційний стрес жінки (суб'єктивне сприйняття симптомів).

У таких ситуаціях краще зачекати, перенаправити, залучити іншого фахівця, ніж зробити незворотній висновок.

Алгоритм при «сумнівному» діагнозі

- Повторити УЗД на іншому апараті.
- Залучити іншого лікаря / second opinion.
- Провести КТГ за 30 хв (можливо – за 60 хв, якщо нічого не реєструється).

- Змінити положення жінки (лежа на боці, після їжі)
- При потребі – госпіталізувати для динамічного нагляду

Комунікація в режимі невизначеності

Пояснювати жінці:

- що ми бачимо наразі;
- що є сумніви;
- що ми діємо обережно;
- що вона – в безпеці і під контролем;
- що не все втрачено, доки не підтверджено остаточно.

Право на надію має бути збережено, якщо вона ще можлива.

Коли життя «повертається»: клінічні дива чи результат правильної тактики?

Клінічний випадок №2: «Тиша, яка виявилась оманливою»

Жінка на 37 тижні вагітності. Скарги на відсутність рухів 8 годин. КТГ – не реєструється. Доплер – мовчить.

Лікар із досвідом 3 роки каже: «Ми втратили дитину...».

Але акушерка, яка працює 28 років, заперечує: «Це ще не факт. Дай мені 10 хвилин і апарат кращий».

Через 7 хвилин – ритм 124. Плід – живий. Через 4 дні народився здоровий хлопчик.

Це не диво. Це – клінічна мудрість і повага до сумніву.

Команда, яка не боїться сумніватися – команда, що рятує

У кожному випадку, коли є ризик передчасного діагнозу, працює не одна людина, а:

- лікар УЗД;
- акушер-гінеколог;

- медсестра;
- адміністратор приймального відділення;
- психолог (якщо є).

І головне – атмосфера, в якій не соромно сказати: «Я не впевнений». Сумнів – це не слабкість, а чеснота в акушерстві.

Право жінки на повторне обстеження

Пацієнтка має право:

- попросити повторне УЗД;
- залучити іншого фахівця;
- отримати висновок письмово;
- не приймати рішення «зараз же», якщо є сумнів.

Це не означає, що вона «не довіряє». Це означає, що вона включена в процес прийняття рішень – навіть у такий болісний темі, як можливість втрати.

Професійна обережність як моральний обов’язок

Є ситуації, в яких ми відчуваємо: «Швидше за все, дитина загинула». Але навіть тоді – якщо немає абсолютної технічної верифікації, якщо апарат показав погано, якщо є хоча б 1 % надії – ми зобов’язані сумніватися.

Краще зайвий раз перевірити живе – ніж одного разу помилково поховати живе.

Алгоритм: клінічна підозра ≠ остаточний діагноз

Людяність у невизначеності. Це, мабуть, найскладніший момент для клініциста. Не знати. Не мати відповіді. Сидіти поруч із жінкою, в якої очі питають:

– «Все?..»

А ти не можеш сказати ні «так», ні «ні». І це нормально. Людяність – це дозволити собі бути чесним, а не лише впевненим.

Висновки:

- вміти чекати – це теж мистецтво діагностики
- не кожна відсутність рухів – це загибель
- не кожна тиша – безповоротна
- не кожна помилка – неминуча
- але кожна поспішність – потенційна трагедія

Плід, який зберегли – це результат не апарата, не інструкції, не страху. Це результат клімату довіри, мудрості і клінічної гідності.

4.4. Комунікація діагнозу з пацієнткою

Діагноз, якого не хоче чути жодна жінка

Мовчання. Погляд на екран. Очі лікаря, які не хочуть зустрітись з очима жінки. Вона вже все зрозуміла. Але – чекає на слова. Бо коли діагноз не озвучено, ще жевріє надія.

- І саме ці кілька хвилин – найважливіші. Бо вони визначають,
- як вона переживе втрату,
 - чи буде вона довіряти лікарям,
 - і чи не залишиться наодинці зі своїм болем.

Чи можна підготуватись до цієї розмови? Ні. Але можна зробити її менш болісною.

Поведінка лікаря в цей момент – не про медицину, а про людяність, емоційну витримку і співчуття. Перед тим, як сказати про діагноз, лікар має:

- впевнитись: що діагноз підтверджено (див. 4.2–4.3);
- знайти безпечний простір: без сторонніх, шуму, втручань;
- мати час: не між дзвінками, не у приймальному коридорі;
- бути не сам (якщо можливо): медсестра, акушерка – поруч.

Де і як це має відбуватись

Приміщення:

- окрема кімната;
- тиша;
- можливість сісти (і жінці, і лікарю).

Атмосфера:

- вимкнути телефони;
- не поспішати;
- не стояти «над» жінкою – краще поруч, на одному рівні.

Присутність:

- запропонувати жінці запросити партнера, маму, подругу;
- але не нав'язувати – вона може захотіти бути одна.

Що сказати (і що не сказати)

НЕ МОЖНА:

- «У вас дитина мертва»;
- «Нема серцебиття, значить – усе»;
- «Буває»;
- «Ну що, будемо народжувати»;
- «На такому терміні це нестрашно».

МОЖНА:

- «Я маю дуже важливу і складну новину для вас...»;
- «Ми перевірили кілька разів. Нажаль, серцебиття немає...»;
- «Це трагічна втрата. Я зараз із вами»;
- «Мені щиро шкода...»;
- «Я залишусь з вами скільки треба»;
- «Якщо хочете, ми можемо поговорити разом із вашим близьким».

Слова мають бути прості, чесні й тихі. У цій ситуації – гучність рани.

Момент, коли час зупиняється

Після перших слів – тиша.

Іноді жінка мовчить. Або плаче. Або запитує кілька разів:

- «Ви точно впевнені?..»
- «А раптом він просто спить?..»

Це не сумнів у вашій компетенції. Це спроба вижити, зібрати себе в купу, знайти хоч якусь шпарину для надії.

Дайте цю тишу. Не заповнюйте її зайвими фразами.

Як підтримати жінку в перші хвилини після діагнозу

- Дайте їй воду.
- Запропонуйте сісти, якщо вона стоїть
- Не торкайтесь, якщо вона не готова (але запропонуйте руку, якщо сидите поруч)
- Запитайте:
 - «Хочете, щоб я залишився з вами?»
 - «Може, я покличу когось близького?»
 - «Хочете побути наодинці – чи поговоримо?»

Жінка має відчувати, що її не покинули. Навіть у цю мить. Особливо – у цю.

Реакції жінки: усе – нормально

Ми, медики, часто звикли до «нормальних» реакцій: плач, мовчання, шок. Але в момент повідомлення діагнозу немає «нормальних» чи «ненормальних» реакцій.

Найпоширеніші:

- плач, що не припиняється;
- абсолютна тиша (жінка просто дивиться в одну точку);
- питання: «Це точно?» – 3–5–10 разів поспіль;

- злість, агресія: «Це ви винні!»;
- ірраціональна дія: жінка збирає речі, хоче йти, відмовляється вірити;
- кожна реакція – захист. Навіть агресія. Навіть мовчання.

Що робити з «незручними» емоціями

Медичний персонал іноді губиться, коли жінка:

- кричить;
- ображає;
- звинувачує.

Але лікар – не суддя. І точно не ціль емоцій. Наша задача – бути стабільними, не відповідати емоцією на емоцію, і дати жінці пройти перший шок. Не треба виправдовуватись. Не треба доводити правоту. Треба бути поруч.

Найчастіші помилки в перші години після повідомлення

Як не загубити контакт: основи людської комунікації. Говоріть просто: «Ваш малюк загинув. Це велика втрата. Я з вами».

Не залишайте її саму надовго (але дайте можливість побути наодинці, якщо просить).

Повертайтеся: через 30 хв, через годину, знову поговоріть.

Запропонуйте варіанти підтримки: партнер, психолог, капелан

Коли жінка втрачає дитину – вона одночасно втрачає ґрунт під ногами. Завдання лікаря – не залишити її у вільному падінні.

Довіряти після втрати: чи можливо це?

Довіра до медичної системи – одна з перших втрат, які переживає жінка. Але вона може поступово відновитися, якщо:

- лікар говорить чесно і з емпатією;

- команда узгоджена у спілкуванні (всі знають, що відбулося і як поводитися);
- жінка відчуває, що її не уникають.

Найважливіше – не уникати болю. Бути поряд із болем – і є суть людяної медицини.

Після діагнозу: що далі?

Жінка сидить. Мовчить. Плаче. Дихає рвано.

А лікар думає: «Сказав... А далі? Чекати? Говорити про поло- ги?..». І тут важливо не поспішати, але й не залишити пацієнтку у вакуумі. Оптимальна фраза: «Я з вами. І коли ви будете готові – я поясню, що ми робитимемо далі. Але лише тоді, коли ви будете готові».

Коли говорити про наступні кроки

Через 30–60 хвилин після повідомлення, коли емоційний шок трохи знижується. Іноді – після чаю або спілкування з партнером. А іноді – на наступний день (особливо у випадках раннього терміну або важкого клінічного стану). Немає «обов’язкового моменту» для цієї розмови. Є лише чутливість і повага.

Як говорити про наступні етапи без тиску

Не так:

- «Ми вас зараз переведемо у відділення – там все зроблять».
- «Зараз будемо стимулювати».
- «Підписуйте згоди».

А так:

- «Коли ви будете готові, ми разом подумаємо, як краще діяти».

- «Я поясню вам усі варіанти, і ви зможете обрати той, що прийнятний для вас».
- «У вас є право знати, розуміти і приймати рішення. А я – допоможу».

Роль партнера: не лише статист

Дуже часто партнер – перша людина, яку жінка хоче бачити. А іноді – перша, на кого вона кричить. Це теж нормально. І партнеру теж потрібна підтримка. Що може зробити лікар:

- запросити партнера на бесіду, якщо жінка погоджується;
- пояснити все і йому теж (емоційно, людяно, без медичного жаргону);
- дати йому роль: бути поруч, тримати за руку, принести чай, просто сидіти.

Партнер – теж втрачає. Але саме він може стати для жінки ресурсом, якщо відчує себе включеним, а не відстороненим.

Психолог: чи завжди потрібен?

Так, було б ідеально, щоб психолог був поруч.

Але в реальності:

- не в кожному закладі він є;
- не кожна жінка готова говорити з ним «просто зараз»;
- іноді лікар або акушерка – найкращі терапевти, якщо просто сидять поруч і слухають.

Тому:

- запропонуйте психолога (якщо є);
- не наполягайте, якщо жінка каже «не зараз»;
- не вважайте себе неспроможним підтримати, якщо ви просто чутливі і поруч.

Перші години після діагнозу: карта дій для команди

Що залишиться з жінкою назавжди:

- Жінка забуде, як вас звали.
- Забуде назву апарату, номер кабінету, навіть дату.
- Але вона завжди пам'ятатиме, як ви сказали це:
 - чи був ваш голос м'яким;
 - чи ви сіли поруч, а не стояли;
 - чи дали їй поплакати, а не відвели очі;
 - чи сказали: «Мені шкода» – чи просто мовчки подивились на двері.

Пам'ятають не факти. Пам'ятають дотик, тишу, тепло і холод.

Що лікує – або травмує – назавжди

Травмує:

- коли жінка чує, що «з нею щось не так»;
- коли їй кажуть: «У тебе ще буде дитина» – тоді, коли вона втратила цю;
- коли з нею не прощаються;
- коли до неї ставляться як до статистики, а не як до мами.

Лікує:

- коли їй кажуть: «Це ваша дитина. Вона важлива»;
- коли лікар залишається на хвилину довше, ніж мусив;
- коли є право на прощання;
- коли слова чесні, але співчутливі.

Професійна етика мовчання

У момент втрати не треба багато слів. Але важливо:

- не давати фальшивої надії;
- не раціоналізувати біль;
- не прикриватися професійною холодністю.

Іноді достатньо сказати: «Я не маю слів. Але я з вами».

І бути поруч. Не для відповіді. А для того, щоб жінка знала: вона – не одна.

Комунікація, що зцілює: приклад з практики

Клінічний випадок №3: «Не встигли... Але залишились поряд»

36 тижднів вагітності. АЗП підтверджена. Чоловік поруч. Жінка в шоці. Лікар сідає навпроти, бере за руку і каже:

– «Мені дуже шкода. Ваша дитина померла. Ми перевірили все. Я з вами. Ми пройдемо це разом».

Жінка мовчить. Через 20 хвилин просить води.

Через годину – питає, коли почнуться пологи.

Потім каже:

– «Дякую, що не тікали після того, як сказали...».

Зцілення починається не з часу. А з тиші, в якій поруч – хтось із теплом.

Висновки: мовчання, яке говорить.

Комунікація – це лікування, а не інформування

Діагноз – це не крапка, а початок шляху.

Лікар – це не лише фахівець, а людина, яка стоїть поруч у темряві.

Ми не можемо змінити діагноз.

Але ми можемо зробити біль не самотнім.

І це – вже дуже багато.

Розділ 5. Ведення пацієнтки після діагнозу

5.1. Медичне ведення та клінічні алгоритми

Початок ведення: коли діагноз підтверджено

Момент підтвердження антенатальної загибелі плода – це не лише клінічна, а й глибоко людська точка. Лікар уже знає, що тактика змінюється з «збереження життя плода» на «збереження життя і здоров'я матері» та підтримку її психологічного стану.

Керівні принципи на цьому етапі:

- верифікація діагнозу перед будь-якими діями;
- пріоритет безпеки матері – фізичної та психологічної;
- відсутність поспіху, якщо немає невідкладних загроз;
- спільне прийняття рішень із пацієнткою, у межах медичних показань;
- вибір тактики: три ключові сценарії;
- очікувальна тактика.

Може бути доцільною у перші 24–48 год, якщо немає ознак інфекції, кровотечі чи коагулопатії. Дає жінці час емоційно підготуватися. Вимагає ретельного моніторингу стану.

Медична індукція пологів

Найпоширеніший варіант після підтвердження АЗП. Використовуються препарати для підготовки шийки матки та стимуляції скорочень (мізопростол, окситоцин – згідно з протоколами). Потребує індивідуального підбору дози та ретельного контролю.

Кесарів розтин

Показаний лише за наявності чітких материнських показань (рубцева матка з високим ризиком розриву, важкі ускладнення, що не дозволяють індукцію). Не рекомендується як «швидший» чи «менш травматичний» шлях без обґрунтованих показань.

Фактори, що впливають на вибір методу

- Термін вагітності.
- Акушерський анамнез (рубці на матці, попередні ускладнення).
- Стан матері (гемодинаміка, наявність інфекції, лабораторні показники).
- Готовність шийки матки.
- Психоемоційний стан та побажання жінки.

Вибір методу – це баланс між клінічною безпекою та повагою до внутрішніх потреб пацієнтки.

Перше обговорення плану з пацієнткою

Це обговорення має бути:

- чітким – що саме і чому пропонується;
- чесним – з описом можливих ускладнень і тривалості процесу;
- емпатичним – із визнанням її болю;
- відкритим для запитань – без поспіху і тиску.

Приклад фрази: «Ми можемо почати пологи сьогодні, або зачекати добу, якщо ваш стан дозволяє. Я розповім про обидва варіанти, і ви зможете обрати той, що вам ближчий. Ми будемо з вами в будь-якому випадку».

Очікувальна тактика: коли час – не ворог

Коли можлива:

- стабільний стан жінки;
- відсутність ознак інфекції (норма температури, лейкоцитів, С-реактивного білка);
- немає симптомів коагулопатії;
- жінка просить дати їй час;
- термін < 28 тижнів або шийка матки неготова.

Що важливо:

- пояснити, що плід вже загинув, і це не очікування «може оживе», а відстрочене завершення;
- щоденний моніторинг: температура, пульс, загальний стан, контроль лабораторних показників (гемограма, коагулограма, CRP);
- обов'язкова психоемоційна підтримка.

Максимальний безпечний термін – до 48 годин. Очікування – це не бездіяльність. Це час, коли жінка збирає сили, а ми – поруч.

Медична індукція пологів: покроковий алгоритм

Найчастіший шлях завершення вагітності при АЗП. Починається тоді, коли жінка готова – або стан потребує активних дій.

Підготовка:

- повторне інформоване консультування (з документуванням);
- аналізи: коагулограма, загальний аналіз крові, група/резус, CRP;
- психоемоційна стабілізація (час на спілкування з близькими, психолог за бажанням);
- вибір схеми (залежно від терміну, шийки матки, анамнезу).

Основні препарати:

- мізопростол (у вигляді таблеток вагінально або перорально);
- окситоцин (українською обережно при зрілій шийці, переважно після мізопростолу);
- мефепристон (у 2 етапи – за наявності).

Алгоритм (приклад для терміну вагітності > 28 тижнів).

Обов'язково:

- постійне спостереження (не залишати на самоті!);
- знеболення на вимогу;
- підтримка – не лише медична, а й людська.

Пологи після втрати – це не менш значущі пологи. Це теж народження. І кожен має це пам'ятати.

Кесарів розтин: виняток, а не норма

Кесарів розтин у випадку антенатальної загибелі плода виконується лише за наявності обґрунтованих материнських показань.

Абсолютні показання:

- попередній класичний рубець на матці;
- загроза розриву матки;
- тяжка екстрагенітальна патологія, несумісна з індукцією;
- гестоз із тяжким перебігом, який не дозволяє чекати.

Не рекомендовано:

«на прохання» жінки, без медичних підстав

- у терміні вагітності < 28 тижнів;
- як спосіб уникнути пологів «через травму» – бо наслідки хірургічні і психологічні.

Іноді жінці здається, що кесарів розтин – швидший і менш болісний. Але лікар має пояснити, що це не завжди правда. І що природні пологи часто стають початком зцілення.

Знеболення: не лише для тіла

Що важливо пам'ятати:

- пологи при АЗП можуть бути не менш болючими, ніж звичайні, а іноді – навіть гірше, бо психіка не готується до народження живої дитини;

- жінка не має «терпіти» як частину покарання або «очищення». Це міф;
- запропоноване знеболення – не слабкість, а турбота.

Види знеболення:

- нефармакологічне: тиша, підтримка, спокійна обстановка, дихальні техніки (психопрофілактика);
- фармакологічне:
 - спазмолітики (дротаверин, бендазол);
 - НПЗП (диклофенак, ібупрофен);
 - опіоїди при інтенсивному болю;
 - епідуральна анестезія – за згодою жінки та наявності можливості.

Запитати: «Чи хочете Ви, щоб я допоміг зменшити біль?» – це вже акт підтримки.

Момент прощання: чи варто дозволяти?

Це одне з найважчих рішень. І одне з найважливіших.

Варіанти:

- побачити дитину;
- торкнутись;
- назвати ім'я;
- зробити фото / зліпок ніжки / зберегти шапочку;
- взяти участь у похованні.

Для багатьох це – єдиний спогад. І водночас – місток до зцілення.

Що робити лікарю:

- запропонувати, але не наполягати;
- пояснити, що це можливість, а не зобов'язання;
- підтримати вибір жінки – будь-який;
- моніторинг та профілактика ускладнень.

Навіть у найспокійнішому перебігу, ми маємо бути на варті.

Інфекційні ускладнення: температурний контроль, CRP, стан матки, виділення.

Кровотечі: моніторинг гемоглобіну, огляд після пологів, контроль тону.

Коагулопатії: коагулограма, ознаки ДВЗ.

Післяпологова депресія: перші ознаки – вже тут

Що робити:

- стандартні аналізи – у динаміці;
- персонал поруч: не мовчазні чергові, а включені люди;
- усе фіксувати, але не перетворювати жінку на об'єкт протоколу.
- слідувати алгоритму дій для клінічної команди.

Висновки: медицина з обличчям

- Ведення жінки після АЗП – це не технічний процес, а супровід у скорботі.
- Ми не лише лікуємо, а разом проживаємо етап болю.
- Медичне рішення має бути не лише ефективним, а й співзвучним душі.
- Кожен член команди – не статист, а частина спогаду, який залишиться з жінкою назавжди.
- Пологи, навіть у втраті, – це історія народження. І жінка має право пройти її не на самоті.

5.2. Психологічна підтримка та комунікація

Перші години після діагнозу: найтонший лід

Після слів «Ваш малюк загинув» – світ жінки зупиняється. Не обертається. Не реагує. Не дихає. Вона ніби ще тут, але водночас – далеко. Цей момент називають по-різному:

- гостра фаза горя,
- емоційна дезорганізація,
- шоковий бар'єр.

Але по суті це: розрив реальності.

І якщо ми, медична команда, хочемо підтримати, а не залишити її в цьому розриві – треба діяти обережно, повільно, з гідністю.

Що відчуває жінка в перші хвилини

Ні, вона не «просто плаче». Вона переживає землетрус. І що важливо – кожна жінка по-своєму:

- одна завмирає, і здається, що не чує нічого
- інша плаче без зупину
- ще інша починає говорити про роботу, про родичів, про щось стороннє
- хтось – запитує тричі поспіль: “Це точно? Ви не помилилися?”

Це не “дивні” реакції. Це реакції на біль, до якого неможливо підготуватися.

Основне завдання медичного персоналу – бути опорою, а не інформаційною машиною

Жінці не потрібен повний протокол одразу. Вона не згадає жодної цифри, жодної рекомендації. Їй потрібно інше:

- тихий голос;
- наявність поруч;
- тепла вода, серветки, крісло;
- слова, які визнають біль:
 - «Мені дуже шкода»;
 - «Це важка новина»;
 - «Я з Вами».

Мистецтво бути поруч: що говорить тіло медпрацівника

Іноді найважливіше – не слова, а присутність.

Але навіть ця присутність – або лікує, або лякає.

Помилки, які руйнують довіру з перших хвилин:

- Формалізм: «У Вас мертвонароджений. Далі треба підписати...».
- Поспіх: «Ми маємо стимулювати вже зараз».
- Утеча: лікар сказав діагноз і зник.
- Раціоналізація: «Ви ще молода. У вас ще будуть діти».
- Звинувачення: «А чому ви не звернулись раніше?».

Це не просто некоректно. Це – повторна травма. Вторинна втрата – гідності.

Утримати довіру: 5 кроків у перші 2 години

- Назвати втрачену дитину – дитиною:
 - «Ваш малюк», «Ваша дитина», «він» або «вона».
- Не зникати:
 - повернутись через пів години, навіть якщо нічого нового не сталося.
- Запропонувати прості дії:
 - «Чи хочете трохи води?».
 - «Можемо покликати когось з рідних».

- Пояснити, що все буде поетапно
- «Ми не будемо поспішати. Все – крок за кроком. Ви – в безпеці»
- Слухати. Не перебивати. Не закриватись

Гостра фаза горя: не діагноз, а процес

У перші 24 години після звістки про загибель плода жінка проходить не «одну емоцію», а кілька станів одночасно:

- заперечення,
- шок,
- протест,
- розпач,
- почуття провини,
- відчуження,
- потреба в контролі.

Ці фази не йдуть по черзі. Вони накочуються хвилями, і найгірше, що можна зробити – це вимагати «стабільності» або «адекватної поведінки».

Жінка, яка щойно втратила дитину, – це людина на дні океану. І лікар – той, хто може дати кисень, а не критику.

Як допомогти прожити перші хвили болю

1. Дати простір:
 - місце, де жінка може побути наодинці або з партнером;
 - без сусідів по палаті з живими дітьми (по можливості).
2. Дати вибір:
 - чи хоче поговорити зараз;
 - чи запросити когось з родичів;
 - чи залишити світло / вимкнути;
 - чи пити воду / залишитись у тиші.

3. Дати назву тому, що відбувається:

- «Те, що Ви зараз відчуваєте, – це нормальна реакція на ненормальну втрату»;
- «Це горе. І воно може виглядати по-різному. Все, що Ви зараз робите – не соромно».

Партнер – союзник або тінь?

У системі української медицини ми досі не завжди знаємо, як вписати партнера у цей процес. Але насправді:

- для жінки партнер – або опора, або втрата вдвічі важча;
- для партнера – це теж горе, але він часто відчуває себе зайвим.

Партнер не має бути «відстороненим супроводом». Він – частина події. Його присутність або змінює все, або робить біль подвійним.

Як включити партнера:

- запитати жінку: «Чи хочете, щоб він був поруч зараз?»;
- якщо так – пояснити йому, що сталося, так само чесно, але м'яко;
- дати йому роль: тримати за руку, говорити, бути присутнім;
- не виключати з обговорень (особливо щодо тактики ведення).

Як повернути жінці відчуття контролю

Коли трапляється антенатальна загибель плода, жінка переживає втрату не лише дитини, а й автономії:

- її тіло «підвело»;
- лікарі «беруть на себе рішення»;
- їй «щось роблять».

Тому дуже важливо повернути їй те, що можна повернути – відчуття впливу. Навіть одне «Ви можете обрати» – звучить як рятувнє коло в морі.

Де можна дати вибір:

- час початку індукції;
- вид знеболення;
- позиція під час пологів;
- чи бачити дитину;
- чи брати участь у прощанні.

Коли горе – не одне на двох: як говорити з родиною

У реальності українських пологових будинків медики часто стикаються з ситуацією, коли не лише жінка, а й її мама, свекруха, тітка, батько чи сестра – вже в коридорі. Іноді родина:

- хоче знати правду;
- вимагає втручання;
- заперечує діагноз;
- шукає винних.

Родина теж у шоку. Вони не вороги. Вони – ще одна частина болю. Що робити:

- спитати жінку, чи хоче вона, щоб хтось із родини був поінформований;
- якщо так – поговорити з ними окремо, без жінки;
- говорити коректно, але чітко:
 - «Так, ми підтвердили втрату дитини. Це сталося до початку пологів»;
 - «Ми зробили все, щоб пересвідчитись. Ми поруч із нею».
- не шукати винного;
- не гратись у «хто більше знає» – бо це лише розпалює тривогу.

Культурні особливості прощання: повага до різного болю

Питання, чи бачити дитину, чи торкатися, чи ховати – глибоко особисті, але часто залежать від культури, релігії, традиції родини.

Можливі реакції:

- «Ми хочемо взяти його додому для поховання».
- «У нас не прийнято бачити мертвого немовля».
- «Ми не знаємо, що робити. Скажіть Ви».

Жінка може сама не знати, чого хоче. Їй потрібен не наказ – а простір і приклад варіантів.

Що може зробити лікар:

- запропонувати варіанти:
 - побачити дитину;
 - тримати на руках;
 - дати ім'я;
 - зберегти знімок або зліпок.
- повідомити про юридичні можливості поховання;
- залучити капелана / психолога / соціального працівника;
- ніколи не казати: «У нас так не прийнято» – бо біль не має стандарту.

Медична команда теж має серце: як не вигоріти

Цей розділ – про нас.

Лікарі, акушерки, медсестри – теж люди, і кожна антенатальна загибель дитини – біль не лише для родини, а й для нас. Той, хто каже, що звик, – або нещирий, або вже вигорів.

Ознаки виснаження:

- емоційна порожнеча після чергування;
- цинізм у мові («ще одна АЗП», «відпрацювали нормально»);
- відсутність емпатії;
- небажання говорити про випадок.

Що допомагає:

- можливість проговорити випадок з колегами (без осуду);
- підтримка з боку адміністрації;
- чіткі алгоритми дій – щоб не залишатись наодинці з хаосом;

- можливість взяти день відпочинку після складного випадку;
- наявність інституційної емпатії: визнання, що це важко.

Медик, який має право на людські емоції – менш вразливий до вигорання. Сильний той, хто не соромиться сказати: “Це було важко”.

Психолог у пологовому: не «бонус», а базова потреба

У багатьох закладах присутність психолога в пологовому будинку досі вважається розкішшю. Але при антенатальній загибелі плода це – не факультатив, а життєва потреба. Той, хто допомагає народити, має допомогти і впоратись із втратою.

Роль психолога:

- зустрітись з жінкою у перші 12 годин після діагнозу;
- допомогти дати назву емоціям;
- бути мостом між жінкою, партнером і командою;
- запропонувати прощання;
- допомогти підготуватись до повернення додому.

Важливо:

- не тиснути: психолог не має «працювати» з жінкою проти її волі;
- не замінювати медиків – кожен має свою зону відповідальності.

Капелан: коли не релігія, а присутність

Потреба в духовній опорі – дуже різна. Але навіть ті, хто ніколи не був релігійним, можуть потребувати символів, сенсу, прощання. Роль капелана:

- нести присутність, а не проповідь;
- запитати: «Чи хочете ви поговорити з духовною особою?»;
- провести благословення, молитву, прощання (за бажанням родини);
- не нав'язуватися.

У кімнаті згорьованої мами капелан – це іноді єдиний, хто не шукає причин, а просто є.

Соціальний працівник: практична підтримка в морі емоцій

Аntenатальна загибель – це не лише горе. Це ще й папери, довідки, юридичні питання. Що робить соціальний працівник:

- пояснює, які документи треба;
- допомагає з реєстрацією смерті / похованням;
- координує доступ до програм підтримки (якщо наявні);
- розповідає про групи підтримки / реабілітацію / наступні візити.

Командна підтримка: не передача пацієнтки, а супровід

Часто жінка після встановлення діагнозу проходить через:

- УЗД,
- приймальне відділення,
- відділення патології,
- пологову,
- післяпологову палату,
- виписку.

І щоразу – інший персонал. Найбільша втрата – не дитина, а почуття, що ніхто не залишився з нею довше, ніж 6 годин.

Як створити систему супроводу:

- закріпити відповідального лікаря / акушерку на весь період;
- формалізувати передачу з рук у руки не лише через запис, а через особисте представлення:
 - «Ольго Іванівно, це Світлана Василівна, вона буде з вами вночі»;
- передавати не лише клінічну інформацію, а й емоційний контекст;
- вона не хоче бачити дитину, але переживає, що пошкодує;
- бути обличчям системи, а не її частиною.

Висновки: коли мова – теж лікування

Комунікація при антенатальній втраті – це не про правильні слова, а про щирість, тишу і присутність. Медична команда має вміти бути не лише фахівцями, а й людьми. Жінка має пройти шлях втрати не як пацієнтка «без дитини», а як мати, яка втратила дитину. Іноді найсильніше – це не дія, а просте:

«Я залишусь із Вами ще трохи. Просто тут. Можна?»

5.3. Післяпологовий період та довготривала підтримка

Післяпологове тіло після втрати: гідність у кожному жесті

Воно все ще тіло мами.

Навіть якщо її не називатимуть «мамою» на вулиці, навіть якщо її груди наливаються молоком, а ніхто не потребує годування.

Її матка все ще скорочується.

Її організм – усе ще працює, як після народження. Бо він не знає, що дитина не жива.

Це – особливий період, коли порожнеча в душі часто загострюється тілесними нагадуваннями про материнство, яке не реалізувалось.

Основні фізіологічні процеси: що слід контролювати

Незважаючи на відсутність немовляти, фізіологія післяпологового періоду майже не відрізняється від звичайної.

Груди, що не годують: як подбати і як проговорити: для жінки момент, коли груди починають наливатися – особливо болючий. Це біологічне підтвердження материнства, яке вона не може реалізувати. Іноді саме лактація стає останньою краплею болю.

Як діяти делікатно:

- не нав'язувати медикаментозне пригнічення лактації одразу;
- запитати: «Ваші груди можуть наливаються. Це нормально. Деякі жінки хочуть приглушити лактацію, інші – дозволяють їй зійти самостійно. Як Вам зручніше?»;
- пояснити способи:
 - медикаментозно (наприклад, каберголін);
 - не медикаментозно (холод, обмеження стимуляції, бюстгальтер, зменшення рідини);
- дати право відкласти рішення на день-два.

Інфекційний контроль та ускладнення: не втратити жінку вдруге

Після втрати пильність не має бути меншою. Пацієнтка, яка пережила антенатальну загибель плода, потребує такого ж рівня уваги, як і породілля з доношеною дитиною. І навіть більшого. Особливо слід моніторити:

- ознаки ендометриту,
- температурні піки,
- характер лохій,
- біль у нижній частині живота,
- загальний стан: слабкість, запаморочення.

Інтимність і гігієна: повернення до власного тіла

Багато жінок після втрати кажуть, що почуваються «брудними» або «зруйнованими», навіть коли фізіологічно процеси йдуть нормально. Тіло, яке втратило дитину, – не «менше жіноче». Воно не стало гіршим. Воно – частина історії. Що може допомогти:

- делікатна розмова про гігієну;

- чітке, але м'яке інформування:
 - «Кров'янисті виділення можуть тривати до 6 тижнів. Це нормально»;
 - «Важливо обмежити ванни, але душ – можна й треба».
- надати інструкції у письмовій формі, бо пам'ять зараз у жінки може бути порушена через шок;
- при виписці – дати можливість задати запитання, без поспіху.

Повернення додому: від виписки до першої тиші

Виписка після антенатальної втрати – це не про «ура, додому». Це – про повернення в порожнечу, яка чекає за дверима. І дуже часто – до людей, які не знають, як реагувати. Що важливо дати жінці при виписці:

- прості, письмові рекомендації (без перевантаження);
- контакт для зв'язку: лікар, психолог, номер телефону у разі питань;
- згадати:
 - «Ви можете звернутись до нас будь-коли. Це не “процедура завершена” – це процес. І ми тут».

Амбулаторне спостереження: як і скільки

Після виписки жінці слід забезпечити контроль не лише фізичного, а й психоемоційного стану. Гормональні зміни: не лише «поганий настрій». Жінка після пологів (навіть при мертвому народженні) проходить ті самі гормональні гойдалки:

- зниження рівня прогестерону;
- нестабільність естрогену;
- зростання пролактину;
- порушення циркадних ритмів;
- дефіцит сну.

І все це на фоні травми, вини, соціального тиску та мовчання оточення. Тому вона не просто сумна. Вона – в глибокому біохімічному штормі. Що важливо:

- не списувати емоції на «характер»;
- не уникати теми післяпологової депресії;
- запитувати прямо:
 - «Як Ви спите?»;
 - «Чи бувають моменти, коли не хочеться вставати з ліжка?»;
 - «Чи буває, що здається – ніколи не стане легше?».

Наступна вагітність: делікатна тиша або надія?

Це питання завжди висить у повітрі. Але важливо не поспішати з відповідями, якщо жінка сама не підіймає його. Іноді “Ви ще народите” звучить не як надія, а як викреслення втрати.

Якщо жінка запитує:

- пояснити, що фізіологічно завагітніти можна вже через 6 тижнів, але варто дати тілу і психіці час;
- рекомендований інтервал – щонайменше 6 місяців;
- наголосити:
 - «Це не про “перекреслити” цю дитину. Це – про зцілення перед новим шляхом»;
- обговорити план спостереження при наступній вагітності: більше УЗД, персоналізована увага, ранній контакт.

Психоемоційне відновлення: не “повернення до норми”, а нова реальність

Горе після втрати дитини не минає – воно трансформується. Не існує «нормального» часу, за який «має стати легше». У когось це 3 місяці. У когось – 3 роки. І жоден з варіантів не є патологією. Вона не “затрималась у горі” – вона проходить шлях, який не схожий на жоден інший.

Як виглядає нормальна реакція:

- хвилі емоцій, які виникають несподівано,
- сльози при вигляді немовлят,
- страх перед майбутніми вагітностями,
- бажання ізолюватись,
- гнів – на себе, медиків, партнера, світ.

Індивідуальна підтримка: куди можна скерувати

Ми не повинні бути єдиними, хто підтримує. Але маємо стати мостом.

Пара після втрати: разом чи нарізно?

Антенатальна загибель дитини – це не лише трагедія жінки, а іспит для стосунків. Часто чоловіки переживають втрату інакше:

- менше говорять,
- більше працюють,
- «тримаються» – і здаються холодними,
- уникають розмов – не з байдужості, а від безсилля.

Жінка потребує не слів, а присутності. Але партнер теж має право на свій шлях горя.

Як підтримати пару:

- запропонувати спільну консультацію (психолог, сімейний терапевт);
- розповісти про відмінності в горюванні;
- пояснити, що сексуальне життя після втрати теж змінюється: і це нормально;
- наголосити, що розрив стосунків у перші місяці – не єдиний варіант.

Соціальне середовище: як не ранили вдруге

Після виписки жінка стикається з «терапією мовчання» від суспільства:

- знайомі, які переходять на інший бік вулиці,
- фрази «Бог забрав, бо знав краще»,
- колеги, які уникають теми,
- родичі, які кажуть «не наривай рану».

Але втрата – не ганьба. Її не можна вилікувати тишею.

Як допомогти:

- надати пораду жінці словами: «Якщо Вам зручно, ви можете відповісти так: “Так, моя дитина померла. Я не готова це обговорювати зараз, але дякую за підтримку”»;
- за бажання – розповісти родині, як краще спілкуватися;
- не змушувати «виходити в люди», якщо вона ще не готова;
- не знецінювати потребу в ізоляції – іноді вона тимчасово рятує.

Пам’ять як ресурс: не забувати – не означає не жити далі

Одна з головних дилем жінки після втрати: як жити далі й не зрадити пам’ять про дитину?

Важливо дати їй дозвіл:

- сумувати – і сміятись,
- згадувати – і жити далі,
- вшанувати – без потреби виправдовуватись.

Можливі практики пам’яті:

- дерево на честь дитини,
- ювелірна прикраса з ініціалом,
- напис на листочку в парку,
- день пам’яті, якщо родина цього бажає.

Жінка, яка має простір для пам’яті – рідше стикається з патологічним горем.

Висновки: не прискорювати зцілення – лише бути поруч

- Післяпологовий період при АЗП – це тонка межа між тілом і душею, і обидва потребують уваги.
- Медик має стати компасом, а не рушієм: жінка сама обирає темп.
- Турбота про гідність – у кожному жесті: від інструкцій про лохії до паузи, коли вона плаче
- І найголовніше: «Нам не потрібно все виправити. Нам потрібно — бути!».

6. Профілактика антенатальної загибелі

6.1. Прегравідарна підготовка

Чому профілактика починається до двох смужок

Майбутнє дитини часто визначається ще до того, як батьки дізнаються про вагітність. Більшість ускладнень, що призводять до АЗП, формуються в перші тижні ембріогенезу, коли жінка ще навіть не підозрює про своє нове життя.

Прегравідарний період – це шанс підготувати ґрунт до посіву. Якщо земля суха й виснажена, жодне зерно не проросте міцно.

Основні цілі прегравідарної підготовки

- Виявлення та корекція факторів ризику:
 - хронічні захворювання (гіпертонія, діабет, хвороби щитоподібної залози);
 - інфекції, що можуть загрожувати плоду;
 - аномалії матки, що можуть ускладнити виношування.
- Оптимізація загального стану здоров'я:
 - нормалізація маси тіла;
 - стабілізація гормонального фону;
 - відмова від шкідливих звичок.
- Формування безпечного середовища для розвитку плода:
 - корекція харчування;
 - усунення токсичних впливів (виробничих, побутових, екологічних)
- Психоемоційна готовність:
 - усвідомлене бажання мати дитину;
 - підтримка у парі;
 - планування часу вагітності.

Виявлення факторів ризику: робота зі “схованими ворогами”

Деякі причини АЗП не мають симптомів і проявляються лише тоді, коли стається втрата. Тому на етапі планування важливо шукати навіть «мовчазні» патології.

Обстеження, які варто провести:

- загальний аналіз крові, глюкоза, біохімія;
- тести на TORCH-інфекції, сифіліс, ВІЛ, гепатити В і С;
- коагулограма (особливо при підозрі на тромбофілію);
- УЗД органів малого таза;
- тести функції щитоподібної залози;
- за необхідності — кардіологічне обстеження.

Пошук і усунення ризиків – не гарантія, але сильне зменшення ймовірності трагедії.

Оптимізація стану здоров'я: “перезапуск системи”

Багато станів можна скорегувати ще до зачаття:

- нормалізація ваги: і надмірна, і недостатня маса тіла підвищують ризик АЗП;
- контроль глюкози та тиску: неконтрольований діабет чи гіпертонія – прямі предиктори ускладнень;
- корекція дефіцитів: фолієва кислота, вітамін D, залізо;
- відмова від шкідливих звичок: паління, алкоголь, наркотики – фактори, які доведено збільшують ризик мертвонародження.

Психоемоційна готовність: не лише фізична форма

Вагітність – не лише про тіло, а й про психіку. Жінка, яка вступає у вагітність з не вирішеними особистими кризами, може стикнутися з підвищеним рівнем стресу, що теж впливає на перебіг вагітності.

Рекомендації:

- оцінка рівня тривожності;
- робота з психологом при наявності травматичного досвіду;
- відкриті розмови з партнером про ролі, очікування та підтримку.

Роль сімейного лікаря: перша точка маршруту

У більшості випадків саме сімейний лікар першим дізнається про намір пари мати дитину. Від того, наскільки активно і системно він працює на етапі планування, залежить, чи вдасться запобігти потенційним ускладненням. Завдання сімейного лікаря:

- зібрати детальний репродуктивний анамнез;
- оцінити хронічні хвороби та контроль їх перебігу;
- скерувати на базові лабораторні та інструментальні обстеження;
- за потреби – направити до вузьких спеціалістів;
- почати базову просвітницьку роботу (харчування, шкідливі звички, фізична активність).

Сімейний лікар має бути не лише «реєстратором» вагітності, а й архітектором безпечного старту.

Міждисциплінарний підхід: команда, що працює до зачаття

Антенатальна загибель плода рідко має одну причину. Зазвичай це комбінація медичних, соціальних, психологічних факторів, які неможливо охопити одному лікарю. Кого може включати команда:

- акушер-гінеколог;
- ендокринолог (при порушеннях обміну, діабеті, хворобах щитоподібної залози);
- кардіолог (гіпертонія, серцево-судинні ризики);

- генетик (при спадкових хворобах, повторних втратах);
- психолог або психотерапевт;
- дієтолог;
- інфекціоніст (при TORCH-інфекціях, ВІЛ, гепатитах).

Команда – це не про кількість кабінетів, а про спільну відповідальність за майбутнє життя.

Міжнародні програми прегравідарної підготовки WHO (World Health Organization)

ВООЗ визначає прегравідарну підготовку як ключовий елемент зниження перинатальної смертності. Основні блоки:

- медична оцінка і корекція хронічних станів;
- вакцинація проти краснухи, гепатиту В, дифтерії-правця;
- забезпечення адекватного харчування;
- робота з факторами способу життя.

RCOG [6] (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Велика Британія)

Наголос на:

- ранній консультації до зачаття;
- мультидисциплінарному підході;
- індивідуалізації плану залежно від анамнезу;
- обов'язковій психологічній оцінці при попередніх втратах.

ACOG [7]

(American College of Obstetricians and Gynecologists, США)

Особливості:

- тісна інтеграція сімейного лікаря й акушера-гінеколога;
- чіткі алгоритми ведення при виявленні ризиків (гіпертонія, діабет, ожиріння);
- окремі протоколи для жінок, що перенесли мертвонародження.

Адаптація міжнародного досвіду до українських реалій

В українській системі охорони здоров'я можна інтегрувати ці принципи через:

- розробку національного клінічного протоколу прегравідарної підготовки;
- обов'язковий скринінг ризиків перед постановкою на облік вагітності;
- безкоштовний базовий пакет обстежень до зачаття (за аналогією до програми «Доступні ліки»);
- навчальні програми для лікарів первинної ланки.

Ідеальна прегравідарна підготовка – це коли лікар бачить не лише теперішню жінку, а й потенційне майбутнє її дитини.

Модифікація способу життя: щоденний вибір на користь майбутнього

Здоровий спосіб життя – це не абстракція з брошури, а практичний інструмент профілактики. Доведено, що вплив на три ключові фактори – харчування, рухову активність та відмову від токсинів – зменшує ризик ускладнень вагітності та АЗП на десятки відсотків. Основні напрямки:

- харчування: достатній білок, вітаміни, обмеження трансжирів та надлишкового цукру;
- фізична активність: регулярні помірні навантаження (ходьба, плавання, йога);
- відмова від токсинів: куріння, алкоголь, наркотики, контакт з небезпечними хімічними речовинами;
- сон і режим: достатня тривалість сну, стабільний розклад дня.

Тіло, яке звикло працювати в балансі, легше витримає вагітність.

Роль партнера: вагітність починається з двох

Прегравідарна підготовка – не лише завдання жінки. Чоловічий фактор може відігравати критичну роль: якість сперматозоїдів, генетичні ризики, хронічні інфекції. Що важливо для партнера:

- пройти обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом;
- відмовитися від шкідливих звичок щонайменше за 3 місяці до планування;
- забезпечити адекватне харчування і фізичну активність;
- бути психологічною опорою: спільні візити до лікаря, участь у прийнятті рішень.

Коли партнер залучений – зростає не лише шанс на здорову вагітність, а й рівень довіри у парі.

Клінічні кейси: коли підготовка змінює сценарій

Випадок 1. Жінка віком 32 років, дві попередні вагітності закінчились мертвонародженням на 34 та 36 тижнях. На етапі прегравідарної підготовки виявлено антифосфоліпідний синдром, призначена антикоагулянтна терапія з раннього терміну наступної вагітності. Результат – народження здорової дитини на 38 тижні.

Випадок 2. Подружжя з ожирінням II ступеня у обох. Перед плануванням – спільна програма зниження ваги, контроль глюкози, фізична активність. Вагітність пройшла без гестаційного діабету та гіпертензії, дитина народилась у термін.

Випадок 3. Жінка віком 26 років, працювала на хімічному виробництві. Після консультації змінила робоче місце, усунула токсичні впливи, пройшла курс відновлення вітамінно-мінерального балансу. Вагітність завершилась народженням здорового хлопчика.

Ці історії показують: зміни до вагітності часто вирішують більше, ніж втручання під час неї.

Підсумки підрозділу

- Прегравідарний етап – ключ до зниження ризику АЗП.
- Він потребує командного підходу та участі обох партнерів.
- Міжнародні стандарти можна адаптувати під українські реалії.
- Навіть невеликі зміни способу життя можуть радикально змінити прогноз.
- Найкраща профілактика трагедії – це вчасно поставлені питання і чесні відповіді до того, як почнеться нове життя.

6.2. Антенатальний моніторинг

Чому моніторинг рятує життя ще до народження

Антенатальний період – це 280 днів, під час яких життя плода залежить від тонкої рівноваги між здоров'ям матері, плаценти та самого малюка. Ця рівновага може порушитися тихо – без болю, без явних симптомів, без сигналів, які помітні без спеціальних обстежень.

Моніторинг – це «стетоскоп», який ми прикладаємо до вагітності, щоб почути її ще до того, як з'явиться крик дитини.

Мета антенатального моніторингу

Вчасно виявити ризики та ускладнення:

- затримка внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР);
- гіпоксія плода;
- прееклампсія;
- порушення плацентарного кровотоку.

Оптимізувати тактику ведення вагітності:

- зміна частоти візитів;

- корекція медикаментозної терапії;
- госпіталізація при загрозливих станах.

Визначити оптимальний час і спосіб розродження:

- уникнути затримки у випадках, коли плід у небезпеці;
- обрати безпечний момент для кесаревого розтину чи стимуляції пологів.

Основні складові моніторингу

- Клінічні огляди (оцінка загального стану матері, вимірювання АТ, маси тіла, висоти дна матки).
- Лабораторні обстеження (гемоглобін, сеча, біохімія, маркери прееклампсії).
- Ультразвукова діагностика (біометрія, доплерометрія, біофізичний профіль плода).
- Кардіотокографія (КТГ) для оцінки серцевої діяльності плода.
- Самоспостереження матері (рахунок рухів, фіксація змін у відчуттях).

Іноді саме жінка першою помічає, що малюк рухається інакше, і це стає ключовим сигналом.

Частота візитів і обстежень

Для вагітних без ускладнень:

- 1 раз на місяць до 28 тижня;
- 1 раз на 2 тижні з 28 до 36 тижнів;
- 1 раз на тиждень після 36 тижнів;

Для вагітних із ризиками (попередня АЗП, прееклампсія, діабет тощо):

- індивідуальний графік, часто – щотижневі або навіть двічі на тиждень візити;
- додаткові УЗД і КТГ.

Ключові «червоні прапорці» під час моніторингу

- Раптове зменшення або зникнення рухів плода.
 - Різке підвищення артеріального тиску.
 - Головний біль, зорові порушення, набряки.
 - Патологічні результати КТГ або доплера.
 - Ознаки відшарування плаценти (біль, кровотеча, гіпертонус).
- Важливо не лише виявити ці сигнали, а й швидко відреагувати.

Роль ультразвуку: бачити більше, ніж відчувається

Ультразвукова діагностика (УЗД) – один із найбільш чутливих методів виявлення проблем, які можуть призвести до АЗП.

Ключові завдання УЗД:

- оцінка біометрії плода – чи відповідають розміри гестаційному терміну;
- виявлення ЗВУР – сигнал про можливу плацентарну недостатність;
- оцінка кількості навколоплідних вод – індикатор стану плаценти і плода.

Візуалізація вроджених вад – для планування тактики ведення

Іноді УЗД виявляє те, чого жінка ще не відчуває – і саме це рятує життя.

Доплерометрія – метод, що дозволяє оцінити кровотік у пуповині, маткових артеріях і судинах плода. Дозволяє виміряти «дорогу» кисню і поживних речовин.

Чому важлива:

- дає можливість виявити гіпоксію до появи клінічних ознак;
- допомагає вирішити, коли краще розродити пацієнтку з високим ризиком;

- дозволяє оцінити ефективність терапії (наприклад, антикоагулянтів при тромбофілії).

Кардіотокографія (КТГ): слухати серце плода. КТГ – це «про-слухування» серця дитини в режимі реального часу з аналізом варіабельності ритму та реакцій на рухи. Нормальне КТГ – заспокоює і лікаря, і пацієнтку. Патологічне КТГ – привід для негайного втручання. Важливо: у групі ризику КТГ варто проводити частіше, навіть щодня у стаціонарі.

Моніторинг рухів плода: мова, якою говорить дитина

Найпростіший, але надзвичайно інформативний метод – підрахунок рухів. Популярні методики:

- «Cardiff» – жінка фіксує час, за який відчула 10 рухів;
- «Count to Ten» – щоденне відстеження часу появи 10 рухів у звичний для дитини період активності.

Якщо рухи зменшились або змінились – це привід для невідкладного звернення.

Міжнародні алгоритми спостереження

WHO: універсальний підхід до моніторингу з підвищеною частотою оглядів у групах ризику. Акцент на доплерометрії у другому та третьому триместрах.

RCOG [6]: щотижневі візити у жінок після попередньої АЗП. Обов'язковий підрахунок рухів у третьому триместрі.

ACOG [7]: індивідуалізація графіку обстежень. Щоденний підрахунок рухів плюс регулярні КТГ у високоризикових вагітних.

Спільне у всіх гайдлайнах – активне, а не формальне спостереження.

Інтеграція даних: коли графіки стають рішеннями

Завдання моніторингу не в тому, щоб «зібрати красиву папку з результатами», а щоб вчасно змінити тактику ведення вагітності.

Приклади рішень, що базуються на моніторингу:

- Погіршення доплерометрії + патологічне КТГ – дострокове розродження.
- ЗВУР + стабільні показники кровотоку – пролонгація вагітності під щільним наглядом.
- Зменшення рухів + нормальне КТГ – повторна оцінка через 24 години, додаткове УЗД.

Кожне значення в аналізі – це не просто цифра, а орієнтир у рішенні, яке може врятувати життя.

Комунікація під час моніторингу: довіра як інструмент профілактики

Високотехнологічні методи не працюють без простого елементу – готовності жінки звернутись вчасно. І ця готовність виникає лише тоді, коли є довіра до лікаря.

Принципи комунікації:

- пояснювати кожен крок обстеження;
- ділитись результатами «людською» мовою, без зайвої тривоги;
- давати чіткі інструкції: що робити, якщо рухи змінились, якщо з'явився біль або кровотеча;
- підкреслювати, що візит «даремно» – не буває даремним.

Клінічні кейси: коли моніторинг змінив прогноз

Випадок 1. Вагітна віком 35 років, анамнез – мертвонародження на 37 тижні. У новій вагітності – щотижнева доплерометрія з 28 тижня. На 34 тижні – ознаки критичного зниження кровотоку в пуповині, кесарів розтин – дитина 2200 г, без ознак гіпоксії.

Випадок 2. Жінка віком 26 років, перша вагітність, без факторів ризику. На плановому прийомі відмітила зменшення рухів за останні 12 годин. КТГ – патологічне, термінова операція – врятовано хлопчика з тяжкою асфіксією, але без подальших неврологічних ускладнень.

Випадок 3. Вагітна з прееклампсією. Завдяки щоденному КТГ і доплеру в стаціонарі, розродження проведено в момент, коли плід ще не встиг зазнати незворотних ушкоджень.

Підсумки підрозділу

- Антенатальний моніторинг – не формальність, а активний інструмент збереження життя плода
- Найкращий результат дає комбінація клінічних, інструментальних та суб'єктивних даних від матері
- Довіра між лікарем і пацієнткою – критичний фактор успішного моніторингу
- У багатьох випадках саме своєчасне реагування на зміни в показниках стає ключем до запобігання АЗП
- Ми не завжди можемо передбачити, коли виникне загроза, але можемо бути настільки уважними, щоб не пропустити момент, коли ще можна діяти.

6.3. Скринінг та сучасні підходи

Скринінг: бачити ризик до того, як він стане проблемою

Скринінг – це не пошук хвороби у хворого, а виявлення ризику у здорового. Його мета – виявити потенційні загрози ще до того, як вони проявляться клінічно. Діагностика лікує сьогоднішній день, а скринінг – майбутнє.

Різниця між скринінгом і діагностикою

Скринінг – масове або цільове обстеження певної групи, щоб знайти тих, хто має високий ризик (наприклад, вимірювання артеріального тиску у всіх вагітних).

Діагностика – уточнення стану у тих, у кого вже є симптоми або скринінгові відхилення (наприклад, доплерометрія при підозрі на ЗВУР).

Класичні етапи скринінгу під час вагітності

I триместр (11–13+6 тижнів):

- УЗД: товщина комірцевого простору, оцінка носової кістки, анатомія плода.
- біохімічний подвійний тест (PAPP-A, вільний β -ХГЛ).
- оцінка ризику хромосомних аномалій та прееклампсії.

II триместр (18–22 тижні):

- детальне морфологічне УЗД;
- оцінка плаценти, кількості вод, кровотоку;
- скринінг на вади розвитку.

III триместр (28–32 тижні)

- УЗД з доплерометрією;
- оцінка росту плода, кровотоку, стану плаценти;
- виявлення ЗВУР, гіпоксії.

Сучасні біохімічні маркери

- PAPP-A (Pregnancy-Associated Plasma Protein A) – низькі рівні пов'язані з ризиком ЗВУР, прееклампсії, АЗП.
- PlGF (Placental Growth Factor) – низькі значення свідчать про плацентарну дисфункцію.
- sFlt-1/PlGF ratio – допомагає прогнозувати прееклампсію і ризику для плода.

- α -фетопротеїн (АФП) – високі або низькі рівні можуть вказувати на вади розвитку чи ризик загибелі плода.

НІПТ (неінвазивний пренатальний тест)

Сучасний метод, що аналізує вільну фетальну ДНК у крові матері. Виявляє трисомії (21, 18, 13), а також інші хромосомні порушення з точністю > 99 %.

Переваги:

- безпечний для матері й плода;
- можливий з 10 тижнів;
- дає інформацію для раннього ухвалення клінічних рішень.

Новітні технології: коли алгоритми бачать більше, ніж око

Останні роки штучний інтелект (AI) і великі дані стали помітним інструментом у пренатальній медицині. Приклади:

- AI-аналіз УЗД: автоматичне розпізнавання маркерів аномалій, що лікар може пропустити через людський фактор або втому.
- Машинне навчання для прогнозування прееклампсії та ЗВУР: аналіз сотень змінних (вік, тиск, біохімія, анамнез) для індивідуального прогнозу ризику.
- Телеметричний моніторинг: передача даних КТГ і доплерометрії в реальному часі до спеціалізованих центрів.

Технологія не замінює лікаря, але дає йому ширший погляд і додатковий час на реакцію.

Комбінований підхід: точність у деталях

Жоден скринінговий метод не є ідеальним. Найвищу точність дає поєднання різних інструментів:

- біохімічні маркери + УЗД;
- доплерометрія + КТГ;
- НІПТ + класичний скринінг I триместру;
- клінічні дані + результати лабораторій + АІ-аналітика.

Приклад: низький РАРР-А + патологічний доплер – високий ризик плацентарної недостатності – частіший моніторинг і готовність до дострокового розродження.

Персоналізація скринінгу: відійти від “усім однаково”

Сучасна тенденція – відхід від шаблонних графіків і перехід до індивідуального плану спостереження. Як формується персоналізований скринінг:

- врахування репродуктивного анамнезу (попередні втрати, АЗП);
- стан здоров’я та хронічні захворювання;
- результати попередніх вагітностей;
- соціальні фактори (доступ до медичної допомоги, рівень стресу);
- генетичні особливості.

Дві вагітні одного терміну можуть мати абсолютно різний план скринінгу – і це нормально.

Український контекст: куди рухатись

В Україні вже доступні:

- НІПТ у приватних лабораторіях;
- сучасні УЗД-апарати з доплером;
- досвідчені фахівці з пренатальної діагностики.

Але є виклики:

- нерівний доступ між регіонами;
- брак обладнання у сільських громадах;
- відсутність єдиного державного стандарту комбінованого скринінгу.

Скринінг як частина профілактики АЗП

Скринінг – це не окремий медичний «проект», а складова великої стратегії запобігання втратам. Його цінність у тому, що він дозволяє:

- передбачити ризики ще до появи симптомів;
- змінити тактику ведення вагітності;
- визначити оптимальний момент для втручання (розродження, госпіталізація, терапія).

У випадках з високим ризиком (низький PlGF, патологічний доплер) своєчасне втручання знижує ймовірність АЗП у рази.

Комунікація: ключ до ефективного скринінгу

Навіть найдосконаліший скринінговий тест не дасть результату, якщо пацієнтка не розуміє:

- навіщо він потрібен;
- що означають результати;
- які наступні кроки.

Принципи комунікації:

- пояснювати «мовою людини»;
- не створювати зайвої тривоги при помірному ризику;
- чітко озвучувати план дій після кожного етапу;
- підтримувати відчуття, що жінка – активна учасниця процесу.

Інформована пацієнтка – це партнер у збереженні життя її дитини.

Клінічні випадки: коли скринінг змінив сценарій

Випадок 1. Вагітна віком 30 років, без ускладнень в анамнезі. На скринінгу I триместру – високий ризик прееклампсії (низький

PlGF, підвищений тиск). Розпочато профілактику аспірином та кальцієм, підвищена частота моніторингу. Вагітність завершилась народженням здорової дитини на 38 тижні.

Випадок 2. Пара з попередньою АЗП. Проведено НІПТ на 10 тижні – виявлено хромосомну аномалію, що несумісна з життям. Прийнято рішення про медичне переривання на ранньому терміні, уникнувши пізньої втрати і важкої психологічної травми.

Випадок 3. Жінка віком 36 років, II триместр, доплерометрія – критичне зниження кровотоку в пуповині. Госпіталізація, щоденне КТГ, достроковий кесарів розтин на 34 тижні – дитина вагою 1900 г, без неврологічних ускладнень.

Підсумки підрозділу

- Скринінг – ключовий інструмент раннього виявлення ризиків АЗП.
- Найкращі результати дає комбінація методів та персоналізований підхід.
- Ефективність скринінгу прямо залежить від рівня комунікації між лікарем і пацієнткою.
- Своєчасна реакція на скринінгові знахідки здатна змінити прогноз навіть у найскладніших випадках.
- Скринінг – це шанс попередити трагедію ще до того, як вона стане загрозою.

7. Аналіз випадків: клінічні наради та перинатальні розбори

7.1. Стандарти перинатального аудиту

Що таке перинатальний аудит і навіщо він потрібен

Перинатальний аудит – це системний процес аналізу кожного випадку смерті плода або новонародженого з метою виявлення причин і факторів, які можна було змінити. Його головна мета – не пошук винних, а покращення якості медичної допомоги. ВООЗ визначає перинатальний аудит як «безперервний цикл збору даних, їх аналізу, обговорення і впровадження змін». Кожна втрата – це біль для сім'ї, але й урок для медицини, якщо ми готові чесно подивитись на події.

Мета і завдання аудиту

Основні завдання:

- визначити причини антенатальної загибелі плода (АЗП) та інших перинатальних втрат;
- встановити, чи можна було їх уникнути;
- розробити і впровадити рекомендації для запобігання подібним випадкам;
- оцінити ефективність уже впроваджених змін.

Важливо: аудит – це частина культури безперервного професійного розвитку, а не «розбір польотів».

Нормативна база в Україні

В Україні проведення перинатального аудиту регламентують:

- Наказ МОЗ України від 17.01.2014 №234 – «Про впровадження клінічного аудиту».

- Наказ МОЗ від 27.12.2011 №977 – «Про порядок проведення клінічних розборів».
- Рекомендації ВООЗ щодо проведення перинатальних розборів (2016).

Методичні листи з перинатального аудиту (центр громадського здоров'я)

Міжнародні орієнтири:

- WHO – Maternal and Perinatal Death Surveillance and Response (MPDSR).
- FIGO – Guidelines on perinatal audit and quality improvement.
- RCOG [6] – Perinatal mortality surveillance.

Етапи проведення аудиту

Ідентифікація випадку:

- фіксуються всі випадки антенатальної загибелі плода (≥ 22 тижнів) та смерті новонародженого до 7 діб;
- збір первинної документації.

Збір та систематизація даних:

- історія вагітності, пологів, післяпологового періоду;
- результати обстежень, протоколи консилиумів;
- соціальні та побутові фактори.

Класифікація причин смерті

- за Міжнародною класифікацією причин перинатальної смертності (ICD-PM);
- за групами: акушерські, неакушерські, невідомі.

Визначення модифікованих факторів

- помилки у діагностиці;
- затримка в наданні допомоги;
- недостатнє обладнання або відсутність доступу до нього.

Обговорення на клінічній нараді:

- без персональних звинувачень;
- із залученням всіх учасників процесу.

Формування рекомендацій і плану дій:

- зміни у протоколах;
- додаткове навчання персоналу;
- покращення логістики і оснащення.

Впровадження і моніторинг:

- оцінка, чи зменшилась частота подібних випадків.

Ключові принципи ефективного аудиту

- Конфіденційність – дані пацієнтів і персоналу не розголошуються.
- Не покарання, а навчання.
- Системність – аудит проводиться регулярно, а не «за потреби».
- Доказовість – висновки базуються на фактах, а не припущеннях.
- Відкритість – до обговорення залучаються всі рівні медичної допомоги.

Практичні інструменти перинатального аудиту

Щоб аудит не перетворився на формальність, потрібні стандартизовані інструменти збору та аналізу даних. У міжнародній практиці найбільш ефективними вважаються наступні.

1. Стандартизовані форми збору даних:

- WHO Perinatal Death Review Form – універсальний інструмент для збору медичних та немедичних факторів.
- Українські адаптовані форми (заповнюються перинатальними центрами, включають розділ «можливі фактори, що вплинули на результат»).

Важливо: дані збираються одразу після випадку, поки інформація свіжа.

2. Системи класифікації:

- ICD-PM (International Classification of Diseases for Perinatal Mortality) – розділяє причини на групи: стан плода, стан матері, невідомі.
- ReCoDe (Relevant Condition at Death) – деталізує, що було клінічно значимим у момент смерті.

3. Root Cause Analysis (RCA) – аналіз першопричин. Пошук не лише очевидних, а й прихованих факторів (наприклад, відсутність ультразвукового апарату в сільській лікарні як непряма причина затримки діагностики).

4. Confidential Enquiry:

- Модель, де кожен випадок розглядає незалежна група експертів поза закладом, щоб уникнути конфлікту інтересів.
- Міжнародні моделі проведення аудиту:

Велика Британія – MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries)

- національна база випадків;
- щорічні звіти з рекомендаціями, що стають основою нових клінічних протоколів.

Нідерланди – локальні перинатальні комітети у кожному госпіталі, де присутні і лікарі, і акушерки, і адміністрація:

- акцент на командній роботі і колективному прийнятті рішень.

Південна Африка – PPIP (Perinatal Problem Identification Programme):

- збір мінімального набору даних про кожний випадок;
- чітка статистика: причини, рівень лікарні, доступ до обладнання.

Австралія та Нова Зеландія – поєднання локальних розборів та національного реєстру:

- кожен випадок має код змінності (avoidable / potentially avoidable / unavoidable).

Приклади з української практики

Кейс 1 – обласний перинатальний центр. Випадок АЗП на 39 тижні вагітності у здорової жінки. Аудит виявив: у пологовому залі не було працюючого КТГ-апарату, контроль серцебиття вівся аускультатією з інтервалами у 1 годину.

Рішення: закупівля 2 нових КТГ, введення обов'язкового 30-хвилинного моніторингу кожні 2 години в активній фазі пологів.

Результат: за рік жодного подібного випадку.

Кейс 2 – районна лікарня. АЗП на 32 тижні вагітності у жінки з преєклампсією. Аудит показав: відсутність своєчасної госпіталізації у вищий рівень.

Рішення: створення чіткої схеми маршрутизації + навчання сімейних лікарів критеріям термінового направлення.

Результат: за 18 місяців усі випадки високого ризику госпіталізовані вчасно.

Як аудит впливає на зміни в протоколах

Аналіз випадків із запізненим діагнозом ЗВУР – включення щотижневої доплерометрії у групах ризику.

Виявлення, що більшість випадків АЗП у сільських районах пов'язані з відсутністю доступу до УЗД – створення мобільних бригад із портативними апаратами.

Зафіксовані помилки в комунікації між змінами – введення «check-list» при передачі чергування.

Покрокова інструкція проведення перинатального аудиту

Крок 1. Формування команди аудиту:

- Голова (зазвичай завідувач акушерського або перинатального центру).

- Акушер-гінеколог, який не був безпосередньо залучений у випадок.
- Неонатолог.
- Анестезіолог.
- Старша акушерка / медсестра.
- Психолог (за потреби).
- Адміністративний представник (для впровадження змін).

Крок 2. Збір даних:

- Медична документація (історії, протоколи, записи КТГ, УЗД, лабораторні результати).
- Соціальні фактори (доступ до транспорту, умови життя).
- Хронологія подій.

Крок 3. Класифікація:

- Використання ICD-PM або ReCoDe.
- Визначення основної причини і супутніх чинників.

Крок 4. Ідентифікація модифікованих факторів:

- Що можна було змінити: діагностика, тактика, логістика, об'єднання, комунікація.

Крок 5. Формулювання висновків:

- Лаконічно, без емоційних оцінок.
- Чітко вказати, які дії могли змінити результат.

Крок 6. Розробка плану дій:

- Що, ким і у які терміни має бути зроблено.
- Відповідальний за моніторинг.

Крок 7. Контроль виконання.

- Перевірка впровадження змін через 3–6 місяців.
- Повторна оцінка статистики.

Типові помилки при проведенні аудиту

- Пошук винних замість пошуку рішень – демотивує команду, знижує відвертість.

- Неповні дані – відсутність протоколів, уривчасті записи.
- Відсутність міждисциплінарності – коли рішення ухвалюють лише акушери.
- Формалізм – проведення аудиту «для галочки» без впровадження змін.
- Ігнорування соціальних факторів – бідність, транспорт, віддаленість від лікарні.

Приклади висновків перинатального аудиту

Приклад 1

Висновок: Антенатальна загибель плода на 37 тижні вагітності у жінки без ускладнень вагітності. Ймовірна причина – гостра гіпоксія плода під час пологів, асоційована з затримкою у виконанні кесаревого розтину.

Модифіковані фактори: відсутність доступного операційного блоку у нічний час.

Рекомендації: забезпечити цілодобову готовність операційної; розробити алгоритм екстреного розродження.

Термін виконання: 2 місяці.

Приклад 2

Висновок: АЗП на 32 тижні у вагітної з прееклампсією середнього ступеня. Причина – відсутність своєчасного направлення у перинатальний центр.

Модифіковані фактори: недостатнє інформування лікарів первинної ланки про критерії госпіталізації.

Рекомендації: провести тренінг для сімейних лікарів; внести зміни у маршрутизацію пацієнток з прееклампсією.

Термін виконання: 1 місяць.

Приклад 3

Висновок: Перинатальна смерть новонародженого через важку асфіксію. Причина – несвоєчасне виявлення патологічного КТГ.

Модифіковані фактори: відсутність протоколу інтерпретації КТГ; недостатня підготовка персоналу.

Рекомендації: впровадити обов'язкові курси з інтерпретації КТГ; розробити «check-list» для моніторингу плода під час пологів.

Термін виконання: 3 місяці.

7.2. Навчальні кейси

Навіщо навчальні кейси потрібні навіть досвідченим лікарям

Навчальний кейс – це знеособлений реальний випадок, розібраний таким чином, щоб показати весь процес: від перших симптомів до остаточного висновку перинатального аудиту. Його цінність у тому, що:

- він дозволяє побачити клінічну ситуацію в динаміці, а не у вигляді статичної таблиці;
- можна обговорити «критичні точки» – моменти, де рішення могли змінити результат;
- він дає можливість команді відпрацювати комунікацію і спільне прийняття рішень.

Жодна симуляція не відтворює глибину емоцій і нюансів, які є у реальній історії.

Формат подання кейсів

У цьому підрозділі кожен кейс структурований за єдиною схемою:

- короткі дані про пацієнтку (вік, анамнез, термін вагітності, фактори ризику);

- хронологія подій (година/день, що сталося);
- критичні точки (моменти, де можна було діяти інакше);
- результат;
- висновок та уроки (що показав аудит, що змінилось у протоколах);
- альтернативний сценарій (як могло б бути при іншій тактиці).

Кейс 1: Пізня АЗП у здорової жінки

Пацієнтка: 27 років, I вагітність, без ускладнень.

Термін: 39 тижнів 2 дні.

Хронологія:

- 08:00 – плановий візит у жіночу консультацію, скарг немає, серцебиття плода – норма (аускультация).
- 18:00 – вдома відчула, що рухи плода стали менш активними.
- 22:00 – звернулась до пологового будинку.

КТГ: відсутня варіабельність, децелерації.

Лікар вирішує провести повторне КТГ через 30 хв, замість негайного розродження.

22:40 – повторне КТГ: серцебиття не реєструється.

23:15 – підтверджено антенатальну загибель.

Критичні точки: затримка в ухваленні рішення про екстрений кесарів розтин при патологічному КТГ.

Результат: мертвонародження.

Висновок аудиту.

Причина – гостра гіпоксія плода.

Модифікований фактор – відтерміноване втручання при патологічному КТГ.

Рекомендація – негайне розродження при перших ознаках тяжкого дистресу.

Альтернативний сценарій: при оперативному втручанні дитина могла бути живою і без неврологічних ускладнень.

Кейс 2: Вагітність із високим ризиком, втрачений шанс

Пацієнтка: 35 років, II вагітність, анамнез – преєклампсія у попередній.

Термін: 31 тиждень.

Хронологія:

- 2 тижні до події: виявлено підвищення тиску, призначена терапія, але без доплерометрії;
- 3 дні до події: жінка повідомила про зменшення рухів, їй порадили «спостерігати».

День події: поступає зі скаргами на головний біль, набряки.

УЗД: відсутність діастолічного компоненту в пуповинній артерії.

Поки чекали результати лабораторії, стан плода різко погіршився – асистолія.

Критичні точки:

- відсутність планового доплер-моніторингу в групі високого ризику.
- недооцінка скарг пацієнтки.

Результат: мертвонародження.

Висновок аудиту.

Причина – плацентарна недостатність з гострою декомпенсацією.

Модифікований фактор – відсутність доплерометрії та госпіталізації при перших ознаках погіршення.

Альтернативний сценарій: госпіталізація за 3 дні до події могла дозволити провести дострокове розродження.

Кейс 3: Багатоплідна вагітність та комунікаційна помилка

Пацієнтка: 29 років, I вагітність, двійня, дихоріальна діамніотична. Термін: 35 тижнів.

Хронологія: 34 тижні – при плановому УЗД виявлено ЗВУР дру-

ного плода (затримка внутрішньоутробного росту), доплер – патологічний. Рекомендована госпіталізація. Пацієнтка отримує направлення, але через особисті обставини відкладає госпіталізацію. Лікар жіночої консультації телефонує до пологового, але інформація про критичний стан другого плода не передана черговому лікарю. Через 48 годин пацієнтка поступає зі скаргами на зникнення рухів одного плода. Підтверджена загибель другого плода, перший – живий, але в дистресі.

Критичні точки:

- відсутність чіткої передачі інформації між закладами;
- недостатня комунікація щодо терміновості госпіталізації.

Результат: один живий новонароджений із помірною асфіксією, один – мертвонароджений.

Висновок аудиту.

Причина – плацентарна недостатність другого плода.

Модифіковані фактори – комунікаційний збій між рівнями меддопомоги та відкладена госпіталізація.

Рекомендація – запровадження обов’язкового письмового супровідного листа з оцінкою терміновості.

Кейс 4: Відсутність обладнання на критичному етапі

Пацієнтка: 31 рік, III вагітність, без ускладнень.

Термін: 40 тижнів 5 днів.

Хронологія: початок пологів у районній лікарні. На етапі активної фази – патологічне КТГ, підозра на гостру гіпоксію.

Рішення: екстрене кесареве розтинення.

Операційна готова, але відсутній працюючий наркозний апарат (несправність виявлена перед анестезією).

Доставка апарата з іншого відділення – 40 хвилин.

Результат – мертвонародження.

Критичні точки:

- відсутність резервного обладнання;
- не перевірена готовність апаратури перед початком чергування.

Висновок аудиту.

Причина – гостра гіпоксія, зумовлена затримкою операції.

Модифікований фактор – технічна несправність без резерву.

Рекомендація – обов'язкова перевірка обладнання на початку зміни; резервний комплект апаратури.

Кейс 5: Симуляційний сценарій “Зникли рухи плода”

Ситуація: ви – черговий акушер у пологовому. Пацієнтка 26 років, 38 тижнів, скаржиться, що від ранку не відчуває рухів плода. Пульс матері – норма. Живіт розслаблений. УЗД апарат у лікарні один, зараз у іншому корпусі. Ваші дії?

Варіанти:

- А. Заспокоїти пацієнтку, сказати, що, можливо, плід спить, і чекати апарат.
- В. Викликати апарат і провести негайне УЗД з оцінкою серцебиття.
- С. Спробувати аускультати та стимуляцію рухів, але не чекати довше 15 хв без УЗД.

Правильна тактика: комбінація С + В: швидка оцінка за допомогою аускультатиї/стимуляції + негайне УЗД.

Урок: затримка навіть на 30–40 хв може призвести до фатального результату.

Кейс 6:

Симуляційний сценарій “Раптовий дистрес у пологах”

Ситуація: пологовий зал, II період пологів. КТГ: брадикардія 80–90 уд/хв, відсутня варіабельність. Акушерка кличе лікаря. Анестезіолог у операційній з іншою пацієнткою. Резервний набір для вакуум-екстракції – в сусідній залі. Ваші дії?

Варіанти:

А. Чекаати анестезіолога для екстреного кесаревого розтину.

В. Викликати другу бригаду для вакуум-екстракції, якщо голівка низько.

С. Продовжити пологи без втручань.

Правильна тактика. В: якщо голівка плода на тазовому дні, вакуум-екстракція може бути проведена за 5–7 хв, що врятує життя дитині.

Урок: кожна команда має бути готова діяти навіть без «ідеальних умов».

Кейс 7: Антенатальна загибель при обвитті пуповини

Пацієнтка: 24 роки, I вагітність, без факторів ризику. Термін: 40 тижнів.

Хронологія: за тиждень до події – нормальне КТГ, активні рухи. У день події – скарги на періодичну слабкість рухів. Призначено планове КТГ наступного дня. Наступного дня при КТГ – відсутність серцебиття. При пологах виявлено подвійне туге обвиття пуповиною навколо шиї.

Критичні точки:

- недооцінка скарг на зменшення рухів;
- відсутність негайної оцінки стану плода.

Висновок аудиту.

Причина – гостра гіпоксія через туге обвиття.

Модифікований фактор – відтерміноване КТГ при скаргах.

Рекомендація – будь-яке зменшення рухів – показання до термінового моніторингу.

Кейс 8: Відшарування плаценти в амбулаторних умовах

Пацієнтка: 32 роки, II вагітність, анамнез – кесарів розтин.

Термін: 35 тижнів.

Хронологія: візит до сімейного лікаря з болем у животі та легкою кровотечею. Лікар порадив «відпочити» та звернутися в разі посилення симптомів. Через 2 години стан різко погіршився: сильний біль, кровотеча, втрата свідомості.

Госпіталізація: відсутнє серцебиття плода, у матері геморагічний шок.

Критичні точки: відсутність негайного направлення при перших симптомах відшарування.

Висновок аудиту.

Причина – повне відшарування плаценти.

Модифікований фактор – неправильна оцінка тяжкості стану на первинній ланці.

Рекомендація – навчання сімейних лікарів критеріям невідкладного направлення.

Симуляційний сценарій: “Раптове падіння серцебиття під час пологів”

Ситуація: пологи, 39 тижнів, II період, серцебиття 140 уд./хв.
Раптово – падіння до 60 уд./хв.

Ваші дії?

А. Чекати відновлення самостійно протягом 5 хв.

В. Негайно оцінити положення голівки, готовність до екстреної інструментальної допомоги.

С. Викликати анестезіолога для кесаревого розтину.

Правильна тактика:

В + паралельний виклик операційної бригади.

Урок: при різкому падінні ЧСС плода кожна хвилина критична – від моменту дистресу до розродження має пройти ≤ 9 хв.

7.3. Етичні аспекти розборів

Вступ: чому етика у перинатальних розборах має значення

Перинатальний розбір – це не тільки медична, але й моральна подія для колективу. У ній переплітаються:

- професійна відповідальність,
- емоційна реакція на втрату,
- суспільне очікування прозорості,
- обов’язок зберегти гідність пацієнтки та її родини.

Без чіткої етичної рамки розбір ризикує перетворитися на пошук винних, що демотивує команду, або навпаки – на формальність, яка не приносить змін. «Етика розборів – це мистецтво обговорювати помилки так, щоб з них виростили рішення, а не стіни недовіри».

Принципи етичного проведення перинатального аудиту

- Конфіденційність.
- Імена пацієнтки та членів медичної команди не озвучуються у публічних обговореннях.
- Використовуються тільки службові позначення або ініціали.
- Неформалізм, але й не емоційність.
- Обговорення йде по суті, без особистих звинувачень.
- Фокус на системі, а не на персоналіях.
- Аналізуються процеси, а не люди.
- Відкрита участь усіх членів команди.
- Кожен, хто був залучений, має право висловитись без страху санкцій.
- Конструктивний фінал.
- Завершення розбору чітким планом змін.

Міжнародні підходи до етичного аудиту

Велика Британія (Confidential Enquiry): усі імена знеособлюються, звіти публікуються лише після погодження експертної ради.

Канада: розбори проводяться у форматі «morbidity and mortality rounds» з акцентом на колективне навчання, не на дисциплінарні заходи.

Швеція: кожний випадок обговорюється у присутності незалежного фасилітатора, який стежить за дотриманням етичних норм.

Етичні ризики при розборах

- Емоційний тиск на лікарів, особливо молодих.
- Стигматизація медпрацівників, які допустили помилку.
- Витік інформації до медіа або в соцмережі.
- Формування «захисної культури», коли лікарі приховують деталі через страх.

Стратегії збереження довіри

- Визначення правил розбору (регламент) перед початком.
- Наявність модератора, який зупиняє некоректні висловлювання.
- Запис лише тих фактів, які мають значення для аналізу.
- Можливість анонімного внесення пропозицій після розбору.

Етика у спілкуванні з родиною пацієнтки

- Важливість прозорості без надмірної медичної термінології.
- Повага до культурних і релігійних особливостей.

- Пояснення, що розбір проводиться для запобігання подібним випадкам.

Приклад фрази: «Ми хочемо, щоб з вашої історії народились зміни, які допоможуть іншим мамам і дітям».

Приклади етичних та неетичних формулювань під час розбору

Культура підтримки після важких випадків:

- Debriefing – коротка зустріч після події для емоційного розвантаження.
- Peer support – підтримка колег, які були безпосередньо залучені.
- Пропозиція консультації психолога без фіксації у кадрових документах.

Приклад етичного протоколу розбору

- Вступ модератора: нагадування про мету і правила.
- Короткий виклад випадку (знеособлено).
- Аналіз хронології.
- Визначення модифікованих факторів.
- Формування плану змін.
- Завершення з акцентом на цінності командної роботи.

Висновок

Етичний розбір – це інструмент не лише для покращення медицини, а й для зміцнення команди.

Коли лікарі відчують, що їх не карають, а підтримують, вони готові відкрито говорити про проблеми, і тоді система стає сильнішою.

8. Організація системи допомоги

8.1. Роль закладів I-III рівнів у системі перинатальної допомоги

Вступ:

чому поділ на рівні – не бюрократія, а основа безпеки

В Україні, як і у більшості країн із сучасною системою охорони здоров'я, пологові та перинатальні заклади поділяють на три рівні. Це не просто «табличка на дверях» – це розподіл відповідальності, ресурсів та компетенцій. Від чіткого розуміння своєї ролі кожним рівнем залежить не лише ефективність маршрутизації, а й безпека середньо життя матері та дитини. Коли перший рівень намагається діяти як третій, ми отримуємо втрату часу. Коли третій рівень змушений виконувати функції першого – ми втрачаємо ресурси, яких і так недостатньо.

Рівень I: первинна перинатальна допомога

Функції:

- Прийом фізіологічних пологів у жінок з низьким ризиком ускладнень.
- Антенатальний моніторинг у межах можливостей амбулаторії та акушерського пункту.
- Виявлення та своєчасне направлення пацієнток з ризиками до закладів вищого рівня.

Оснащення:

- Базовий набір для моніторингу стану матері та плода (КТГ, доплер, базові лабораторні дослідження).
- Обладнання для надання невідкладної допомоги матері та новонародженому до приїзду транспортної бригади.

Кадри:

- Лікар акушер-гінеколог або сімейний лікар з підготовкою з фізіологічних пологів.

- Акушерка, яка володіє навичками надання допомоги при ускладненнях до прибуття транспорту.

Приклад із практики: село у Черкаській області: завдяки системі онлайн-консультацій з обласним перинатальним центром у 2023 році 12 жінок з високим ризиком були вчасно перенаправлені, уникнувши невідкладних операцій у непридатних умовах.

Рівень II: проміжна ланка

Функції:

- Прийом пологів у жінок середнього ризику.
- Ведення передчасних пологів від 32 тижнів.
- Проведення операцій кесаревого розтину у плановому та екстреному порядку.
- Стабілізація стану новонароджених із помірними порушеннями та організація їх переведення у неонатальні відділення III рівня при потребі.

Оснащення:

- Повний набір для операційної та післяопераційного догляду.
- Неонатальна реанімація з можливістю інтенсивної терапії.
- Лабораторія, що працює цілодобово.

Кадри:

- Лікарі акушери-гінекологи з досвідом оперативних втручань.
- Неонатологи, анестезіологи, операційні медсестри.

Клінічний сценарій: пацієнтка 30 тижнів вагітності з передчасним розривом оболонок. На II рівні проведена стабілізація, антенатальні кортикостероїди, моніторинг, та за 12 годин організовано переведення у III рівень. Дитина народилась на 31-му тижні з масою 1,5 кг, зараз здорова.

Рівень III: спеціалізована та високоспеціалізована допомога

Функції:

- Ведення вагітностей та пологів з високим і надвисоким ризиком.

- Прийом передчасних пологів від 22–24 тижнів.
- Проведення складних акушерських операцій, у т.ч. при тяжких аномаліях плода або матері.
- Повний спектр неонатальної інтенсивної терапії.
- Консультаційна та методична підтримка закладів нижчих рівнів.

Оснащення:

- Високотехнологічне обладнання: апарати ШВЛ для недоношених, апарати високочастотної вентиляції, ЕСМО (де доступно), сучасні хірургічні комплекси.
- Система телемедицини для постійного зв'язку з іншими рівнями.

Кадри:

- Лікарі з найвищою кваліфікаційною категорією, фахівці вузького профілю (кардіохірурги, нейрохірурги, генетики, фетальні хірурги).
- Бригади для виїздів та транспортування критичних новонароджених.

Нормативне забезпечення

- Наказ МОЗ від 26.01.2022 №170 [1] – профілактика післяпологових кровотеч, визначення рівнів допомоги.
- Наказ МОЗ від 08.04.2015 №205 – алгоритми дій при акушерських кровотечах на різних рівнях.
- Наказ МОЗ від 06.02.2015 №51 [3] – порядок транспортування вагітних, роділь і породіль.
- Наказ МОЗ від 24.09.2022 №1730 [4] – стандарти при ектопічній вагітності, у т.ч. взаємодія рівнів.

Ідеальний ланцюг допомоги (сценарій)

- Виявлення ризику на I рівні – негайне повідомлення координатора маршрутизації.
- Переведення на II рівень у супроводі підготовленої бригади.
- Оцінка стану, стабілізація, визначення потреби у III рівні.
- Переведення у III рівень (за наявності показань) або ведення на II.
- Зворотний зв'язок: після виписки – повідомлення лікаря I рівня про результат.

Типові проблеми і рішення

Проблема: затримка переведення через відсутність транспорту.

Рішення: резервні угоди з приватними службами + міжрайонна координація.

Проблема: дублювання функцій рівнів.

Рішення: чіткі регіональні маршрутизаційні протоколи.

Проблема: нестача фахівців.

Рішення: ротація кадрів між рівнями + дистанційні консультації.

Регіональні моделі організації допомоги

Приклад 1 – Дніпропетровська область

Модель «центр–сателіт»:

III рівень – обласний перинатальний центр.

II рівні – 5 міжрайонних пологових будинків.

I рівні – амбулаторії та ФАПів у селах.

Транспортна логістика відпрацьована до хвилин: середній час переведення з I рівня до III рівня – 1 год 45 хв.

Результат: за 2023 рік зменшення перинатальної смертності на 18% у порівнянні з 2021 роком.

Приклад 2 – Закарпатська область

Модель «рівень II+»: районні лікарні з посиленням ресурсом, що можуть виконувати частину функцій III рівня у випадках, коли транспортна доступність до обласного центру перевищує 2 години.

Результат: за 2 роки – зниження кількості екстрених кесаревих розтинів під час транспортування на 40%.

Модель оснащення за рівнями Людський фактор і підготовка кадрів

Жодна система оснащення не спрацює без підготовлених людей.

I рівень: базові курси BLS (Basic Life Support), ведення фізіологічних пологів, раннє виявлення ускладнень.

II рівень: ACLS (Advanced Cardiac Life Support), ALARM (Managing Obstetric Emergencies), базові навички неонатальної реанімації.

III рівень: фетальна хірургія, складна неонатальна інтенсивна терапія, ЕСМО, симуляційне навчання.

Фінансова й управлінська складова

Фінансування за рахунок НСЗУ, місцевих бюджетів та грантів.

Досвід Львівської області: закупівля КТГ за кошти громади – у 2023 році 12 сіл отримали обладнання, що дозволило виявити 7 випадків фетальної гіпоксії на ранній стадії.

Важливість управлінського моніторингу: щомісячні звіти про маршрутизацію, час транспортування, кількість переведених випадків.

Сценарій “Ідеальний день системи”

09:15 – акушерка I рівня виявляє ознаки прееклампсії, консультується онлайн з III рівнем.

09:30 – виклик транспорту.

10:15 – пацієнтка в II рівні, розпочато стабілізацію.

13:00 – переведення у III рівень.

15:00 – кесарів розтин, народження дитини з масою 2,1 кг, стабільний стан.

Через 3 дні – виписка матері у задовільному стані.

Слабкі місця та резерви зростання

Слабке місце: затримка переведення через бюрократичні узгодження.

Резерв: попередні міжзакладні угоди з чіткими протоколами.

Слабке місце: перевантаженість III рівня «непрофільними» випадками.

Резерв: підсилення II рівнів та чіткі маршрути.

Висновок

Поділ на I–III рівні – це не ієрархія, а сітка безпеки. Кожен рівень має бути сильним у своїй зоні відповідальності, але при цьому готовим підтримати інший.

Коли ця система працює – ризик антенатальної загибелі плода зменшується не на відсотки, а в рази.

8.2. Маршрутизація пацієнтон

Вступ: чому маршрутизація рятує життя

Маршрутизація в перинатальній допомозі – це не просто “куди відвезти пацієнтку”, а система прогнозованого руху, де кожен крок прописаний і відпрацьований.

Мета – щоб жінка з конкретним ризиком потрапила у заклад, який має відповідний рівень ресурсів, у мінімально можливий час і без зайвих проміжних етапів.

У перинатальній медицині хвилини можуть коштувати життя. Правильний маршрут – це виграш часу, а час – це шанс.

Базові принципи маршрутизації

- Пріоритет безпеки пацієнтки та плода – вибір маршруту не залежить від зручності, а лише від медичних показань.
- Неперервність допомоги – передача інформації та супровід від відправної точки до приймаючого закладу.
- Мінімізація проміжних етапів – уникання переведень “через третіх”.
- Готовність усіх ланок – заклад-приймач має знати про пацієнтку ще до її прибуття.

Ключові ролі в системі маршрутизації

- Перинатальний координатор – центральна фігура, яка приймає рішення про переведення.
- Лікар, який виявив ускладнення – зобов’язаний ініціювати повідомлення без зволікань.
- Транспортна бригада – спеціально підготовлений персонал з можливістю надати допомогу під час транспортування.

- Приймаючий заклад – готовність операційної/відділення інтенсивної терапії до моменту прибуття пацієнтки.

Алгоритм маршрутизації

- Виявлення проблеми (клінічні показання, результати досліджень).
- Зв'язок з координатором.
- Пошук та бронювання місця у приймаючому закладі.
- Підготовка пацієнтки (стабілізація, введення медикаментів).
- Транспортування з медичним супроводом.
- Передача та короткий клінічний звіт приймаючій команді.

Цифрові інструменти

- Електронна карта пацієнтки – миттєвий доступ до анамнезу, результатів аналізів та обстежень.
- Телемедичні консультації – лікар I рівня може передати зображення КТГ у III рівень і отримати негайну рекомендацію.
- Системи GPS-моніторингу транспорту – контроль часу у дорозі.

Клінічний приклад: успішна маршрутизація

Пацієнтка на 32 тижні вагітності, передчасне відшарування плаценти.

09:40 – виявлення у II рівні, повідомлення координатора.

09:50 – виїзд транспорту.

10:25 – прибуття у III рівень, негайне кесарево розтин.

10:45 – народження дитини, маса 1,8 кг, потребувала короткої інтенсивної терапії.

Ключ до успіху: швидка комунікація та готовність приймаючого закладу.

Клінічний приклад: провал маршрутизації

Пацієнтка з підозрою на прееклампсію.

Відправлена до II рівня без повідомлення.

По дорозі стан погіршився, зупинка у невідповідному закладі, втрата часу 2 години.

Дитина народилась без ознак життя.

Висновок: відсутність прямого зв'язку між відправником і приймачем + порушення алгоритму.

Телемедицина та дистанційна підтримка

В умовах воєнних дій і віддалених територій телемедицина стала критичним інструментом.

Приклад з Херсонської області: дистанційна консультація з Києва допомогла визначити, що переведення небезпечне, і пацієнтці провели кесарів розтин на місці з підтримкою онлайн.

Маршрутизація у кризових умовах

- Військові дії: створення тимчасових перинатальних маршрутів.
- Стихійні лиха: евакуація вагітних до безпечних регіонів.
- Техногенні аварії: координація з службами цивільного захисту.

Типові помилки в маршрутизації та їх наслідки

1. Затримка у прийнятті рішення про переведення

Ситуація: лікар I рівня намагається “дотягнути” ведення випадку без консультації.

Наслідок: втрата критичного часу, підвищення ризику гіпоксії плода.

Рішення: обов'язкові 15-хвилинні “вікна” для ухвалення рішення згідно з протоколом.

2. Відсутність попереднього зв'язку з приймаючим закладом

Ситуація: пацієнтка приїжджає, операційна не готова.

Наслідок: відтермінування операції, погіршення прогнозу.

Рішення: дзвінок/електронне повідомлення перед виїздом – обов'язковий крок.

3. Непідготовленість транспорту

Ситуація: відсутність інкубатора для новонародженого у машині.

Наслідок: переохолодження, погіршення стану немовляти.

Рішення: стандарти оснащення карет швидкої допомоги для акушерських перевезень.

Фінансові та логістичні аспекти

Маршрутизація потребує інвестицій:

- транспорт – обладнання карет швидкої допомоги згідно з наказом МОЗ від 06.02.2015 №51 – порядок транспортування вагітних, роділь і породіль;
- зв'язок – стабільний інтернет у віддалених пунктах, захищені канали передачі медичних даних;
- підготовка кадрів – щорічні тренінги з алгоритмів маршрутизації;
- мотивація команд – доплати за нічні та екстрені виїзди.

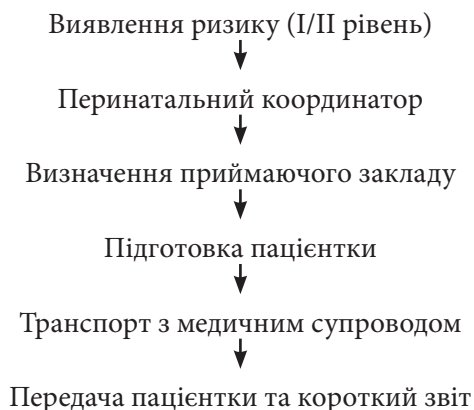
Приклад: у Полтавській області введення системи “перинатального чергування” з оплатою за готовність до виїзду скоротило середній час реагування на 22 %.

Міжрегіональна маршрутизація

У випадках, коли в межах області немає необхідного рівня допомоги, пацієнтку можуть перевести до сусіднього регіону.

Приклад: передчасні пологи на 24 тижні вагітності у Кіровоградській області – переведення до Київського перинатального центру з використанням повітряного транспорту.

Схема взаємодії (приклад)



Роль тренінгів та симуляцій

- Моделювання реальних сценаріїв перевезення.
- Робота у команді: від лікаря I рівня до операційної III рівня.
- Використання таймінгу: “золоті години” та “золоті хвилини” у маршрутизації.

У Харківському обласному перинатальному центрі щороку проводять навчання “Від дзвінка до операційної” – симуляція повного маршруту з акцентом на комунікацію та логістику.

Висновок. Ефективна маршрутизація – це сплав чітких алгоритмів, технічного забезпечення та людського фактору.

Там, де система працює без збоїв, смертність та ускладнення при пологах зменшуються в рази.

Це не лише логістика, а й культура взаємодії між медичними закладами.

8.3. Міжсекторальна взаємодія

Вступ: чому медицина не працює у вакуумі

Перинатальна допомога – це лише одна ланка у ланцюзі безпеки матері та дитини. Навіть найсучасніший перинатальний центр не зможе врятувати життя, якщо:

- дорога до нього заблокована,
- екстрена служба не виїхала,
- у родини немає соціальної підтримки,
- або якщо при екстреній евакуації в умовах обстрілу відсутній супровід ДСНС.

Тут вступає в дію міжсекторальна взаємодія – системна співпраця медицини з іншими службами, органами влади, громадськими та міжнародними організаціями.

Основні учасники міжсекторальної взаємодії

- Медичний сектор – заклади I–III рівнів, екстрена медична допомога, приватні клініки з ліцензією на акушерську допомогу.
- Служби екстреного реагування – ДСНС, Нацполіція, Нацгвардія (евакуація під час воєнних дій та стихійних лих).
- Соціальні служби – підтримка родин, допомога у післяпологовий період, опіка.

- Транспортні служби – комунальні, приватні, авіаційні (включаючи санітарну авіацію).
- Місцеві органи влади – забезпечення ресурсів, координація дій на території громади.
- Громадські та волонтерські організації – психологічна підтримка, гуманітарна допомога.
- Міжнародні партнери – ВООЗ, UNICEF, FIGO, Червоний Хрест.

Модель взаємодії: від стратегічного до тактичного рівня

Стратегічний рівень: укладання меморандумів, міжвідомчих угод, визначення каналів комунікації.

Операційний рівень: щоденна координація, обмін інформацією, планування маршрутів.

Тактичний рівень: конкретні дії у момент події (виїзд бригади, супровід, евакуація).

Приклад системної взаємодії

Львівська область, 2023 рік – під час масованих обстрілів працювала система «зелений коридор» для вагітних з високим ризиком:

- ДСНС та Нацполіція забезпечували безпечний проїзд.
 - Екстрена медична допомога доставляла пацієнток у перинатальний центр.
 - Волонтерські організації надавали психологічну підтримку.
- Результат: жодної втрати серед 28 евакуйованих пацієнток.

Кризові сценарії та готовність системи

- Військові дії – евакуація з гарячих точок, тимчасові пологові пункти у підземних укриттях.

- Стихійні лиха – повені, снігові замети, землетруси: створення мобільних акушерських бригад.
- Техногенні аварії – хімічні викиди, пожежі, аварії на транспорті: маршрути уникнення зон ураження.

Телемедицина як інструмент міжсекторальної взаємодії

- Онлайн-консультації для лікарів у зонах з обмеженим доступом до спеціалістів.
- Координація у реальному часі між медиками, ДСНС і транспортними службами.

Приклад: у Миколаївській області в 2023 р. під час відключень світла телемедичні консультації проводили через супутниковий інтернет.

Етичні аспекти міжсекторальної взаємодії

- Конфіденційність медичної інформації при роботі з поліцією чи волонтерами.
- Згода пацієнтки на переведення або евакуацію.
- Дотримання прав жінки навіть в умовах надзвичайних ситуацій.

Міжнародний досвід

Ізраїль: мобільні госпіталі для вагітних у зонах обстрілів.

Японія: пологові модулі на випадок землетрусу, інтегровані з місцевою системою оповіщення.

Норвегія: єдина цифрова платформа для медицини, соціальних служб і транспорту.

Пропозиції для України

- Створення єдиного національного перинатального координаційного центру.
- Введення посади координатора міжсекторальної взаємодії у кожному перинатальному центрі.
- Розробка єдиного цифрового кабінету пацієнтки з доступом для медицини, екстрених служб і соціальних працівників.

Висновок

- Міжсекторальна взаємодія – це не додатковий “пункт у протоколі”, а фундамент, на якому тримається вся система допомоги матері та дитині.
- Її сила – у швидкості реагування, чіткості координації та готовності різних служб працювати як єдина команда.

Покроковий алгоритм взаємодії під час кризової ситуації

Ситуація: евакуація вагітної з високим ризиком із зони бойових дій.

Отримання сигналу.

Джерело: родина, місцева влада, волонтери, медичний пункт.

Канал: телефон, месенджер, радіозв'язок.

Медична оцінка віддалено

Телемедична консультація з лікарем III рівня.

Прийняття рішення: евакуація негайно чи після стабілізації.

Планування маршруту.

ДСНС + Нацполіція визначають безпечний коридор.

Транспорт: санітарна карета або броньований мікроавтобус (якщо обстріл триває).

Медичний супровід.

Бригада: акушер-гінеколог + анестезіолог + акушерка.

Обладнання: мобільний інкубатор, портативний монітор, кисень.

Передача пацієнтки у заклад.

Приймальне відділення вже готове.

Операційна або родова зала приведена у повну готовність.

Модель “Єдине вікно” для координації

Ця модель передбачає створення єдиного контактного центру, який:

- приймає всі запити на перевезення вагітних і породіль;
- координує медичну, транспортну та соціальну складові;
- має доступ до онлайн-карти ресурсів (вільні ліжка, готовність операційних, наявність обладнання).

Приклад: у Київській області після впровадження такої моделі середній час координації скоротився з 42 до 15 хвилин.

Системи раннього оповіщення

Включають:

- автоматичні сповіщення лікарям і службам при надходженні пацієнтки у стані, що потребує переведення;
- інтеграцію з GPS-даними транспорту;
- SMS-сповіщення членам родини.

Міжнародний приклад: у Канаді система “PeriAlert” підключена до всіх лікарень і служб швидкої допомоги провінції.

Соціальний компонент взаємодії

- Організація тимчасового житла для родин, які втекли від війни чи стихійного лиха.

- Допомога з оформленням документів для новонароджених у разі народження поза місцем проживання.
- Психологічна підтримка матері та родини.

Приклад з Чернівецької області: у 2022 році понад 300 вагітних, евакуйованих зі сходу, отримали безкоштовне житло та соціальний супровід до та після пологів.

Співпраця з волонтерським сектором

Волонтери часто є першими, хто дізнається про вагітну у небезпечній зоні. Їхні дані можуть бути інтегровані у систему “єдиного вікна” з дотриманням конфіденційності.

Моделі співпраці: волонтер передає інформацію координатору, а далі медики та служби екстреної допомоги виконують транспортування.

Розширений кейс: евакуація під час повені

Місце: Івано-Франківська область, 2023 р. Пологовий будинок І рівня опинився відрізаним від траси через паводок. ДСНС за допомогою човнів перевезла вагітну з прееклампсією до карети швидкої. Через 2 години пацієнтка була в обласному перинатальному центрі. Дитина народилась здоровою.

Ключовий фактор: заздалегідь узгоджений сценарій дій між лікарнею, ДСНС і транспортними службами.

Міжнародний досвід, корисний для України

Швеція – мобільні бригади перинатальної допомоги на гелікоптерах з повним реанімаційним обладнанням.

США (штат Каліфорнія) – перинатальні регіональні центри з чітким поділом зон відповідальності.

Австралія – “flying doctors” для віддалених регіонів, інтегровані з місцевими лікарями та соціальними службами.

Алгоритм підготовки до надзвичайних ситуацій

- Оцінка ризиків регіону (військові, природні, техногенні).
- Призначення відповідальних за комунікацію у кожній службі.
- Щоквартальні тренування “від виклику до госпіталізації”.
- Постійне оновлення бази контактів усіх учасників системи.

Пропозиції для нормативного закріплення

- Включити вимоги до міжсекторальної взаємодії у Наказ МОЗ №170 та №51.
- Передбачити бюджетні програми для забезпечення спільних тренінгів медиків та служб екстреного реагування.
- Створити в кожній області кризовий план для перинатальної допомоги.

Висновки

Ефективна міжсекторальна взаємодія – це запас міцності системи охорони здоров’я.

У мирний час вона може здаватись надмірною, але в момент кризи саме вона визначає, чи зможе дитина народитися живою і чи залишиться жінка здоровою.

9. Юридичні та етичні аспекти

9.1. Інформована згода

Інформована згода у випадку антенатальної загибелі плода – не просто юридична вимога, а процес, що об'єднує клінічну чесність, психологічну підтримку та повагу до права пацієнтки на власні рішення. Це момент, де медичні знання стикаються з емоційною реальністю родини, і завдання лікаря – забезпечити, щоб пацієнтка не просто підписала документ, а й зрозуміла кожен пункт.

Нормативна база

- Конституція України – право на життя та охорону здоров'я.
- Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” (ст. 39) – визначає принципи інформованої згоди.
- Наказ МОЗ від 14.02.2012 року № 110 – порядок отримання інформованої згоди.
- Міжнародні документи: Конвенція про права людини і біомедицину (Ов'єдо, 1997), Декларація Гельсінкі.

Етапи отримання інформованої згоди

- Оцінка стану пацієнтки – чи здатна вона в момент повідомлення сприймати інформацію.
- Передача інформації доступною мовою – без перевантаження термінами.
- Обговорення варіантів дій – вичерпно, без приховування можливих ризиків.
- Відповіді на запитання – стільки часу, скільки потрібно.
- Добровільне прийняття рішення – без тиску.
- Документування – підпис, дата, прізвище, копія для пацієнтки.

Зміст інформованої згоди при антенатальній загибелі

- Підтвердження отримання повної інформації про стан.
- Варіанти ведення: очікувальна тактика, стимуляція пологів, кесарів розтин (за показаннями).
- Можливі ускладнення для здоров'я матері.
- Інформація про право на психологічну підтримку.
- Право відмови від певних процедур (з обов'язковим попередженням про ризики).

Психологічний аспект

У момент горя пацієнтка може перебувати у стані шоку, і тут важливо:

- давати інформацію поетапно;
- використовувати короткі, чіткі фрази;
- повторювати ключові моменти.

Приклад діалогу

Лікар: “Ми підтвердили, що серцебиття дитини немає. Це називається антенатальна загибель. Ви маєте кілька варіантів – ми можемо розпочати стимуляцію пологів або провести операцію, якщо є медичні показання. Я поясню, що означає кожен варіант.”

Типові помилки

- Поспішне підписання без роз'яснення.
- Використання виключно медичної термінології.
- Неповний опис ризиків.

Міжнародний досвід

Велика Британія: обов'язкове надання письмового буклету.

Канада: чек-лист для лікаря – позначка після кожного роз'ясненого пункту.

Австралія: присутність медсестри чи акушерки як свідка процесу.

Пропозиції для України

- Уніфікована форма інформованої згоди при антенатальній загибелі.
- Обов'язковий компонент – інформація про психологічну підтримку.
- Відеофіксація процесу (за згодою пацієнтки).

Інформована згода — практичні сценарії

Сценарій 1. Пацієнтка в шоковому стані.

Ситуація: 27-річна жінка, 37 тижнів вагітності, підтверджена антенатальна загибель плода.

Діалог:

Лікар: “Ми провели повторне УЗД. На жаль, серцебиття дитини немає. Це означає, що дитина померла ще до початку пологів. Ви маєте право знати всі варіанти, які зараз можливі.”

Пацієнтка: “Я... не можу зараз слухати...”

Лікар: “Я розумію. Ми можемо зробити перерву на 15–20 хвилин, щоб ви були готові продовжити розмову. Коли будете готові, я поясню все крок за кроком.”

Аналіз:

- Лікар не форсує підписання документів.
- Дає пацієнтці час для первинної емоційної реакції.
- Повертається до розмови з чітким планом.

Сценарій 2. Мова, зрозуміла пацієнтці.

Ситуація: Пацієнтка погано розуміє українську.

Рішення: Лікар залучає перекладача (медсестру, яка володіє рідною мовою пацієнтки) та пояснює умови інформованої згоди, уникаючи медичного жаргону.

Фраза замість “індукція пологів”: “Ми можемо стимулювати ваш організм, щоб пологи почалися швидше.”

9.2. Медико-правова відповідальність

Коли йдеться про антенатальну загибель плода, юридичні питання завжди тісно переплетені з емоційною складовою. Родина втрачає дитину, і природно, що виникає бажання зрозуміти – чи можна було уникнути трагедії.

Для лікаря це означає не тільки професійний самоаналіз, але й готовність до правової оцінки своїх дій.

Види відповідальності в Україні

- Цивільно-правова – відшкодування шкоди, моральної компенсації (Цивільний кодекс України, ст. 1166–1168).
- Адміністративна – порушення вимог законодавства у сфері охорони здоров'я (Кодекс про адміністративні правопорушення).
- Кримінальна – у випадках, коли є ознаки неналежного виконання професійних обов'язків, що призвело до тяжких наслідків (ст. 140 Кримінального кодексу України).
- Дисциплінарна – порушення посадових інструкцій, наказів, стандартів.

Межа між ускладненням і лікарською помилкою

Медичне ускладнення – навіть за ідеального ведення можуть виникнути непередбачувані події (наприклад, гостра плацентарна недостатність без попередніх ознак).

Лікарська помилка – відхилення від протоколу, неналежна оцінка стану, зволікання з прийняттям рішення.

Роль перинатального аудиту

Аудит дозволяє встановити, чи дії медперсоналу відповідали клінічним протоколам.

Приклад: у 2023 році в одній з областей України перинатальний аудит показав, що в 70% випадків антенатальної загибелі не було порушення стандартів, а у 30% – мали місце діагностичні помилки.

Судова практика

Кейс 1: лікар не призначив контрольне УЗД при підозрі на затримку росту плода. Суд визнав це неналежним виконанням обов’язків.

Кейс 2: пацієнтка відмовилася від госпіталізації, підписала відмову. Плід загинув через відшарування плаценти. Лікар звільнений від відповідальності.

Превентивні заходи для медиків

- Документування кожного клінічного рішення.
- Використання чек-листів при госпіталізації та виписці.
- Регулярне навчання з медичного права.
- Участь у перинатальних нарадах і розборах.

Міжнародний досвід

США: страхування професійної відповідальності (malpractice insurance) є обов’язковим.

Велика Британія: лікарі можуть отримати безкоштовну правову допомогу від медичних асоціацій.

Німеччина: регулярні правові тренінги у медичних закладах.

Етична дилема

Лікар може діяти відповідно до протоколу, але родина все одно відчуває недовіру. У такому випадку роль відкритої комунікації не менша, ніж роль юридичних процедур.

Пропозиції для України

- Введення обов'язкових правових модулів у післядипломну освіту лікарів.
- Розробка алгоритму взаємодії лікаря з правоохоронними органами при розслідуванні випадків загибелі плода.
- Створення регіональних центрів медико-правової підтримки.

Медико-правова відповідальність – приклади ситуацій

Сценарій 3. Документування рятує від кримінальної відповідальності

Ситуація: У 35 тижнів у пацієнтки виникла підозра на затримку росту плода. Лікар призначив контрольне УЗД через 3 дні, але плід загинув на другий день. Родина подала в суд.

Вирішення: У медичній карті було чітко задокументовано:

- клінічні ознаки;
- обґрунтування відтермінування УЗД (відсутність гострих показань);
- письмову згоду пацієнтки на план дій.

Суд визнав відсутність провини лікаря.

Сценарій 4. Лікарська помилка через комунікаційний збій

Ситуація: Лікар у нічну зміну не передав інформацію про патологічні результати КТГ денній зміні.

Наслідок: Зволікання з прийняттям рішення, антенатальна загибель.

Висновок аудиту: Порушення протоколу передачі зміни.

9.3. Повідомлення про антенатальну загибель

Процес повідомлення має дві площини: медичну (передача інформації у відповідні реєстри, статистику) та людську (повідомлення родині). І якщо перша регламентована, то друга вимагає глибоких комунікативних і етичних навичок.

Нормативна база

- Наказ МОЗ від 14.02.2012 № 545 – порядок заповнення медичних форм та статистичної звітності.
- Форма 106/о – медичне свідоцтво про перинатальну смерть.
- Вимоги ВООЗ – стандартизована реєстрація антенатальних випадків для міжнародної статистики.

Хто зобов'язаний повідомляти

- Лікар, який встановив діагноз, – родині та медичному керівництву.
- Заклад охорони здоров'я – до органів статистики.
- У випадку кримінальної підозри – правоохоронним органам.

Етапи повідомлення родині

- Вибір місця – тихе, приватне, без сторонніх.
- Використання чітких і прямих формулювань (“Серцебиття немає...”).
- Надання часу на реакцію.
- Пропозиція психологічної допомоги.
- Письмова інформація про подальші кроки.

Етичні рекомендації

- Не використовувати медичний жаргон.
- Не починати з фрази “Мені шкода, але...”, щоб уникнути психологічного блокування сприйняття.
- Підтримувати паузи, не поспішати.

Міжнародний досвід

США: “breaking bad news” тренінги для акушерів-гінекологів.

Велика Британія: присутність спеціально підготовленої акушерки при повідомленні.

Японія: правило “трьох візитів” – інформація про втрату, підтвердження діагнозу, обговорення подальших дій.

Повідомлення у кризових умовах

Під час війни або стихійних лих часто неможливо провести розмову очно. Використовують:

- зашифрований відеозв’язок;
- телефон із попередньою підготовкою родини соціальним працівником.

Пропозиції для України

- Розробка національного стандарту повідомлення про перинатальну втрату.
- Обов’язкові тренінги для медпрацівників з комунікації у кризових ситуаціях.
- Інтеграція психолога у кожний перинатальний центр.

Повідомлення про антенатальну загибель — діалоги та кейси

Сценарій 5. Повідомлення родині

Ситуація: Чоловік пацієнтки чекає під кабінетом.

Діалог.

Лікар: “Я хотів би, щоб ми зараз поговорили удвох у спокійному місці. Ми зробили всі обстеження, і, на жаль, серце вашої дитини зупинилося ще до початку пологів.”

Чоловік: “Це через лікарів?”

Лікар: “Ми розуміємо, що ви шукаєте причину. Ми проведемо всі необхідні дослідження та надамо вам повний звіт. Але зараз важливо підтримати вашу дружину і визначити, як діяти далі, щоб зберегти її здоров’я.”

Сценарій 6. Повідомлення в умовах війни

Ситуація: Пацієнтка в евакуаційному центрі, лікар у перинатальному центрі іншого міста.

Діалог по відеозв’язку:

Лікар: “Ми отримали результати обстеження. Я маю для вас важку новину – серцебиття дитини немає. Це означає, що дитина померла до пологів. Ми зможемо провести вам безпечні пологи тут, у центрі. Ми організуємо транспорт, щоб ви дісталися сюди якомога швидше.”

Ключовий момент: Лікар одразу пропонує конкретний план дій, щоб пацієнтка відчувала, що ситуація під контролем.

Резюме практичного блоку

Реальні сценарії допомагають лікарям уявити ситуацію до того, як вона станеться.

Діалоги, адаптовані до конкретних обставин, зменшують ризик конфлікту та правових претензій.

Наявність готових фраз і покрокових дій – інструмент емоційного захисту і для лікаря, і для родини.

Додаток до Розділу 9. Настільний посібник для лікаря

А. Чек-лист отримання інформованої згоди при антенатальній загибелі плода

Оцінити стан пацієнтки (емоційний та фізичний) перед початком розмови.

Забезпечити приватність (відсутність сторонніх, тиха обстановка).

Пояснити діагноз простою мовою (без перевантаження термінами).

Озвучити всі варіанти ведення (очікування, стимуляція, кесарів розтин).

Вказати ризики та ускладнення кожного варіанту.

Дати час на запитання та уточнення.

Переконатися у розумінні (пацієнтка повторює суть своїми словами).

Підписати та задокументувати згоду (дата, підписи, копія пацієнтці).

В. Ключові фрази для спілкування з пацієнткою та родиною

“Серцебиття дитини ми, на жаль, не фіксуємо. Це означає, що дитина померла до пологів.”

“Ви маєте кілька варіантів подальших дій, я поясню кожен із них детально.”

“Я залишуся поруч і відповім на всі ваші запитання.”

“Ми можемо зробити перерву у розмові, якщо ви зараз не готові слухати.”

“Ваше рішення буде повністю добровільним, без жодного тиску.”

С. Алгоритм повідомлення про антенатальну загибель

Крок 1: Підготувати приміщення (окрема кімната, без перешкод).

Крок 2: Викласти факт простою мовою.

Крок 3: Пауза для реакції пацієнтки.

Крок 4: Відповісти на перші запитання.

Крок 5: Озвучити план подальших дій.

Крок 6: Запропонувати психологічну підтримку.

Крок 7: Задokumentувати розмову.

Д. Юридична безпека для лікаря

- Документувати всі рішення та пояснення.
- Використовувати уніфіковані форми інформованої згоди.
- Запрошувати свідка (акушерку, медсестру) під час складних розмов.
- Зберігати копії всіх документів у медичній карті.
- Дотримуватись протоколів МОЗ (№170, №205, №51, №1730).

Е. Швидка пам'ятка для кризових випадків

- Діагноз підтверджено – зафіксувати в карті.
- Повідомити родину – чітко, емпатично, без технічного жаргону.
- Пропонувати варіанти дій – медично обґрунтовані, без нав'язування.
- Інформована згода – усне пояснення + письмова форма.
- Психолог – запросити одразу після повідомлення.
- Післяпологовий супровід – план наступних візитів, контакти підтримки.

Е. Міжнародні практики, що варто інтегрувати

Велика Британія: інформаційний буклет для кожної родини після втрати.

Канада: чек-листи для лікаря з відмітками після кожного пункту.

Австралія: присутність психолога або спеціально підготовленої акушерки під час повідомлення.

Г. Міні-сценарії для лікаря

1. Коли пацієнтка в сльозах і не чує інформації:

“Я бачу, що зараз вам дуже важко. Давайте зробимо паузу і повернемося до розмови, коли ви будете готові.”

2. Коли родина звинувачує лікарів:

“Ми розуміємо ваші почуття. Ми готові провести всі дослідження, щоб з'ясувати, чому це сталося. Зараз важливо зосередитись на збереженні здоров'я матері.”

3. Коли ситуація кризова (війна, стихійне лихо):

“Ми організуємо перевезення та безпечні пологи. Ви не залишитесь без допомоги.”

Розділ 10. Перспективи, виклики і висновки

10.1. Що відомо

Сучасне розуміння причин антенатальної загибелі плода

На сьогодні ми маємо достатньо доказів, щоб стверджувати: антенатальна загибель плода (АЗП) – це багатофакторне явище, в якому біологічні, соціальні та організаційні чинники тісно переплітаються. Відомі найбільш поширені етіологічні групи:

- плацентарна недостатність;
- внутрішньоутробні інфекції;
- гіпертензивні розлади вагітності;
- аномалії плода;
- акушерські кровотечі;
- системні захворювання матері.

Роль сучасної діагностики

Ми знаємо, що використання КТГ, біофізичного профілю плода, доплерометрії та біохімічних маркерів суттєво підвищує шанси вчасно виявити загрозу.

Але навіть найсучасніші технології не завжди здатні передбачити раптові катастрофічні події – наприклад, гостре відшарування плаценти.

Відомі ефективні профілактичні стратегії:

- Прегравідарна підготовка для корекції хронічних захворювань.
- Ранній скринінг гестаційних ускладнень.
- Інтенсивне спостереження вагітних групи високого ризику.
- Чітка маршрутизація пацієнток до закладів III рівня.

Роль організації системи

Ми маємо підтверджені дані, що впровадження перинатальних центрів, перинатальних аудитів і системи маршрутизації значно знижує частоту АЗП у регіонах, де вони реально працюють.

Приклад – зниження показника на 27% в області після запровадження обов’язкових міжрівневих консультацій.

Що вже зроблено в Україні

- Прийнято і оновлюються накази МОЗ (№170, №205, №51, №1730).
- Впроваджено систему перинатального аудиту.
- Розпочато регіональні програми скринінгу.
- Поступове осучаснення транспорту та обладнання.

10.2. Що залишається невідомим

Біологічні “сліпі зони”

Попри розвиток медицини, існує чимало випадків антенатальної загибелі плода (АЗП), де причина залишається невстановленою навіть після повного клінічного та патологоанатомічного обстеження.

За даними міжнародних реєстрів, частка таких випадків коливається від 25% до 40%.

Основні напрями, де знань бракує:

- Молекулярна патологія плаценти – ми ще не маємо достатньо маркерів, які можна виявити *in vivo* до розвитку критичного стану.
- Імунологічні механізми – особливо щодо мікроваскулітів та аутоімунних реакцій.

- Генетичні мутації – не всі дефекти можуть бути виявлені стандартними панелями пренатальної діагностики.

Невидимий вплив соціальних чинників

Ми недостатньо розуміємо, як саме комбінація економічних труднощів, обмеженого доступу до транспорту, культурних бар'єрів, впливає на своєчасність звернення по допомогу та виявлення ускладнень.

Є дані, що у віддалених сільських районах затримка в отриманні допомоги може бути до 72 годин з моменту появи перших симптомів – і це критично.

Клінічні прогалини

- Немає єдиних алгоритмів ведення випадків “непоясненої” загибелі плода.
- Невизначеність щодо тривалості очікувальної тактики при діагностованій АЗП у пізні терміни.
- Обмеженість рекомендацій щодо тактики у жінок з повторними втратами при відсутності чіткої причини.

Психологічний вимір

Ми мало знаємо про:

- довгостроковий вплив втрати дитини на подальше репродуктивне здоров'я жінки;
- зв'язок між якістю комунікації в момент повідомлення та подальшими психологічними наслідками;
- ефективність різних моделей підтримки (індивідуальна, групова, онлайн-платформи).

Організаційні “білі плями”

- Нерівномірний рівень оснащення між регіонами.
- Відсутність єдиної електронної бази перинатальних втрат для аналізу в реальному часі.
- Обмежена інтеграція між системами охорони здоров'я та соціального захисту.

Міжнародні невизначеності

Навіть у країнах із розвиненими системами охорони здоров'я:

- не існує “золотого стандарту” комплексної профілактики АЗП;
- немає 100 % точного прогнозування ризику;
- відсутні уніфіковані вимоги до патологоанатомічного дослідження у випадках перинатальної смерті.

10.3. Шляхи вдосконалення системи

Стратегічне бачення

Мета – знизити рівень антенатальної загибелі плода (АЗП) в Україні до показників $< 4\%$ до 2035 року, з урахуванням сучасних доказових практик, рівного доступу до допомоги та емоційно безпечної взаємодії з пацієнткою.

Клінічні кроки. Впровадження національних алгоритмів “червоних прапорців”. Стандартизовані критерії ризику, що зобов'язують негайно переводити вагітну до III рівня.

Приклад: падіння біофізичного профілю < 6 балів – автоматичне направлення.

Розширення антенатального моніторингу. Додати щотижневу доплерометрію для групи високого ризику.

Використання портативних КТГ в амбулаторних умовах.

Уніфікація підходів при невстановленій причині АЗП. Єдиний протокол розслідування “непоясненої” загибелі (УЗД, гістологія плаценти, токсикологія, генетичний аналіз).

Організаційні рішення:

- єдиний електронний реєстр перинатальних втрат;
- доступ для перинатальних центрів, МОЗ та регіональних управлінь;
- аналіз даних у реальному часі для корекції протоколів.

Покращення маршрутизації:

- Автоматизовані сповіщення про критичні випадки між рівнями.
- Стандартизовані “вікна часу” від виявлення ризику до госпіталізації.

Рівність доступу. Цільове фінансування віддалених регіонів на транспорт, мобільні бригади, телемедицину.

Психологічна та соціальна підтримка:

- Інтеграція психолога в команду кожного пологового відділення.
- Післяпологові групи підтримки для жінок, що пережили втрату.
- Платформи онлайн-консультацій (особливо для сільських та прифронтових зон).

Освіта та тренінги. Щорічні обов’язкові курси для акушерів-гінекологів з теми АЗП, включаючи симуляційні тренінги з кризової комунікації. Включення модулів з перинатальної психології у програми інтернатури. Обмін досвідом із клініками ЄС, США, Канади.

Міжсекторальна взаємодія. Співпраця між МОЗ, Мінсоцполітики, МВС (у випадках, коли необхідне розслідування). Партнерство з НУО, що працюють із батьками, які пережили втрату. Інформаційні кампанії щодо важливості антенатального моніторингу.

Міжнародні орієнтири:

Велика Британія: програма Saving Babies' Lives Care Bundle.

Канада: інтегровані клініко-адміністративні перинатальні бази даних.

Австралія: обов'язкове залучення психолога під час кожного випадку перинатальної втрати.

Ключові показники ефективності (KPI)

- Зниження рівня АЗП на 15% за 5 років.
- 100% випадків розслідувані з оформленням звіту перинатального аудиту.
- 90% вагітних групи високого ризику проходять щотижневий моніторинг.
- 100% регіонів підключені до електронного реєстру.

Заключне бачення

Система, яка вчасно виявляє ризики, швидко реагує, підтримує жінку емоційно та юридично, і при цьому постійно навчається на власному досвіді – це не утопія, а досяжна мета.

Ключ – у синергії клініки, організації та людяності.

Висновки

Аntenатальна загибель плода – це не лише статистичний показник і не лише медичний діагноз. Це людська трагедія, яка залишає слід у серці жінки, сім'ї, медичної команди і навіть системи охорони здоров'я в цілому.

Протягом сторінок цієї монографії ми крок за кроком розглядали, що відомо про причини АЗП, як їх можна передбачити, попередити і розпізнати вчасно. Ми заглиблювалися у світ клінічної діагностики, психологічної підтримки, юридичних нюансів і системної організації допомоги. Але за кожним фактом і кожним алгоритмом завжди стояла головна ідея – зберегти життя там, де це можливо, і підтримати там, де медицина безсила.

Медична перспектива

Сучасна наука дала нам інструменти для зниження рівня АЗП: від доплерометрії і біохімічних маркерів до перинатальних центрів і системи маршрутизації. Ми навчилися працювати з групами ризику, впроваджувати протоколи, аналізувати власні помилки через перинатальний аудит. Але ми й досі стикаємося з випадками, де причина лишається невідомою, а час – головним ворогом.

Системна перспектива

Ми побачили, що ефективна боротьба з АЗП – це не лише питання лікаря і пацієнтки. Це питання організації роботи всієї системи: від чіткого розподілу ролей між закладами I–III рівнів до створення єдиного електронного реєстру втрат. Це питання фінансування, транспортної доступності, рівності між містом і селом. І це питання готовності держави визнати проблему і діяти комплексно.

Людська перспектива

Жінка, яка почула слова “серцебиття немає”, не повинна залишатися наодинці з горем. Тут потрібні слова підтримки, чуйність і простір для емоцій. Потрібно вміти бути поруч – іноді мовчки, іноді діючи швидко, іноді просто тримаючи за руку. І так само важливо – не забувати про емоційне здоров’я медичного працівника, який переживає кожну втрату.

Наше завдання

Ми повинні навчитися бачити АЗП не лише як кінцевий результат медичних процесів, а як сигнал – до вдосконалення, до співпраці, до емпатії. Кожен випадок – це історія, яку можна було змінити або з якої можна винести урок. І що більше ми будемо готові до таких ситуацій – клінічно, організаційно та емоційно – то менше буде цих трагічних історій у майбутньому.

Ця монографія – не крапка, а кома.

Вона підсумовує те, що ми знаємо, і відкриває шлях до того, що ще потрібно дослідити, змінити й запровадити. Її цінність не лише у викладених фактах, а у прагненні сформувати нову культуру роботи з темою, де наука і людяність йдуть поруч.

Наш обов’язок – зробити так, щоб кожна майбутня мама в Україні і світі мала шанс почути перший крик своєї дитини.

Постскрипtum. Звернення до колег

Дорогі колеги,

ця монографія народилася не за столом кабінету, а в пологових залах, ординаторських, на засіданнях клінічних нарад і під час нічних викликів. Вона писалася з думкою про тих жінок, яких ми зустріли на найтяжчому етапі їхнього життя, і про тих дітей, чий голосів ми не почули.

Антенатальна загибель плода – це не лише про медицину. Це про готовність бути поруч, коли не можеш змінити результат. Це про чесність із собою і командою, коли аналізуєш випадки. Це про сміливість змінювати підходи, навіть якщо “так робили завжди”.

Ми, лікарі, часто звикли мислити показниками: зниження на відсоток, зменшення на кілька проміле. Але за кожною цифрою – конкретна історія, обличчя, родина. І наше завдання – пам’ятати про них, коли ми працюємо з протоколами, цифрами і статистикою.

Закликаю кожного з вас:

- впроваджувати нове, навіть якщо це незручно;
- навчати молодших колег, навіть якщо на це немає часу;
- захищати своїх пацієнтів, навіть якщо це складно;
- берегти себе, бо виснажений лікар не зможе підтримати інших.

Ми не можемо змінити всі обставини, але можемо змінити спосіб, у який ми зустрічаємо жінку з цією втратою. І це – вже величезний крок.

Нехай ця монографія стане не лише джерелом знань, а й нагадуванням: у кожному рішенні, у кожному слові, у кожній дії – ми маємо залишатися людьми.

Список використаних джерел (за ДСТУ 8302:2015):

1. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 26.01.2022 № 170 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при фізіологічних пологах».
2. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 24.03.2014 № 205 «Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України...» (клінічний протокол «Акушерські кровотечі»).
3. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 06.02.2015 № 51 «Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні».
4. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 24.09.2022 № 1730 «Про затвердження стандартів медичної допомоги при ектопічній вагітності».
5. World Health Organization. Stillbirth: policy and programme considerations [5] for ending preventable stillbirth. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-006112-3.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 55 [6]: Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. London: RCOG; [без дати, з оновленнями].
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Care Consensus No. 10 [7]: Management of Stillbirth. Obstet Gynecol. 2020;135(3):e110-e132.
8. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 29.03.2006 № 179 «Про затвердження Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених».
9. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 03.11.2008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 03.08.2006 № 545 “Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті”».
10. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».
11. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ від 08.08.2006 № 545 «Про впорядкування ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження і смерті».
12. WHO, UNICEF, IGME. Never Forgotten [12]: The situation of stillbirth around the globe (2000–2021). New York: UNICEF; 2023.