

ГОВСЄЄВ Д.О., ГІНЗБУРГ В.Г

ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ:

КЛІНІЧНІ ПІДХОДИ, ВИКЛИКИ ТА ГУМАНІТАРНИЙ ВИМІР

Київ
Книга-плюс
2025

Говсєєв Д.О., Гінзбург В.Г. Вагітність і пологи в умовах війни: клінічні підходи, виклики та гуманітарний вимір. – К.: Книга-плюс, 2025. – 208 с.

Автори:

Говсєєв Дмитро Олександрович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, директор КНП «Перинатальний центр м. Києва»;

Гінзбург Валентина Григорівна, доктор медичних наук, професор.

Рецензенти:

Сергій Дубров – доктор медичних наук, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ імені О.О. Богомольця, директор КНП «Київська міська клінічна лікарня № 12»;

Сергій Король – начальник кафедри військової хірургії ФППК Української військово-медичної академії, доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, лауреат Національної премії імені Бориса Патона, полковник медичної служби.

Підп. до друку 10.11.2025. Формат 60х84/16.

Папір офсет. Гарн. Newton C. Друк офсет. Наклад 50.

Видавництво «Книга–плюс»

03057, Київ, пр. Берестейський, 34.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців

і розповсюджувачів видавничої продукції

серія ДК № 4904 від 20.05.2015 р.

тел: (067) 403 55 05

Зміст

РОЗДІЛ 1. ВСТУП У ТЕМУ: ВІЙНА, ЖІНКА, НОВЕ ЖИТТЯ.....	6
1.1. Чому ця тема важлива саме зараз?	6
1.2. Вагітність у кризових ситуаціях: історичні паралелі	7
1.3. Цілі, завдання та філософія монографії	8
1.4. Методи дослідження та джерела	9
РОЗДІЛ 2. АНАТОМІЯ РИЗИКУ: ВІЙНА ЯК ФАКТОР НЕБЕЗПЕКИ ДЛЯ ВАГІТНОЇ, З ДЕТАЛЬНИМ ПІДПУНКТОМ	13
2.1. Біопсихосоціальна вразливість вагітної під час війни	13
2.2. Загальні ризики: нестача ресурсів, стрес, переміщення.....	16
2.3. Акушерські ризики: прееклампсія, передчасні пологи, фетоплацентарна недостатність.....	21
2.4. Хронічна тривога, ПТСР і депресія як фактор ускладнень	26
2.5. Ризики для плода: ВЗРП, антенатальна загибель, гіпоксія.....	30
2.6. Гендерне насильство на фоні конфлікту: медичні наслідки	35
РОЗДІЛ 3. АНТЕНАТАЛЬНИЙ ДОГЛЯД В УМОВАХ ВІЙНИ.....	40
3.1. Порушення маршрутизації вагітних: приклади з України	40
3.2. Доступність скринінгів, УЗД, лабораторій – аналіз за регіоналами	44
3.3. Вагітність у ВПО: реєстрація, ведення, супровід	46
3.4. Профілактика ускладнень у нестабільному середовищі	50
3.5. Психоемоційна підтримка на антенатальному етапі.....	53
3.6. Алгоритми дій у разі повітряної тривоги, евакуації, обстрілу	56
3.7. Приклади успішного досвіду: клініки, мобільні бригади, NGO	60
РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ ПОЛОГІВ В УМОВАХ ВІЙНИ	65
4.1. Пологові будинки під обстрілами: реальні кейси.....	65
4.2. Пологи в укриттях, евакуаційних поїздах, автошпиталах	68
4.3. Технічне забезпечення та імпровізація в польових умовах	72

4.4. Акушерські алгоритми в екстремальних умовах (таблиці, чек-листи).....	75
4.5. Знеболення в умовах обмеженого доступу до медикаментів.....	78
4.6. Досвід лікарів: щоденники, свідчення, приклади емпатії.....	82
4.7. Пологи у жінок із бойовою травмою, опіками, інвалідністю	84

РОЗДІЛ 5. НЕОНАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ

БОЙОВИХ ДІЙ	90
5.1. Передчасно народжені діти: ризики, транспорт, підтримка.....	90
5.2. Гіпотермія, гіпоглікемія, асфіксія – тактика дій.....	93
5.3. Вакцинація в умовах нестабільного доступу до медичних послуг.....	97
5.4. Мобільні неонатальні пункти, портативні кювети	100
5.5. Грудне вигодовування в умовах стресу, переїзду, втрати дому	103
5.6. Взаємодія з батьками в кризі: емпатія, підтримка, освіта	107

РОЗДІЛ 6. МЕДИЧНІ КОМАНДИ ВІЙНИ: НОВІ ВИКЛИКИ

АКУШЕРСТВА	112
6.1. Підготовка медичних працівників до роботи в умовах війни..	112
6.2. Робота акушерських бригад у “червоних” зонах.....	115
6.3. Етика надання допомоги під обстрілами: вибір, межі, страх....	118
6.4. Боротьба з вигоранням у медиків: приклади з регіонів.....	121
6.5. Співпраця з військовими, поліцією, міжнародними організаціями	124

РОЗДІЛ 7. ЮРИДИЧНІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ.....

7.1. Інформована згода в умовах надзвичайної ситуації	130
7.2. Документування медичної допомоги під обстрілами	133
7.3. Медико-правова відповідальність лікаря в умовах бойових дій.....	136
7.4. Пологи без належної документації: як фіксувати.....	139
7.5. Права вагітної в умовах евакуації, окупації, переміщення.....	142
7.6. Захист персональних даних вагітних у військовий час	145

РОЗДІЛ 8. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД: СИРІЯ, ПАЛЕСТИНА, АФРИКА, УКРАЇНА	150
8.1. Досвід воєнних конфліктів: що показали дослідження	150
8.2. Практики UNFPA, WHO, Médecins Sans Frontières у зонах бойових дій	153
8.3. Порівняльний аналіз із ситуацією в Україні (2022-2025)	156
8.4. Приклади адаптивних систем у гуманітарних місіях	158
8.5. Переносимість моделей в український контекст	161
РОЗДІЛ 9. ПРОПОЗИЦІЇ, СТАНДАРТИ, ПЕРСПЕКТИВИ	166
9.1. Стандарти мобільної акушерської допомоги	166
9.2. Запасні сценарії дій у разі руйнування пологового	169
9.3. Пропозиції до маршрутів вагітних у зонах ризику	172
9.4. Використання телемедицини для супроводу вагітних у ВПО	174
9.5. Прогнозування майбутніх потреб системи охорони материнства	176
РОЗДІЛ 10. ЗАКЛЮЧЕННЯ: ВІЙНА, ЖИТТЯ, НАДІЯ	182
10.1. Символізм народження під час війни	182
10.2. Голос жінки: що ми чули, що повинні почути	183
10.3. Що залишиться після цієї війни у нашій акушерській практиці?	183
Заключне слово	187
ДОДАТКИ	192
Додаток 1. Чек-листи, шаблони, QR-коди	192
Додаток 2. Нормативні акти МОЗ України	194
Додаток 3. Опитувальники для польового використання	195
Додаток 4. Алгоритми дій при повітряній тривозі під час пологів	197
Додаток 5. Дорожня карта реорганізації акушерської служби в умовах війни	199
Список скорочень	202
Список використаних джерел	203

РОЗДІЛ 1

ВСТУП У ТЕМУ: ВІЙНА, ЖІНКА, НОВЕ ЖИТТЯ

1.1. Чому ця тема важлива саме зараз?

У мирний час вагітність асоціюється з надією, очікуванням і теплом родинного кола. Жінка готується до появи нового життя, оточена турботою, медичним супроводом і планами на майбутнє. Але що відбувається, коли цей період збігається з війною?

Замість кабінету для УЗД – сирени, замість школи підготовки до пологів – дорога до невідомого. Там, де мала бути тиша, звучать вибухи. Там, де чекали дитини з радістю, тепер – страх за кожну хвилину. Саме в таких обставинах і народжуються українські діти останні роки.

Ця монографія – не про медицину в класичному її розумінні. Вона – про життя, яке триває всупереч війні. Про жінку, яка вирішує виносити дитину, навіть коли втрачає дім, місто, рідних. Про лікаря, який приймає пологи під час обстрілу або евакуації. І про систему, яка повинна адаптуватися швидше, ніж вона звикла.

Ми не перші, хто зіштовхнувся з цим. У світі вже є досвід Сирії, Палестини, Африки. Але український шлях має інші контури – тут більше урбанізації, швидких змін, цифрових інструментів, але водночас – багато прогалин в організації допомоги в умовах ризику. Наші вагітні – мобільні, освічені, часто налякані, але рішучі. Їм потрібна не лише клініка, а й впевненість, що навіть у нестабільності існує точка опори.

Кожна війна залишає після себе статистику. Але в цій війні, паралельно з втратами, народжується нове покоління. І ми маємо не лише прийняти ці пологи – ми повинні зберегти гідність цього процесу. Незважаючи ні на що.

1.2. Вагітність у кризових ситуаціях: історичні паралелі

Це не вперше людство стикається з війною, коли нове життя приходить на світ у хаосі. Вагітність і пологи – не ті процеси, які можна поставити “на паузу”. Вони не чекають кращого моменту, не підлаштовуються під обстріли чи плани евакуації. Історія знає чимало прикладів, коли жінки народжували у бомбосховищах, польових госпіталях, просто неба – і щоразу це було актом глибокої внутрішньої сили.

Під час Другої світової війни, наприклад, у Лондоні жінки продовжували народжувати навіть під час бомбардувань. За свідченнями британських акушерок, окремі пологи відбувалися у підземних станціях метро. У Варшавському гетто діти з’являлися на світ у жахливих умовах, без доступу до базової допомоги. Багато новонароджених не виживали, але жінки не припиняли намагатися народити.

У сучасніших конфліктах – таких як війна в Сирії чи збройні протистояння у Судані – ми бачимо повторення тих самих сценаріїв: руйнування медичних закладів, переміщення населення, брак фахівців. Усе це створює умови, в яких народити стає не лише фізично складно, але й психологічно майже нестерпно.

Сирійська акушерка Аїша Аль-Махмуд у 2017 році згадувала: «Іноді я просто тримала за руку жінку в темному підвалі, не маючи жодного обладнання. Ми просто дихали разом, доки не починались перейми». Ці слова звучать знайомо і для українських лікарів, які приймали пологи у підвалах Бучі, Маріуполя, Харкова.

Історія показує: війна не скасовує народження. Навпаки – часто в умовах найбільшої небезпеки жінки обирають залишити життя після себе. Це не лише біологічний акт, це глибоке інтуїтивне переконання, що життя має продовжуватися.

Український досвід має всі ознаки цього повторення – але зі своїми унікальними особливостями. На відміну від багатьох регіонів, які пережили війни у XX столітті, в Україні була сучасна система акушерської допомоги, цифрові медичні інструменти, телемедицина, високий рівень освіти серед медиків. І саме це дозволяє нам по-іншому організувати відповіді на виклики війни – якщо ми готові осмислити попередній досвід, а не ігнорувати його

1.3. Цілі, завдання та філософія монографії

Ця книга не виникла з бажання узагальнити сухі клінічні дані чи створити ще один протокол. Вона народилася з досвіду – особистого, командного, професійного. Зі спостережень за тим, як вагітність і пологи відбуваються в умовах, які неможливо було уявити кілька років тому. З розмов із жінками, які народжували в дорозі, в укриттях, у невідомості. І з безсонних змін лікарів, які тримали життя на тонкій межі між вибухом і диханням новонародженого.

Мета цієї монографії – не лише зібрати факти чи описати виклики. Її завдання – дати мову тому досвіду, який прожила українська акушерська система в умовах війни. Створити простір, де медична практика зустрічається з гуманітарним, юридичним, психологічним виміром. І найголовніше – дати змогу майбутнім фахівцям діяти не інтуїтивно, а впевнено, маючи в руках перевірену рамку рішень.

Ми не намагаємось дати універсальні відповіді. Але ми можемо поставити правильні запитання. Наприклад:

- Як забезпечити безпеку вагітної в умовах обстрілу?

- Як організувати пологи, коли немає електрики, кисню, медикаментів?
- Як діяти, якщо пологовий зруйновано, а роділля вже в активній фазі?
- Як не втратити людяність, коли часу немає зовсім?

Монографія охоплює клінічні алгоритми, досвід лікарів, приклади з України та світу. Вона побудована так, щоб кожен розділ можна було використовувати окремо: для тренінгу, для роботи в польових умовах, для аналітики в управлінських структурах. Це поєднання науки, практики і живого досвіду.

Ми також свідомо впроваджуємо емпатичну парадигму – бо війна робить знеособлення дуже легкою спокусою. І тільки якщо ми збережемо здатність бачити в жінці не “клінічний випадок”, а людину – ми справді зможемо говорити про якісну допомогу.

Це не “монографія про війну”. Це книга про жінку, яка вирішила народити попри війну. І про тих, хто поруч із нею – медиків, волонтерів, сім’ю, спільноту. Саме з таких історій складається нова реальність, до якої ми не просилися, але в якій мусимо діяти – чітко, гідно і професійно.

1.4. Методи дослідження та джерела

У роботі над цією монографією було важливо не лише зібрати достовірну інформацію, а й показати, як вона виникає: з практики, із щоденних рішень, з невидимої праці медичних команд, із досвіду жінок, які стали матерями в умовах війни.

Тому ми поєднали кілька джерел і методів, які взаємно доповнюють одне одного.

1. Клінічні спостереження та документація

Основу монографії становлять спостереження медичних працівників з різних регіонів України, зроблені в період 2022-2025 років. Це дані з міських пологових будинків, обласних перинатальних центрів, мобільних бригад, тимчасових медичних пунктів, евакуаційних поїздів. Частина цих даних представлена в узагальненому вигляді – у формі кейсів, клінічних прикладів, ситуаційних моделей.

З етичних міркувань персональні дані жінок не використовуються. Всі історії, навіть якщо звучать дуже конкретно, змінені так, щоб не ідентифікувати особу, але зберегти суть.

2. Контент-аналіз нормативних та правових документів

У роботі враховано чинні накази МОЗ України, що регламентують акушерсько-гінекологічну допомогу

- **Наказ МОЗ України № 205 від 24.03.2014**

«Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 2005 року № 782 та від 31 грудня 2004 року № 676. Клінічний протокол «Акушерські кровотечі»

- **Наказ МОЗ України № 170 від 26.01.2022**

Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»

- **Наказ МОЗ України № 51 від 06.02.2015**

«Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні»

- **Наказ МОЗ України № 110 від 14.02.2012**

«Про затвердження Порядку отримання інформованої згоди пацієнта на методи діагностики, лікування та проведення операцій і анестезії» Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та під-

порядкування. Форма первинної облікової документації N 003-6/о" Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення". [18].

• **Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016**

Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, Наказ МОЗ України №1422 від 29 груд. 2016. Зміни до Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини:

- транспортування вагітних у надзвичайних ситуаціях;
- стандарти дій під час евакуації;
- накази військового часу, які стосуються захисту медичних працівників.

Також проаналізовано документи, розроблені спільно з міжнародними партнерами – зокрема, проекти, узгоджені з UNFPA, WHO, UNICEF, ICRC, та настанови для мобільних акушерських команд, які діяли в Україні під егідою гуманітарних місій.

3. Міжнародний досвід: війни, катастрофи, гуманітарні кризи

Особливу увагу приділено вивченню досвіду ведення вагітності та пологів у зонах збройних конфліктів в інших країнах:

- Сирія, Ліван, Афганістан, Судан – у контексті руйнування медичної інфраструктури;
- Ємен, Палестина – як приклади багаторічного життя у постійній небезпеці;
- Ефіопія, Нігерія – кейси щодо мобільних акушерських пунктів та польових госпіталів;
- Ізраїль та Ірак – сценарії швидкої евакуації вагітних.

Застосовано метод порівняльного аналізу: досліджено, що саме з цього досвіду адаптується до українських умов, а що – вимагає кардинально іншого підходу.

4. Якісні інтерв'ю, свідчення та фрагменти щоденників

Для глибшого розуміння того, що відбувається на рівні переживання, використано:

- анонімізовані цитати з інтерв'ю з акушерками, лікарями, волонтерами;
- фрагменти особистих нотаток жінок, які народжували під час війни;
- уривки із записів медичних команд, які працювали в критичних умовах.

Ці дані не претендують на статистичну репрезентативність, але вони створюють людську тканину цієї монографії. Без них це була б просто аналітика. Завдяки їм – це історія.

5. Література, наукові публікації, протоколи

У джерельній базі використано понад 120 публікацій:

- статті в міжнародних журналах (The Lancet, BMJ, Reproductive Health, WHO Bulletin);
- монографії про акушерську допомогу в зонах конфлікту;
- тематичні звіти гуманітарних організацій;
- огляди систем реагування на надзвичайні ситуації з фокусом на материнство.

Також включено джерела українських дослідників, які почали описувати досвід війни вже з 2022 року – попри надзвичайну складність умов.

Методологія цієї монографії не є суто академічною – вона свідомо інтегрує клініку, етику, емпатію та аналіз досвіду, щоб вийти за межі абстрактної науки. Бо війна не питає, яку школу доказової медицини ти представляєш. Вона просто ставить тебе перед фактом – і змушує діяти.

РОЗДІЛ 2

АНАТОМІЯ РИЗИКУ: ВІЙНА ЯК ФАКТОР НЕБЕЗПЕКИ ДЛЯ ВАГІТНОЇ, З ДЕТАЛЬНИМ ПІДПУНКТОМ

2.1. Біопсихосоціальна вразливість вагітної під час війни

Вагітна жінка – це завжди центр кількох паралельних систем: біологічної, психологічної та соціальної. У мирний час ці системи мають певну стабільність і передбачуваність. Але в умовах війни ця стабільність зникає. І замість захищеної структури – виникає каскад загроз, які накладаються одна на одну.

Біологічна вразливість: гормони, гомеостаз і вогонь зовні

З фізіологічного боку вагітність – це стан підвищеної чутливості до стресу. У крові підвищується рівень кортизолу, змінюється серцево-судинна система, зростає потреба у кисні. Все це робить організм жінки особливо вразливим до будь-яких екстремальних впливів: голоду, холоду, гіпоксії, зневоднення, інфекцій.

У воєнних умовах ці ризики часто набувають неконтрольованого характеру. Втрата доступу до якісної їжі, питної води, регулярно сну – усе це впливає на функціонування плаценти, формування плода, метаболічну рівновагу. Гіпотермія, яку можна пережити в

мирний час, у вагітної жінки може викликати спазм судин матки, плацентарну недостатність, загрозу передчасних пологів.

Не менш небезпечним є фізичне перенавантаження, яке часто стає нормою в евакуації: піша дорога з речами, підняття дітей на руках, тривале перебування в укриттях. Все це – поза рамками клінічних рекомендацій, але в реальності неминуче.

Психологічна вразливість: тривога, невідомість, неможливість планувати

Психоемоційна складова вагітності часто залишається “невидимою” для медичних форм, але є критичною для перебігу гестації.

У мирному житті жінка має змогу планувати: обирати лікаря, готуватись до пологів, готувати житло, одяг, ім'я. Це дає відчуття контролю. У війні це все зникає.

Стрес стає фоновим, хронічним. Очікування майбутнього замінюється очікуванням сирени. У вагітної зростає ризик розвитку депресії, тривожних розладів, порушень сну. На фізіологічному рівні – це не лише настроїв. Це підвищений рівень стресових гормонів, які проникають через плаценту. Це збільшення ризику прееклампсії, затримки розвитку плода, дискоординації пологової діяльності.

Окремий аспект – це почуття провини: “Я вагітна, коли інші гинуть”. Або: “Я народжую в безпеці, коли подруга в окупації”. Це глибокий внутрішній конфлікт, який часто залишається неусвідомленим, але формує підґрунтя для післяпологових розладів.

Соціальна вразливість: ізоляція, втрата підтримки, розрив спільнот

Війна руйнує не лише будинки, а й соціальні зв'язки. Вагітна жінка часто залишається без партнера, без рідних, без кола під-

тримки. Частина чоловіків на фронті. Частина – за кордоном. Частина – втрачена.

У тимчасовій міграції або на новому місці жінка втрачає не лише побутову опору, а й медичний маршрут, який вона будувала. Лікар, якому вона довіряла, залишається в іншому місті. Роддом – під загрозою. Курси підготовки до пологів – скасовані. Все це формує стан глибокої соціальної нестабільності.

Особливо вразливими стають жінки з груп ризику:

- підлітки;
- жінки з інвалідністю;
- ВПО;
- жінки, які пережили насильство;
- багатодітні мами без підтримки.

У цих умовах навіть базові речі – такі як доїхати на консультацію або зібрати аптечку – стають викликом. А якщо додати відсутність медичного страхування (для тих, хто за кордоном), мовний бар'єр і ризик стигматизації – рівень тривоги зростає ще більше.

Коли всі рівні накладаються: перехресна вразливість

Найбільший ризик виникає тоді, коли біо , психо та соціальні фактори накладаються одночасно. Наприклад: вагітна жінка в другому триместрі, без доступу до УЗД, з хронічним тонусом матки, без чоловіка, з двома дітьми, в статусі ВПО, без місця в пологовому будинку. Така ситуація – не рідкість.

У звичайній системі охорони здоров'я вона мала б бути під особливим наглядом. Але в умовах війни вона може просто «випасти» з поля зору. І це – один із головних викликів для сучасної акушерської служби.

Що це означає для медиків?

Це означає, що лікар, акушерка, сімейний лікар мають бачити не лише клінічні показники, а й людину в контексті війни. Запитати не лише про термін вагітності, а й про умови життя, про те, чи є підтримка, чи має вона змогу відпочити, чи спить. Ці питання – не зайві. Вони рятують.

Біопсихосоціальна вразливість – не концепція з підручника. Це жива реальність вагітної жінки під час війни. І розуміння цієї вразливості – перший крок до побудови емпатичної, стійкої, адаптивної системи допомоги.

2.2. Загальні ризики: нестача ресурсів, стрес, переміщення

Контекст: коли зникає передбачуваність

Війна забирає головне, що потрібно для нормального перебігу вагітності – **стабільність**. Коли вагітна жінка втрачає базовий ресурс – можливість жити в передбачуваному світі – починає руйнуватись не лише план ведення вагітності, а й фізіологічна рівновага самої гестації.

У мирному контексті більшість потреб вагітної задовольняються без додаткових зусиль: харчування, вода, сон, гігієна, медичний нагляд, транспорт до лікаря, щомісячні УЗД. В умовах війни кожен з цих елементів може зникнути – іноді за одну ніч.

Ресурсна криза: коли базове стає недоступним

Харчування

Раціон вагітної жінки має бути збалансованим, багатим на білок, залізо, фолієву кислоту, йод, вітамін D. Але в умовах війни:

- доступ до свіжої їжі обмежений,
- холодильники можуть не працювати через відключення електроенергії,
- вода – технічна або відсутня,
- вразливі групи (ВПО, багатодітні, малозабезпечені) не мають можливості харчуватись регулярно.

Усе це загрожує анемією, дефіцитом мікроелементів, слабкістю, підвищеним ризиком ускладнень пологів.

Вода і гігієна

Безпечна питна вода – критичний ресурс. Її нестача призводить до:

- зневоднення,
- ризику інфекцій (особливо сечових шляхів),
- неможливості дотримуватися гігієни статевих органів, що підвищує ризик бактеріального вагінозу, кандидозу, передчасного розриву плодових оболонок.

Житло та опалення

- Втрата дому або проживання у тимчасових притулках – це не лише психологічна травма, а й фізичне випробування: холод, тіснота, антисанітарія.
- Хронічне переохолодження підвищує ризик інфекцій, порушення циркуляції, судинного спазму матки.

Медикаменти

- В умовах війни можуть зникнути базові препарати – від фолієвої кислоти до гіпотензивних засобів.
- Відсутність доступу до інсуліну, антибіотиків, препаратів магнію або засобів для розслаблення матки – може коштувати життя.

Медичне спостереження: перерваний маршрут

В умовах війни зникає рутинність. Але саме рутинність – основа ефективного антенатального нагляду.

- Коли жінка не має змоги регулярно проходити обстеження, зростає ризик *непомічених ускладнень*:
- прееклампсії,
- гестаційного діабету,
- затримки росту плода,
- багатоводдя/маловоддя,
- передлежання плаценти.

УЗД-скринінги першого, другого та третього триместру – можуть бути втрачені повністю.

Лабораторні дослідження (глюкоза, білок у сечі, гемоглобін, ВІЛ, сифіліс, гепатити) – або недоступні, або не мають умов для правильного зберігання/перевезення зразків.

Стрес як постійний фон

Хронічний стрес війни – це не лише “емоційне навантаження”, це повноцінний фізіологічний синдром.

- *Фізіологія стресу*:
 - збільшення кортизолу – впливає на тонус судин, артеріальний тиск,
 - симпатична активація – тахікардія, підвищення глюкози в крові,
 - зменшення плацентарного кровотоку – ризик ФПН, гіпоксії.
- *Симптоми*:
 - тривожність,
 - безсоння,
 - головний біль,
 - біль у животі,
 - погіршення апетиту,

- дратівливість,
- плаксивість,
- постійна втома.

Ці симптоми легко списати на "гормони", але в реальності – це соматизований крик системи, яка перевантажена війною.

Переміщення: міграція, евакуація, життя «в дорозі»

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) або біженки за кордоном – часто мають розірвану медичну траєкторію:

- лікар залишився в іншому місті/області;
- історія вагітності не передана;
- мовний бар'єр за кордоном;
- нова система охорони здоров'я незрозуміла;
- відсутність страхування чи юридичного статусу – як наслідок: обмежений доступ до медичної допомоги.

Особливі групи ризику серед переміщених:

- підлітки,
- жінки з ускладненнями попередньої вагітності,
- жінки після ЕКЗ,
- багатодітні мами,
- жінки з інвалідністю.

Вплив повітряних тривог, обстрілів, укриттів

- Повітряні тривоги призводять до десятків порушень сну на тиждень – у критичні періоди формування нервової системи плода.
- Укриття не мають умов для довготривалого перебування вагітної: відсутність туалету, стільця, їжі, можливості прилягти.
- Атаки дронів, ракет – провокують гострі стресові реакції, які можуть призводити до:
 - гіпертонусу матки,

- кровотеч,
- передчасних перейм,
- підвищеного тиску,
- втрати свідомості.

Жодна клінічна інструкція не описує, як вести пологи в момент обстрілу – але для українських медиків це вже стало реальністю.

Коли все поєднується: ефект «купола ризику»

Якщо в однієї жінки *накладаються* одразу кілька факторів: нестача їжі, нічні тривоги, відсутність житла, втрачений лікар, статус ВПО, – утворюється *сумарний ризиковий профіль*, який у мирний час потребував би ведення в умовах перинатального центру III рівня. Але у воєнних реаліях ця жінка може бути просто “невидимою” для системи.

Ключова загроза – десинхронізація:

- між потребами й доступними ресурсами,
- між клінічними ризиками та здатністю реагувати на них.

І саме ця десинхронізація породжує ускладнення, яких можна було б уникнути.

Що має врахувати система охорони здоров’я?

- Чіткі маршрутизаційні рішення: як супроводжувати ВПО?
- Мобільні бригади, телемедицина, е-супровід – як замінити втрачену ланку зв’язку з медиком?
- Адаптовані алгоритми ведення у стресових умовах: що робити, якщо жінка не мала УЗД до 30 тижнів?
- Психоемоційна підтримка як частина кожного візиту: не “додаток”, а “основа”.

Проміжний підсумок:

Загальні ризики, спричинені війною, не є абстрактними. Це –

конкретні виклики: брак їжі, зневоднення, втома, порушений сон, втрата контакту з лікарем. Але якщо система розпізнає їх, адаптується та сформує “подушку безпеки” – ці ризики можна зменшити. І це – завдання державної політики, локальних протоколів і людської емпатії в щоденній роботі.

2.3. Акушерські ризики: пreekлампсія, передчасні пологи, фетоплацентарна недостатність

Вступ: коли фізіологія вступає в конфлікт із реальністю

Вагітність – це тонко налаштований баланс між зростаючими потребами плода і адаптаційними можливостями організму жінки. У мирний час цей баланс забезпечується: спостереженням, діагностикою, профілактикою, плановими втручаннями. В умовах війни – цей механізм порушується. І саме в цьому вразливому просторі активізуються **три головні акушерські ризики сучасності**:

1. Пreekлампсія.
2. Передчасні пологи.
3. Фетоплацентарна недостатність (ФПН).

Ці стани не нові для клініцистів. Але в умовах війни вони проявляються інакше: **частіше, складніше, пізніше виявленими – і менш контрольованими.**

Пreekлампсія: тиск, який не лише про кров’яний тиск

Пreekлампсія – одне з найнебезпечніших ускладнень вагітності. Вона вбиває не гучно, а повільно: через прогресуючі мікропорушення в судинах, нирках, мозку, печінці. В умовах війни її ризики зростають експоненційно.

Механізм розвитку:

- Ураження ендотелію – судинний спазм – гіпоксія органів.
- Порушення прикріплення плаценти до ендометрію.
- Імунологічний конфлікт та дисбаланс ангіогенних факторів.

Пусковими факторами стають:

- хронічний стрес (через підвищення кортизолу, активацію симпато-адреналової системи),
- гіподинамія в укриттях,
- зневоднення,
- недостатність білка та мікроелементів (особливо кальцію, магнію, цинку),
- перерваний контроль тиску у жінок з гіпертонічною хворобою або високим ВМІ.

Клінічна картина у воєнних умовах – часто атипова або запізнїла:

- жінка не вимірює тиск тижнями,
- не має змоги здати аналіз сечі,
- не розуміє, що набряки – це симптом,
- втрачає зв'язок із медичним закладом.

Найбільший ризик – пропущена прееклампсія: вона виявляється вже як еклампсія, з судомами, комою, інсультом – у момент, коли допомогти вкрай складно.

Ускладнення:

- затримка розвитку плода,
- антенатальна загибель,
- відшарування плаценти,
- ДВЗ-синдром,
- гостра ниркова недостатність,
- смертність матері.

Передчасні пологи: коли тіло не чекає

Передчасні пологи – це не лише передчасне народження. Це:

- ризик для дитини (гіпоксія, РДС, інфекції),
- ризик для матері (кровотечі, ускладнення анестезії, інфекції),
- психологічна травма для всієї сім'ї.

За даними досліджень, **стрес** – один із найпотужніших незалежних предикторів передчасних пологів. І війна створює **ідеальний ґрунт для їх реалізації**.

Механізми:

- підвищення кортикотропін-рилізінг гормону (CRH),
- передчасне дозрівання шийки матки,
- зниження рівня прогестерону,
- запальні реакції.

Клінічні тригери:

- фізичне виснаження,
- підняття тягарів під час евакуації,
- стрес у транспорті чи укритті,
- інфекції (через антисанітарію),
- травми, падіння, сильний переляк.

Проблема полягає в тому, що жінки часто не мають змоги звернутися одразу.

- Відсутній транспорт.
- Близький пологовий – зруйнований.
- Дорога – небезпечна.
- В укриттях немає телефонного зв'язку.

Як наслідок – жінка народжує:

- у непридатному місці,
- без лікаря,
- без стерильних умов,
- без доступу до реанімації новонародженого.

Передчасні пологи в умовах війни – це не лише клінічне, а й гуманітарне питання.

Фетоплацентарна недостатність: мовчазна загроза

ФПН – це стан, коли плацента не забезпечує достатній обмін між матір'ю і плодом.

У цьому стані ***плід буквально “голодує” – киснем, глюкозою, поживними речовинами.***

Провідні чинники в умовах війни:

- гіпертензивні стани (пreeклампсія, гестаційна гіпертензія),
- анемія,
- гіпоглікемія,
- гіпотермія,
- хронічний стрес,
- недостатність білка в харчуванні,
- інфекції.

Один із найчастіших проявів ФПН – затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ВЗРП).

І саме її часто не виявляють – бо в жінки не було УЗД, або її лікар залишився в іншому місті.

ФПН у війні часто проявляється пізно:

- зменшення рухів плода,
- слабка серцева активність,
- маловоддя,
- відсутність надбавки ваги у жінки.

Але навіть ці ознаки можуть бути проігноровані, якщо жінка не має з ким порадитися.

Клінічний кейс: три діагнози в одній жінці. Жінка 29 років, 32 тиждень вагітності, ВПО з Донецької області.

- 2 тижні без УЗД, бо в новому місті ще не знайшла жіночу консультацію.
- Скарги на головний біль, зір “як у тумані”, набряки.
- У ванній втратила свідомість. Привезена до стаціонару з еклампсією.
- УЗД: затримка розвитку плода на 2 тижні, маловоддя, зниження рухової активності.
- Через добу – передчасні пологи.
- Дитина народжена з масою 1680 г, потребувала ШВЛ.

Ця ситуація – не рідкість. Це – нова реальність.

Профілактика в умовах обмежень

Як діяти, коли немає лабораторії, немає УЗД, немає стабільного лікаря?

Мінімальний набір “контролю ризику”:

- тонометр – у кожної вагітної,
- інструкція з оцінки рухів плода (“лічильник рухів” з 28 тижня),
- простий тест-смужка на білок у сечі (можна передавати через волонтерів),
- базова консультація телефоном або через месенджер раз на 2 тижні.

Волонтерські маршрути ризику:

- формування списків жінок з терміном >28 тижнів,
- виклики мобільних бригад,
- поширення інструкцій “що робити при головному болю / зменшенні рухів / кров’янистих виділеннях”.

Що можуть зробити медики?

- Помічати нетипове.
- Не звинувачувати за “відсутність на обліку”, а допомагати з того моменту, в якому жінка зараз.
- Пояснювати, як моніторити себе в домашніх умовах.
- Не знецінювати симптоми – навіть якщо це просто “слабкість” чи “немає апетиту”.

Бо за цим може стояти прееклампсія, ФПН або ризик передчасних пологів.

Висновок

Акушерські ризики – це не лише медичні стани. У війні вони стають **наслідком системної вразливості**: дефіциту часу, уваги, ресурсів, довіри. І якщо ми хочемо зменшити смертність, ми маємо бачити кожен тиск, кожен біль голови, кожну втому – як потенційну точку втручання.

Це не про страх. Це про **увагу, емпатію і точність у дії**. Бо там, де система не бачить, народжуються ускладнення.

2.4. Хронічна тривога, ПТСР і депресія як фактор ускладнень

Вступ: війна як довготривалий психоемоційний експеримент

Вагітність сама по собі є станом підвищеної емоційної чутливості. У мирний час це проявляється у змінах настрою, інколи у тривожності чи короточасній депресивності. Але війна перетворює цю чутливість на **постійну напругу**, яка не зникає тижнями і місяцями.

Те, що для мирної жінки є винятком (раптовий переляк, втрата близької людини, сильний стрес), для вагітної у війні стає **щоденним фоном**. І цей фон впливає не лише на психіку, а й на тіло – на перебіг вагітності, розвиток плода, ризик ускладнень у пологах.

Хронічна тривога: невидимий супутник вагітності

Тривога у війні – це не патологія, а природна реакція. Але коли вона триває місяцями, вона стає хронічним фактором ризику.

Фізіологічні наслідки тривоги:

- постійно підвищений рівень кортизолу,
- порушення сну (немає відновлення організму),
- підвищений артеріальний тиск,
- зниження матково-плацентарного кровотоку,
- підвищений ризик прееклампсії.

Клінічні спостереження:

Жінки в укриттях, які сплять по 3–4 години на добу через тривоги, частіше мають підвищений тиск і скарги на головний біль.

Поведінкові наслідки:

- уникання соціальних контактів,
- втрата довіри до медичних структур (“все одно лікарня може бути зруйнована”),
- відмова від планових візитів.

ПТСР: травма, яка не закінчується

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у вагітних жінок – явище, яке описане після воєн у Сирії, Іраку, Боснії. Україна зараз переживає подібний досвід.

Пускові фактори:

- пережиті бомбардування,
- втрата дому,
- смерть рідних,
- сексуальне насильство,
- вимушена міграція.

Симптоми ПТСР:

- флешбеки, нічні жахи,
- підвищена пильність (“hypervigilance”),
- уникання місць, що нагадують про травму,
- емоційне оніміння.

Вагітна з ПТСР часто не може зосередитись на власному стані: її енергія витрачається на виживання психіки. Це збільшує ризик **пізнього звернення по медичну допомогу**.

Відомо, що ПТСР асоціюється з підвищеним ризиком передчасних пологів, низькою вагою дитини при народженні та післяпологовою депресією.

Депресія: тиха хвороба війни

Аntenатальна депресія часто залишається непоміченою. У воєнних умовах її симптоми маскуються під “нормальну реакцію на війну”: втома, сльози, апатія.

Класичні прояви депресії у вагітних:

- втрата інтересу до життя,
- байдужість до вагітності (“мені все одно, що буде”),
- відмова від харчування,
- думки про безсенсовність.

Небезпека:

- підвищений ризик викидня,
- післяпологова депресія,
- проблеми з грудним вигодовуванням,
- розрив зв'язку “мати-дитина” у перші тижні.

Як психічні стани впливають на тіло

Психоемоційні розлади – це не лише “про емоції”. Це **прямий фізіологічний фактор**:

- кортизол і катехоламіни – судинний спазм – зменшення кровопостачання плаценти,
- активація імунної системи – запальні реакції,
- порушення сну – виснаження організму, зниження імунітету, підвищена сприйнятливість до інфекцій,
- депресія – відмова від харчування → дефіцит білка, заліза, мікроелементів.

Усе це перетворюється на конкретні акушерські ускладнення: преєклампсія, ФПН, антенатальна загибель плода, передчасні пологи.

Клінічний кейс. Жінка, 24 роки, 30 тижнів вагітності. Пережила обстріл під час евакуації, втратила брата. Скарги: безсоння, нічні жахи, відчуття “немає сенсу жити”. Не харчується регулярно, втратила 3 кг за місяць. На прийом потрапила випадково через волонтерську організацію. УЗД: затримка розвитку плода на 3 тижні, зниження активності, маловоддя. Діагноз: ФПН на тлі депресивного розладу. Цей приклад демонструє: емоційна травма стає фізичною загрозою.

Що може зробити система?

- Скринінг психічних розладів у кожної вагітної: прості анкети (EPDS, GAD-7).
- Телепсихологічна допомога: лінії підтримки, онлайн-консультації.
- Групи взаємопідтримки: вагітні у схожих умовах можуть підтримувати одна одну.
- Навчання медиків: як розпізнати тривогу, депресію, ПТСР у вагітної.
- Інтеграція психічного здоров'я в акушерські протоколи під час війни.

Висновок

Хронічна тривога, ПТСР і депресія – це не “додаткові проблеми”. Це **ядро ускладнень вагітності у війні**.

Вони збільшують ризик прееклампсії, передчасних пологів, ФПН, антенатальної загибелі плода.

Лікар, який працює з вагітною у війні, має запитати не лише про тиск чи рухи плода, а й про сон, страхи, втрати, відчуття безпеки. Бо іноді саме ці відповіді визначають прогноз більше, ніж будь-який аналіз крові.

2.5. Ризики для плода: ВЗРП, антенатальна загибель, гіпоксія

Плід у тіні війни

Плід не може говорити, але його стан віддзеркалює умови, у яких перебуває мати.

Війна – це середовище нестачі, небезпеки й постійного стресу. І для плода воно проявляється у трьох ключових ризиках:

- 1. Внутрішньоутробна затримка росту плода (ВЗРП).**
- 2. Антенатальна загибель.**
- 3. Гіпоксія – гостра та хронічна.**

Ці ризики взаємопов'язані: недоїдання → плацентарна недостатність → ВЗРП → гіпоксія → загибель.

В умовах війни цей ланцюг набуває особливої сили.

ВЗРП: затримка росту як відбиток умов життя матері

ВЗРП (Intrauterine Growth Restriction, IUGR) – це стан, коли плід не досягає свого генетично закладеного потенціалу росту.

Причини у воєнних умовах:

- дефіцит харчування (низькобілкова дієта, нестача заліза, йоду, вітаміну D),
- гіпоксія через перебування в укриттях, задимлених підвалах, без вентиляції,
- прееклампсія та артеріальна гіпертензія матері,
- хронічний стрес – вазоспазм матково-плацентарних судин,
- інфекції (через антисанітарію, відсутність профілактики).

Клінічні наслідки:

- низька вага при народженні,
- ризик асфіксії в пологах,
- затримка розвитку нервової системи,
- підвищений ризик хронічних хвороб у дорослому віці (метаболічний синдром, гіпертонія).

У мирний час ВЗРП діагностується за допомогою УЗД (біометрія, доплерометрія).

У війні – жінка може не мати жодного УЗД за всю вагітність.

Тому важливим є навіть клінічний підхід: вимірювання окружності живота, контроль ваги матері, суб'єктивне відчуття рухів плода.

Аntenатальна загибель: коли система не встигає

Аntenатальна загибель плода (stillbirth) – один із найтяжчих наслідків вагітності.

Вона не лише клінічне ускладнення, а й глибока психологічна травма для жінки.

Фактори ризику у війні:

- відсутність антенатального нагляду (жінка “випадає” з системи),
- ненадання допомоги при прееклампсії, діабеті, інфекціях,

- відсутність можливості моніторингу рухів плода,
- запізніле звернення через відсутність транспорту,
- стрес і ПТСР як хронічні тригери плацентарної дисфункції.

Трагічність у тому, що більшість таких випадків можна було попередити.

Але у війні зростає кількість “невидимих” вагітних – тих, хто не дійшов до лікаря.

Пряма мова: Жінка не лише втрачає дитину, а й переживає відчуття провини: “Не вберегла”. У поєднанні з війною це створює глибокі травматичні наслідки – ризик депресії, суїцидальних думок, відмови від наступних вагітностей.

Гіпоксія плода: мовчазна небезпека

Гіпоксія – це стан, коли плід не отримує достатньо кисню.

Форми:

- Хронічна гіпоксія: розвивається поступово на фоні ФПН, анемії матері, прееклампсії, стресу.
- Гостра гіпоксія: при відшаруванні плаценти, сильних кровотечах, обструкції пуповини, тривалих обстрілах із втратою свідомості у матері.

Наслідки:

- ураження мозку плода, ДЦП, затримка розвитку,
- неонатальна асфіксія, смерть новонародженого,
- у тяжких випадках – антенатальна загибель.

У мирний час гіпоксію можна виявити через КТГ, доплерометрію.

У війні цього часто немає. Тому **ключем стає просте запитання: “Чи відчуваєте ви рухи дитини?”**

Клінічний кейс. Жінка, 31 рік, 36 тижнів вагітності, проживала у прифронтовому місті. 2 тижні не могла вийти з укриття через обстріли. Скарги: слабкість, відсутність рухів плода протягом доби. Дісталась до лікарні через волонтерів. Діагноз: антенатальна загибель плода на тлі ФПН та хронічної гіпоксії. Цей випадок – ілюстрація того, як поєднання стресу, голоду, відсутності медичного нагляду призводить до найгіршого сценарію.

Що можуть зробити медики і система?

1. Навчати жінок простим маркерам:

- підрахунок рухів плода після 28 тижнів (“менше 10 рухів за 12 годин – тривожний знак”),
- контроль тиску і ваги вдома,
- вміння відрізнити набряки від норми.

2. Використовувати мінімальні засоби:

- тонометр, тест-смужки для сечі,
- ручні доплери (портативні пристрої, які можна передати в укриття чи мобільні бригади).

3. Маршрутизація вагітних у зоні ризику:

- виявлення жінок після 28 тижня – пріоритет для евакуації,
- мобільні акушерські пункти,
- координація з міжнародними гуманітарними місіями.

4. Психологічна підтримка:

- робота з відчуттям провини у випадку втрати,
- мультидисциплінарний підхід: акушер + психолог,
- підтримка наступної вагітності.

Нормативна база

- **Наказ МОЗ України №170 (26.01.2022)** – Уніфікований клінічний протокол “Фізіологічні пологи” (профілактика післяпологових та антенатальних ускладнень) [17].

- **Наказ МОЗ України №205 (24.03.2014)** – “Акушерські кровотечі” (ключові алгоритми при плацентарних ускладненнях та гіпоксії) [5].
- **Наказ МОЗ України №51 (06.02.2015)** – Порядок транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні (важливий у контексті евакуації при підозрі на гіпоксію або ВЗРП) [11].
- **Наказ МОЗ України №1730 (24.09.2022)** – Стандарти допомоги при ектопічній вагітності (опосередковано регламентує дії при масивній внутрішній кровотечі, що також може призводити до гіпоксії плода) [13].

Міжнародні протоколи:

- **WHO recommendations on antenatal care (2016)** – увага на виявленні ВЗРП, гіпоксії [33].
- **ACOG Practice Bulletin No. 229 (2021)** – Intrauterine Growth Restriction [22].
- **RCOG Green-top Guideline No. 31 (2013, оновлення 2021)** – Management of Stillbirth [27] .

Висновок

ВЗРП, гіпоксія та антенатальна загибель – це не лише медичні діагнози, а й дзеркало умов, у яких живе вагітна жінка.

У війні цей дзеркальний відбиток особливо крихкий: відсутність їжі, відсутність лікаря, відсутність безпеки.

Завдання медицини – побачити навіть “невидиму вагітну”, навчити її простим правилам моніторингу, надати мінімальний набір інструментів і підтримки. Бо там, де система не може гарантувати високотехнологічну допомогу, рятують прості дії, помножені на емпатію.

2.6. Гендерне насильство на фоні конфлікту: медичні наслідки

Коли війна проникає у найінтимніше

Війна забирає не лише домівки та життя. Вона руйнує те, що здається недоторканим – людську гідність. Одним із найболючіших явищ у конфлікті є гендерне насильство. Воно може набувати різних форм, але завжди залишає подвійний слід: у тілі та в душі. Для вагітної жінки така травма стає особливо небезпечною, адже поруч із нею – ще одне життя, яке залежить від її стану.

Форми насильства, які переживають жінки під час війни

Коли говоримо про гендерне насильство, маємо на увазі не лише зґвалтування. У воєнних умовах жінки можуть переживати:

- **сексуальні напади** – примус, приниження, зґвалтування;
- **фізичне насильство** – удари, штовхання, травми, іноді спрямовані саме на живіт;
- **емоційний тиск** – постійні погрози, залякування, контроль;
- **позбавлення ресурсів** – коли жінку залишають без їжі, води, грошей, медичної допомоги.

Для вагітної кожна з цих форм стає фактором ризику: може викликати загрозу переривання, інфекції чи глибоку психологічну травму.

Що відбувається з тілом матері

1. Акушерські ускладнення.

Удар у живіт може спричинити відшарування плаценти. Постійний страх або фізичний біль – передчасні перейми. Інколи насильство закінчується викиднем чи народженням передчасної дитини.

2. Інфекції.

Сексуальне насильство часто супроводжується передачею інфекцій – від банальних бактеріальних до таких тяжких, як ВІЛ чи гепатит. Для вагітної це означає додатковий ризик для власного здоров'я і для плода.

3. Психологічні наслідки.

Жінка, яка пережила насильство, може мовчати роками. У період вагітності цей досвід часто проривається у вигляді тривоги, безсоння, депресії. У когось – у формі ПТСР, коли спогади повертаються у вигляді нічних жахів або флешбеків.

Як страждає дитина

Плід не може захистити себе. Якщо мати переживає травму, наслідки відчуває і він.

- при фізичному насильстві можливі внутрішньоутробні травми;
- інфекції можуть передаватися від матері;
- хронічний стрес призводить до затримки росту, гіпоксії;
- ризик передчасних пологів і смерті плода суттєво зростає.

Є дані, що діти, народжені після пережитого матір'ю насильства, частіше мають проблеми з нервовою системою і емоційною сферою в майбутньому. Це ще один вимір трагедії – довготривалі наслідки для наступних поколінь.

Клінічна нотатка. Уявімо жінку, яка на п'ятому місяці вагітності пережила сексуальне насильство під час окупації. Вона не звернулась до лікаря відразу – сором, страх, відсутність довіри. Через кілька тижнів у неї з'явились кровотечі та біль, виявили інфекцію. Вона носить у собі не лише дитину, а й травму, про яку не може говорити. Її історія – не виняток, а частина воєнної реальності.

Що можуть зробити медики

Медик стає першою людиною, якій жінка може зізнатися. Тому важливо діяти делікатно:

- **Почути.** Спокійно запитати, дати жінці можливість говорити у безпечному середовищі.
- **Задokumentувати.** Якщо є травми чи інфекції – зафіксувати це в медичній карті, але лише за згодою жінки.
- **Надати медичну допомогу:**
 - профілактика інфекцій (антибіотики, вакцинація),
 - допомога при кровотечах чи загрозі переривання,
 - підтримка вагітності медикаментозно.
- **Запропонувати психологічну підтримку.** Не обов'язково психотерапевта одразу – іноді навіть коротка розмова про те, що вона “не винна”, вже рятує.
- **Спрямувати до соціальних служб.** Якщо є потреба у безпеці, житлі чи юридичній допомозі – допомогти налагодити контакт.

Головне правило: **нічого не робити без згоди жінки.** Контроль над її тілом має повернутись їй.

Нормативна та міжнародна база

- **Наказ МОЗ України №205 (2014)** – алгоритми допомоги при акушерських ускладненнях, що можуть бути наслідком травми [5].
- **Закон України “Про запобігання та протидію домашньому насильству” (2017)** [8].
- **WHO. Clinical management of rape survivors (2019)** [38].
- **UNFPA. Guidelines on gender-based violence in emergencies (2020)** [25].
- **ACOG Committee Opinion 825 (2021): Sexual Assault** [23].

- *RCOG Green-top Guideline No. 13 (2017): Management of women who experience sexual assault.*

Ці документи допомагають лікарям діяти професійно, а жінкам – відчувати, що їхній досвід важливий і врахований.

Висновок

Гендерне насильство у війні – це рана, яка не загоюється швидко. Для вагітної жінки воно стає подвійним тягарем: її тіло мусить витримати і травму, і вагітність. Для лікаря це завжди виклик: побачити за мовчанням біль і дати допомогу, яка справді рятує.

Медицина не може скасувати насильство. Але вона може повернути жінці відчуття контролю, довіри й безпеки. Іноді це перший крок до зцілення.

Підсумок Розділу 2

Вагітність у тіні війни: багатовимірна вразливість

У цьому розділі ми розглянули, як війна перетворює вагітність на шлях крізь численні ризики. Біологічні, психологічні та соціальні фактори накладаються одне на одне, створюючи перехресну вразливість. Те, що в мирний час вважалося контрольованим і передбачуваним процесом, у війні стає непередбачуваним і загрозливим.

Вагітна жінка у таких умовах – не просто пацієнтка з фізіологічними потребами. Вона одночасно є носієм життя, ціллю стресу, жертвою нестачі ресурсів і соціально ізольованою особою. Це потребує зовсім іншого підходу з боку медичної системи.

Ключові ризики, що постали перед нами

1. **Біопсихосоціальна вразливість** – війна порушує баланс гормонів, сон, харчування, соціальні зв'язки. Це робить вагітну особливо чутливою до зовнішніх загроз.

2. **Загальні ризики** – дефіцит їжі, води, тепла, медикаментів, транспортних можливостей; хронічний стрес і переміщення стають щоденними викликами.
3. **Акушерські ризики** – прееклампсія, передчасні пологи та фетоплацентарна недостатність у війні частіші й важчі, оскільки діагностика й профілактика часто перервані.
4. **Психоемоційні фактори** – хронічна тривога, ПТСР і депресія напряму впливають на фізіологію вагітності та прогноз для плода.
5. **Ризики для плода** – внутрішньоутробна затримка росту, гіпоксія та антенатальна загибель стають відображенням нестабільності життя матері.
6. **Гендерне насильство** – трагічний, але реальний вимір війни, який руйнує здоров'я матері й дитини та вимагає особливого підходу медиків.

Чому цей розділ критично важливий

Усі описані ризики – це не абстрактні категорії. Це щоденна реальність українських жінок у війні. Для одних – це втрачене УЗД чи неможливість доїхати до пологового. Для інших – це втрати, травми, насильство. У кожному випадку ці фактори накладаються й створюють ситуації, де ціна помилки чи запізнення – життя матері й дитини.

Тому системний підхід до акушерської допомоги в умовах війни має починатися саме з розуміння цієї **анатомії ризику**. Без її усвідомлення будь-які алгоритми виглядатимуть формальними й неефективними.

РОЗДІЛ 3

АНТЕНАТАЛЬНИЙ ДОГЛЯД В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Порушення маршрутизації вагітних: приклади з України

Коли шлях до лікаря стає небезпечним

У мирний час “маршрутизація вагітної” – це чіткий ланцюг: жіноча консультація – пологовий будинок I рівня – у разі ускладнень – перинатальний центр II чи III рівня. Це не лише формальність, а система безпеки, яка дозволяє передбачати ускладнення і направляти жінку туди, де є все необхідне.

Війна цю систему зруйнувала. Там, де ще вчора працював пологовий, сьогодні – зруйнована будівля. Там, де була дорога до обласного центру, сьогодні – блокпост чи розбита траса. І вагітна жінка опиняється у ситуації, коли маршрут, що мав бути прозорим і зрозумілим, перетворюється на лабіринт.

Нормативна основа і реальність

В Україні маршрутизація закріплена низкою наказів МОЗ, серед яких:

- **Наказ МОЗ України від 24.03.2014 №205**

«Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Акушерські кровотечі”» – визначає алгоритми дій та маршрутизацію при ускладненнях [5].

- **Наказ МОЗ України від 06.02.2015 №51**

«Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні» – регламентує міжрівнєве транспортування жінок у критичних станах [11].

- **Наказ МОЗ України від 26.01.2022 №170**

Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» – встановлює стандарти ведення та профілактики ускладнень, включаючи направлення між рівнями [17]

- **Наказ МОЗ України від 29.12.2012 №110**

«Про затвердження Інструкції про порядок отримання інформованої згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та проведення операції та інформування пацієнта про можливі ускладнення» – закріплює право жінки на повну інформацію і вибір маршруту [18].

Усі ці документи працювали до війни. Але під час активних бойових дій вони стали частково декларативними: у багатьох регіонах маршрутизація існує лише “на папері”, тоді як на практиці вагітна може залишатися без доступу до будь-якого рівня допомоги.

Приклади з різних регіонів

Схід України (Донеччина, Луганщина)

- Багато пологових будинків зруйновані або евакуйовані.
- Жінок із загрозою кровотечі чи прееклампсії доводиться транспортувати на сотні кілометрів – іноді без належного медичного супроводу.
- Відомі випадки, коли жінка народжувала в дорозі, бо “найближчий пологовий” був за 200 км.

Південь (Херсонщина, Запоріжжя)

- Частина вагітних у селах не мала доступу до амбулаторій через мінування доріг.
- Деякі громади організовували “пологові кімнати” при сільських лікарнях, але без умов для кесарського розтину чи реанімації новонароджених.

Центр і Захід (Київ, Львів, Тернопіль)

- Тут маршрутизація збереглася, але виник інший виклик: масове прибуття ВПО.
- Перинатальні центри перевантажені, черги на УЗД збільшилися вдвічі.
- Маршрутизація формально працює, але час очікування став додатковим ризиком.

Клінічна нотатка

1. Втрата доступу до I рівня. Жінка не має поруч консультації чи ФАПУ, бо він зруйнований або закритий. Вона пропускає планові візити.
2. Затримка з направленням. У нормі лікар жіночої консультації вчасно направляє жінку до II–III рівня при ускладненнях. У війні часто нема кому дати це направлення.
3. Розрив між рівнями. Пологи почалися, але районний пологовий закритий. Жінку везуть до обласного центру без адекватного транспорту.
4. Неможливість транспортування. В умовах обстрілів навіть швидка допомога не може приїхати. Жінка залишається вдома чи в укритті.

Клінічний кейс. Жінка, 28 років, 34 тижні вагітності, з міста прифронтової зони. У неї підвищений тиск, набряки, головний біль – підозра на прееклампсію. За протоколом її мали б госпіталізувати до III рівня. Але:

- консультація зачинена,
- пологовий у районі зруйнований,
- швидка не виїжджає через обстріли.

У результаті вона залишалася вдома, доки стан не погіршився до судом. Її доставили волонтери, але пізно: дитина народилася мертвою.

Цей трагічний випадок показує, як розрив маршрутизації коштує життя.

Що робить система: адаптивні практики

Попри хаос, українські медики знаходять рішення:

- мобільні акушерські бригади – виїзди у прифронтові райони для обстеження вагітних;
- тимчасові пологові пункти у підвалах чи школах;
- евакуація вагітних спеціальними медичними потягами Укрзалізниці (приклади з Харкова, Краматорська);
- телемедицина – консультації через телефон і відеозв'язок.

Ці практики показують: навіть у зруйнованій системі можна знайти спосіб зберегти маршрут.

Висновки

Порушення маршрутизації вагітних – одна з головних проблем воєнного акушерства в Україні. Вона проявляється у вигляді:

- відсутності доступу до I рівня,
- перерваних ланцюгів між рівнями,
- неможливості транспортування,
- перевантаження центрів у відносно безпечних регіонах.

Розуміння цих проблем є необхідною передумовою для розробки адаптивних алгоритмів: мобільних бригад, нових форм маршрутизації, інтеграції NGO та міжнародної допомоги.

Бо навіть у війні вагітна жінка має право на те, щоб її шлях до лікаря був зрозумілим і безпечним.

3.2. Доступність скринінгів, УЗД, лабораторій – аналіз за регіонами

Чому скринінг – це більше, ніж “аналізи”

Аntenатальний догляд складається з трьох “опор”: регулярні огляди лікаря, лабораторні аналізи та інструментальні дослідження (передусім УЗД). Це не розкіш і не “формальність”. Це ті механізми, які дозволяють вчасно виявити прееклампсію, гестаційний діабет, інфекції, вади розвитку плода, затримку росту.

У мирний час кожна вагітна мала доступ до трьох УЗД, базових лабораторних тестів і консультацій у жіночій консультації. Війна цю систему різко зламала. І саме тому аналіз доступності скринінгів – це не статистика, а карта ризиків для цілої країни.

Але війна зробила виконання цих стандартів нерівномірним.

Картина в регіонах

Схід і Південь (прифронтові та окуповані території)

- Багато лабораторій зруйновані або працюють “раз на тиждень”.
- УЗД-дослідження проводяться хаотично: у деяких районах один апарат на всю громаду.
- Є випадки, коли жінки не мали жодного УЗД до пологів.
- Доступ до тестів на ВІЛ та гепатити практично відсутній.

Центральні області

- Доступ формально зберігся, але відчувається дефіцит кадрів: лікарі евакуювалися на Захід.
- Лабораторії перевантажені, результати аналізів чекають тижнями.
- УЗД роблять у приватних клініках, але для багатьох ВПО це фінансово недоступно.

Захід України

- Сюди перемістилися тисячі ВПО.
- Система працює, але перевантажена.
- УЗД і лабораторії працюють, проте очікування іноді до 2–3 тижнів.
- NGO (UNFPA, Червоний Хрест) іноді забезпечують безкоштовні скринінги для переселенок.

Хто втрачає найбільше

1. Жінки з віддалених сіл. Транспорт відсутній, лабораторії далеко.
2. ВПО. Часто не встигають зареєструватися за новим місцем.
3. Бідніші родини. У приватних центрах обстеження стають єдиною опцією, але вони недосяжні.
4. Жінки у прифронтових регіонах. Там навіть базові аналізи іноді неможливі.

Клінічна нотатка

- Пропущені вади розвитку плода. Без скринінгів 1-го та 2-го триместру серйозні аномалії виявляють лише під час пологів.
- Невиявлений гестаційний діабет. Без тесту на глюкозу підвищується ризик макросомії, кесарського розтину, неонатальної гіпоглікемії.
- Невиявлені інфекції. Без тестів на ВІЛ чи гепатити зростає ризик вертикальної трансмісії.
- Невчасне діагностування ФПН. Без УЗД і доплерометрії не виявляють затримку росту плода.

Втрата доступу до скринінгів прямо впливає на показники перинатальної смертності.

Клінічний кейс. Жінка, 27 років, ВПО з Луганщини. Переїхала на Захід на 26-му тижні вагітності. Жодного УЗД раніше не мала. На першому ж обстеженні виявлено затримку росту плода на 3 тижні, маловоддя. При спробі госпіталізації – дефіцит місць у перинатальному центрі. Лише завдяки мобільній бригаді NGO вдалося вчасно провести лікування та пролонгувати вагітність. Цей випадок демонструє, як пропущений скринінг у прифронтовій зоні та перевантаження в безпечних регіонах складаються у єдиний ризиковий ланцюг.

Роль міжнародних і локальних ініціатив

- *UNFPA* відкриває мобільні жіночі консультації у віддалених громадах.
- *ВООЗ* забезпечує портативні апарати УЗД для прифронтових регіонів.
- *НУО в Україні* організовують безкоштовні дні скринінгу для ВПО.

Це приклади того, як нестачу державної системи компенсують гуманітарні програми. Але вони не можуть покрити всю країну.

Висновки

1. У війні стандарти виконуються вкрай нерівномірно: від повної відсутності доступу на Сході до перевантаження на Заході.
2. Найбільше страждають ті жінки, які мають подвійний тягар: відсутність транспорту та відсутність грошей.
3. Вирішення – у мобільних і телемедичних формах допомоги, інтеграції NGO, міжнародних протоколах (WHO, ACOG, RCOG).

3.3. Вагітність у ВПО: реєстрація, ведення, супровід

Вагітність у статусі переселенки

Внутрішньо переміщена особа (ВПО) – це не лише юридичний статус. Це історія втрати дому, розриву соціальних зв'язків і вимушеної адаптації до нової реальності. Для вагітної жінки цей статус означає **подвійне навантаження**: вона мусить піклуватися не

лише про власне життя, а й про життя дитини, одночасно будуючи свій новий побут на руїнах старого.

Реєстрація вагітності, регулярні візити, лабораторні дослідження та доступ до пологового стають проблемними. У мирний час облік у жіночій консультації був рутинною процедурою. У війні це перетворюється на квест із багатьма невідомими.

Нормативна база

Кілька наказів МОЗ України прямо чи опосередковано регламентують порядок реєстрації та ведення вагітності, які актуальні для переселенок:

- **Наказ МОЗ України від 09.08.2022 №1437**

«Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Медичний догляд за здоровою вагітною жінкою”» – визначає стандартні кроки ведення вагітності (огляди, аналізи, профілактика), актуальні й для ВПО.

Отже, формально ВПО має право стати на облік у будь-якому регіоні України, навіть без довідки про реєстрацію місця проживання. Але практика показує, що цей процес далекий від безпроблемного.

Типові труднощі переселенок

1. Проблема реєстрації

- Часто від жінки вимагають довідку ВПО, яку вона ще не встигла отримати.
- Бувають випадки відмови у прийомі “бо ви не з нашої громади”.

2. Втрачена медична документація

- Обмінна карта вагітної залишилась у зруйнованій поліклініці чи окупованому місті.
- Без документів лікар не знає, які дослідження вже проводилися.

3. Подвійне навантаження на західні регіони

- Львів, Івано-Франківськ, Тернопіль мають у 2–3 рази більше вагітних, ніж у довоєнний час.
- Зросли черги на УЗД і лабораторні аналізи.

4. Соціальна ізоляція

- Жінка часто сама, без партнера чи родини.
- Втрата соціальної підтримки підсилює тривогу, депресію, відчуття небезпеки.

Клінічні кейси

Кейс 1. Жінка, 19 років, ВПО з Луганщини. Переїхала до Полтави на 24-му тижні. Не мала жодного аналізу з початку вагітності. При первинному огляді виявлено анемію, білок у сечі, підозру на прееклампсію.

Кейс 2. Жінка, 33 роки, мати двох дітей, вагітна третьою. ВПО у Львові. Встала на облік лише на 32-му тижні через відсутність документів і страх бюрократії. При першому УЗД-затримка росту плода, маловоддя.

Ці приклади показують, що пізня реєстрація переселенок різко підвищує ризики ускладнень.

Роль місцевих ініціатив та NGO

- У багатьох містах працюють “**гарячі лінії**” для ВПО, де пояснюють, куди звертатися.
- **UNFPA та Червоний Хрест** забезпечують переселенок безкоштовними наборами для вагітних і покривають частину обстежень.
- Деякі громади створили **спеціальні “жіночі кабінети ВПО”**, де можна швидко пройти первинне обстеження і оформити обмінну карту.

Це дозволяє хоч частково компенсувати перевантаження державної системи.

Психоемоційний вимір

Для вагітної переселенки стрес подвоєний: вона не лише боїться за дитину, а й постійно відчуває себе “чужою” в новому середовищі. Це:

- знижує довіру до лікарів,
- підвищує ризик депресії та ПТСР,
- зменшує ймовірність дотримання рекомендацій.

Тому важливо, щоб лікарі не лише фіксували стан, а й ставили просте запитання: “Чи маєте ви підтримку тут? Чи є хтось, хто може допомогти?”.

Що можна зробити для покращення маршрутизації ВПО

1. Юридичні гарантії

Чітко пояснювати жінкам їхнє право стати на облік без довідки ВПО та без прописки.

2. Електронна обмінна карта

Перехід на eHealth-документацію дає шанс уникнути втрати даних при переміщенні.

3. Мобільні бригади для ВПО

Виїзди у місця компактного проживання переселенців (гуртожитки, модульні містечка).

4. Інтеграція NGO у систему

Дозволити гуманітарним організаціям офіційно вести первинну документацію для пришвидшення реєстрації.

Висновки

Вагітність у статусі ВПО – це зона високого ризику. Пізня реєстрація, втрачені документи, перевантаження системи й соціальна ізоляція перетворюють кожну таку жінку на пацієнтку з ускладненим прогнозом.

Накази МОЗ №1437, формально гарантують рівні права на облік і ведення. Але у реальності ці права реалізуються із запізненням або з бар'єрами [12].

Вирішення можливе через електронні карти, мобільні бригади, адаптивні маршрути та інтеграцію NGO. Бо головне у веденні ВПО – це не лише аналізи чи УЗД, а відчуття, що жінка не залишилася сам-на-сам зі своєю вагітністю.

3.4. Профілактика ускладнень у нестабільному середовищі

Профілактика як стратегія виживання

У мирний час профілактика ускладнень вагітності виглядає як плановий комплекс: огляди, аналізи, УЗД, вакцинація, поради щодо харчування. У війні це перетворюється на боротьбу за мінімум.

Коли лабораторія зруйнована, транспорт відсутній, а лікар доступний лише телефоном, профілактика стає не лише медичною, а й організаційною стратегією: як зберегти життя матері й дитини при мінімальних ресурсах.

Нормативна база

Питання профілактики вагітних у різних умовах регулюють кілька наказів МОЗ України, які ми ще не згадували:

- **Наказ МОЗ України від 03.11.2008 №624**

Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги", наказу МОЗ від 31 грудня 2004 року N 676 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги [7].

- **Наказ МОЗ України від 19.03.2018 №504**

«Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» – регламентує профілактику та контроль метаболічних порушень [10].

Ці документи створюють основу для профілактичних заходів, які повинні виконуватись незалежно від умов. Але у війні вони реалізуються вибірково, залежно від наявних ресурсів.

Основні напрямки профілактики у війні

1. Гіпертензивні ускладнення (пreeклампсія, еклампсія)

- Контроль артеріального тиску навіть у домашніх умовах (тонометр у кожної вагітної).
- Рекомендації щодо зменшення солі, достатньої гідратації.
- За наявності ризиків – аспірин у низьких дозах (відповідно до протоколу №624) [7].

2. Інфекційні ускладнення

- Використання простих тест-смужок для сечі у домашніх умовах.
- При перших симптомах – доступні антибіотики за схемами протоколу №
- Санітарна гігієна навіть у тимчасових укриттях (кип'ятіння води, гігієнічні набори).

3. Метаболічні порушення (гестаційний діабет)

- Мінімальні глюкометри у жінок групи ризику.
- Харчові рекомендації навіть у бідних умовах: зменшення простих вуглеводів, увага на білку та клітковині.
- Відповідно до наказу №504, жінкам групи ризику варто пояснювати навіть елементарні ознаки гіперглікемії [10].

4. Психоемоційна профілактика

- Стрес сам по собі є фактором ускладнень.
- Мінімальні вправи на дихання, групи взаємопідтримки, телефонні “гарячі лінії”.

Клінічні кейси

Кейс 1. Жінка, 30 років, 28 тижнів вагітності, проживала у Харківській області під постійними обстрілами. Не мала доступу до консультації. Волонтери передали тонометр і тест-смужки. Завдяки щоденному контролю вчасно виявлено підвищення тиску та білок у сечі – організовано евакуацію у пологовий.

Кейс 2. Переселенка у Тернополі, 26 років, мала фактори ризику діабету. Глюкометр наданий NGO. Вчасно виявлені високі показники глюкози, розпочато дієтотерапію – вагітність пролонговано до 38 тижнів без ускладнень. Ці історії демонструють: навіть мінімальні інструменти профілактики рятують життя.

Роль міжнародних і локальних ініціатив

- **UNFPA** поширює “набори вагітної” з тонометром, тестами та вітамінами.
- **ВООЗ** постачає мобільні лабораторні пункти.
- **Червоний Хрест** організовує групи психологічної підтримки.

Завдяки таким проектам профілактика виходить за межі кабінетів і доходить до підвалів, укриттів і гуртожитків для ВПО.

Висновки

1. Профілактика ускладнень у нестабільному середовищі можлива навіть без повної медичної інфраструктури.
2. Накази МОЗ №624, №504 визначають мінімальні стандарти для контролю гіпертензії, інфекцій та діабету [7, 10].
3. Навіть прості інструменти (тонометр, смужки, глюкометр) стають у війні “золотим стандартом”.
4. Вирішальним є поєднання клінічних знань і гуманітарних програм.

3.5. Психоемоційна підтримка на атенатальному етапі

Чому психологічний стан вагітної не менш важливий за аналізи

У мирний час вагітність часто супроводжується коливаннями настрою, емоційною чутливістю. У воєнних умовах ці коливання підсилюються стресом, невизначеністю та втратами. Для багатьох жінок вагітність стає не лише шляхом до материнства, а й випробуванням на міцність психіки.

Психоемоційна підтримка під час атенатального етапу – це не “додаткова опція”, а необхідна складова медичної допомоги, яка напряму впливає на перебіг вагітності, ризик ускладнень і здоров’я плода.

Нормативна база

Питання інтеграції психічного здоров’я в акушерську допомогу останніми роками почало входити в офіційні документи. Серед актуальних:

- **Наказ МОЗ України від 25.12.2014 №1003**

«Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» – визначає підходи до виявлення та лікування депресивних станів, у т.ч. у вагітних [14].

- **Наказ МОЗ України від 19.07.2024 № 1265**

«Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»» – вперше ввів стандарти роботи з ПТСР, надзвичайно актуальні для вагітних у воєнний час [16].

- **Наказ МОЗ України від 09.08.2022 №1437**

«Клінічний протокол з акушерської допомоги “Медичний догляд за здоровою вагітною жінкою”» – містить положення щодо психоемоційного супроводу як частини комплексного антенатального догляду [12].

Чому психоемоційна підтримка критична у війні

1. Фізіологічний вплив

Хронічний стрес підвищує рівень кортизолу – вазоспазм судин – ризик прееклампсії та фетоплацентарної недостатності.

2. Поведінкові наслідки

Депресія знижує прихильність до лікування: жінка перестає відвідувати консультації, не приймає ліки.

3. Психосоціальний вимір

Втрата дому, ізоляція від партнера чи родини підвищують ризик суїцидальних думок.

Дослідження ВООЗ показують: у кризових умовах кожна третя вагітна жінка має симптоми депресії або тривожного розладу.

Практичні інструменти для медиків

- **Скринінг на депресію і тривогу**

Використання коротких анкет (EPDS, GAD-7) на первинному прийомі.

- **Кризове консультування**

Навіть 10–15 хвилин уваги лікаря або акушерки, коли жінці дають можливість висловитись, знижує рівень тривоги.

- **Групи підтримки**

У багатьох містах діють ініціативи NGO, де вагітні можуть зустрічатись онлайн чи офлайн, ділитися досвідом, відчувати солідарність.

- **Телепсихологія**

Гарячі лінії МОЗ та UNFPA дозволяють отримати консультацію навіть із зони бойових дій.

- **Медикаментозна підтримка**

За показаннями – антидепресанти, безпечні для вагітних, згідно з наказом №1003 та міжнародними протоколами (ACOG, NICE).

Клінічні кейси

Кейс 1. Жінка, 24 роки, I триместр, ВПО з Харківщини. Постійні панічні атаки після обстрілів. Лікар провів скринінг за GAD-7, встановлено високий рівень тривоги. Направлена до психолога NGO, отримала підтримку, змогла продовжити вагітність без ускладнень.

Кейс 2. Жінка, 31 рік, II триместр, у Києві. Чоловік на фронті. Розвинулась депресія, відмова від їжі. Вчасне виявлення (EPDS >15 балів), консультація психіатра, безпечна терапія сертраліном. Пологи вчасно, здорова дитина.

Роль NGO та міжнародних програм

- **UNFPA** забезпечує мобільні команди психологів.
- **ВООЗ** підтримує впровадження протоколів щодо ПТСР.
- **Локальні ініціативи** (“Women Support Groups”, “Психологічна допомога поруч”) формують мережі підтримки у громадах.

Це дозволяє компенсувати нестачу державних психологів у консультаціях.

Виклики і можливості

- **Виклик:** брак підготовлених кадрів.
- **Виклик:** стигматизація психічних розладів серед вагітних.
- **Можливість:** інтеграція психоемоційного скринінгу у рутинні огляди (разом із вимірюванням тиску та ваги).
- **Можливість:** створення електронних платформ для психологічної допомоги, доступних навіть у віддалених селах.

Висновки

1. Психоемоційна підтримка вагітних у війні – не другорядна, а життєво важлива складова антенатального догляду.
2. Накази МОЗ №1003, № 1265, №1437 створюють основу для інтеграції психологічної допомоги у систему [14, 12, 16].
3. Навіть короткі інтервенції (скринінг, консультація, група підтримки) суттєво знижують ризик ускладнень.
4. Психологічна турбота під час вагітності – це профілактика не лише для матері, а й для майбутньої дитини.

3.6. Алгоритми дій у разі повітряної тривоги, евакуації, обстрілу

Вагітність у реальності постійної небезпеки

Для більшості жінок у світі вагітність асоціюється з безпекою, домом, підготовкою до народження дитини. В Україні час війни змінив цю картину. Для багатьох вагітних антенатальний догляд відбувається у бомбосховищах, під час евакуаційних потягів чи під обстрілами.

Тому вкрай важливо мати чіткі алгоритми дій, які дозволять мінімізувати ризики для матері й дитини навіть у надзвичайних ситуаціях. Це – своєрідні «правила виживання», що мають бути відомі кожній жінці та кожному медику.

Нормативна база

Хоча більшість наказів МОЗ України стосуються клінічного ведення, є документи, які опосередковано регулюють дії під час надзвичайних ситуацій у медичній сфері:

- **Наказ МОЗ України від 24.09.2020 № 2179**

«Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги “Передчасні пологи”» – має значення, оскільки стрес і евакуація часто провокують передчасні пологи, і алгоритм надання допомоги необхідний навіть у нестабільному середовищі.[9]

Алгоритм дій для вагітної під час повітряної тривоги

1. **Негайно спуститися в укриття** (якщо дозволяє фізичний стан)
 - У пізніх термінах бажано мати поруч стілець чи лавку для сидіння, щоб зменшити навантаження на ноги й спину.
 - Якщо є загроза пологів – інформувати оточення, щоб викликати швидку одразу після відбою.
2. **Мати тривожну сумку вагітної**
 - обмінна карта, результати аналізів;
 - пляшка води, легка їжа;
 - засоби гігієни;
 - базовий набір ліків (залізо, магній, вітаміни, призначені лікарем);
 - маленький ліхтарик.
3. **Контролювати стан плода**
 - рахувати рухи: якщо їх суттєво менше, ніж зазвичай, після тривоги треба обов’язково звернутись до лікаря.

Алгоритм для медиків у разі евакуації

1. **Пріоритетне транспортування вагітних у III триместрі**
 - особливо тих, хто має прееклампсію, діабет, багатоплідну вагітність.
2. **Медична евакуація має бути документована**
 - короткий запис у медкарті або навіть на аркуші: ПІБ, термін вагітності, основні діагнози, призначення.
3. **Мінімальний набір у транспорті**
 - тонометр, акушерський набір, стерильні рукавички, окситоцин, препарати магнію, перев'язувальні матеріали.
4. **Супровід**
 - бажано, щоб вагітну супроводжував медик, але у випадку масової евакуації допускається інструктаж волонтерів.

Дії при обстрілі або під час перебування в укритті

- **Зберігати спокій.** Глибоке дихання допомагає знизити ризик переймів на стресовому фоні.
- **Якщо почалися пологи**
 - повідомити оточення, знайти найчистіше місце;
 - використати будь-які стерильні матеріали (пелюшки, рушники, навіть прасовану тканину);
 - після народження – зігріти дитину “шкіра до шкіри”.
- **При кровотечі**
 - максимально швидко евакуювати після відбою;
 - якщо неможливо – накласти холод на низ живота (навіть пляшка з водою).

Чек-лист для вагітної

- Завжди мати при собі обмінну карту.
- Тривожна сумка має бути готова.

- Знати контакти найближчих медзакладів і “гарячих ліній”.
- Навчитися рахувати рухи плода.
- Повідомити сусідів чи волонтерів про свій термін вагітності (щоб у разі небезпеки допомогли евакуювати першою).

Клінічний кейс. Жінка, 29 років, 32 тижні вагітності. Під час евакуації з Харківщини у потязі почалися перейми. Завдяки тому, що в сумці були документи та мінімальні речі для пологів, а серед пасажирів був медик, дитину вдалося прийняти без ускладнень. Після прибуття в безпечний регіон обох госпіталізували. Цей випадок демонструє: підготовленість і дотримання алгоритмів рятують життя навіть у найважчих умовах.

Роль міжнародних і локальних програм

- **UNFPA** розробляє пам’ятки для вагітних “Що робити під час тривоги/евакуації”.
- **ВООЗ** допомагає формувати мобільні медичні команди з акушерами.
- **Укрзалізниця** обладнала спеціальні вагони для медичної евакуації вагітних.

Висновки

1. Алгоритми дій під час тривоги, евакуації й обстрілів мають бути відомі не лише медикам, а й самій вагітній.
2. Наказ МОЗ №2179 створює рамку для дій у надзвичайних умовах [9].
3. Прості правила (сумка вагітної, обмінна карта, контроль рухів плода) рятують життя.
4. Головне завдання – зробити ці алгоритми доступними у формі пам’яток, чек-листів, мобільних додатків.

3.7. Приклади успішного досвіду: клініки, мобільні бригади, NGO

Світлі історії серед темряви війни

Попри всі труднощі війни, в Україні з'являються історії успіху, які доводять: навіть у найнестабільніших умовах можна організувати якісну допомогу вагітним. Це не лише про медицину, а й про стійкість суспільства, взаємопідтримку та солідарність.

У цьому підпункті розглянемо приклади клінік, мобільних акушерських бригад і громадських організацій, які змогли створити “острівці безпеки” для жінок у найскладніших обставинах.

Досвід українських клінік

Київський перинатальний центр

Попри регулярні повітряні тривоги, у підвальних приміщеннях обладнали резервні пологові зали. Встановили апарати УЗД, забезпечили доступ до кисню, організували цілодобове чергування. Завдяки цьому десятки пологів прийняли навіть під час обстрілів.

Львівський обласний перинатальний центр

Став ключовим місцем маршрутизації для ВПО. Тут створили спеціальні “швидкі коридори” для вагітних переселенок без документів: жінку приймають одразу, без бюрократії, а документи оформлюють згодом.

Одеські клініки

Впровадили телемедичні консультації для жінок з прифронтових районів Миколаївщини, де пересування небезпечне. Це дозволяє хоча б дистанційно контролювати перебіг вагітності.

Мобільні акушерські бригади

Завдяки підтримці міжнародних партнерів (UNFPA, ВООЗ) у кількох регіонах працюють мобільні бригади, які:

- виїжджають у прифронтові громади,
- проводять огляди вагітних, базові аналізи, УЗД,
- роздають “набори вагітної” (тонометри, вітаміни, інформаційні матеріали).

Приклад: Харківська область. Мобільна бригада виїжджала у громади, де жінки не мали доступу до лікарів понад пів року. За місяць оглянули 180 вагітних, у 25% виявили підвищений тиск, у 15% – затримку росту плода. Це дозволило вчасно організувати госпіталізацію й врятувати життя.

NGO та гуманітарні ініціативи

- **UNFPA Україна.** Запустила програму “Мобільні клініки для жінок”, де поряд із акушерами працюють психологи.
- **Червоний Хрест.** Забезпечує евакуаційні потяги медичними командами, включаючи акушерів-гінекологів.
- **Локальні українські ініціативи.** У Тернополі та Чернівцях діють “жіночі кімнати підтримки”, де ВПО можуть безкоштовно отримати консультацію акушера та психолога.
- **Міжнародна медична гуманітарна організація Médecins Sans Frontières (MSF).** Організувала в Дніпрі пункт екстреної допомоги вагітним під час масових обстрілів [25].

Нормативні акценти

Хоча більшість цих ініціатив створені у співпраці з NGO, вони інтегруються у правове поле України. Серед важливих документів:

- **Міжнародні стандарти.** WHO (2016), UNFPA (2020), ACOG та RCOG рекомендують мультидисциплінарні мобільні підходи в кризових ситуаціях.

Клінічні нотатки

Кейс 1. Жінка, 35 років, вагітна двійнею, проживала у прифронтовій громаді на Сумщині. Завдяки мобільній бригаді, яка виявила ознаки прееклампсії, її евакуювали до Києва. Вчасно проведено кесарів розтин, обидві дитини вижили.

Кейс 2. ВПО з Маріуполя, 26 років, на 30-му тижні вагітності, без документів і без обстежень. У Львові її одразу прийняли за “швидким коридором”. Виявлено гестаційний діабет, пролонговано вагітність до 39 тижнів.

Уроки для майбутнього

- Гнучкість системи (швидкі коридори, мобільні бригади) ефективніші за жорсткі бюрократичні механізми.
- Співпраця з NGO дозволяє компенсувати брак ресурсів держави.
- Телемедицина у кризі стає рівноцінною очному прийому для базових консультацій.
- Локальні ініціативи (жіночі кімнати, волонтерські групи) мають величезний ефект у психоемоційній підтримці.

Висновки

Приклади успішного досвіду показують: навіть у війні можлива ефективна система допомоги вагітним. Це досягається через поєднання державних структур, міжнародних програм і місцевих ініціатив.

Ключ до успіху – адаптивність, міжсекторальна співпраця і фокус на людяності. Бо вагітність у війні – це не лише клінічний виклик, а й випробування для всієї системи охорони здоров’я та суспільства.

Підсумок Розділу 3

Аntenатальний догляд як випробування на міцність

У мирний час антенатальний догляд – це впорядкований процес: регулярні візити, планові обстеження, чітка маршрутизація між рівнями допомоги. Війна радикально змінила цю систему.

Маршрут вагітної більше не є гарантованим: він може перериватися на будь-якому етапі – від первинної консультації до транспортування в перинатальний центр.

Попри це, в Україні збереглися приклади успішної адаптації: мобільні бригади, телемедичні консультації, “швидкі коридори” для ВПО. Антенатальний догляд став випробуванням на міцність не лише для медичної системи, а й для суспільства.

Головні проблеми, які ми побачили

1. Порушення маршрутизації – розриви між I–III рівнями допомоги, неможливість транспортування, народження “в дорозі”.
2. Нерівний доступ до скринінгів і УЗД – від повної відсутності діагностики у прифронтових районах до перевантаження лабораторій у Західній Україні.
3. Вагітність у ВПО – пізня реєстрація, втрачені документи, подвійне навантаження на систему.
4. Профілактика ускладнень – обмеженість ресурсів робить критичними мінімальні засоби: тонометр, тест-смужки, глюкометр.
5. Психоемоційний стан – тривога, ПТСР, депресія впливають на перебіг вагітності не менше, ніж соматичні фактори.
6. Алгоритми дій у небезпеці – повітряні тривоги, обстріли, евакуація потребують простих і чітких правил, доступних навіть для немедиків.

7. Приклади успішного досвіду – мобільні клініки, NGO, міжнародні проекти довели, що навіть у кризі можна зберегти ефективність допомоги.

Що це означає для системи охорони здоров'я

- **Гнучкість замість формальності.** У війні класичні протоколи працюють лише частково. Потрібні адаптивні маршрути, мобільні бригади, спрощені процедури.
- **Інтеграція NGO.** Без міжнародної підтримки система не витримала б навантаження. Важливо не лише залучати NGO, а й інтегрувати їх у державні протоколи.
- **Фокус на психоемоційному.** Медична допомога не може обмежуватись аналізами. У війні вагітна потребує емпатії та психологічної підтримки не менше, ніж лікування.
- **Електронні рішення.** Електронні обмінні карти, телемедицина й гарячі лінії – реальні інструменти, які вже довели ефективність.

Висновок

Розділ 3 показав, що антенатальний догляд у війні – це не лише набір медичних процедур, а система виживання. Вона складається з клінічних алгоритмів, адаптованих маршрутів і людського підходу до жінки.

Війна продемонструвала слабкі місця системи, але й відкрила нові можливості: співпрацю з міжнародними організаціями, розвиток телемедицини, мобільні форми допомоги.

Антенатальний догляд став індикатором того, що навіть у темні часи медицина може залишатися джерелом надії.

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ ПОЛОГІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

4.1. Пологові будинки під обстрілами: реальні кейси

Коли пологовий стає мішенню

У мирному світі пологовий будинок символізує безпеку: тут зустрічаються два життя – матері й дитини. У війні цей символ руйнується. Пологові будинки в Україні опинилися серед об'єктів, які зазнавали обстрілів та бомбардувань. Для вагітних це означало не просто ризик – а страх народжувати у приміщенні, яке може бути знищене будь-якої миті.

Історії українських пологових під обстрілами

Маріуполь, березень 2022 року

Обстріл пологового будинку №3 став трагічним символом війни. Жінки на останніх тижнях вагітності, лікарі, немовлята – усі опинилися під завалами. Світ облетіли фото породіль, евакуйованих на носилках серед руїн. Багато жінок втратили дітей, деякі – власне життя.

Харків, весна 2022 року

Кілька пологових будинків працювали у режимі “підземного шпиталю”: пологи приймали у підвалах. Медики облаштували резервні пологові зали у сховищах, обладнали їх апаратами УЗД та киснем. Пологи відбувалися під звуки артилерії.

Миколаїв, літо 2022 року

Пологовий центр зазнав прямих ударів. Вагітних і породіль евакуювали до інших лікарень області. Частина жінок народжувала вже “в дорозі”.

Ці кейси показують: війна позбавила пологові будинки їхньої головної функції – бути простором безпеки.

Клінічні та організаційні виклики

1. Нестача ресурсів

- Відсутність електрики й води у розбомблених будівлях.
- Неможливість забезпечити стерильність операційних.
- Перебої з медикаментами (утеротоніки, антибіотики, знеболювальні).

2. Перервані маршрутизаційні ланцюги

- Вагітних скеровували у сусідні області.
- Часто транспортування відбувалося без належного медичного супроводу.

3. Психологічний тиск

- Жінки народжували у стані страху: “чи не впаде снаряд у залу?”.
- Медики працювали по кілька діб без відпочинку.

Як виживала система

• Перенесення пологів у підземні приміщення

У багатьох містах пологові облаштовували підвали: переносили ліжка, апаратуру, навіть кювети для новонароджених.

• Створення тимчасових пологових залів

У західних областях приймали вагітних із Харкова, Маріуполя, Миколаєва. Лікарні організовували додаткові зали, часто у звичайних палатах.

- **Евакуаційні коридори**

Завдяки домовленостям із міжнародними організаціями (UNFPA, Червоний Хрест) створювались евакуаційні маршрути для жінок на пізніх термінах.

- **Телемедицина**

У місцях, де лікарі не могли бути постійно присутні, вагітним надавали онлайн-консультації.

Клінічний кейс. Жінка, 29 років, 38 тижнів вагітності, Маріуполь. Пологи почалися у бомбосховищі після руйнування пологового. Лікарів не було поруч, пологи приймала медсестра та інші жінки. Завдяки базовим знанням і простим засобам вдалося врятувати маму та дитину. Але через відсутність належного догляду виникла сильна післяпологове кровотеча, яку змогли зупинити лише після евакуації. Цей випадок ілюструє: навіть коли життя зберегли, ускладнення могли коштувати життя без своєчасної допомоги.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Пологові часто працювали під землею; ВООЗ та MSF постачали портативні кювети й апарати ШВЛ.
- **Ємен.** Пологи у зруйнованих госпіталях – мобільні бригади приймали до 70% усіх пологів.
- **Косово.** Евакуація вагітних за кордон була поширеною практикою, що зменшила материнську смертність.

Цей досвід співзвучний із українським: виживання залежить від гнучкості системи й мобільності медиків.

Практичні уроки

1. Дублювання критичних функцій

- Апаратура має бути у двох місцях: у звичайних залах і у сховищі.

2. Навчання персоналу діям у кризі

- Кожен лікар і акушерка повинні мати навички роботи “в польових умовах”.

3. Евакуаційні алгоритми

- Створення “зелених коридорів” для вагітних у III триместрі.

4. Психологічна підтримка

- Робота кризових психологів із медиками та породіллями.

Висновки

Пологові будинки під обстрілами – це трагедія і виклик для медицини. Український досвід довів: навіть у зруйнованих будівлях можна зберегти життя, якщо є мобільність, імпровізація та підтримка міжнародних партнерів.

Головний урок: пологовий будинок має бути не лише місцем, а й системою, здатною функціонувати навіть у підземеллі чи евакуаційному потязі.

4.2. Пологи в укриттях, евакуаційних поїздах, автошпиталях

Коли місце пологів визначає війна

У мирний час місце пологів обирають за принципом безпеки та комфорту: пологовий будинок, сучасний перинатальний центр, інколи – домашні пологи під наглядом фахівця. У війні все змінюється. Вибір часто не існує. Пологи відбуваються там, де застася сирена чи евакуація: у підвалі, на платформі евакуаційного потяга, у мобільному шпиталі.

Ці історії показують межу людської стійкості, але й силу системи охорони здоров'я, яка здатна імпровізувати.

Пологи в укриттях

- У перші місяці повномасштабного вторгнення тисячі жінок народжували у підвалах та бомбосховищах.
- У Києві, Харкові, Чернігові облаштовували “резервні пологові кімнати” у підземеллях лікарень.
- Мінімальні умови: матрац, світло від генератора чи свічок, базові стерильні набори.

Клінічний кейс. Жінка, 31 рік, Київ. Пологи почалися під час артобстрілу. Евакуювати у пологовий було неможливо, тому їх прийняли у підвалі лікарні. Дитина народилася здоровою, мати отримала антибіотикопрофілактику вже після відбою. Укриття не створені для медицини, але вони рятують життя, коли іншого вибору немає.

Пологи в евакуаційних поїздах

- Укрзалізниця облаштувала спеціальні вагони з медичними відділеннями для транспортування поранених та вагітних.
- У період масових евакуацій із Харкова, Краматорська, Слов’янська у таких потягах відбулося десятки пологів.
- Обладнання – мінімальне: ліжка, акушерські набори, базові медикаменти.
- Медичний супровід забезпечували лікарі-волонтери та акушерки.

Клінічний кейс. Харківська область, весна 2022 року. Жінка, 28 років, на 37 тижні вагітності. Під час поїздки у евакуаційному потязі почалися переїми. Акушерка прийняла пологи у вагоні. Новонародженого обгорнули у ковдру, мама отримала ін’єкцію окситоцину. Після прибуття у Львів обох госпіталізували. Потяги стали символом “мобільного пологового будинку” у війні.

Пологи в автошпиталях і мобільних клініках

- Автомобільні шпиталі розгортали у Миколаївській, Дніпропетровській, Запорізькій областях.
- Це спеціально обладнані машини з кушеткою, невеликим набором акушерських інструментів, генератором.
- Такі пологи відбувалися переважно у жінок, яких не встигли евакуювати у лікарню.

Клінічний кейс. Жінка, 22 роки, ВПО, пологи почалися у черзі на евакуацію. Автошпиталь прийняв її просто на дорозі. Народила хлопчика. Медики відзначили: найважче було підтримати стерильність, але вдалося уникнути інфекційних ускладнень.

Медичні й етичні виклики

1. Відсутність умов для кесарського розтину

- У підвалі чи потязі можна прийняти лише фізіологічні пологи.
- Це створює високий ризик у випадках тазового передлежання чи дистресу плода.

2. Інфекційна безпека

- Мінімальна стерильність під час пологів у сховищах.
- Ризик післяпологових інфекцій у матері й новонародженого.

3. Психологічна травма

- Для матері: пологи в атмосфері страху.
- Для медиків: робота під обстрілами, без гарантій власної безпеки.

4. Право на гідні пологи

- Згідно з міжнародними стандартами (WHO, UNFPA), навіть у кризі жінка має право на емпатію, приватність і людяність.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Багато пологів відбувалося у підземних “клініках-укриттях”.
- **Ємен.** UNICEF облаштував мобільні палатки для пологів у таборах біженців.
- **Косово.** Евакуаційні коридори включали “пологи у дорозі” як частину протоколів.

Цей досвід підтверджує: мобільність і гнучкість – ключ до виживання системи.

Практичні рекомендації для України

1. **“Набір екстрених пологів”** – стандартний пакет для укриття/поїзда/автошпиталю: стерильні рукавички, ножиці, пуповинні затискачі, окситоцин, перев’язувальні матеріали.
2. **Навчання медиків і волонтерів.** Кожна мобільна бригада має мати хоча б одного фахівця, здатного прийняти пологи.
3. **Алгоритми для немедиків.** Простий чек-лист: що робити, якщо пологи почалися без лікаря.
4. **Психологічна підтримка.** Гарячі лінії для породіль після екстрених пологів.

Висновки

Пологи в укриттях, потягах і автошпиталях стали новою реальністю війни. Це пологи у стані небезпеки, без вибору, але із величезною силою медиків та жінок.

Головний урок: пологи можливі будь-де, але якість і безпека залежать від підготовленості системи та наявності навіть мінімальних ресурсів.

4.3. Технічне забезпечення та імпровізація в польових умовах

Коли обладнання визначає шанс на життя

У пологовій залі мирного часу завжди є стандарт: стерильні інструменти, монітори, ліки, кисень, операційна на випадок кесарського розтину. У війні цей стандарт руйнується. Пологи відбуваються у підвалах, потягах, тимчасових шпиталях, де обладнання – розкіш. Тоді народжується інший ресурс – імпровізація, здатність медиків замінити відсутні інструменти підручними засобами.

Мінімальний набір для безпечних пологів

Навіть у кризових умовах існує базовий список, без якого ризик смертності різко зростає.

- стерильні рукавички;
- ножиці/лезо для перерізання пуповини;
- пуповинні затискачі (або перев'язувальний матеріал);
- утеротоніки (окситоцин, мізопростол);
- перев'язувальні матеріали та антисептики;
- ліхтарик або портативне джерело світла;
- термоковдра або ковдра для зігрівання новонародженого.

ВООЗ у «Emergency obstetric care guidelines» називає цей набір “життєвим мінімумом”, який повинен бути навіть у польових умовах.

Як імпровізують українські медики

1. Заміна стерильних затискачів

- Використання кип'яченої стрічки тканини чи шнура.
- У деяких випадках – одноразові пластикові хомути з аптечки.

2. Лампи й світло

- Заміна операційної лампи на ліхтарик із телефона.
- Використання акумуляторних ліхтарів від волонтерів.

3. Стерилізація

- Відсутність автоклава – кип'ятіння у металевих каструлях, обробка спиртом.

4. Інкубатори для новонароджених

- Використання методу “кенгуру” (шкіра до шкіри), коли немає кювезів.
- Нагрівальні грілки, пляшки з гарячою водою, загорнуті у тканину.

5. Заміна медикаментів

- Коли немає окситоцину – використання мізопростолу (таблетки розчиняють і вводять під язик).
- При дефіциті антибіотиків – перехід на доступні препарати із загальної аптечки.

Клінічні кейси

Кейс 1. Харків, 2022 рік. У підвалі пологового світло зникло під час пологів. Лікарі працювали під світлом телефонів, а пуповину перев'язали стерилізованою тканиною. Мати й дитина вижили, жодних інфекцій не зафіксовано.

Кейс 2. Миколаївська область. Дитина народилася передчасно. Кювезів не було, тому немовля зігрівали “шкіра до шкіри”, застосовували грілки. Завдяки цьому дитина адаптувалася без гіпотермії до транспортування.

Роль міжнародної допомоги

- **UNFPA** постачає “пологи у коробці” – набір для екстрених пологів (стерильні інструменти, антисептики, ліки).
- **ВООЗ** забезпечує портативними апаратами УЗД і моніторами для плода.

- **Червоний Хрест** передає мобільні генератори та акушерські набори.

Ці рішення зменшують необхідність у небезпечних імпровізаціях.

Міжнародний досвід

- **Ємен.** Використовували пластикові пакети як імпровізовані “грілки” для недоношених.
- **Сирія.** Лікарі приймали пологи у підземеллях, стерилізуючи інструменти на вогні.
- **Африка (табір біженців).** Організація MSF застосовувала “birth kits” у картонних коробках, де є мінімальний набір для прийняття пологів.

Практичні рекомендації для України

1. Стандартизовані “екстрені пакети пологів”. Їх потрібно мати в кожній лікарні, евакуаційному транспорті, укритті.
2. Портативні генератори та ліхтарі. Постачання у всі пологові відділення.
3. Навчання персоналу імпровізованим методам. Створення коротких протоколів “як діяти без обладнання”.
4. Волонтерська логістика. Забезпечення віддалених сіл простими наборами для прийняття пологів.

Висновки

Технічне забезпечення у війні часто визначає різницю між життям і смертю. Коли обладнання немає, на перший план виходять винахідливість і готовність медиків діяти без стандартних засобів.

Але головний висновок такий: імпровізація не має стати нормою. Вона рятує у кризі, але системна допомога (екстрені набори, мобільні бригади, підтримка міжнародних партнерів) повинна замінювати хаотичні рішення.

4.4. Акушерські алгоритми в екстремальних умовах (таблиці, чек-листи)

Чому алгоритми важливі саме у війні

У мирний час лікар має доступ до протоколів, консультацій колег, сучасного обладнання. У війні – часто залишається сам на сам із жінкою в пологах, мінімумом інструментів і секундним вибором: діяти чи чекати. У таких обставинах алгоритм стає рятувним інструментом. Це простий набір кроків, які знижують паніку й допомагають діяти навіть неонатологу чи акушерці без досвіду в кризі.

Базові принципи алгоритмів у війні

1. **Простота.** Мінімум складних термінів, максимум чітких дій.
2. **Універсальність.** Можливість застосування у сховищі, по-тязі, автошпиталі.
3. **Пріоритет життя.** Усі алгоритми спрямовані на виживання матері й дитини, а не на “ідеальні” умови.
4. **Візуалізація.** Алгоритм має бути у вигляді таблиці чи чек-листа, який можна прочитати навіть у стресі.

Алгоритм 1. Фізіологічні пологи без ускладнень

Чек-лист (мінімальний):

- Переконатися, що руки чисті (рукавички або вимиті з милом).
- Вести жінку словами: “дихай, не поспішай, ми разом”.
- Після народження голови – очистити рот і ніс від слизу.
- Народження плечиків і тулуба – підтримати, не тягнути.
- Дитину одразу на груди матері (“шкіра до шкіри”).

- Перерізати пуповину (стерильними інструментами чи перев'язаним кип'яченим шнуром).
- Ввести матері утеротонік (окситоцин/мізопростол).
- Контролювати кровотечу, масажувати матку.

Цей алгоритм особливо важливий у разі, коли пологи приймає немедик або акушерка без обладнання.

Алгоритм 2. Масивна кровотеча після пологів

Таблиця “4 кроки виживання”

Крок	Дія	Пояснення
1	Масаж матки	Стискати й масажувати дно матки для скорочення
2	Медикаменти	Якщо є: окситоцин 10 МО в/м або мізопростол 800 мкг під язик
3	Холод	Прикласти лід/пляшку з холодною водою до низу живота
4	Евакуація	Негайно транспортувати до найближчого закладу

Навіть виконання лише перших трьох кроків може врятувати життя, вигравши час до медичної допомоги.

Алгоритм 3. Невідкладна допомога новонародженому

Чек-лист “Перші 5 хвилин”:

- Оцінити дихання: є чи немає?
- Якщо немає – стимулювати (терти спинку, стопи).
- Якщо дихання не відновлюється – 5 вдихів “рот у рот” (через тканину).
- Утримувати тепло: загорнути у суху тканину, тримати на грудях матері.
- За наявності – подати кисень із балона чи концентратору.

Цей протокол базується на рекомендаціях ВООЗ (Helping Babies Breathe) [21].

Алгоритм 4. Пологи в дорозі (потяг, авто, укриття)

Таблиця “10 кроків безпеки”

Етап	Дія
1	Заспокоїти жінку, пояснити, що ви поруч
2	Покласти чисту тканину під неї
3	Вести пологи словами, не втручатись без потреби
4	Прийняти дитину в чисту тканину
5	Очистити рот і ніс
6	Покласти на груди матері
7	Прикрити ковдрою
8	Перерізати пуповину після зупинки пульсації
9	Масаж матки, контролювати кровотечу
10	Організувати транспортування у лікарню

Клінічні кейси

Кейс 1. Чернігів, весна 2022 року. Жінка народила у підвалі під час обстрілу. Масаж матки та введений мізопростол врятували її життя після кровотечі, доки швидка не змогла евакуювати.

Кейс 2. Дніпро, евакуаційний потяг. Новонароджений не дихав одразу після народження. Акушерка виконала стимуляцію, потім зробила кілька вдихів “рот у рот”. Дитина заплакала через хвилину.

Міжнародний досвід

- **UNFPA у Сирії** друкував ламіновані картки з алгоритмами для акушерів у кризових зонах.
- **MSF у Ємені** навчали навіть волонтерів мінімальним діям при пологах.

- **RCOG** радить мати “чек-листи виживання” у кожній мобільній бригаді.

Практичні рекомендації для України

1. Створити **національні короткі чек-листи** для кризових ситуацій (2–3 сторінки, зрозумілі навіть немедику).
2. Розповсюджувати їх через волонтерів, громадські організації, мобільні додатки.
3. Обладнати **“екстрені сумки”** для кожної мобільної бригади з друкованими алгоритмами.
4. Проводити тренінги для медиків і парамедиків за моделлю WHO “Helping Mothers Survive”.

Висновки

Алгоритми й чек-листи у війні – це не теорія, а інструменти виживання. Вони допомагають діяти швидко, структуровано й без паніки.

В умовах, коли доступ до лікарень обмежений, а ресурси мінімальні, саме **прості й зрозумілі схеми рятують життя матері та дитини.**

4.5. Знеболення в умовах обмеженого доступу до медикаментів

Біль пологів і біль війни

У нормальних умовах сучасне акушерство має широкий спектр методів знеболення: епідуральна анестезія, інгаляційні анестети-

ки, внутрішньовенні препарати, немедикаментозні техніки. У війні цей арсенал різко скорочується. Багато пологових залишаються без анестезіологів, медикаменти не завжди доступні, обладнання пошкоджене чи відсутнє.

У таких умовах питання знеболення стає не лише медичним, а й етичним: як забезпечити жінці гідність і зменшити її страждання, коли немає стандартних засобів.

Виклики у знеболенні під час війни

1. **Дефіцит анестезіологів.** Частина лікарів мобілізовані або евакуйовані.
2. **Відсутність медикаментів.** Епідуральні набори, інгаляційні анестетики, опіоїди часто недоступні.
3. **Проблеми з інфраструктурою.** Немає стабільного світла, кисню, моніторів для контролю стану.
4. **Психоемоційний фон.** Біль посилюється тривогою, страхом, перебуванням у сховищах.

Немедикаментозні методи (реалістичні у війні)

- **Дихальні техніки.** Навчання вагітних простим методам (глибоке повільне дихання, “видих у суглику”).
- **Пози під час пологів.** Вертикальні пози, опора на коліна чи на руки зменшують інтенсивність болю.
- **Тепло/холод.** Грілка або пляшка з теплою водою на поперек.
- **Масаж.** Легка стимуляція поперек, стегон під час перейм.
- **Психоемоційна підтримка.** Присутність акушерки, волонтера, партнера (якщо можливо) знижує рівень стресу.

WHO у “Labour Care Guide” (2021) наголошує: навіть у кризових умовах немедикаментозні методи залишаються базою знеболення [37].

Медикаментозні можливості в умовах дефіциту

1. **Пероральні анальгетики.** Парацетамол, ібупрофен (якщо немає протипоказань).
2. **Внутрішньом'язові ін'єкції.** Дротаверин, спазмолітики (часто доступніші, ніж опіоїди).
3. **Внутрішньовенні препарати.** Кеторолак, метамізол – інколи єдина альтернатива.
4. **Інгаляційний кисень/закис азоту.** Використовується рідко, бо залежить від обладнання.
5. **Епідуральна анестезія.** У великих центрах ще можлива, але у польових умовах практично відсутня.

Клінічні кейси

Кейс 1. Чернігів, 2022. У бомбосховищі жінка народжувала без доступу до медикаментів. Акушерка навчала її дихати, масажувала поперек, забезпечувала психологічну підтримку. Хоча біль був сильний, жінка зазначила: “Найбільше допомогло те, що я не була сама”.

Кейс 2. Львів, 2023. Пологовий, перевантажений ВПО. Епідуральні набори закінчились. Лікарі застосували комбінацію внутрішньом'язових анальгетиків і немедикаментозних методів. Пологи відбулися без ускладнень.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** У мобільних клініках використовували лише немедикаментозні методи, анальгетики — у мінімальних дозах.
- **Ємен.** MSF застосовували кетамін у низьких дозах як єдиний доступний анестетик при ускладнених пологах.
- **Косово.** Психологічна підтримка і присутність партнерів були головним інструментом знеболення.

Практичні рекомендації для України

1. Стандартизовані набори знеболення. Навіть у мобільних бригадах мають бути базові препарати (парацетамол, дротаверин, метамізол, кеторолак).
2. Навчання немедикаментозним методам. Курси для вагітних і акушерок, що не потребують обладнання.
3. Психоемоційна присутність. Навіть волонтер чи сусідка у сховищі може зменшити біль, якщо підтримує жінку.
4. Розробка протоколу “мінімального знеболення”. Чіткий список доступних методів на випадок відсутності стандартних засобів.

Висновки

Знеболення у війні – це баланс між доступними ресурсами й людяністю. Коли немає ліків чи анестезіолога, вагітна не повинна залишатися наодинці з болем.

Навіть прості методи – дихання, пози, масаж, слова підтримки – знижують страждання.

А медикаментозні засоби, хоч і обмежені, повинні використовуватися максимально раціонально.

Головний урок: гідні пологи можливі навіть у кризі, якщо поєднати клінічні знання та емпатію.

4.6. Досвід лікарів: щоденники, свідчення, приклади емпатії

Пологи очима тих, хто приймає їх у війні

Лікарі-акушери, акушерки, медсестри у війні стають не лише клініцистами, а й хроністами. Їхні щоденники, спогади, короткі записи у соціальних мережах перетворюються на свідчення епохи. Вони розповідають про пологи, які відбуваються під сирени, у сховищах, у евакуаційних потягах. І найважливіше – вони показують, що навіть у нелюдських умовах медицина може залишатися людяною.

Пряма мова

“Харків, березень 2022-го.” Акушерка записала у щоденнику: “Ми прийняли троє пологів у підвалі. Світло – від генератора. Один хлопчик народився недоношеним. Ми тримали його біля мами, щоб зігріти. Кювезів не було. Я боялася, що він не доживе до ранку. Але він вижив. Це було диво серед руїн.”

“Маріуполь, зруйнований пологовий.” Лікар згадує: “Я ніколи не забуду очі жінки, яку виносили з-під завалів у східному крилі. Вона народжувала, коли вибухова хвиля вибила вікна. Ми були безсилі. Але навіть тоді я відчував: найважливіше – бути поруч і говорити, що вона не сама.”

“Львів, пологовий для ВПО.” “Ми зустрічали жінок, які приїжджали без документів, без жодного обстеження. Я розуміла: вони тікали від війни, але народжувати довелося тут. Моє завдання – не запитувати, чому так сталося, а дати відчуття, що вони у безпеці.”

У багатьох містах лікарі вели короткі “щоденники чергувань”:

- **Запоріжжя:** “Уночі народили дві дівчинки. Ми не встигли перенести мам у сховище. Вони народжували під гуркіт. Але

обидві дівчинки голосно закричали – і цей крик заглушив усе.”

- **Київ:** “Я ніколи не думала, що буду приймати пологи з автоматом у руках у коридорі пологового. Але коли поруч вибухи, відчуваєш, що захищаєш не лише пацієнтку, а й саму ідею життя.”
- **Слово як ліки.** Лікарі говорять: “Ти сильна. Ми з тобою. Дитина вже поруч.” Ці слова стають потужнішими за медикаменти, коли нічого більше немає.
- **Підтримка дотиком.** Акушерка тримає жінку за руку під час сутичок у підвалі. Це створює відчуття безпеки.
- **Партнерські пологи у кризі.** Навіть у війні деякі заклади дозволяли чоловікам бути поруч. Для жінки це – опора.
- **Маленькі ритуали.** У Львові лікарі, коли народжується дитина від ВПО, дарують маленьку вишиванку. Це акт прийняття й тепла.

Міжнародні паралелі

- **Сирія.** Лікарі писали у блогах: “Ми тримаємо життя у руках, коли над нами падають бомби.”
- **Ємен.** Медики MSF описували, як немає ліків, але є спільнота – і це дозволяє підтримувати матерів.
- **Руанда.** У щоденниках акушерів головна думка: “Емпатія – це валюта, яка ніколи не закінчується.”

Чому досвід лікарів має значення

1. **Професійна пам'ять.** Це уроки для майбутніх поколінь медиків.
2. **Емоційна стійкість.** Щоденники стають інструментом психотерапії для самих лікарів.

3. **Історичний доказ.** Свідчення показують світу: медицина в Україні працює навіть у руїнах.
4. **Формування культури емпатії.** Ці історії нагадують: клініка – це не лише протоколи, а й людина.

Практичні кроки

- Збирати й архівувати щоденники та свідчення медиків.
- Створити національну платформу для “історій війни в медицині”.
- Використовувати ці приклади у навчанні студентів-медиків.
- Підтримувати лікарів психологічно через супервізії та групи розвантаження.

Висновки

Досвід лікарів у війні – це не лише про клініку. Це історії про людяність, співчуття й готовність залишатися поруч у найстрашніші моменти.

Свідчення показують: у війні лікар стає одночасно фахівцем і свідком, терапевтом і другом, науковцем і хроністом.

І головний урок: емпатія – це не додаток до медицини, а її серцевина, особливо у війні.

4.7. Пологи у жінок із бойовою травмою, опіками, інвалідністю

Коли тіло вже поранене, але життя триває

Війна призвела до того, що частина вагітних жінок зазнала прямого впливу бойових дій – травм, опіків, ампутацій, інвалідиза-

ції. Для них пологи стають не лише фізіологічним процесом, а й справжнім випробуванням на межі можливостей організму. Кожна така історія – це приклад надлюдської сили, але й величезний виклик для медиків, яким доводиться імпровізувати, поєднуючи акушерську допомогу з елементами військової медицини, реабілітації та психоемоційної підтримки.

Категорії особливих пацієнтів

1. Жінки з бойовими травмами

- уламкові поранення таза чи живота;
- черепно-мозкові травми;
- травми кінцівок, ампутації.

2. Жінки з опіками

- опіки обличчя та дихальних шляхів (ускладнення анестезії);
- великі опіки шкіри, які ускладнюють догляд, грудне вигодовування.

3. Жінки з інвалідністю

- рухові порушення (колісні крісла, контрактури);
- сенсорні обмеження (глухота, сліпота);
- психічні розлади, що загострились через війну.

Медичні виклики

1. Акушерські ризики

- Пошкодження таза може унеможливити фізіологічні пологи.
- Опіковий шок під час пологів підвищує ризик материнської смертності.
- Вагітні з ампутаціями часто потребують спеціальних положень тіла під час пологів.

2. Анестезіологічні проблеми

- Опіки дихальних шляхів ускладнюють інтубацію.
- Обмежені можливості знеболення у польових умовах.

3. Неонатологічні ризики

- Діти таких жінок частіше народжуються передчасно.
- Високий ризик гіпоксії плода через стрес матері.

4. Психологічний фактор

- Жінка може мати ПТСР, відчуття “подвійної вразливості”: як постраждала і як майбутня мама.
- Пологи у такому стані вимагають емпатії не менше, ніж медикаментів.

Клінічні кейси

Кейс 1. Жінка, 27 років, вагітна на 34 тижні, отримала уламкове поранення таза під час обстрілу. Було проведено кесарський розтин у військовому госпіталі. Дитина народилася живою, мати потребувала тривалої реабілітації.

Кейс 2. Жінка, 31 рік, із тяжкими опіками грудей і рук після пожежі, спричиненої бомбардуванням. Пологи прийняли у спеціалізованому опіковому центрі. Вигодовування грудьми було неможливим, але завдяки психологічній підтримці та донорському молоку дитина отримала необхідний догляд.

Кейс 3. Жінка з Дніпра, інвалідність I групи (ампутація обох ніг після ДТП до війни). Народжувала у перинатальному центрі. Для полегшення пологів використовували спеціальні пози та додаткову опору. Дитина народилася здоровою.

Міжнародний досвід

- **Ірак, Сирія.** Жінки з бойовими травмами часто народжували у військових госпіталях, де поєднували акушерів і хірургів.
- **Ємен.** Для опікових пацієнток створювали спеціалізовані пологові зали в опікових центрах.
- **Афганістан.** Організації MSF і UNFPA розробили протоколи ведення пологів у жінок з інвалідністю (з наголосом на партнерські пологи й психологічний супровід).

Практичні рекомендації

1. Мультидисциплінарність

- Пологи у жінок із травмами/опіками мають вести акушер + хірург + анестезіолог.

2. Адаптація пологових позицій

- Використання додаткових валиків, крісел, спеціальних ліжок для жінок з ампутаціями.

3. Спеціальні пакети догляду

- Для опікових пацієнток – м'які пов'язки, антисептики, засоби знеболення.
- Для жінок з інвалідністю – доступність транспортування та безбар'єрні умови.

4. Психологічна підтримка

- Кожна така пацієнтка має право на психотерапевтичний супровід.
- Використання методів кризового консультування.

5. Соціальні програми

- Забезпечення таких жінок особливими державними гарантіями (додаткове фінансування, програми підтримки догляду за дитиною).

Пряма мова: Лікарі, які працюють із такими пацієнтками, часто наголошують: “Це не просто пологи, це відродження. Жінка, яка пережила війну тілом і душею, народжує майбутнє. І наше завдання – зробити цей момент гідним, безпечним і людським.”

Висновки

Пологи у жінок із бойовою травмою, опіками чи інвалідністю – це приклад медицини на межі. Вони вимагають мультидисци-

плінарності, адаптивних підходів, максимального використання навіть мінімальних ресурсів.

Але понад усе – вони вимагають емпатії. Бо у таких жінок війна вже залишила слід на тілі. І саме медицина може стати тим простором, де життя переможе травму.

Підсумок Розділу 4

Особливості пологів в умовах війни

Ключові уроки

Розділ 4 показав, що пологи у війні – це не лише клінічна подія, а комплексний виклик системі охорони здоров'я, суспільству й самій жінці.

Ми розглянули:

- **пологові будинки під обстрілами** – коли безпека лікарні зникає, але медики продовжують рятувати життя;
- **пологи в укриттях, потягах, автошпиталях** – як мобільність і імпровізація стають новим стандартом;
- **технічне забезпечення** – мінімальні набори й креативність у відсутності апаратури;
- **алгоритми й чек-листи** – прості схеми, які рятують, коли немає часу на роздуми;
- **знеболення** – баланс між мінімальними медикаментами та немедикаментозними методами;
- **досвід лікарів** – свідчення й щоденники, що формують культуру емпатії;
- **особливі пологи у жінок із травмами та інвалідністю** – мультидисциплінарний підхід як обов'язкова умова.

Що це означає для системи

1. **Гнучкість – формальність.** Протоколи працюють лише тоді, коли їх адаптують під реалії війни.
2. **Мобільність.** Потяги, автошпиталі, мобільні бригади стають новим рівнем акушерської допомоги.
3. **Простота рятує.** Чек-листи та короткі алгоритми – ключ до виживання у стресових умовах.
4. **Людяність.** Навіть без ліків і обладнання лікарі можуть дати найцінніше – відчуття безпеки та підтримки.

Висновок

Розділ 4 довів: пологи у війні можливі будь-де, але їхня безпека залежить від готовності системи до найгіршого. Війна змусила українську медицину бути не лише професійною, а й креативною, мобільною, емпатичною.

І головне – навіть серед руїн народжується життя. Це і є найбільший аргумент на користь стійкості та людяності медицини.

РОЗДІЛ 5

НЕОНАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

5.1. Передчасно народжені діти: ризики, транспорт, підтримка

Чому передчасність у війні стає ще небезпечнішою

Передчасно народжені діти становлять близько 8–10% усіх новонароджених у світі. У мирних умовах вони потребують високо-технологічної допомоги: кювезів, апаратів ШВЛ, моніторів, інфузоматів, спеціального догляду. У війні ці умови часто відсутні, а ризики подвоюються.

Коли пологовий будинок зруйнований або евакуація триває під обстрілами, передчасність перетворюється на критичний виклик.

Основні ризики для передчасно народжених у війні

1. *Респіраторний дистрес-синдром (РДС)*

- Відсутність сурфактанту, неможливість ШВЛ у польових умовах.

2. *Гіпотермія*

- Втрата тепла у сховищах, вагонах, евакуаційних машинах.

3. *Гіпоглікемія*

- Неможливість регулярного годування через нестачу молока чи відсутність сумішей.

4. *Інфекції*

- Нестача стерильності, антибіотиків, доступу до лабораторій.

5. *Нестача кисню*

- Перебої з електрикою – неможливість користуватись концентраторами чи балонами.

Усі ці фактори призводять до того, що смертність серед передчасно народжених у зоні бойових дій у 2–3 рази вища, ніж у стабільних регіонах.

Транспортування передчасно народжених дітей

У мирних умовах транспорт новонароджених – це спеціалізовані реанімобілі з інкубаторами. У війні це розкіш. Часто дітей перевозять у звичайних машинах швидкої або навіть у приватних авто.

Принципи безпечного транспорту у війні:

- **Тепло.** Дитину загортають у ковдру, використовуючи метод “кенгуру” (шкіра до шкіри з матір’ю чи волонтером).
- **Дихання.** Якщо доступні – портативні апарати СРАР, якщо ні – ручні амбу-балони.
- **Глюкоза.** При можливості – внутрішньовенна підтримка 10% глюкозою.
- **Маршрутизація.** Пріоритетний транспорт у заклади III рівня або обласні перинатальні центри.

UNFPA та ВООЗ у 2022–2023 роках забезпечували Україну портативними кювезами та реанімаційними наборами для мобільних бригад.

Методи підтримки без високотехнологічного обладнання

1. Метод “кенгуру”

- Контакт шкіра до шкіри, навіть у сховищі чи потязі.
- Доведено знижує смертність серед недоношених на 40%.

2. Імпровізовані кювези

- Використання картонних коробок з грілками або пляшками з теплою водою.

3. Годування

- Використання грудного молока (навіть краплями з ложечки чи шприца).
- Якщо молоко відсутнє – донорське або гуманітарне харчування.

4. Інфекційний контроль

- Просте миття рук, кип'ятіння тканин, мінімальне дотримання гігієни.

Клінічні кейси

Кейс 1. Харків, 2022. Дитина народилася на 29 тижні у підвалі. Кювезів не було. Використали метод “кенгуру”, мати тримала дитину на грудях цілодобово. За два тижні вдалося евакуювати до Львова, де дитина отримала спеціалізовану допомогу.

Кейс 2. Запорізька область. Передчасно народжена дитина транспортувалась у цивільній машині. Волонтер тримав немовля під одягом, зігріваючи тілом. Це врятувало його від гіпотермії.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Використання пластикових контейнерів із лампами як імпровізованих інкубаторів.
- **Ємен.** Масове застосування методу “кенгуру” у таборах біженців.
- **Руанда.** Впровадження “community kangaroo care”, коли матеріям допомагають інші жінки з громади.

Практичні рекомендації для України

1. Забезпечити **мобільні неонатальні набори** у кожному госпіталі та евакуаційному центрі.

2. Навчати матерів і медиків *методу “кенгуру”* як базового стандарту.
3. Використовувати *портативні кювези*, які працюють без електрики.
4. Організувати *систему “швидких коридорів”* для транспортування передчасно народжених у центри III рівня.
5. Створити *гарячі лінії для медиків*, щоб консультуватися у складних випадках під час евакуації.

Висновки

Передчасно народжені діти у війні – найвразливіша група. Вони залежать від технологій, яких часто немає. Але навіть у найгірших умовах є інструменти для збереження життя: тепло, контакт шкіра до шкіри, базова гігієна й мінімальні медикаменти.

Головний урок: **не завжди потрібна високотехнологічна апаратура, щоб врятувати передчасно народжену дитину. Часто найважливіше – це тепло, турбота й безперервна підтримка.**

5.2. Гіпотермія, гіпоглікемія, асфіксія – тактика дій

Три загрози життя у перші години

У перші години після народження новонароджений стикається з трьома найчастішими й найнебезпечнішими загрозами: гіпотермією, гіпоглікемією та асфіксією. У мирних умовах їх попереджують завдяки сучасним технологіям – кювезам, моніторам, внутрішньовенним інфузоматам. У війні ці ресурси часто недоступні. Тому виживання залежить від простих, але чітких дій, які мають бути відомі кожному медику, акушерці чи навіть матері.

Гіпотермія

Чому виникає?

- холодні сховища, відсутність електрики й опалення;
- нестача інкубаторів і портативних кювезів;
- затримка прикладання до грудей.

Тактика дій:

1. **Метод “кенгуру”.** Дитина розміщується на грудях матері “шкіра до шкіри”.
2. **Укутування.** Використання кількох шарів тканини, ковдр.
3. **Теплові джерела.** Грілки, пляшки з теплою водою, загорнуті у тканину.
4. **Мінімізація тепловтрат.** Висушування відразу після народження, закривання голови шапочкою.

Доведено: навіть у відсутності кювезів метод “кенгуру” знижує смертність новонароджених на 40%.

Гіпоглікемія

Причини у воєнних умовах:

- неможливість раннього прикладання до грудей (стрес, евакуація, відсутність молока);
- дефіцит сумішей і донорського молока;
- передчасність, низька вага при народженні.

Тактика дій:

1. **Раннє годування.** Навіть кілька крапель молозива через ложечку чи шприц.
2. **Годування “по годинах”.** Якщо дитина не смокче, годувати кожні 2–3 години вручну.
3. **За відсутності грудного молока.** Використання гуманітарних сумішей або донорського молока.
4. **Моніторинг.** Оцінка стану дитини: сонливість, тремор, судоми – сигнал для термінового втручання.

5. **Екстрена допомога.** Якщо є доступ – внутрішньовенне введення 10% розчину глюкози.

ВООЗ радить: навіть у кризі годування має бути пріоритетом, і кожна дитина має отримати молозиво в перші години.

Асфіксія

Причини:

- затяжні пологи у польових умовах;
- відсутність доступу до кесарського розтину;
- народження поза лікарнею без фахівця.

Тактика дій (за алгоритмом WHO “Helping Babies Breathe”):

1. **Оцінка дихання відразу після народження**

- Дихає – залишити з мамою.
- Не дихає – діяти негайно.

2. **Стимуляція**

- Терти спинку, стопи.
- Очистити рот і ніс від слизу.

3. **Штучне дихання**

- 5 рятувальних вдихів “рот у рот і ніс” через тканину.
- Якщо є – амбу-балон.

4. **Продовження підтримки**

- При появі дихання – тепло, контакт “шкіра до шкіри”.
- Якщо дихання не відновлюється – термінова евакуація.

Важливо: більшість дітей, які не дихають одразу, починають дихати після стимуляції та 5 вдихів.

Клінічні кейс

Кейс 1. Донецька область, 2023. Новонароджений у сховищі мав сильну гіпотермію. Використали метод “кенгуру” й грілки з теплою водою. Температура нормалізувалася за 3 години, дитину вдалося стабілізувати.

Кейс 2. Львів, евакуаційний центр. Дитина, 32 тижні гестації, мала ознаки гіпоглікемії. Матір не мала молока, тому волонтери організували донорське. Годування кожні 2 години врятувало дитину від судом.

Кейс 3. Харків. Асфіксія після тяжких пологів у підвалі. Акушерка провела стимуляцію, потім 5 вдихів “рот у рот”. Дитина заплакала через хвилину.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Масове застосування “Helping Babies Breathe” серед акушерок у таборах біженців.
- **Ємен.** Використання пластикових пляшок як імпровізованих амбу-балонів.
- **Африка.** Тренінги “перші 5 хвилин життя” показали, що прості алгоритми знижують смертність на 30%.

Практичні рекомендації для України

1. Кожна мобільна бригада має мати **неонатальний екстрений набір**: амбу-балон, пуповинні затискачі, антисептики, глюкоза.
2. Медики та акушерки повинні бути навчені програмам WHO: “*Helping Babies Breathe*” і “*Essential Newborn Care*”.
3. У кожному укритті та евакуаційному потязі потрібні **пам’ятки з алгоритмами** для мінімальної допомоги.
4. Розгорнути мережу **гарячих ліній для неонатологів**, які консультуватимуть під час кризових пологів.

Висновки

Гіпотермія, гіпоглікемія й асфіксія – три головні вороги новонародженого у війні. Вони виникають швидко, але їх можна попередити простими діями: тепло, годування, стимуляція дихання.

Війна забирає ресурси, але не повинна забирати шанс дитини на життя.

І навіть там, де немає апаратів, є руки матері, голос лікаря і знання простих алгоритмів, які рятують.

5.3. Вакцинація в умовах нестабільного доступу до медичних послуг

Щеплення як виклик під час війни

Вакцинація новонароджених і немовлят – одна з основних стратегій профілактики дитячої смертності. У мирний час це рутинна процедура, що відбувається вже у пологовому будинку та під час перших відвідувань педіатра. У війні ця система дає збої: частина дітей не отримує жодної вакцини, інші – пропускають ключові дози. Це створює ризик епідемій у місцях компактного проживання ВПО, у сховищах, таборах та прифронтових районах.

Основні проблеми вакцинації у війні

1. **Нестача вакцин.** Логістичні ланцюги перервані, склади пошкоджені.
2. **Порушення “холодового ланцюга”.** Вакцини втрачають ефективність при перебоях електропостачання.
3. **Відсутність доступу до лікарень.** У деяких регіонах вакцинувати немовля просто ніде.
4. **Нерівний доступ.** У містах-бекофісах вакцинація відновлюється швидше, ніж у селах чи зонах бойових дій.
5. **Недовіра та дезінформація.** У кризі зростає кількість батьків, які відмовляються від щеплень через страх або міфи.

Вакцинація новонароджених: що найважливіше

У перші дні життя в Україні традиційно вводять:

- **БЦЖ** (проти туберкульозу);
- **Гепатит В** (перша доза).

У воєнних умовах часто саме ці вакцини пропускаються. Це критично, бо туберкульоз і гепатит В у кризових популяціях поширюються швидше.

Стратегії збереження доступу до щеплень

1. Мобільні кабінети щеплень

- Виїзні бригади, які вакцинують дітей у селах, таборах ВПО, евакуаційних центрах.
- Приклад: у 2023 році МОЗ України спільно з UNICEF запустило кілька таких мобільних бригад.

2. Підтримка “холодового ланцюга”

- Використання портативних холодильників із льодовими акумуляторами.
- Гуманітарні організації (UNICEF, Gavi) постачають холодильники на сонячних батареях.

3. Пріоритизація

- У кризових умовах першими мають вакцинуватися новонароджені та діти до 1 року.

4. Документація

- Навіть якщо електронні системи недоступні, важливо робити записи у паперових картках.
- За відсутності документів у ВПО – формувати нові щеплювальні карти.

5. Доганяючі кампанії

- У відносно безпечних регіонах організовуються “catch-up” тижні вакцинації, щоб охопити тих, хто пропустив дози.

Клінічні кейси

Кейс 1. Київ, 2022. Через перебої з електрикою у пологовому не могли зберігати вакцини при потрібній температурі. Завдяки холодильнику на сонячних батареях, наданому UNICEF, вдалось продовжити вакцинацію новонароджених.

Кейс 2. Львівська область, 2023. ВПО з Харкова не мали медичних документів. Дитину вакцинували повторно за календарем “catch-up”, що дозволило уникнути пропуску критичних доз.

Кейс 3. Запорізька область. Мобільна бригада приїжджала у віддалене село раз на місяць. За день вдавалось вакцинувати до 30 дітей, включаючи немовлят.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** WHO проводила кампанії масової вакцинації проти поліомієліту навіть у прифронтових зонах.
- **Ємен.** UNICEF використовувало “вакцини у рюкзаках”: медики пішки доходили до таборів.
- **Африка** (приклад Південного Судану). Використання мобільних додатків для обліку щеплень у зонах конфлікту.

Практичні рекомендації для України

1. **Забезпечити безперервність “холодового ланцюга”** навіть у зонах бойових дій (портативні холодильники, генератори).
2. **Розвивати мобільні бригади** для вакцинації дітей у віддалених і небезпечних районах.
3. **Вести паралельну документацію** — електронну (там, де можливо) і паперову.
4. **Пріоритизувати новонароджених** у планах вакцинації під час гуманітарних поставок.

5. **Інформувати батьків.** Через медиків і волонтерів пояснювати, що вакцинація критична навіть у кризі.

Висновки

Вакцинація новонароджених у війні – це не лише медичне завдання, а й питання національної безпеки. Пропущені дози загрожують спалахами інфекцій, які у кризових умовах поширюються блискавично.

Попри обстріли, відсутність світла й нестачу ресурсів, вакцинація має залишатися пріоритетом. І навіть якщо календар збивається, кожна доза, введена у таборі чи евакуаційному центрі, – це врятоване життя.

5.4. Мобільні неонатальні пункти, портативні кювети

Коли допомога має приїхати до дитини

У мирний час недоношені та хворі новонароджені одразу потрапляють у відділення інтенсивної терапії. У війні ситуація інша: лікарня може бути зруйнована, транспорт – небезпечний, а традиційна система маршрутизації – паралізована. Вихід – створення мобільних неонатальних пунктів та використання портативних кюветів, які дають шанс дитині вижити навіть далеко від перинатального центру.

Що таке мобільний неонатальний пункт

- Це невеликий пересувний модуль (на базі автомобіля, контейнера, палатки чи навіть залізничного вагона).
- Він оснащений мінімальним набором:
 - портативний кювет або термобокс;

- концентратор кисню чи балон;
- ручний амбу-балон;
- монітор життєвих функцій;
- набір для внутрішньовенного доступу;
- базові медикаменти (глюкоза, антибіотики, утеротоніки для матері).
- У ньому можуть працювати 1–2 неонатологи або підготовлені медсестри.

У 2022–2023 рр. такі пункти вже працювали в Україні. Їх підтримували UNICEF, UNFPA, а також кілька західних клінік через гуманітарні програми.

Портативні кювети: технологія виживання

- Вони легкі, працюють від акумулятора до 6–8 годин.
- Багато моделей мають функцію підігріву та подачі кисню.
- Деякі кювети виконані у вигляді м'якого “рюкзака” для транспортування.

Переваги:

- можливість транспортувати дитину навіть у евакуаційному потязі;
- незалежність від стаціонарного обладнання;
- використання у польових шпиталях.

Обмеження:

- невеликий ресурс акумулятора;
- потреба у підготовці персоналу;
- висока вартість (але вона нижча за вартість життя).

Клінічні кейси

Кейс 1. Дніпро, 2022. Мобільний неонатальний пункт на базі евакуаційного потяга. Троє дітей із вагою <1500 г транспортували у Львів. Завдяки портативним кюветам усі вижили, попри 12-годинну дорогу.

Кейс 2. Запоріжжя. Після обстрілу лікарні частину новонароджених перевели у мобільний пункт у наметовому містечку. Там працювали 2 акушерки та 1 лікар-неонатолог. За 3 дні вдалося стабілізувати 11 дітей до транспортування.

Кейс 3. Харків. Волонтерська організація передала портативні кювети у дитячий шпиталь. Завдяки цьому навіть у блекаутах діти з РДС залишалися у теплі й отримували кисень.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** MSF облаштовували мобільні неонатальні палатки з портативними інкубаторами.
- **Ємен.** Використовували прості термобокси з підігрівом, які працювали на сонячних батареях.
- **Африка.** У таборах біженців застосовували “low-cost incubators” – пластикові бокси з нагрівальними елементами.

Практичні рекомендації для України

1. **Розгортання мережі мобільних пунктів.** Особливо у прифронтових областях.
2. **Закупівля портативних кюветів.** За підтримки гуманітарних програм (UNICEF, ЄС, ВООЗ).
3. **Навчання персоналу.** Кожен мобільний пункт повинен мати підготовлених медиків.
4. **Інтеграція у систему маршрутизації.** Мобільні пункти мають бути частиною офіційної медичної логістики, а не лише волонтерською ініціативою.
5. **Резерв енергії.** Портативні генератори та акумулятори для автономної роботи.

Пряма мова: Для батьків мобільний пункт стає символом: навіть якщо лікарня зруйнована, система не залишила їхніх дітей напризволяще. Часто медики кажуть: “Ми переносимо життя з руїн у тепло. Це наша маленька перемога у великій війні.”

Висновки

Мобільні неонатальні пункти й портативні кювети – це приклад, як медицина пристосовується до війни. Вони не замінюють повноцінних відділень інтенсивної терапії, але рятують життя у перші години й доби.

Головний урок: допомога має бути там, де дитина, а не навпаки. І мобільність у війні – це рівень виживання.

5.5. Грудне вигодовування в умовах стресу, переїзду, втрати дому

Чому грудне вигодовування критично важливе у війні

Грудне молоко – це не просто їжа. Це імунний щит, джерело тепла, спосіб комунікації між матір’ю та дитиною. У мирних умовах грудне вигодовування підтримується системою консультантів, групами підтримки, “baby-friendly” лікарнями. У війні ці опори зникають. Жінка може опинитися без дому, без партнера, у стресі чи депресії. І саме тоді грудне вигодовування стає найвразливішим, але водночас – найпотрібнішим.

Виклики для грудного вигодовування у війні

1. **Хронічний стрес і страх.** Психоемоційний стан безпосередньо впливає на лактацію.
2. **Недоїдання та зневоднення.** Матері часто не мають достатнього харчування чи чистої води.
3. **Переміщення та евакуація.** У дорозі важко підтримувати регулярність годування.
4. **Втрата соціальної підтримки.** Немає родичів чи консультантів із грудного вигодовування.
5. **Тиск на використання сумішей.** У гуманітарних центрах часто пропонують дитячі суміші, що може призвести до передчасного відлучення.

Чому грудне молоко – найкращий варіант у кризі

- Завжди стерильне, не потребує води чи посуду.
- Містить антитіла, що захищають від інфекцій, які швидко поширюються у таборах.
- Має оптимальну температуру.
- Дає дитині психологічне відчуття безпеки.

WHO та UNICEF у рекомендаціях 2022 року чітко підкреслюють: **навіть у кризових умовах пріоритет – підтримка грудного вигодовування, а не роздача сумішей.**

Стратегії підтримки лактації

1. **Психоемоційна підтримка**
 - Навіть коротка розмова з акушеркою чи волонтером може знизити рівень стресу.
 - Техніки релаксації, прості вправи на дихання.
2. **Організація умов для годування**

- “Куточки для мам” у евакуаційних центрах.
- Забезпечення приватності й безпеки.
- 3. **Харчування та вода**
 - Пріоритетна гуманітарна допомога для жінок-годувальниць (калорійна їжа, чиста вода).
- 4. **Консультанти з грудного вигодовування**
 - Онлайн-формат: гарячі лінії, відеоконсультації.
 - Мобільні бригади з медсестрами.
- 5. **Релактація**
 - Якщо годування було перерване, відновлення можливе за допомогою стимуляції грудей і частого прикладання.

Клінічні приклади

Кейс 1. Львів, 2022. ВПО з Харкова втратила молоко через стрес і виснаження. Завдяки підтримці консультанта вдалося відновити лактацію за два тижні. Дитина повернулась на грудне вигодовування.

Кейс 2. Київ, метро під час обстрілів. Жінка годувала новонародженого у сховищі. Інші матері створили “групу підтримки”, допомагали приносити воду й продукти. Це дало змогу зберегти лактацію.

Кейс 3. Запорізька область. У мобільному госпіталі медсестри організували невеликий “мамин куточок”. Жінки мали можливість годувати у тиші та спокої. Це підвищило кількість успішних грудних вигодовувань.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** У таборах біженців створювали “Breastfeeding tents” – окремі намети для годування.
- **Ємен.** UNICEF забезпечував матерів харчуванням і водою, щоб підтримати лактацію.
- **Гаїті.** Після землетрусу 2010 року вводили програму “peer-to-peer support” – досвідчені матері навчали інших.

Практичні рекомендації для України

1. Створювати *захищені простори для мам* у всіх центрах ВПО.
2. Забезпечити *пріоритет у харчуванні та воді* для жінок-годувальниць.
3. Розгорнути *систему гарячих ліній* із підтримки грудного вигодовування.
4. Використовувати *волонтерські групи підтримки*, включно з матерями-добровольцями.
5. Контролювати гуманітарний розподіл сумішей, щоб уникати невиправданої заміни грудного молока.

Пряма мова: Грудне вигодовування у війні – це не лише харчування. Це акт виживання і водночас – акт любові. Для дитини це сигнал: *попри вибухи і втрати, світ безпечний, бо поруч мама. Для жінки – це спосіб відчувати власну силу і значення.*

Висновки

У війні збереження грудного вигодовування – це стратегія захисту здоров'я дітей і профілактики інфекцій. Навіть у найважчих умовах воно можливе, якщо є підтримка, їжа, вода і простір для мам.

Головний урок: грудне вигодовування – найдешевша, найефективніша і найлюдяніша неонатологічна інтервенція у війні.

5.6. Взаємодія з батьками в кризі: емпатія, підтримка, освіта

Чому батьки – ключова частина неонатологічної допомоги

У неонатології війни дитина ніколи не є самостійним пацієнтом – вона завжди разом із батьками. І саме від того, як мама й тато справляються зі стресом, залежить виживання та розвиток немовляти.

У кризових умовах батьки часто почуваються безсилими: вони втратили дім, роботу, інколи – рідних. У таких обставинах підтримка й навчання батьків стають не менш важливими, ніж медична допомога дитині.

Виклики для батьків у війні

1. **Психоемоційний шок.** Вибухи, евакуація, втрата житла чи рідних.
2. **Відсутність доступу до інформації.** Не всі знають, як доглядати за недоношеною чи хворою дитиною.
3. **Роз'єднаність сімей.** Часто мати з дитиною перебуває одна, без партнера, бо чоловік на фронті або за кордоном.
4. **Вина виживання.** “Моя дитина жива, коли інші загинули” – цей психологічний тягар переслідує багатьох матерів.
5. **Нестача практичних навичок.** Як зігріти дитину без кювета? Як годувати у дорозі? Як реагувати на судому чи апное?

Роль медиків у взаємодії з батьками

1. **Емпатія.** Слухати і визнавати почуття батьків.
2. **Освіта.** Давати короткі й практичні інструкції, замість перервантаження медичними термінами.

3. **Залучення.** Дозволяти мамі чи татові бути учасником догляду (метод “кенгуру”, годування, контроль температури).
4. **Психологічна підтримка.** Направляти до кризових психологів або організовувати групи підтримки.

Стратегії ефективної взаємодії

1. **Освітні міні-інструкції**
 - Паперові чи електронні пам’ятки: “Як зігріти дитину”, “Що робити при апное”, “Ознаки небезпеки”.
 - Простота мови, ілюстрації.
2. **Навчання на практиці**
 - Медсестра показує, як правильно прикладати дитину до грудей.
 - Лікар демонструє масаж матки чи контроль температури новонародженого.
3. **Використання технологій**
 - Телеграм- та Viber-канали для батьків, де дають поради й відповідають на запитання.
 - Відеоуроки для ВПО у місцях тимчасового перебування.
4. **Групи підтримки**
 - Спільноти матерів, які діляться досвідом.
 - Волонтери, які самі виходили недоношених дітей, допомагають іншим.

Клінічні кейси

Кейс 1. Львів, 2022. У центрі для ВПО створили “школу для батьків недоношених дітей”. Щодня проводили короткі заняття: як годувати з ложечки, як контролювати дихання. Це знизило кількість госпіталізацій серед дітей.

Кейс 2. Дніпро. Мати, яка втратила чоловіка на фронті, мала сильну депресію. Завдяки програмі “peer support” (підтримка рівний-рівному) інші мами допомогли їй відновити сили й продовжити догляд за дитиною.

Кейс 3. Київ, 2023. У пологовому запровадили практику “батько в укритті”. Під час тривоги тати могли бути разом із новонародженими, що зменшувало рівень стресу у матерів.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Програма “Mothers learn, mothers teach” – матері, які пройшли інструктаж, навчали інших.
- **Ємен.** Використання радіопередач для інформування батьків про догляд за немовлятами.
- **Африка (Кенія, Уганда).** Широка практика “Kangaroo mother care” з наголосом на участь обох батьків.

Практичні рекомендації для України

1. Впровадити **короткі освітні модулі** для батьків у всіх центрах ВПО.
2. Використовувати **онлайн-освіту** як головний інструмент у роз’єднаних сім’ях.
3. Створювати **групи взаємодопомоги** серед батьків у громадах.
4. Включати **психологів** у мобільні неонатальні бригади.
5. Розвивати **програми партнерського догляду**: залучення татів, бабусь, старших дітей.

Пряма мова: У кризі батьки часто кажуть: “Ми безсилі”. Завдання лікарів і системи – дати їм відчутти: вони не лише можуть, а й критично важливі для виживання дитини. Навіть простий акт – тримати малюка на грудях, годувати ложечкою, перевіряти дихання – стає частиною терапії.

Висновки

Взаємодія з батьками у війні – це союз. Лікарі дають знання й підтримку, батьки – любов і безперервну присутність. Разом вони створюють середовище, у якому дитина має шанс вижити й розвиватися попри війну.

Головний урок: **батьки – не пасивні свідки, а активні партнери у неонатологічній допомозі, навіть у найважчих умовах.**

Підсумок Розділу 5

Неонатологічна допомога в умовах бойових дій

Ключові висновки

У цьому розділі ми побачили, що війна створює для новонароджених потрібну загрозу: нестабільність системи, дефіцит ресурсів і психологічний тиск на батьків.

- **Передчасно народжені діти** потребують тепла, кисню й спеціалізованого транспорту. Навіть без кювезів виживання можливе завдяки методу “кенгуру”, донорському молоку й мобільним бригадам.
- **Гіпотермія, гіпоглікемія, асфіксія** – три головні причини ранньої смертності. Їх можна попередити простими алгоритмами: тепло, годування, стимуляція дихання.
- **Вакцинація** у війні стає викликом, але її збереження – питання епідемічної безпеки. Мобільні кабінети, портативні холодильники й доганяючі кампанії дозволяють уникнути спалахів інфекцій.
- **Мобільні неонатальні пункти та портативні кювези** показали, що допомога може приходити до дитини навіть там, де лікарня зруйнована. Це – символ адаптивності системи.

- **Грудне вигодовування** у кризі – найнадійніший захист дитини. Підтримка матері, доступ до води та їжі, захищені простори й консультативна допомога зберігають лактацію навіть у стресі.
- **Взаємодія з батьками** є не менш важливою за технології: їхня емпатія, участь у догляді та базові знання стають ключем до виживання немовляти.

Для системи охорони здоров'я це означає:

1. **Мобільність замість статичності.** Допомога має бути там, де дитина, а не чекати на її транспортування.
2. **Простота алгоритмів.** У війні складні протоколи надієві – потрібні короткі й зрозумілі чек-листи.
3. **Батьки як партнери.** Освіта і підтримка сім'ї мають бути частиною неонатологічної допомоги.
4. **Пріоритет у ресурсах.** Харчування й вода для матерів-годувальниць, портативні кювети, вакцини – критичні позиції гуманітарних поставок.
5. **Емпатія як інструмент медицини.** Там, де немає апаратури, саме співчуття й людяність дають батькам і дітям сили вижити.

Висновок

Неонатологія у війні – це наука про мінімум, що рятує максимум. Це поєднання клінічних знань, винахідливості та емпатії.

Війна оголила слабкі місця системи, але водночас показала: навіть без сучасних технологій можна зберегти життя, якщо є людина, яка знає, як діяти, і готова бути поруч.

Головний урок розділу: **кожен новонароджений заслуговує на шанс, і навіть у найважчих умовах цей шанс можна забезпечити.**

РОЗДІЛ 6

МЕДИЧНІ КОМАНДИ ВІЙНИ: НОВІ ВИКЛИКИ АКУШЕРСТВА

6.1. Підготовка медичних працівників до роботи в умовах війни

Чому потрібна нова підготовка

Війна радикально змінила умови, у яких працюють акушери-гінекологи, неонатологи, медсестри й акушерки. Якщо раніше головним викликом були складні клінічні випадки, то тепер – поєднання клініки з екстремальними факторами: обстріли, евакуація, блекауті, нестача ліків.

Традиційна медична освіта не готувала до того, як приймати пологи у підвалі, як діяти під час артилерійського обстрілу, як евакуювати породіллю з “червоної” зони. Саме тому постала потреба у спеціальній підготовці – коротких інтенсивних курсах, симуляціях, тренінгах, орієнтованих на реалії війни.

Основні компоненти підготовки

1. *Клінічний блок*

- Невідкладна акушерська допомога (кровотечі, прееклампсія, асфіксія у новонароджених).
- Алгоритми дій при масивних травмах у вагітних.

- Основи військової хірургії для акушерів (накладання турнікетів, зупинка кровотечі).
- 2. **Тактична медицина**
 - Використання індивідуальних аптечок (IFAK).
 - Правила дій під час обстрілу, евакуація поранених і вагітних.
 - Робота у бронезилеті та касці.
- 3. **Психологічна підготовка**
 - Контроль стресу під час пологів у небезпечних умовах.
 - Техніки саморегуляції для лікарів.
 - Психологічна підтримка пацієнток у кризі.
- 4. **Комунікаційні навички**
 - Швидке прийняття рішень у команді.
 - Взаємодія з військовими та рятувальниками.
 - Робота з міжнародними гуманітарними організаціями.
- 5. **Симуляційні тренінги**
 - “Пологи під час обстрілу” – відпрацювання алгоритмів у темних укриттях.
 - “Евакуація породіллі з будівлі, що горить”.
 - “Відновлення роботи відділення після блекауту”.

Українські приклади

- У 2022–2023 рр. в Україні запроваджено навчання за програмою *“Basic Life Support in Obstetrics” (BLSO)* з адаптацією до воєнних умов [20].
- МОЗ спільно з ВООЗ та UNICEF організовували тренінги для медиків у прифронтових областях (Харківська, Запорізька, Донецька).
- У Києві проводили симуляційні навчання для акушерських команд: як працювати у разі прямого влучання в лікарню.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Лікарів навчали “field obstetrics” – як приймати полози у польових шпиталях.
- **Афганістан.** Акушерки проходили курси виживання й тактичної медицини.
- **Ірак.** Використовували мобільні симуляційні центри для навчання у польових умовах.

Практичні кроки для України

1. Впровадити **обов’язкові курси тактичної медицини** для всіх акушерів і медсестер, які працюють у прифронтових регіонах.
2. Створити **симуляційні центри** у кожній області, де можна відпрацьовувати кризові сценарії.
3. Забезпечити медиків **індивідуальними аптечками** та навчити користуватись ними.
4. Розвивати **онлайн-платформи** навчання, щоб навіть медики в окупації могли отримати доступ до тренінгів.
5. Залучати **міжнародних тренерів** з досвідом роботи у конфліктах.

Пряма мова: Медики часто кажуть: “Ми не боялися складних пологів, але боялися темряви й тиші після вибуху. Бо тоді треба діяти без протоколу, лише серцем і знанням.” Підготовка у війні – це не лише техніка, це внутрішня готовність працювати в хаосі й зберігати людяність.

Висновки

Підготовка медичних працівників у війні – це поєднання класичної медицини, тактичних навичок і психологічної стійкості. Лікар має знати не лише, як зупинити кровотечу, а й як евакуювати породіллю з укриття, підтримати її у паніці та самому залишитися в ресурсі.

Головний урок: **підготовка до війни рятує життя не менше, ніж ліки чи обладнання.**

6.2. Робота акушерських бригад у “червоних” зонах

Коли пологи відбуваються під вогнем

“Червоні зони” – це території, де тривають активні бойові дії, існує постійна загроза обстрілів, мінувань та відсутня стабільна логістика. Тут не працюють класичні маршрутизаційні схеми, а надання акушерської допомоги часто відбувається у надзвичайно небезпечних умовах.

Акушерські бригади в цих умовах – це не лише лікарі та медсестри, це мобільні групи, які виконують роль швидкої допомоги, військових медиків і навіть кризових психологів.

Основні завдання акушерських бригад у “червоній” зоні

1. **Екстрене прийняття пологів** у будь-яких умовах – підвалі, укритті, машині швидкої допомоги.
2. **Невідкладна допомога при ускладненнях** – кровотеча, еклампсія, затяжні пологи.
3. **Тимчасова стабілізація породіллі та новонародженого** до моменту евакуації.
4. **Евакуація** до безпечнішого регіону.

5. *Документування* випадків для медичної та юридичної звітності.

Умови роботи: реальні обмеження

- **Нестача обладнання.** Бригади часто працюють із мінімумом – набір інструментів, стерильні рукавички, базові медикаменти.
- **Перебої зі зв'язком.** Немає можливості швидко викликати підкріплення чи проконсультуватися.
- **Ризик для життя медиків.** Випадки, коли бригади самі потрапляли під обстріл, не поодинокі.
- **Психологічний тиск.** Робота у постійному страху за власне життя і життя пацієнтів.

Алгоритм дій акушерської бригади у “червоній” зоні

1. *Оцінка безпеки*

- Лікарі не починають роботу, доки не переконаються, що місце відносно безпечне.

2. *Прийняття пологів*

- Використання портативних наборів (“delivery kits”).
- Якщо є час – перенесення у найближче укриття.

3. *Невідкладна допомога при ускладненнях*

- Контроль кровотечі: утеротоніки, масаж матки.
- Еклампсія: магнію сульфат (якщо доступний), антигіпертензивні.
- Асфіксія у новонародженого: алгоритм “Helping Babies Breathe” [21].

4. *Тимчасова стабілізація*

- Тепло для дитини, контроль кровотечі у матері.
- В/в доступ – якщо можливо.

5. *Евакуація*

- У супроводі військових чи ДСНС.
- Пріоритет: жінки з важкими ускладненнями.

Клінічні кейси

Кейс 1. Харківська область, 2022. Акушерська бригада прийняла пологи у підвалі школи під час артобстрілу. Дитину врятували завдяки простому набору: стерильні рукавички, ножиці, бинт.

Кейс 2. Бахмут, 2023. Жінка з масивною кровотечею була стабілізована мобільною бригадою. Лише через 6 годин евакуації вдалося доставити її у Дніпро, де виконали гістеректомію. Життя було врятовано.

Кейс 3. Миколаївська область. Акушерська бригада організувала “тимчасову кімнату” у підвалі лікарні – стіл, лампа на акумуляторі, кілька медикamentів. За тиждень там народилося 12 дітей.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Бригади “emergency obstetric care” працювали у підземних клініках, рятуючи жінок від кровотеч.
- **Ємен.** Використання мобільних акушерських команд для пологів у зонах активних бойових дій.
- **Палестина.** Пологи у школах, які були перетворені на укриття, стали звичним явищем.

Практичні рекомендації для України

1. **Формувати спеціалізовані мобільні акушерські бригади** у прифронтових областях.
2. **Забезпечити їх портативними наборами** для пологів і базової реанімації новонароджених.
3. **Розробити алгоритми взаємодії** між МОЗ, військовими та ДСНС для безпечної евакуації.

4. **Вести реєстр випадків**, щоб не лише надавати допомогу, а й документувати медичні злочини війни.
5. **Забезпечити психологічну підтримку** медиків, які працюють у таких умовах.

Пряма мова: Медики у “червоних” зонах часто кажуть: “Ми не знаємо, чи доживемо до кінця зміни. Але знаємо, що мусимо допомогти народитися новому життю.” Цей героїзм – без перебільшення приклад людяності на тлі руйнувань.

Висновки

Робота акушерських бригад у “червоних” зонах – це медицина на межі виживання. Вона поєднує клінічні знання, мінімальні ресурси та максимальну відданість.

Головний урок: навіть там, де здається неможливо працювати, медики створюють умови для народження життя.

6.3. Етика надання допомоги під обстрілами: вибір, межі, страх

Коли медицина стикається з мораллю війни

Війна змушує медиків працювати у середовищі, де немає ідеальних рішень. Приймати пологи у підвалі під обстрілом, вирішувати – кого евакуювати першим, або зупиняти кровотечу без доступу до операційної – це не лише клініка, а й етична дилема. Етика війни в акушерстві – це поєднання трьох рівнів: захист життя матері, збереження дитини, збереження команди. Іноді ці пріоритети суперечать одне одному.

Основні етичні дилеми

1. *Життя матері чи плода?*

- При масивній кровотечі лікар може врятувати матір, але втратити дитину.
- Чи допустиме екстрене кесарське у підвалі без умов?

2. *Пацієнт чи лікар?*

- Медик, що під обстрілом, має вирішити: залишатися з пацієнткою чи рятувати власне життя.

3. *Кого евакуювати першим?*

- Якщо є одна машина, а кілька породіль – пріоритет віддають найважчій. Але як пояснити іншим?

4. *Межа між допомогою та ризиком*

- Чи має лікар право відмовитися від роботи в “червоній зоні”, якщо ризик загинути надто високий?

Принципи етики в умовах війни

1. *Принцип пріоритетності*

- Рятувати тих, у кого вищі шанси вижити.
- ВООЗ рекомендує застосовувати адаптовані протоколи “triage”.

2. *Принцип пропорційності*

- Кожне рішення має співвідноситися з реальністю. Операція без анестезії може вбити обох – тоді краще стабілізувати і чекати евакуації.

3. *Принцип балансу між обов’язком і безпекою*

- Лікар не зобов’язаний жертвувати власним життям, але має робити все можливе в межах безпеки.

4. *Принцип комунікації*

- Пацієнтка має знати ризики. Навіть у кризі важливо пояснити, що відбувається і які варіанти є.

Клінічні кейси

Кейс 1. Київ, березень 2022. Пологи у метро. Лікар мав лише стерильні рукавички й ножиці. Дитина була у дистресі. Було ухвалено рішення не проводити кесарський розтин у неналежних умовах, а допомогти жінці народити природно. Обоє вижили.

Кейс 2. Бахмут, 2023. Дві породіллі у сховищі, одна з прееклампсією, інша у нормальних пологах. Евакуаційна машина могла забрати лише одну. Було вирішено першою вивезти жінку з ускладненням. Іншу супроводили у пологах у підвалі.

Кейс 3. Херсон, після підтоплення 2023. Медики відмовилися заходити у зону прямого артобстрілу, але консультували дистанційно телефоном. Це врятувало жінку, яка народила з допомогою сусідки.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Етичні протоколи для “field hospitals”: спершу рятувати матір, бо її життя – життя ще й майбутніх дітей.
- **Ємен.** Лікарям дозволяли відмовитись від виїзду у “червону зону”, якщо загроза була критично високою.
- **Гаїті.** В умовах катастрофи медиків навчали принципу “maximize survival, not perfection”.

Практичні рекомендації для України

1. Розробити **національні етичні настанови** для акушерських команд у бойових зонах.
2. Навчати лікарів **етичному триажу** так само, як клінічним алгоритмам.
3. Забезпечити **психологічну підтримку** медиків після прийняття важких рішень.

4. Створити **правові механізми**, що захищатимуть лікаря, якщо його рішення було вмотивоване умовами війни.
5. Популяризувати **культуру чесної комунікації** з пацієнтками – навіть у кризі.

Пряма мова: Багато лікарів зізнаються: найбільший страх не у вибухах, а у тому, що доведеться обирати. Кожне рішення залишає слід. Тому етика у війні – це не абстракція, а інструмент, що допомагає не загубитися у хаосі й залишитися людиною.

Висновки

Етика під обстрілами – це мистецтво робити вибір, коли немає правильних варіантів. Вона полягає у прагненні зберегти життя максимально можливої кількості пацієнтів, захистити команду й дати жінці шанс народити навіть у найстрашніших умовах.

Головний урок: у війні медицина залишається людиною лише тоді, коли лікарі дозволяють собі бути чесними й співчутливими.

6.4. Боротьба з вигоранням у медиків: приклади з регіонів

Коли виснаження стає епідемією

Медики війни працюють на межі фізичних і психічних можливостей. Пологи у сховищах, евакуація під обстрілами, відсутність сну, втрата колег – усе це створює умови для професійного вигорання. Це явище не лише психологічне, воно впливає на якість допомоги: втомлений лікар помиляється частіше, байдужий – втрачає емпатію, виснажений – сам стає пацієнтом.

В умовах війни вигорання серед акушерів і неонатологів – це тиха загроза системі охорони здоров'я, яку не можна ігнорувати.

Симптоми вигорання у медиків

1. **Фізичні:** хронічна втома, безсоння, головні болі, зниження імунітету.
2. **Емоційні:** байдужість, зниження співчуття, “емоційне заціпеніння”.
3. **Когнітивні:** труднощі з концентрацією, помилки у діагностиці чи лікуванні.
4. **Соціальні:** віддалення від колег і пацієнтів, конфлікти в команді.

У 2023 році дослідження Української асоціації психіатрів показало: понад 60% медиків у прифронтових регіонах мали ознаки середнього або тяжкого вигорання.

Причини вигорання у війні

- **Тривале перебування у небезпеці.** Кожен день може стати останнім.
- **Перевантаження роботою.** В умовах браку кадрів один лікар веде вдвічі більше пацієнтів.
- **Відсутність відпочинку.** Евакуації, нічні чергування, постійні тривоги.
- **Власні втрати.** Багато лікарів втратили рідних, друзів, дім.
- **Нестача підтримки.** У кризових умовах психологи часто самі перевантажені.

Приклади боротьби з вигоранням в Україні

Кейс 1. Львівська область. У перинатальному центрі створили “кімнату відновлення” для медиків: тихе приміщення з водою, чаєм, можливістю 20 хвилин перепочити між змінами. Це знизило рівень конфліктів у колективі.

Кейс 2. Дніпро. МОЗ спільно з міжнародними партнерами організували програму “peer support” – взаємна підтримка лікарів. Щотижня медики збиралися у групи, щоб обговорити свій досвід.

Кейс 3. Харків. У прифронтовій лікарні запровадили чергування за принципом “7/7”: тиждень інтенсивної роботи, тиждень відпочинку у безпечнішому місці. Це дозволило уникнути масових звільнень.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** MSF застосовували ротацію медиків: лікар працював 4–6 тижнів у зоні боїв, потім виїжджав на реабілітацію.
- **Ємен.** Використовували “crisis hotlines” – гарячі лінії для лікарів, де вони могли отримати анонімну психологічну підтримку.
- **Палестина.** Психологи працювали безпосередньо у лікарнях, надаючи допомогу командам після масових втрат.

Стратегії профілактики вигорання

1. Організаційні:

- чіткі графіки ротації;
- створення “зон відпочинку”;
- залучення волонтерів до допоміжної роботи.

2. Індивідуальні:

- навчання саморегуляції (дихальні вправи, короткі медитації);
- підтримка фізичної активності (навіть 10 хвилин розтяжки під час зміни).

3. Командні:

- культура взаємної підтримки;
- короткі “брифінги після зміни”, де колеги діляться почуттями.

4. Психологічна допомога:

- обов'язкові консультації після тяжких випадків (наприклад, смерті пацієнтки чи дитини).
- розвиток мережі кризових психологів для медиків.

Пряма мова: Медики зізнаються: “Найважче – не вибухи. Найважче – коли ти бачиш, як страждає дитина, і не можеш зробити більше. Це вийдає зсередины.” У такі моменти колеги, які поруч, стають єдиною опорою. Вигорання долається не лише індивідуальною стійкістю, а й колективною емпатією.

Висновки

Вигорання медиків у війні – це проблема, яка напряду впливає на якість допомоги. Але навіть у кризі є інструменти профілактики: ротація, кімнати відпочинку, групи підтримки, психологічна допомога.

Головний урок: **подбати про медиків означає подбати про пацієнтів і новонароджених. Бо виснажений лікар не може бути рятівником.**

6.5. Співпраця з військовими, поліцією, міжнародними організаціями

Чому взаємодія критична

Акушерська допомога у війні неможлива ізольовано. Лікарі та акушерки не можуть самостійно забезпечити евакуацію, охорону медзакладу чи постачання ліків. Усе це стає можливим лише зав-

дяки співпраці з військовими, правоохоронцями та міжнародними гуманітарними організаціями. Ця взаємодія формує новий рівень безпеки та координації, де медицина – одна з ланок у великій системі виживання.

Співпраця з військовими

1. Евакуація пацієнток

- Військові забезпечують “зелені коридори” для транспорту вагітних і породіль.
- У деяких випадках вагітних вивозили бронетехнікою або військовими машинами.

2. Охорона медзакладів

- Пологи в укриттях військові прикривали від прямих обстрілів.
- Чергування біля лікарень у прифронтових районах.

3. Медична допомога в бойових умовах

- Військові медики підтримують цивільних лікарів у “червоних зонах”.
- Спільні навчання з тактичної медицини для акушерів.

Клінічна нотатка: у Запорізькій області військові супроводжували мобільні акушерські бригади під час евакуації породіль із сіл на лінії фронту.

Співпраця з поліцією та ДСНС

• Поліція:

- координує евакуаційні маршрути;
- допомагає з розшуком родичів пацієнток;
- забезпечує правопорядок у пунктах тимчасового розміщення.

• ДСНС:

- допомагає розгортати мобільні шпиталі;
- рятує породіль із-під завалів після обстрілів;
- транспортує новонароджених у спеціальних термобоксах.

Приклад: у Херсонській області після підтоплення 2023 року ДСНС евакуювала породіль човнами та катерами, у тому числі разом із немовлятами.

Роль міжнародних організацій

1. *UNICEF*

- Постачає портативні кювети, генератори, холодильники для вакцин.
- Організовує мобільні бригади для вакцинації та неонатальної допомоги.

2. *UNFPA*

- Забезпечує “акушерські набори” для пологів у польових умовах.
- Фінансує навчальні програми для медиків.

3. *MSF (Лікарі без кордонів)*

- Розгортає мобільні шпиталі у прифронтових регіонах.
- Забезпечує медикаментами та консультативною підтримкою.

4. *WHO*

- Проводить тренінги з невідкладної акушерської допомоги.
- Розробляє протоколи дій у кризових ситуаціях.

Клінічні кейси

Кейс 1. Харків, 2022. UNFPA передало набори для пологів у підвалах. Завдяки цьому медики змогли приймати пологи навіть у відсутності стерильних умов.

Кейс 2. Львівська область. UNICEF та МОЗ спільно створили мобільний перинатальний центр у таборі для ВПО. Там надавали допомогу вагітним і новонародженим, включаючи вакцинацію.

Кейс 3. Донецька область. MSF обладнало мобільний шпиталь, де працювали акушери, гінекологи й неонатологи. Це дозволило забезпечити допомогу жінкам, які не могли виїхати у безпечні райони.

Практичні рекомендації для України

1. **Інтегрувати медичні бригади у військову систему логістики.**
2. **Розширити співпрацю з ДСНС** у питаннях евакуації породіль та новонароджених.
3. **Створити єдину координаційну платформу** для обміну інформацією між МОЗ, військовими та міжнародними організаціями.
4. **Розробити спільні тренінги** для лікарів, рятувальників і військових.
5. **Посилити гуманітарні канали** постачання, де пріоритетними мають бути ліки для вагітних, акушерські набори та дитячі вакцини.

Пряма мова: Медики у прифронтових районах часто говорять: “Ми самі не вижили б. Військові прикривали нас бронєю, поліція вела колону, а UNICEF дав нам інкубатор. Це спільна боротьба за життя.” Взаємодія з різними структурами формує не просто мережу допомоги, а відчуття, що система працює разом із лікарем, а не проти нього.

Висновки

Співпраця медиків з військовими, поліцією та міжнародними організаціями – це не додаткова опція, а умова виживання акушерської допомоги у війні. Без координації немає безпеки, без партнерства немає ресурсів, без міжнародної підтримки немає майбутнього.

Головний урок: у війні медицина рятує життя лише тоді, коли стає частиною великої системи взаємодії.

Підсумок Розділу 6

Медичні команди війни: нові виклики акушерства

У цьому розділі ми побачили, що війна радикально змінює не лише клінічні протоколи, а й саму природу роботи медичних команд.

- **Підготовка медичних працівників** потребує нових навичок: від тактичної медицини й евакуації до психологічної стійкості та симуляцій “пологи під обстрілами”.
- **Робота в “червоних” зонах** показала, що медицина може існувати навіть у підвалах, школах чи евакуаційних машинах, якщо команда мобільна й згуртована.
- **Етичні дилеми** стали невід’ємною частиною щоденності: вибір між життям матері й дитини, рішення про евакуацію, баланс між обов’язком і безпекою самого лікаря.
- **Вигорання медиків** виявилось не менш небезпечним, ніж фізичні травми. Ротації, кімнати відпочинку, групи підтримки та психологічна допомога – ключ до збереження команди.
- **Співпраця** з військовими, поліцією та міжнародними організаціями створює нову систему виживання: без логістики, охорони й гуманітарних ресурсів медицина залишилася б безсила.

Для системи охорони здоров’я це означає:

1. **Готувати медиків не лише до медицини, а й до війни.**
2. **Інституціоналізувати мобільні акушерські бригади** як стандарт для прифронтових регіонів.
3. **Розробити національні етичні настанови** для медиків у бойових умовах.
4. **Забезпечувати системну підтримку персоналу**, а не покладатися лише на їхню витривалість.

5. *Будувати горизонтальні зв'язки* між МОЗ, військовими та міжнародними структурами, щоб реагувати швидко і скоординовано.

Висновок

Медичні команди війни – це поєднання клінічної майстерності, мужності й емпатії. Їхня робота – доказ того, що навіть під обстрілами народження життя можливе.

Головний урок: **акушерство у війні – це не лише наука і мистецтво, а й акт опору, символ стійкості та надії.**

РОЗДІЛ 7

ЮРИДИЧНІ ТА ЕТИЧНІ АСПЕКТИ

7.1. Інформована згода в умовах надзвичайної ситуації

Коли пацієнтка й лікар стикаються з браком часу

Інформована згода – фундамент сучасної медицини. У мирних умовах це документ, що підтверджує право пацієнтки знати про ризики, альтернативи та наслідки втручання. У війні ситуація ускладнюється: час на пояснення мінімальний, комунікація обмежена, документи можуть бути втрачені, а сама пацієнтка перебуває у стані стресу чи небезпеки.

Юридичний обов'язок лікаря залишається, але форму його виконання доводиться адаптувати до умов надзвичайної ситуації.

Нормативна база в Україні

- **Наказ МОЗ №110 від 14.02.2012** – затверджує порядок отримання інформованої згоди та відмови від медичного втручання [18].
- **Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” (ст. 39)** – право пацієнта на інформацію і згоду [4].
- **Міжнародні акти** – Женевська декларація [39], Конвенція про права людини та біомедицину (Ов’єдо, 1997) [2].

Усі ці документи зберігають чинність навіть у стані війни. Проте їхня практична реалізація змінюється через умови надзвичайної ситуації.

Особливості отримання згоди під час війни

1. *Усна згода замість письмової*

- Якщо немає умов для письмової форми, достатньо усного підтвердження пацієнтки в присутності свідків (іншого медика, родича).

2. *Стислі пояснення*

- У кризі лікар має пояснити лише ключове: ризики, мету втручання та можливі наслідки без нього.

3. *Згода через довірену особу*

- Якщо пацієнтка без свідомості – рішення може прийняти родич, а за відсутності – медична команда, з обов'язковою фіксацією причин.

4. *Згода у форматі “за замовчуванням”*

- У випадках невідкладних втручань, коли відсутність дії загрожує життю, лікар має право діяти без формальної згоди, але повинен відобразити це у медичній документації.

Пряма мова: Отримання згоди у війні – це не лише про підпис чи формальність. Це жест поваги до пацієнтки, навіть у кризі. Навіть одна фраза: “Ми мусимо діяти зараз, бо є небезпека для вашого життя. Чи погоджуєтесь ви?” – дає жінці відчуття, що з нею рахуються, навіть коли часу бракує.

Клінічні кейси

Кейс 1. Харків, 2022. Пологи у підвалі. Лікар пояснив жінці, що без кесарського розтину вона може загинути, але операційних умов не було. Було ухвалено рішення про природні пологи з мінімальною інструментальною підтримкою. Усна згода була зафіксована свідками.

Кейс 2. Київ, 2023. Жінка з прееклампсією погодилася на екстрене введення магнію сульфату у сховищі. Лікар зафіксував згоду у журналі чергувань.

Кейс 3. Херсон після підтоплення. Породілля була без свідомості. Медики ухвалили рішення провести екстрені маніпуляції без її згоди. Пізніше у документації пояснили причину – загроза життю.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** У польових госпіталях згоду часто фіксували на відео через телефони.
- **Ємен.** Використовували короткі “інформаційні картки” для пацієнток, де простими словами пояснювали ризики.
- **Африка (Малі, Руанда).** В умовах криз усна згода визнавалась достатньою, якщо була зафіксована у журналі.

Практичні рекомендації для України

1. Розробити **спрощену форму інформованої згоди** для кризових ситуацій (1 сторінка, 3 пункти).
2. Дозволити **офіційно визнавати усну згоду** у надзвичайних умовах, із фіксацією у журналі чи на аудіо/відео.
3. Навчати медиків **швидкій комунікації** з пацієнткою у стресі.
4. Інтегрувати у протоколи чіткі правила: коли лікар може діяти без згоди (без свідомості, критичний стан).
5. Забезпечити **правовий захист лікарів**, які діяли добросовісно в умовах бойових дій.

Пряма мова: У кризі пацієнтка найчастіше боїться не втручання, а того, що її думка не буде врахована. Навіть одне запитання чи пояснення знижує рівень тривоги. Медики, які пам’ятають про інформовану згоду у війні, демонструють не лише юридичну грамотність, а й людяність.

Висновки

Інформована згода у війні залишається обов’язковою, але набуває адаптованих форм. Усна згода, фіксація свідками, відеозаписи чи записи у журналі – усе це легітимні способи, якщо немає умов для стандартних документів.

Головний урок: **навіть у найкритичніших ситуаціях пацієнтка має право бути почутою, а лікар – обов’язок поважати її вибір.**

7.2. Документування медичної допомоги під обстрілами

Чому документація не менш важлива за ліки

У мирний час медична документація часто сприймається як формальність: заповнені історії пологів, акушерські карти, журнали обліку. Але у війні вона стає ключем до правового захисту як пацієнтки, так і лікаря. Правильно зафіксований факт надання допомоги може:

- врятувати життя жінки й дитини під час подальшої евакуації;
- захистити лікаря від звинувачень у неналежному лікуванні;
- стати доказом у міжнародних судах про злочини проти цивільного населення.

Проблеми документування у війні

1. **Втрата паперових документів** через пожежі, руйнування чи евакуацію.
2. **Перебої з електронними системами** (eHealth, MedData) через блекаути.
3. **Нестача часу.** Під обстрілами лікар має діяти, а не писати багатосторінкові записи.

4. **Ризик конфіденційності.** Документи можуть потрапити до окупантів.
5. **Відсутність стандартних форм у кризі.** Часто все доводиться робити “на коліні”.

Принципи документування під обстрілами

1. **Пріоритетність життя над формою**
 - Спершу – допомога, потім – запис.
 - Але запис обов’язковий одразу після стабілізації стану.
2. **Стислість і чіткість**
 - Лаконічні записи: діагноз, втручання, стан.
 - Використання абревіатур, стандартних скорочень.
3. **Подвійне документування**
 - Мінімальний запис у паперовій формі + копія у телефоні (фото чи нотатка).
4. **Фіксація особливих умов**
 - Важливо відзначити: “допомога надана в укритті”, “операційних умов не було”.
5. **Захист конфіденційності**
 - Використання ініціалів або кодів у небезпечних регіонах.

Клінічні кейси

Кейс 1. Київ, 2022. Пологи у метро. Лікар вів записи у зошиті. Після стабілізації матері й дитини дані перенесли у медичну карту. Це дозволило продовжити спостереження у лікарні без втрати інформації.

Кейс 2. Харківська область. Акушерська бригада фотографувала ключові записи на телефон, бо паперові документи часто губились при евакуації.

Кейс 3. Херсон. У підтопленому шпиталі всі архіви були знищені. Лікарі відновлювали документацію з пам’яті, використовуючи короткі нотатки, зроблені на підручних аркушах.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Використання “emergency medical logs” – зошитів для польових шпиталів, які потім оцифровували.
- **Ємен.** Створення мобільних додатків для запису медичних даних офлайн.
- **Гайті.** Після землетрусу застосовували браслети з кодами, що ідентифікували пацієнтів.

Практичні рекомендації для України

1. Запровадити **стандартні “кризові форми”** для акушерської допомоги (1–2 сторінки).
2. Розробити **мобільний додаток для кризового документування** з офлайн-доступом.
3. Проводити **навчання медиків**, як вести записи мінімальними засобами.
4. Забезпечити **подвійну систему збереження** (папір + фото/електроніка).
5. Розробити **алгоритм передачі даних** при евакуації пацієнток до іншого закладу.

Пряма мова: Для пацієнтки запис про її пологи – це доказ, що її історія не загубилася серед руїн. Для лікаря – це спосіб зберегти професійну гідність. Документування у війні стає актом опору хаосу: навіть коли довкола руйнування, порядок у медичних записах зберігає тяглість життя.

Висновки

Документування під обстрілами – це не ідеальна форма, а мінімальна фіксація фактів. Воно потрібне не лише для клініки, а й для права, історії та пам’яті.

Головний урок: **кожна записана дата, кожен підпис чи навіть коротка нотатка – це місток між війною та відновленою системою охорони здоров'я.**

7.3. Медико-правова відповідальність лікаря в умовах бойових дій

Коли відповідальність і реальність не збігаються

У мирний час лікар чітко знає: існують правила, протоколи, стандарти. Якщо він їх порушив – є ризик відповідальності. У війні ж з'являється зовсім інша ситуація: умови змінюються щогодини, ресурси відсутні, лікарня може бути зруйнована в момент операції. І попри це, лікар продовжує відповідати за життя пацієнтки. Тут і виникає головне питання: як поєднати право і обставини, які виходять за межі нормальності?

Правові рамки, які залишаються чинними

- Кримінальний кодекс (стаття 140) передбачає покарання за неналежне виконання професійних обов'язків, якщо воно призвело до тяжких наслідків.
- Цивільний кодекс передбачає можливість відшкодування шкоди пацієнтові чи його сім'ї.
- Дисциплінарні і адміністративні механізми теж нікуди не зникають.

Формально вони діють і під час війни. Але в практиці лікар стикається з ситуацією, коли дотримати всі вимоги просто неможливо. І саме тут вступає в силу поняття **“обставини непереборної сили”**, або ж форс-мажор.

Що означає форс-мажор для медицини

Юридично це означає, що лікар не несе відповідальності за шкоду, якщо вона виникла не через його недбалість, а через умови, які він не міг контролювати.

- Немає операційної чи світла – кесарський розтин неможливий.
- Відсутній препарат – лікар не може його ввести, навіть якщо це стандартна вимога.
- Евакуація затримана через обстріл – це не вина медичного персоналу.

Проте важливо: лікар має показати, що він діяв добросовісно, шукав вихід і зробив усе можливе в тих умовах.

Клінічні кейси

Бахмут. Акушерка приймала пологи у підвалі. Дитина мала тяжку асфіксію, апарат для вентиляції не було. Використали ручний мішок Амбу, але дитину врятувати не вдалося. У документації було зазначено: відсутність обладнання через обстріли. Це стало підставою визнати дії медиків адекватними обставинам.

Маріуполь, 2022. Жінка з прееклампсією потребувала термінового кесарського розтину, але в операційній не було світла. Було вирішено чекати евакуації, стабілізуючи стан жінки медикаментозно. Дитину врятувати не вдалося. Лікар не поніс відповідальності, оскільки діяв максимально можливим способом.

Херсон. Акушерка допомагала жінці вдома, бо лікарня була підтоплена. Ускладнення вдалося подолати лише частково. Суд визнав: у цій ситуації дії медпрацівника були єдино можливими.

Як вирішують інші країни

- У Сирії для лікарів, які працюють у бойових зонах, створили спеціальні “кризові протоколи”, що описують мінімально необхідні дії й захищають від кримінальних переслідувань.

- В Ємені лікарів офіційно звільняють від відповідальності, якщо доведено, що смерть настала через відсутність ресурсів, а не через недбалість.
- В Іраку наголошують на короткі записи у журналах чи на телефонах – цього достатньо для доведення добросовісності.

Що варто зробити Україні

1. Визнати на рівні закону поняття “*медичний форс-мажор*” у воєнний час.
2. Підготувати чіткі рекомендації для лікарів: що вважається мінімально допустимими діями в умовах війни.
3. Створити механізми юридичного захисту та консультацій для медиків на фронтових і прифронтових територіях.
4. Підкреслити у протоколах: якщо лікар діяв для збереження життя – відповідальність не настає.

***Пряма мова:** Лікарі часто зізнаються: найбільший тягар для них – не лише втрата пацієнта, а й страх, що їхні дії назвуть “неналежними”. Це виснажує морально. Тому підтримка системи і суспільства є критичною: вона дає можливість медикам залишатися людьми і рятувати життя, не озираючись на ризик несправедливих звинувачень.*

Висновок

Війна змінює саму суть медичної відповідальності. Юридичні норми мають враховувати, що лікар працює в умовах, де часто неможливо дотриматись протоколу.

Головне правило: відповідальність має ґрунтуватися на добросовісності й прагненні рятувати життя, а не на формальних недоліках у неможливих обставинах.

7.4. Пологи без належної документації: як фіксувати

Коли папір стає розкішшю

У мирних умовах пологи завжди супроводжуються акушерською картою, історією хвороби, протоколами спостереження. У війні ж ця система руйнується: лікарня знищена, документи згоріли, електронні сервіси не працюють, а пологи відбуваються в укритті чи евакуаційному автобусі. Проте навіть у таких умовах факт народження і наданої допомоги має бути зафіксований. Це потрібно і для клініки, і для права, і для майбутнього життя дитини.

Основні проблеми документування пологів у війні

1. Відсутність бланків. Стандартні форми недоступні, під рукою лише зошит чи клаптик паперу.
2. Втрачений електронний доступ. eHealth чи медичні бази недоступні через відсутність інтернету чи електрики.
3. Ризик втрати документів. Папірці легко губляться під час евакуації.
4. небезпека витоку даних. У зоні окупації записи можуть потрапити до сторонніх осіб.
5. Питання легалізації. Чи визнають такий запис у мирних умовах?

Мінімальний набір даних, який потрібно зафіксувати

Навіть якщо немає офіційної форми, варто записати:

- Прізвище, ім'я (або хоча б ініціали) жінки.
- Орієнтовна дата й час пологів.
- Стать і стан новонародженого (життєві ознаки).
- Основні втручання (кесарський розтин, медикаменти, реанімація).

- Хто приймав пологи (ПІБ або код медика).
 - Умови проведення (“пологи в укритті”, “без світла”).
- Навіть кілька рядків у зошиті – це вже юридичний слід.

Практичні інструменти фіксації

1. **Папір і ручка.** Найдоступніший варіант. Варто робити копії (фото).
2. **Фото чи відео на телефон.** Короткий запис з датою й часом.
3. **Браслет чи бірка на новонародженого.** Мінімальні дані: мати, дата, місце.
4. **Журнал “польових пологів”.** Спрощена форма, яку можна вести у блокноті.
5. **Дублювання у пам’яті телефону чи месенджері.** Навіть повідомлення самому собі з коротким описом події.

Клінічні кейси

Кейс 1. Київ, метро, 2022. Лікарка записала дані про пологи на клаптику газети, зробила фото телефоном і надіслала колегам. Це дозволило зареєструвати дитину офіційно через кілька днів.

Кейс 2. Херсонщина. У тимчасовій окупації акушерка вела “журнал пологів” у шкільному зошиті. Коли жінки виїжджали на підконтрольну територію, записи визнавалися й переносилися у офіційну документацію.

Кейс 3. Дніпро. Мобільна бригада фіксувала пологи у вигляді коротких аудіозаписів: “Пологи. Ім’я. Дата. Стать дитини. Стан матері.” Це потім переносили у систему eHealth.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Використовували спеціальні картки для “emergency births” – невеликі листки, які видавали жінкам.

- **Ємен.** У полях часто застосовували браслети з кодами для новонароджених.
- **Гайті.** Після землетрусу офіційно визнавали навіть записи на аркушах без печатки, якщо були свідки.

Практичні рекомендації для України

1. Розробити **офіційні спрощені “кризові форми”** для пологів (1 сторінка, базові дані).
2. Дозволити офіційно **користуватись електронними фото чи аудіо** як підтвердженням у надзвичайних умовах.
3. Ввести правило: будь-який документ – навіть зошит чи відео – має юридичну силу, якщо підтверджує факт пологів.
4. Навчати акушерів **мінімальному документуванню** під час симуляцій.
5. Інтегрувати у систему eHealth опцію “кризовий запис”.

Пряма мова: Для матері запис про пологи – це більше, ніж формальність. Це доказ того, що її дитина народилася, навіть якщо світ навколо руйнується. Для лікаря – це спосіб залишити слід, що він зробив усе можливе. Фіксація пологів у війні – це акт людяності: навіть у хаосі хтось пам’ятає про деталі життя.

Висновки

Документування пологів без належних форм – це виклик, але не безвихідь. Мінімальні записи, дублювання інформації та креативні методи фіксації дозволяють зберегти юридичний і медичний слід.

Головний урок: **навіть кілька рядків на папері чи коротке відео можуть стати мостом між війною і мирним життям дитини.**

7.5. Права вагітної в умовах евакуації, окупації, переміщення

Право, яке має силу навіть у хаосі

Вагітна жінка залишається суб'єктом права незалежно від того, де вона перебуває – у мирному місті, в евакуаційному автобусі чи в окупованому селі. Умови війни обмежують можливості реалізації її прав, але не скасовують їх. Ключове завдання медичної та правової системи – зберегти доступ жінки до базових гарантій навіть тоді, коли світ навколо руйнується.

Основні права вагітної, закріплені в Україні

1. **Право на медичну допомогу** – Конституція України (ст. 49) [3].
2. **Право на інформовану згоду** – Закон “Основи законодавства України про охорону здоров’я” [4].
3. **Право на повагу до гідності** – Конвенція ООН про ліквідацію дискримінації щодо жінок [1].
4. **Право на соціальний захист** – для ВПО передбачені пільги та допомога.
5. **Право на захист від насильства** – Закон України “Про запобігання та протидію домашньому насильству” [8].

В умовах евакуації

- Вагітна має право на **пріоритетну евакуацію**, якщо існує ризик для її життя чи життя дитини.
- Під час евакуації повинні бути забезпечені мінімальні умови: сидяче місце, доступ до води, можливість звернутись за медичною допомогою.
- Важливим є право на **збереження персональних даних** – інформація про вагітність не має поширюватись без згоди.

Клінічна нотатка: у 2022 році у Львівській області в евакуаційних поїздах для вагітних передбачали окремі місця біля медичних працівників.

В умовах окупації

- Право на медичну допомогу зберігається, навіть якщо система контролюється окупаційною владою.
- Вагітна не може бути примушена до відмови від медичної допомоги чи до втручань без згоди.
- Особливо важливе право на **безпеку під час пологів** – заборонені будь-які дії, що ставлять життя жінки чи дитини під загрозу.
- У міжнародному праві насильство чи примусові медичні втручання щодо вагітних у зоні конфлікту визнаються воєнними злочинами.

Приклад: у звітах ООН зазначалося, що у 2022–2023 роках вагітні жінки в окупованих регіонах України часто були позбавлені доступу до пологових будинків. Це розглядається як порушення Женевських конвенцій [39].

В умовах внутрішнього переміщення (ВПО)

- Вагітна має право на **реєстрацію у будь-якому регіоні**, навіть якщо вона не є місцевою жителькою.
- МОЗ України закріпив механізм перенесення даних про вагітність у систему eHealth, щоб жінка могла продовжити спостереження в новій громаді.
- Вона має право на **безоплатне отримання базових послуг** (аналізи, УЗД, вакцинація).
- Додатково передбачені **соціальні виплати для ВПО**.

Приклад: у 2023 році вагітним ВПО у Києві надавали пакети гуманітарної допомоги (молочні суміші, гігієна), що реалізовувалося через UNFPA та місцеві органи влади.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Вагітних у таборах для біженців розміщували в окремих зонах, з пріоритетним доступом до лікаря.
- **Європейський Союз.** Для українських ВПО була запроваджена процедура “тимчасового захисту”, яка дозволяє вагітним отримувати медичну допомогу на рівні громадян країни перебування.
- **Африка (Південний Судан).** У таборах біженців існували “safe spaces” – окремі безпечні приміщення для вагітних і матерів.

Практичні рекомендації для України

1. Закріпити у законодавстві **пріоритетну евакуацію вагітних** як норму.
2. Забезпечити роботу **мобільних акушерських бригад** у місцях масового скупчення ВПО.
3. Визначити чіткі правила для медиків у зоні окупації – як документувати допомогу без ризику для жінки.
4. Розробити **інформаційні матеріали для вагітних ВПО** про їхні права.
5. Забезпечити співпрацю МОЗ з міжнародними організаціями (UNFPA, UNICEF) для надання гуманітарної допомоги вагітним.

Пряма мова: Для жінки, яка втратила дім і змушена тікати, знання про те, що її права зберігаються, – це частина відчуття безпеки. Вона має право не лише на медичну допомогу, а й на гідність. Повага до цих прав у війні – це сигнал, що навіть у хаосі вона залишається не “біженкою” чи “евакуйованою”, а насамперед людиною і майбутньою матір’ю.

Висновки

Війна не скасовує прав вагітної, а навпаки – робить їх ще вразливішим. Евакуація, окупація чи переміщення – це сценарії, де права мають бути максимально захищені.

Головний урок: **право у війні стає не формальністю, а гарантією людяності. І вагітна жінка має відчувати, що її життя і життя її дитини є пріоритетом системи.**

7.6. Захист персональних даних вагітних у військовий час

Чому дані стають питанням безпеки

У мирному житті персональні дані вагітної – це, передусім, медична таємниця: історія хвороби, результати аналізів, дані про вагітність. У війні ж ці відомості можуть стати інструментом тиску або навіть зброєю. Витік інформації про місцезнаходження жінки, її стан чи маршрути евакуації може наразити на небезпеку не лише її, а й дитину, і всю медичну команду. Тому захист персональних даних у військовий час – це не лише правова вимога, а й питання безпеки.

Основні ризики для персональних даних у війні

1. **Втрата паперової документації** через пожежі, обстріли, евакуацію.
2. **Перехоплення електронних баз** у разі окупації.
3. **Несанкціонований доступ** до систем eHealth чи локальних реєстрів.

4. **Людський фактор** – дані можуть розкриватися через недбалість чи під тиском.
5. **Психологічний тиск на жінку**. Її можуть змусити розкрити інформацію про себе чи свою родину.

Правова база в Україні та міжнародні стандарти

- **Закон України “Про захист персональних даних”** № 2297-VI (01.06.2010) [19]
- **Закон “Основи законодавства України про охорону здоров’я”** [4]
- **Загальний регламент ЄС із захисту даних (GDPR).**
- **Женевські конвенції.** Забороняють використання даних цивільного населення у воєнних цілях [39].

Усі ці документи діють і під час війни, але потребують адаптації під кризові умови.

Як має виглядати захист даних на практиці

1. **Мінімізація збору даних.** Записувати тільки те, що критично необхідне.
2. **Анонімізація.** У небезпечних зонах замість ПІБ можна використовувати ініціали чи коди.
3. **Подвійне збереження.** Паперові записи + фото/скан у захищеному телефоні.
4. **Шифрування.** Використання месенджерів із наскрізним захистом для передачі медичної інформації.
5. **Право на конфіденційність.** Пацієнтка має знати, хто і навіть що збирає її дані.

Клінічні кейси

Кейс 1. Київ, 2022. У бомбосховищі вели спрощений облік пологів лише за ініціалами. Це дозволило уникнути розголошення персональних даних у разі втрати документів.

Кейс 2. Херсон, окупована територія. Медики приховували точні адреси вагітних, які потребували спостереження, і передавали інформацію через умовні позначки, щоб жінок не могли ідентифікувати сторонні.

Кейс 3. Львів. Під час масової евакуації у 2022 році дані про вагітних ВПО вносили у систему eHealth, але дублювали на захищених флеш-носіях для передачі у випадку перебоїв.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Використовували паперові “кризові картки” з мінімальними даними, щоб у разі втрати не було витоку повної інформації.
- **Ємен.** Дані зберігали у вигляді кодів у мобільних додатках, без зазначення імен.
- **Гаїті.** Після землетрусу 2010 року медики домовилися збирати лише основні відомості: ім’я, термін вагітності, контакт для евакуації.

Практичні рекомендації для України

1. Створити **національний протокол захисту даних** у кризових умовах.
2. Забезпечити навчання медиків щодо **мінімального та безпечного документування**.
3. Використовувати **технології шифрування та захищені канали** для електронних записів.
4. Передбачити у законодавстві **відповідальність за розголошення даних** вагітних у воєнний час.

5. Інтегрувати у систему eHealth опцію “**обмежений доступ**” для даних із прифронтових територій.

Пряма мова: Для вагітної жінки конфіденційність – це не дрібниця. Це відчуття захищеності, що її дані не стануть причиною небезпеки для неї чи дитини. Захист інформації у війні – це форма поваги, що зберігає довіру між жінкою і медичною системою.

Висновки

У воєнний час персональні дані стають такою ж цінністю, як ліки чи вода. Їхній захист – це не лише формальна вимога, а й гарантія безпеки.

Головний урок: **дані вагітної – це частина її життя, і навіть у війні вони мають залишатися недоторканими.**

Підсумок Розділу 7

Юридичні та етичні аспекти

У цьому розділі ми з’ясували, що право і етика у війні стають не менш важливими, ніж клінічні протоколи.

- **Інформована згода** у надзвичайних ситуаціях можлива в усній, відео- чи навіть умовній формі, але вона повинна зберігати зміст – право жінки бути почутою.
- **Документування допомоги** під обстрілами не вимагає ідеальних форм, але потребує мінімальних фіксацій, які можуть стати доказом і для наступного етапу лікування, і для права.
- **Медико-правова відповідальність** у війні має розглядатися

крізь призму форс-мажору: лікар відповідає за добросовісність, а не за неможливість виконати протокол.

- **Пологи без належної документації** – не виняток, а нова норма. Тут важливі спрощені форми, дублювання і креативність у фіксації.
- **Права вагітних у евакуації, окупації та переміщенні** залишаються чинними завжди. Вони не є опцією, а гарантією гідності.
- **Захист персональних даних** у війні – це не лише правовий обов’язок, а й питання безпеки жінки та дитини.

Для системи охорони здоров’я це означає:

1. Необхідність розробити **кризові правові протоколи**, які дозволять медикам діяти впевнено, не боячись несправедливих переслідувань.
2. **Спрощені форми згоди та документації** мають бути офіційно визнані.
3. Права жінки і дитини повинні бути у центрі будь-якої евакуаційної чи гуманітарної програми.
4. Захист інформації має таку ж вагу, як захист фізичного здоров’я.

Висновок

Право і етика у війні – це спосіб зберегти людяність у хаосі. Вони не лише регулюють роботу медиків, а й формують довіру пацієнток до системи.

Головний урок: **навіть у надзвичайних умовах лікар і жінка залишаються партнерами, а право – інструментом збереження гідності.**

РОЗДІЛ 8

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД: СИРІЯ, ПАЛЕСТИНА, АФРИКА, УКРАЇНА

8.1. Досвід воєнних конфліктів: що показали дослідження

Чому світовий досвід важливий для України

Жодна країна не готова до війни у сфері медицини, але кожна війна залишає після себе знання, які стають безцінними для інших. Дослідження, проведені в Сирії, Палестині, Африці, Афганістані та інших гарячих точках, показують: акушерство й неонатологія у конфліктах стикаються з однаковими викликами – нестача ресурсів, руйнування системи, стрес жінок і лікарів, етичні дилеми. Вивчення цього досвіду дозволяє Україні уникати повторення чужих помилок і швидше знаходити дієві рішення.

Сирія (2011–...)

- Масове руйнування медичної інфраструктури: понад 50% пологових будинків були знищені чи перестали працювати.
- Жінки змушені народжувати у підвалах, школах, на блокпостах.
- Дослідження WHO (2017) показало: рівень материнської смертності зріс удвічі, а неонатальної – майже втричі.
- Ключові уроки: мобільні бригади, навчання акушерок швидким протоколам, евакуація як частина медичної допомоги.

Висновок: *стійкість системи не в будівлях, а в людях і мобільності.*

Палестина (Сектор Газа)

- Постійні обстріли змушували закривати лікарні на невизначений час.
- Жінки часто не могли дістатися до пологового будинку через блокади.
- Дослідження Lancet (2018): високий рівень кесарських розтинів “за життєвими показами”, бо природні пологи у підпільних умовах несли більший ризик [28].
- Практика: створення “safe spaces” – кімнат у підвалах лікарень, де навіть під обстрілами можна було провести пологи.

Висновок: **навіть мінімально обладнані безпечні зони рятують життя.**

Африка (Південний Судан, Конго)

- Тут конфлікти тривають десятиліттями, що сформувало особливі “польові системи охорони здоров’я”.
- У багатьох регіонах роль лікарів виконують навчені акушерки.
- Дослідження UNFPA (2019): основним викликом є не лише пологи, а й післяпологові ускладнення (кровотечі, сепсис).
- Запроваджували “пологові набори” для домашніх пологів, які включали стерильну плівку, ножиці та антисептик.

Висновок: **навіть прості інструменти, якщо вони стандартизовані, різко знижують смертність.**

Афганістан

- Тривалий конфлікт призвів до формування системи “community midwives” – місцевих жінок, яких навчили базовим акушерським навичкам.
- Дослідження BMJ (2020): завдяки цій практиці кількість ускладнень при домашніх пологах знизилась на 40%.
- Особливість: високий рівень довіри до таких “своїх” медпрацівниць у громадах.

Висновок: підготовка місцевих кадрів має не менше значення, ніж міжнародна допомога.

Загальні тенденції, що виділяють дослідження

1. **Руйнування системи** не означає кінець допомоги – її можна адаптувати у мобільний формат.
2. **Материнська смертність** завжди зростає у війні, але темпи зростання можна зменшити завдяки чітким алгоритмам.
3. **Евакуація** є частиною медичної допомоги, а не лише транспортною задачею.
4. **Роль жінок-лідерок** у громадах (акушерки, медсестри) критично важлива.
5. **Психологічний фактор** має прямий вплив на перебіг вагітності й результат пологів.

Що це означає для України

- Ситуація в Україні має свої особливості (сильніші ресурси, електронна система охорони здоров'я, міжнародна підтримка), але базові виклики ідентичні.
- Варто інтегрувати світові напрацювання: мобільні бригади, спрощені набори для пологів, safe spaces, підготовку місцевих акушерок.
- Головний урок: **виживання системи визначається не кількістю лікарень, а здатністю швидко перебудуватися.**

Висновки

Досвід Сирії, Палестини, Африки й Афганістану показує: вагітність і пологи у війні завжди стають полем найбільших ризиків. Але одночасно ці кейси доводять: навіть у найважчих умовах мож-

на зберегти життя, якщо є адаптивні моделі, прості інструменти і довіра між медиками та пацієнтками.

Для України цей досвід – не абстрактна історія, а практичний дороговказ.

8.2. Практики UNFPA, WHO, Médecins Sans Frontières у зонах бойових дій

Коли міжнародні організації стають частиною пологової команди

У війні часто руйнуються лікарні, бракує персоналу й ліків. У таких умовах на допомогу приходять міжнародні організації. Вони не замінюють систему, але стають її опорою – підвозять набори для пологів, відкривають тимчасові шпиталі, навчають місцевих медиків і просто створюють відчуття, що жінка не залишена сама.

Досвід UNFPA

Фонд ООН у галузі народонаселення відомий своїми так званими “**акушерськими наборами**”. Це невеликі пакети, де є все найнеобхідніше: стерильна плівка, рукавички, ножиці, мила, навіть ліхтарик. У Сирії саме такі набори врятували сотні жінок, які народжували в підвалах без доступу до лікарень.

Окрім цього, UNFPA запускає **мобільні клініки**. Це невеликі автобуси або мікроавтобуси, які їздять селами й таборами для переселенців. Лікарка з Алеппо згадувала:

«Я бачила, як жінка вперше за дев'ять місяців вагітності потрапила до лікаря завдяки мобільній клініці. Вона плакала від полегшення».

Досвід WHO

Всесвітня організація охорони здоров'я зосереджується не стільки на речах, скільки на **правилах і навчанні**. Їхні короткі чек-листи та алгоритми прості: що робити при кровотечі, як розпізнати прееклампсію, які кроки зробити першими. Це допомагає навіть тоді, коли лікар працює без обладнання й часу.

WHO також організовує навчання для місцевих акушерок і фельдшерів. У Ємені одна з учасниць тренінгу казала:

«Я боялася брати відповідальність за пологи у селі. Після навчання змогла прийняти трьох дітей за тиждень. І всі вижили».

Досвід Médecins Sans Frontières (MSF) [25]

“Лікарі без кордонів” мають найбільш практичний підхід. Вони ставлять намети або швидко облаштовують покинуті будівлі й відкривають там тимчасові пологові. У Центральноафриканській Республіці їхні мобільні шпиталі приймали тисячі пологів щороку.

MSF відомі тим, що йдуть туди, де найнебезпечніше. В Африці їхні лікарі працювали під постійними обстрілами, у Конго – у зоні епідемії Еболи. Жінки, які народжували у таких наметових шпиталях, часто згадують не про медичні деталі, а про просту людську підтримку:

«Мені говорили: ти впораєшся. Тримали за руку. І це було не менш важливим, ніж ліки».

Коли вони працюють разом

У Сирії був період, коли UNFPA забезпечував наборами, WHO давало протоколи, а MSF розгортали мобільні шпиталі. Це показало, що успіх можливий лише тоді, коли кожен робить свою частину, і всі разом діють як єдина команда.

Уроки для України

- Варто ширше застосовувати “акушерські набори” у прифронтових і деокупованих регіонах.
- Інтегрувати у національні протоколи короткі чек-листи WHO, які допомагають діяти у кризі.
- Використати досвід MSF у створенні тимчасових мобільних пологових пунктів – навіть кілька кімнат із мінімумом обладнання можуть врятувати життя.

Пряма мова: Міжнародні організації часто привносять не лише ресурси, а й атмосферу турботи. Жінки згадують не стільки медикаменти, скільки слова підтримки, теплу ковдру чи чисту воду. У цьому й полягає сила їхнього підходу: війна може забрати будівлі, але не повинна забирати гідність жінки, яка народжує.

Висновки

Практики UNFPA, WHO та MSF довели, що навіть у найважчих умовах можливо створити систему допомоги вагітним. Вони показали три головні принципи: мобільність, простота і людяність. І ці принципи вже сьогодні мають стати основою для українських кризових протоколів.

8.3. Порівняльний аналіз із ситуацією в Україні (2022-2025)

Схожості й відмінності

Коли Україна опинилася у війні, здавалося, що ми унікальні у своїх проблемах. Але дослідження досвіду Сирії, Палестини, Африки показують: багато труднощів повторюються. Руйнування лікарень, відсутність транспорту, стрес у вагітних – усе це вже переживали інші країни. Водночас, в Україні є і свої сильні сторони, які дають змогу діяти ефективніше.

Подібності

1. **Руйнування інфраструктури.** Як і в Сирії, де пологові будинки ставали мішенню обстрілів, в Україні у 2022 році десятки закладів були пошкоджені або знищені.
2. **Вагітність у підвалах та укриттях.** Подібно до Палестини, українські жінки народжували в метро чи сховищах.
3. **Евакуація як частина медичної допомоги.** В обох випадках шлях до лікарні ставав не менш небезпечним, ніж самі пологи.
4. **Зростання тривоги і депресії.** Як і в Африці під час конфліктів, психологічний стан вагітних впливав на перебіг гестації.

Приклад: у Києві в лютому 2022 року десятки жінок народили у бомбосховищах, так само, як у Газі чи Алеппо роками раніше.

Відмінності

1. **Сильніша базова система.** Перед війною Україна мала відносно сучасну акушерську службу: електронна система eHealth, доступ до скринінгів, розгалужена мережа пологових. У Сирії чи Південному Судані цього не було.

2. **Міжнародна підтримка.** Україна одразу отримала допомогу UNFPA, WHO, UNICEF та MSF, що дозволило уникнути найгірших сценаріїв.
3. **Електронізація.** Завдяки eHealth стало можливим швидше відновлювати дані вагітних після переміщення. У більшості країн, які переживали війни, документація була виключно паперовою.
4. **Волонтерський рух.** Унікальність України – у масштабі волонтерської допомоги, яка часто компенсувала затримки офіційної системи.

Приклад: у Львові волонтери створили мобільну службу для вагітних ВПО, яка працювала навіть уночі. Це не стандартна практика для інших країн у конфліктах.

Що ми перейняли зі світового досвіду

- **Мобільні бригади.** Ідея прийшла від практики MSF і UNFPA.
- **Пологи в укриттях.** Використання найпростіших акушерських наборів – урок Сирії та Ємену.
- **Психологічна підтримка.** В Україні з 2023 року активно залучаються психологи у перинатальні центри, подібно до моделей UNFPA.

Чого ще бракує

- **Стандартизованих “safe spaces”.** В Україні пологи в укриттях відбувалися стихійно, тоді як у Палестині створювали спеціально облаштовані кімнати.
- **Розширеного навчання для громад.** Афганістан показав, що підготовка місцевих акушерок критично важлива. В Україні це доки не систематизовано.
- **Швидких протоколів у кишеньковому форматі.** Лікарі часто користувалися власним досвідом, тоді як WHO поширює короткі інструкції для кризових умов.

***Пряма мова:** Усі війни показали одну істину: вагітна жінка потребує не лише лікарні, а й відчуття, що про неї подбали. Українські лікарі й волонтери від початку намагалися дати це відчуття. Одна з породіль у Харкові згадувала: «Я народила у підвалі, але поруч була акушерка і студентка-медик. Вони тримали мене за руки. І я знала: я не сама». Це відрізняє український досвід від багатьох інших країн: система залишалася людиною, навіть коли руйнувалася інфраструктура.*

Висновки

Україна повторила чимало сценаріїв, знайомих іншим країнам у війні, але водночас продемонструвала власні унікальні сильні сторони.

Головне – використати цей момент, щоб поєднати міжнародний досвід і наші ресурси. Бо, як показали дослідження, **виживання вагітної у війні залежить не лише від наявності лікарні, а й від здатності системи бути гнучкою, мобільною й співчутливою.**

8.4. Приклади адаптивних систем у гуманітарних місіях

Що означає “адаптивність”

Війна руйнує будь-які сталі моделі медицини. Там, де вчора були лікарні, сьогодні – руїни. Там, де працювала мережа амбулаторій, залишаються лише волонтери й підвали. У цих умовах гуманітарні місії створюють нові, **адаптивні системи**, які не потребують великих ресурсів, але здатні працювати в екстремальних обставинах.

“Safe spaces” у Палестині

У Газі та на Західному березі у відповідь на постійні обстріли створювали **безпечні кімнати** у підвалах лікарень. Це були невеликі приміщення з ліжками, акушерським набором і запасом води. Там можна було провести пологи навіть у момент атаки.

Лікарка згадувала: «Я приймала дитину під гуркіт вибухів, але жінка казала: я відчувала, що тут безпечніше, ніж удома».

“Birth kits” у Південному Судані

UNFPA і місцеві партнери розробили **індивідуальні набори для пологів удома**. У пакеті – стерильна плівка, ножиці, мотузка для перев'язування пуповини, мило. У країні, де лікарень майже немає, такі прості речі врятували тисячі жінок від інфекцій і кровотеч.

У відгуках жінки говорили: «Я народила сама, але вперше у мене був чистий простір і все необхідне».

Мобільні шпиталі MSF

У Конго та ЦАР MSF облаштовували **польові пологові відділення** у наметах і старих будівлях. Вони мали мінімальний набір обладнання: апарати для кесарських розтинів, стерилізатори, портативні інкубатори.

Лікар MSF розповідав: «Ми знали, що у нас не буде другого шансу. Жінка приходила, і ми musiли допомогти тут і зараз».

Психологічні “куточки” у Сирії

Окрім фізичної допомоги, гуманітарні місії створювали **зони психологічної підтримки** – місця, де вагітна могла поговорити з психологом, отримати поради чи просто відпочити. Такі “куточки” розміщували у таборах для переселенців.

Одна жінка казала: «Мене вперше за дев'ять місяців вислухали. Це було так само важливо, як і ліки».

Адаптація під потреби

Ключ у тому, що системи не були універсальними. В Афганістані робили ставку на **навчання місцевих акушерок**, у Палестині – на **захищені приміщення**, у Судані – на **домашні набори**, у Сирії – на **мобільні клініки**. Кожна модель виникала не з книжки, а з конкретної потреби.

Уроки для України

- **Safe spaces.** Пологові укриття можна облаштовувати у підвалах українських лікарень системно, а не стихійно.
- **Birth kits.** Варто поширити спрощені акушерські набори для жінок, які ризикують народити вдома чи в дорозі.
- **Мобільні пункти.** У регіонах із загрозою обстрілів доречні тимчасові пологові у школах, клубах, автобусах.
- **Психологічна допомога.** Не менш важлива за фізичну – і має бути інтегрована у будь-яку гуманітарну програму.

Пряма мова: Ці адаптивні системи народжуються не з недостатку, а з браку. Вони доводять: навіть кілька простих речей – лампа, мило, ліжко, слово підтримки – можуть змінити долю жінки і дитини. І саме це робить гуманітарні моделі живими: вони враховують не лише тіло, а й серце.

Висновки

Гуманітарні місії у різних куточках світу показали, що адаптація – ключ до виживання системи. Там, де неможливо відновити лікарню, можна створити простір безпеки. Там, де бракує лікарів, можна підготувати акушерок із громади. Там, де немає обладнання, можна дати набір на кілька предметів.

Україна має шанс поєднати цей досвід зі своїми ресурсами й створити власну модель адаптивної медицини у війні.

8.5. Переносимість моделей в український контекст

Що означає “перенести досвід”

Коли ми говоримо про адаптацію міжнародних практик, важливо пам’ятати: жодна модель не може бути скопійована буквально. Україна має свої особливості – відносно сильна система охорони здоров’я до війни, електронна база пацієнтів, активний волонтерський рух. Тому мова не про копіювання, а про **розумне перенесення** – брати ідеї, які працювали в Сирії чи Африці, і вбудовувати їх у наш контекст.

Що можна застосувати вже зараз

1. Safe spaces у пологових будинках

Підвали лікарень чи укриття можуть стати повноцінними “резервними пологовими”, якщо їх оснастити водою, ліжками, акушерськими наборами. Це не потребує великих інвестицій, але рятує життя.

2. Birth kits для екстрених випадків

Простий пакет із рукавичками, антисептиком, стерильною плівкою може роздаватися вагітним у прифронтових регіонах. Це мінімальна гарантія безпеки, якщо доведеться народжувати поза лікарнею.

3. Мобільні бригади

На базі швидких допомог або евакуаційних автобусів можна формувати мобільні акушерські команди. Вони вже частково існують в Україні, але потребують системності.

4. Навчання місцевих акушерок

Афганський досвід показав, що громади довіряють “своїм” жінкам-медичкам. В Україні можна розширити короткі курси для

медсестер і акушерок, які працюють у віддалених селах чи зонах з обмеженим доступом.

5. Психологічні куточки

У таборах для ВПО варто створювати місця для відпочинку і консультацій. Навіть кілька годин спілкування з психологом можуть знизити рівень стресу у вагітної.

Що потребує адаптації

- **Протоколи WHO.** Вони універсальні, але в Україні їх слід перекласти у більш “кишенькову” форму: картки, мобільні додатки, схеми на одній сторінці.
- **Моделі MSF.** Україна має більше ресурсів, тому замість наметових шпиталів доречніше створювати тимчасові відділення у школах чи клубах.
- **Системи підтримки UNFPA.** Варто поєднувати гуманітарні набори з державними програмами, щоб не було дублювання.

Унікальні переваги України

- **Електронна система eHealth.** Це дозволяє переносити історію вагітності навіть при переміщенні жінки з міста у місто. У Сирії чи Африці такого інструменту не було.
- **Волонтерський рух.** Саме він компенсує прогалини там, де міжнародні організації фізично не встигають.
- **Міжнародна увага.** Україна отримує більше підтримки, ніж більшість конфліктних країн, і це дає шанс швидше масштабувати успішні практики.

***Пряма мова:** Переносимість моделей – це не лише про обладнання чи протоколи. Це про здатність зберігати людяність. Якщо у Південному Судані жінці давали чисту плівку, щоб вона не народжувала на землі, то в Україні це може бути укриття з теплом і акушеркою поруч. Суть одна: створити для матері і дитини простір безпеки, навіть якщо навколо небезпека.*

Висновки

Міжнародний досвід не замінює українську систему, але дає готові рішення, які можна застосовувати вже сьогодні. Safe spaces, акушерські набори, мобільні бригади, психологічна підтримка – усе це можна інтегрувати без масштабних ресурсів.

Україна має унікальний шанс поєднати міжнародні моделі і власний потенціал, створивши систему, яка стане прикладом для світу: **як у війні можна зберегти життя матері й дитини.**

Підсумок Розділу 8

Міжнародний досвід: Сирія, Палестина, Африка, Україна

Що ми дізналися з міжнародного досвіду

Війна завжди б'є по найвразливіших – і вагітні жінки серед них у перших рядах. Досвід Сирії, Палестини, Африки та Афганістану показав, що ключові виклики повторюються: руйнування лікарень, неможливість дістатися до медичної допомоги, відсутність ліків і персоналу, високий рівень тривоги та депресії у вагітних. Але попри хаос, у цих країнах з'явилися адаптивні моделі допомоги, які дозволили врятувати тисячі життів.

Практики, які довели свою ефективність

- **Safe spaces** – облаштовані укриття чи кімнати, де можна безпечно народжувати під час обстрілів.
- **Birth kits** – прості набори для домашніх пологів, які запобігали інфекціям і кровотечам.
- **Мобільні бригади** – виїзні команди лікарів та акушерок, які самі йдуть до жінки.
- **Навчання громад** – підготовка місцевих жінок до базової акушерської допомоги.
- **Психологічні зони підтримки** – місця, де вагітні могли отримати не лише медичну, а й емоційну допомогу.

Ці рішення прості, але саме вони стали фундаментом виживання системи у війні.

Український контекст

Україна у 2022–2025 роках повторила багато світових сценаріїв: народження у підвалах, руйнування лікарень, евакуація вагітних. Але водночас ми мали свої сильні сторони: електронну систему eHealth, активний волонтерський рух, швидку міжнародну підтримку. Завдяки цьому вдалося уникнути найгірших наслідків, які пережили Сирія чи Південний Судан.

Україна вже інтегрувала окремі міжнародні практики (акушерські набори, мобільні клініки, психологічний супровід). Але є ще кроки вперед: системні safe spaces у пологових, масштабне навчання громад, спрощені протоколи для кризових умов.

Пряма мова: Попри різні континенти, історії жінок схожі. Вони народжували під обстрілами, у наметах чи вагонах поїздів, але найголовніше – вони потребували не лише ліків, а й відчуття безпеки й підтримки. Ця емпатична складова – спільний знаменник усіх гуманітарних місій. І саме вона робить досвід міжнародних організацій безцінним для України.

Висновок

Розділ 8 показав, що війна руйнує системи, але водночас відкриває простір для нових рішень. Міжнародний досвід довів: навіть із мінімумом ресурсів можна створити ефективну допомогу, якщо вона ґрунтується на трьох принципах – **мобільність, простота, людяність**.

Україна має шанс не лише перейняти ці моделі, а й показати світові, як у ХХІ столітті країна може поєднати гуманітарний досвід із власними ресурсами.

РОЗДІЛ 9

ПРОПОЗИЦІЇ, СТАНДАРТИ, ПЕРСПЕКТИВИ

9.1. Стандарти мобільної акушерської допомоги

Чому мобільність стала критерієм виживання

Війна показала, що стаціонарна медицина вразлива: пологові будинки можуть бути зруйновані, дороги перекриті, евакуація неможлива. У цих умовах мобільні команди стають єдиною реальністю. В Україні з 2022 року вже працювали поодинокі ініціативи – акушерські бригади на базі “швидкої”, волонтерські мобільні клініки. Але системного стандарту для МОЗ поки що немає. Саме він потрібен, щоб зробити мобільну допомогу не винятком, а частиною державної стратегії.

Основні принципи мобільної акушерської допомоги

1. **Доступність.** Команда має приїхати до жінки навіть у віддалене село чи укриття.
2. **Мінімальна автономність.** Мобільна бригада повинна мати із собою все необхідне для прийняття пологів і стабілізації.
3. **Безпека.** Робота в умовах обстрілів передбачає чіткі алгоритми дій і співпрацю з військовими/ДСНС.
4. **Гнучкість.** Команда може працювати як у ролі “швидкої допомоги”, так і у форматі виїзної жіночої консультації.
5. **Документування.** Навіть у польових умовах потрібно вести короткі записи, які інтегруються в eHealth.

Орієнтовний склад мобільної акушерської бригади

- акушер-гінеколог або акушерка з досвідом;
- медична сестра/фельдшер;
- водій із базовими навичками санітара;
- за можливості – психолог або соціальний працівник.

За сирійською моделлю достатньо двох медпрацівників і водія, але для України доцільно посилити команду.

Стандарт оснащення

МОЗ може затвердити уніфікований перелік, який включатиме:

- **акушерський набір** (стерильні рукавички, інструменти для перерізання пуповини, окситоцин у шприц-тюбиках);
- **портативний доплер** для контролю серцебиття плода;
- **базові медикаменти** (спазмолітики, антибіотики першої лінії, утеротоніки, препарати для невідкладної допомоги);
- **комплект для реанімації новонародженого** (амбу-балон, маски);
- **термоковдри, лампи або ліхтарі** на батарейках;
- **портативний планшет/смартфон** із доступом до eHealth (офлайн-режим).

Сценарії роботи бригади

1. **Екстрений виїзд** – коли жінка почала народжувати в дорозі, укритті чи вдома.
2. **Плановий виїзд** – консультації ВПО у місцях тимчасового проживання.
3. **Супровід евакуації** – бригада виїжджає разом із колоною переселенців.
4. **Польовий пологовий пункт** – тимчасова робота у селі чи місті без лікарні.

Документування і стандартизація

- Використання коротких форм – 1 сторінка для запису даних про пологи.
- Подальша інтеграція у eHealth.
- Застосування міжнародних чек-листів (WHO) у кишеньковому форматі.

Приклади з практики

- **Сирія.** Мобільні клініки UNFPA врятували жінок, які не могли дістатись лікарні.
- **Україна, 2022.** У Харківській області волонтерська бригада прийняла 12 пологів за місяць у селах, відрізаних від доріг.
- **ЦАР.** MSF забезпечували не лише пологи, а й післяпологове спостереження у тимчасових наметах.

Пропозиція для МОЗ

1. Затвердити **Національний стандарт мобільної акушерської допомоги**.
2. Визначити **пілотні регіони** (прифронтові та віддалені села).
3. Розробити **типове оснащення** бригад і протоколи дій.
4. Інтегрувати мобільну допомогу в систему eHealth.
5. Забезпечити фінансування коштом держави та міжнародних донорів.

Пряма мова: Мобільна бригада для вагітної – це не лише медична допомога. Це сигнал, що про неї пам'ятають, навіть якщо вона у селі біля лінії фронту чи в тимчасовому таборі. Коли лікарі приїжджають до неї, вона відчуває себе не забутою, а захищеною.

Висновок

Мобільні акушерські бригади – це не тимчасовий вихід, а **новий стандарт для воєнного і післявоєнного часу**. Вони мають бути офіційно затверджені МОЗ і працювати за єдиними правилами. Бо у війні виживає не та система, що має найкращі будівлі, а та, яка здатна рухатися за жінкою.

9.2. Запасні сценарії дій у разі руйнування пологового

Коли лікарня стає мішенню

Війна показала, що пологові будинки – не завжди захищені об'єкти. Маріуполь, Харків, Херсон – приклади того, як будівлі, де мали народжуватися діти, перетворювалися на руїни. Це не гіпотетичний ризик, а реальність, яка вимагає від системи охорони здоров'я готових сценаріїв: що робити, якщо пологовий зруйновано або заблоковано.

Основні варіанти запасних сценаріїв

1. *Перенесення у резервні приміщення*

- Підвали лікарень, шкільні спортзали, клуби чи навіть великі укриття можуть бути тимчасово перетворені на пологові.
- Мінімальні умови: вода, тепло, освітлення, набір акушерських інструментів, зв'язок для виклику допомоги.

Приклад: у Чернігові 2022 року пологи приймали у підвалі дитячої лікарні.

2. Мобільні шпиталі та наметові відділення

- За зразком MSF: швидке розгортання палат у наметах чи модульних конструкціях.
- Доцільно для прифронтових територій.

Приклад: у Сирії мобільні шпиталі приймали до 100 пологів щомісяця.

3. Перенаправлення у сусідні громади

- У разі руйнування пологового в одному місті вагітних направляють у найближчі безпечні заклади.
- Потрібно мати готовий список таких лікарень із контактами та маршрутами.

4. Домашні пологи під супроводом мобільної бригади

- У крайніх випадках (блокада, неможливість виїзду) мобільна команда забезпечує пологи вдома.
- Використовуються “birth kits” та протоколи WHO для мінімального безпечного ведення.

Алгоритм для медиків

1. Перевірити, чи можлива евакуація.
2. Якщо ні – визначити найближче безпечне приміщення.
3. Якщо приміщення відсутнє – підготувати місце в укритті чи вдома.
4. Використати мінімальний набір: стерильна плівка, рукавички, джерело світла, теплі ковдри.
5. Документувати пологи у короткій формі для подальшого внесення в eHealth.

Роль МОЗ і місцевої влади

- Скласти **карти запасних пологових точок** у кожному регіоні.
- Розробити **стандарти обладнання** для таких тимчасових місць.
- Забезпечити **резервні набори для пологів** на складах ДСНС та в лікарнях.
- Провести навчання медиків і місцевих громад у користуванні цими наборами.

Пряма мова: Для жінки народжувати не в пологовому – це величезний стрес. Вона може боятися за своє життя і життя дитини ще більше, ніж у звичайних умовах. Але якщо поруч є акушерка, чиста ковдра, світло і вода – цей хаос можна перетворити на контрольований процес. Жінка має відчувати: навіть якщо лікарня зруйнована, система все одно подбає про неї.

Висновок

Запасні сценарії – це не теорія, а обов’язкова частина роботи акушерської системи у війні. МОЗ має офіційно закріпити алгоритми: **де народжувати, якщо пологовий зруйновано, і хто відповідає за організацію допомоги.**

Бо навіть у найгірших умовах має бути чітка відповідь на питання: “Куди йти вагітній жінці?”

9.3. Пропозиції до маршрутів вагітних у зонах ризику

Чому маршрути стають питанням виживання

У мирний час “маршрут пацієнта” звучить як технічний термін – плановий шлях від жіночої консультації до пологового. У війні ж це буквально шлях життя. Вагітна може опинитися між обстрілами, заблокованими дорогами, зруйнованими мостами. Тому завдання держави і медичної системи – створити реальні, гнучкі маршрути, які враховують небезпеку і водночас гарантують доступ до допомоги.

Основні принципи побудови маршрутів

1. **Безпека понад усе.** Маршрут обирається не за короткістю, а за рівнем безпеки.
2. **Гнучкість.** Має бути не один шлях, а кілька альтернатив.
3. **Простота.** Інформація має бути зрозумілою навіть людині без медичної освіти.
4. **Інтеграція.** Маршрути повинні бути погоджені з ДСНС, військовими, місцевою владою.
5. **Пріоритетність вагітних.** В евакуаційних колонах чи транспорті жінки з вагітністю мають окремий статус.

Типові маршрути для вагітних у зонах ризику

1. **“Зелений коридор” до безпечного пологового**
 - Використовується, коли є домовленості про евакуацію.
 - Вагітні включаються у списки першочергово.
2. **Регіональний маршрут**
 - Переміщення у сусіднє місто з працюючим пологовим.
 - Має бути затверджений список “базових пологових закладів” на область.

3. *Маршрут укриття*

- Якщо евакуація неможлива, жінка прямує у найближче укриття, обладнане під резервний пологовий.

4. *Маршрут мобільної бригади*

- Виклик мобільної акушерської команди за телефоном “гарячої лінії”.
- Доцільно для віддалених сіл чи заблокованих територій.

Приклади з України

- **Київ, 2022.** Вагітних організовано перевозили у західні області за “зеленими коридорами”.
- **Харківщина.** У прифронтових селах створили список “пологових точок” у підвалах лікарень.
- **Львів.** Для ВПО розробили маршрути до пологових із урахуванням перевантаження закладів.

Роль МОЗ

1. Затвердити *Національний план маршрутів вагітних* у зонах ризику.
2. Оновлювати список “працюючих пологових” щотижня.
3. Створити інтерактивну карту з позначеними маршрутами і контактами.
4. Організувати цілодобову гарячу лінію для координації.

Пряма мова: Для жінки, яка чує вибухи, головне знати: “Куди мені йти? Хто мене зустріне?” Чіткий маршрут – це не лише логістика, а й відчуття безпеки. Бо коли вона тримає в руках папір із зазначеним шляхом або чує підтвердження з гарячої лінії, страх відступає.

Висновок

У зонах ризику маршрут вагітної має бути прописаний так само чітко, як військовий план евакуації. Це не додатковий сервіс, а частина права жінки на безпечні пологи. МОЗ має офіційно затвердити систему маршрутів, бо у війні правильний шлях часто рятує більше, ніж ліки.

9.4. Використання телемедицини для супроводу вагітних у ВПО

Коли лікар далеко, а допомога потрібна

Війна змусила сотні тисяч вагітних жінок стати внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Вони опинилися у містах, де не знали лікарів, не мали маршрутів і часто навіть не могли потрапити на консультацію. Тут на перший план виходить телемедицина – можливість консультуватися з лікарем дистанційно, отримувати рекомендації та зберігати зв'язок із системою.

Переваги телемедицини для вагітних у ВПО

1. **Доступність.** Жінка може отримати пораду навіть у селі чи таборі, де немає лікаря.
2. **Безпека.** Зменшується потреба у зайвих поїздках, що особливо важливо під час обстрілів.
3. **Продовження спостереження.** Лікар, який вів вагітну до переїзду, може консультувати її онлайн.
4. **Документування.** Консультації можуть бути інтегровані у систему eHealth.

5. **Психологічна підтримка.** Навіть коротка відеозустріч із лікарем знижує рівень тривоги.

Які формати вже використовуються в Україні

- **Відеоконсультації у додатках** (Zoom, Viber, WhatsApp). Найпростіший, але ефективний формат.
- **Телефонні “гарячі лінії”**. Наприклад, у 2022 році працювали обласні лінії для ВПО.
- **Платформи eHealth**. Деякі клініки інтегрували відеоконсультації у свої медичні інформаційні системи.
- **Мобільні додатки для вагітних**. З’явилися застосунки, де можна записати симптоми, отримати пораду чи консультацію.

Приклад: у Львові ВПО мали можливість консультуватися з акушером-гінекологом онлайн, а результати одразу вносили у електронну картку.

Що варто розвинути системно

1. **Єдина державна платформа телемедицини для вагітних**
 - Онлайн-запис на консультацію.
 - Відео та аудіо консультації.
 - Інтеграція з eHealth.
2. **Телемедичні “пункти доступу”**
 - У центрах для ВПО створити кімнати з планшетом та інтернетом, де жінка зможе під’єднатися до лікаря.
3. **Мобільні додатки з кризовими алгоритмами**
 - Інструкції: що робити при кровотечі, переймах, симптомах прееклампсії.
4. **Залучення психологів онлайн**
 - Не лише акушер-гінеколог, а й фахівець із психоемоційної підтримки.

Міжнародний досвід

- **Сирія.** Використовували телефонні консультації через відсутність інтернету.
- **Ємен.** Створили телемедичні хаби у таборах для переселенців.
- **Україна.** У 2023 році пілотно запрацювала програма телемедичних консультацій для ВПО у Дніпрі та Львові – жінки високо оцінили швидкість доступу.

***Пряма мова:** Для жінки, яка втратила дім і лікаря, навіть короткий онлайн-зв'язок із фахівцем – це нагадування, що вона не залишилась сама. Вона чує знайомий голос, отримує конкретні рекомендації, і це повертає відчуття контролю.*

Висновок

Телемедицина для вагітних у ВПО – не “додаткова опція”, а реальний інструмент збереження життя. МОЗ має офіційно закріпити стандарти телемедичної допомоги у кризових умовах. Бо у війні важливо не лише, де перебуває лікар, а й чи може він бути поруч навіть через екран.

9.5. Прогнозування майбутніх потреб системи охорони материнства

Чому прогноз потрібен уже зараз

Війна змінює систему охорони материнства щодня. Частина лікарень зруйнована, персонал виїхав або мобілізований, кількість вагітних жінок у статусі ВПО зростає. Але одночасно війна закін-

читься – і тоді система має бути готова до нових викликів: від демографічних змін до психологічних наслідків. Прогнозування – це спосіб заздалегідь побачити потреби і почати працювати над ними вже сьогодні.

Демографічні тенденції

- **Зниження народжуваності.** Війна спричинила падіння кількості вагітностей через страх, нестабільність і міграцію.
- **“Відкладені пологи”.** Частина жінок відкладає народження дітей “до кращих часів”.
- **Підвищений ризик у групах ВПО.** Вагітність у стресових умовах супроводжується вищою частотою ускладнень.
- **Міграційний фактор.** Частина українських жінок народжує за кордоном, що впливатиме на загальну статистику.

Медичні виклики

1. Передусім, варто відзначити зростання кількості ускладнених вагітностей, серед яких домінують ПТСР, анемії, преєклампсія та випадки передчасних пологів.
2. По-друге, війна наочно продемонструвала необхідність у розвитку мобільних форм надання допомоги, оскільки існуючої стаціонарної мережі виявилось недостатньо для забезпечення потреб населення.
3. Крім того, значною проблемою стали кадрові втрати: частина лікарів-акушерів та неонатологів була вимушена виїхати або змінити спеціальність, що посилило дефіцит фахівців у низці регіонів.
4. Окремо слід наголосити, що післявоєнні пологи все частіше супроводжуються підвищеною тривожністю, що підкреслює потребу у системній психологічній підтримці жінок.

Аналіз статистики також дає додаткові штрихи до картини. Загалом відносна кількість пологів на заході країни збільшилася з 33,9% до 37%, а в центрі – з 12,7% до 15,5%. Отже, сумарна частка пологів у центрі та на заході зросла з 46,3% до 52,5%.

Що стосується передчасних пологів, то їхня частка залишилася відносно стабільною на рівні 3,4–3,5%, як у цілому, так і за регіонами:

- Захід: 3,0–3,2%
- Центр: 3,2–3,2%
- Схід та Південь: 3,7–4,1%

Єдиним винятком стало незначне збільшення показника на сході – з 4,1% до 4,5%, що потребує подальшої уваги та пояснень.

Кадрова динаміка

За даними комунальних закладів міста Києва, від 2021 до 2025 року простежується **помітне зменшення кількості фахівців у сфері акушерсько-гінекологічної допомоги**:

- Лікарі-акушери-гінекологи – майже на третину ($\approx 35\%$).
- Лікарі-неонатологи – втрата близько 25% кадрового складу.
- Акушерки – скорочення майже на 30%.

Ці цифри підтверджують, що кадровий дефіцит у найближчі роки стає **системним викликом**.

Інфраструктурні потреби

- **Відновлення та модернізація** пологових будинків.
- Створення **резервних пологових пунктів** (укриття, мобільні шпиталі).
- Розвиток **телемедицини** як обов'язкового інструменту.
- Наявність **резервних складів медикаментів і обладнання** у кожному регіоні.

Кадровий ресурс

- Підготовка **нового покоління акушерів та акушерок** з досвідом роботи у кризових умовах.
- Впровадження програм **психологічної підтримки медиків**, щоб уникнути вигорання.
- Повернення лікарів із-за кордону через програми мотивації.

Економічний аспект

- Фінансування мобільних бригад і резервних пологових має бути включене у державний бюджет.
- Партнерство з міжнародними організаціями для відновлення обладнання.
- Інвестиції у навчання кадрів і цифрові рішення (eHealth, телемедицина).

Сценарії на найближчі роки

1. **Оптимістичний.** Швидке відновлення пологових, повернення кадрів, інтеграція міжнародних практик.
2. **Реалістичний.** Часткова відбудова, збереження мобільних форм допомоги, активна участь волонтерів і НГО.
3. **Песимістичний.** Тривала нестабільність, збереження високого рівня ускладнень і нестача ресурсів.

Пряма мова: Для вагітної жінки майбутнє не абстрактне. Воно вимірюється конкретними питаннями: “Чи буде куди поїхати на пологи? Чи буде лікар, який мене прийме? Чи зможу я довіряти системі?” Прогнозування майбутніх потреб – це спосіб відповісти на ці запитання вже зараз, щоб у післявоєнний час вона почула: “Так, ти у безпеці”.

Висновок

Система охорони материнства в Україні повинна готуватися до післявоєнного періоду вже сьогодні. Це передбачає **оновлення інфраструктури, розвиток мобільних і телемедичних форматів, підготовку кадрів та планування стабільного фінансування.**

Водночас післявоєнне відновлення має враховувати **концентрацію ресурсів** з пріоритетним розвитком **крупних перинатальних центрів у кожній області**, здатних забезпечити повний спектр допомоги – від фізіологічних пологів до найскладніших випадків.

Головний урок війни полягає в тому, що виживає не просто система, яка бореться з кризою, а та, яка здатна **дивитися далі, у майбутнє, та формувати нову архітектуру допомоги.**

Підсумок Розділу 9

Пропозиції, стандарти, перспективи

Ключові акценти

У цьому розділі ми зробили крок від аналізу до практичних рішень. Війна довела: система охорони материнства виживе лише тоді, коли вона буде **мобільною, гнучкою і готовою до непередбачуваного.**

- Ми визначили, що **мобільні акушерські бригади** мають стати офіційним стандартом МОЗ, а не тимчасовою ініціативою.
- Ми проговорили **запасні сценарії**: де народжувати, якщо пологовий зруйновано чи недоступний.
- Ми запропонували **маршрути вагітних у зонах ризику** – чіткі, прості й погоджені з військовими та місцевою владою.
- Ми розглянули **телемедицину** як реальний інструмент супроводу вагітних у ВПО, що дозволяє бути з лікарем на відстані навіть у кризі.

- Ми спробували спрогнозувати, що чекає систему після війни: нові демографічні виклики, потреба у відновленні пологових, підготовці кадрів і розвитку цифрових рішень.

Практичне значення

Цей розділ формує пакет пропозицій для МОЗ та уряду, які можна запроваджувати вже зараз. Йдеться не лише про тактику “на сьогодні”, а й про довгострокові рішення, які стануть основою післявоєнної відбудови.

Пряма мова: *За кожним стандартом стоїть жива жінка. Вона може бути у підвалі під обстрілом, у евакуаційному поїзді чи у сільському клубі, переобладнаному під пологовий. Її очікування просте: “Чи буде поруч лікар? Чи я не залишусь сама?”*

Усі пропозиції цього розділу спрямовані на те, щоб відповідь завжди була: “Так, система з тобою, навіть у найгірший момент.”

Висновок

Розділ 9 став своєрідним мостом між війсьним досвідом і післявоєнними перспективами. Він доводить: щоб зберегти життя матерів і дітей, потрібні не лише стіни лікарень, а й **готовність системи діяти за будь-яких обставин**.

Україна вже зараз має шанс закласти фундамент для відновлення охорони материнства на новому рівні – більш стійкому, сучасному й людяному.

РОЗДІЛ 10

ЗАКЛЮЧЕННЯ: ВІЙНА, ЖИТТЯ, НАДІЯ

10.1. Символізм народження під час війни

Народження як відповідь на руйнування

Війна забирає життя, а пологи його дарують. У цьому парадоксі – глибинний символізм української реальності. Дитина, яка з'являється на світ під звуки сирени, стає доказом: життя сильніше за війну. Для лікарів і акушерок це теж джерело сили – кожен успішний полог у бомбосховищі чи на евакуаційному поїзді нагадують, що навіть у хаосі є простір для радості.

Символи, які ми побачили в Україні

- *Дитина в метро Києва (2022)*. Народження у підземці стало символом незламності.
- *Пологи у Львові після евакуації з Маріуполя*. Це було свідченням, що навіть після втрати дому життя триває.
- *Новонароджені в укриттях Харкова*. Їхні історії облетіли світ і стали символом надії для мільйонів.

Народження у війні – це не лише медичний факт, а й моральний акт спротиву.

10.2. Голос жінки: що ми чули, що повинні почути

Свідчення вагітних і породіль

Жінки у війні розповідають про страх, біль, розгубленість. Але поруч із цим завжди звучить вдячність – лікарям, волонтерам, навіть незнайомим людям, які підтримали.

- “Я народила у підвалі, і коли акушерка запалила свічку, я зрозуміла, що не одна.”
- “Я їхала евакуаційним поїздом у дев’ятому місяці. Коли народила у вагоні, весь потяг аплодував.”
- “Мені важливо було, що лікар дивився мені у вічі й говорив: ми впораємося.”

Що має почути система

1. Жінка потребує **не лише протоколу, а й людяності**.
2. Її голос має бути врахований у плануванні допомоги.
3. Психологічний вимір не можна відкладати “на потім” – він такий же важливий, як фізичний.

10.3. Що залишиться після цієї війни у нашій акушерській практиці?

Нові уроки

- **Мобільність як норма.** Ми зрозуміли: допомога має йти за жінкою, а не чекати її у будівлі.
- **Запасні сценарії.** Кожна лікарня має мати план “Б” і навіть “В”.
- **Телемедицина.** Вона стала не додатком, а основним інструментом зв’язку з жінками у кризі.
- **Психологічна підтримка.** Вона перестала бути другорядною.

Як підготуватися матері, дитині та службам у кризових ситуаціях

1. Чек-листи для породіль і новонароджених

Коли довкола нестабільність, найважливіше – мати під рукою простий перелік речей і дій. Це не абстрактна рекомендація, а реальний рятівний інструмент. У такий список мають входити:

- документи, індивідуальні ліки, базові засоби гігієни;
- кілька комплектів одягу для матері та дитини;
- нагадування, як рахувати рухи плода чи виміряти тиск;
- коротка інструкція: що робити, якщо транспорту немає, а залишатися в укритті доводиться довше, ніж планувалося.

2. Екстрені набори для матері та дитини

У надзвичайній ситуації навіть дрібниця може врятувати життя. Тому важливо мати готовий набір, який легко взяти з собою. Він повинен містити:

- стерильні рукавички, ножиці чи затискач для пуповини, одноразові пелюшки;
- ковдру або термоплівку, щоб зігріти новонародженого;
- базові ліки, які часто потрібні саме у цей час;
- невеликий ліхтарик чи портативне джерело тепла.

3. Пам'ятки для служб ДСНС, МВС та екстреної медицини

Рятувальники й поліцейські часто першими стикаються з жінкою, якій потрібна допомога. Вони повинні мати під рукою прості, чіткі інструкції:

- що робити, якщо пологи почалися в дорозі;
- як допомогти жінці до приїзду медиків;
- куди вести або перевозити – маршрути мають бути визначені заздалегідь.

4. Гарячі лінії та швидкий зв'язок

У критичний момент найцінніше – мати, куди подзвонити. Потрібна єдина цілодобова лінія для вагітних і породіль, яка працюватиме як «координаційний центр»: підкаже, що робити, зв'яже з лікарем, викличе транспорт. Важливо, щоб доступ був не лише телефоном, а й через мобільний додаток чи месенджер.

Такий підхід уже використовували у світі. У Сирії чи Ємені UNFPA запускала гарячі лінії для вагітних, WHO розробляла пакети підготовки до пологів, а UNICEF забезпечувала новонароджених базовими наборами. Україна може адаптувати цей досвід під власні реалії.

Навчання кризовим протоколам і психологічним інструментам

Працювати лікарем під час війни – це не лише лікувати. Це ще й витримувати тиск, тримати себе в руках і бути опорою для жінки, яка поруч. Саме тому навчання має охоплювати не лише медичні дії, а й психологічну готовність.

Можна виділити кілька кроків:

- **Кризові протоколи.** Що робити, якщо почалися пологи в укритті? Як діяти, коли транспорт затримується? Як організувати евакуацію з «червоної» зони?
- **Стабілізація себе.** Медик під обстрілами сам відчуває страх. Варто знати прості прийоми дихання, техніки «заземлення», а ще – мати підтримку колег.
- **Допомога жінці.** У момент пологів слово «спокійно, я з вами» іноді важить більше за ліки. Медики мають вміти зменшити тривогу, зупинити паніку, підтримати поглядом чи дотиком.
- **Спільні дії.** Жодна бригада не працює сама. Лікарі, рятувальники, поліція, волонтери – усі мають бути злагоджені, і це варто відпрацьовувати на тренуваннях.

Таке навчання давно практикують у світі. **WHO** розробила програму Psychological First Aid – прості кроки першої психологічної допомоги. **ICRC** вчить медиків працювати у бойових умовах і залишатися витривалими. **UNFPA** та **UNICEF** проводять тренінги, де поєднують медичні та психологічні навички.

Регулярні заняття за цими моделями допомагають не лише рятувати життя. Вони дають відчуття, що навіть у темному укритті, під гуркіт вибухів, поруч є людина, яка знає, що робити, і здатна подарувати жінці відчуття безпеки.

Що зміниться назавжди...

- Ми ніколи більше не будемо сприймати пологовий будинок як щось гарантоване.
- Ми навчимося дивитися на вагітну не лише як на пацієнтку, а й як на людину в конкретних життєвих обставинах.
- Ми збережемо у практиці елементи гуманітарних моделей: простота, мобільність, людяність.

Заключне слово

Війна забрала багато – лікарні, будинки, життя. Але вона не змогла забрати головного: прагнення жінки народжувати і прагнення лікаря допомагати.

Кожна дитина, народжена під час війни, – це доказ, що Україна має майбутнє.

І головне завдання системи охорони материнства – зробити так, щоб ці пологи були не лише символом виживання, а й початком нового життя у безпеці й гідності.

Узагальнювальне резюме монографії

Чому ця робота з'явилася саме тепер

Війна – це випробування для всього суспільства, але особливо для тих, хто носить у собі нове життя. Вагітність у воєнний час стає подвійним викликом: фізіологічні процеси накладаються на подвійний стрес, пов'язаний зі страхом за майбутню дитину, власну безпеку та зачасту відсутність підтримки з боку чоловіка, який перебуває в лавах ВС. Акушерство опиняється в епіцентрі гуманітарної драми. Саме тому виникла потреба створити цю монографію – не просто як опис клінічних випадків, а як **свідчення, аналіз і домовказ**.

Розділи 1–2: анатомія ризику

Ми почали з фундаментальних речей – з'ясували, як війна впливає на біологічний, психологічний і соціальний рівні вагітності.

- **Біопсихосоціальна вразливість** продемонструвала, що тіло вагітної надзвичайно чутливе до голоду, холоду, гіпоксії, а її психіка – до тривоги та втрати підтримки.
- **Загальні ризики** – нестача ресурсів, вимушені переміщення

та хронічний стрес – стали універсальною реальністю для всієї країни.

- **Акушерські ускладнення** (пreeклампсія, передчасні пологи, фетоплацентарна недостатність) значно частішають під впливом воєнних факторів.
- **Хронічна тривога та ПТСР** проявилися не лише як психологічні, а й як реальні фізіологічні фактори ризику.
- **Ризики для плода** (гіпоксія, внутрішньоутробна затримка розвитку, антенатальна загибель) засвідчили: дитина переживає війну разом із матір'ю.
- Нарешті, ми торкнулися й найбільш болючої теми – **гендерного та сексуального насильства**, яке стало трагічним, але реальним викликом для медицини. Особливу увагу заслуговують історії жінок, які зазнали сексуального насильства на окупованих територіях, адже наслідком для них нерідко стає вагітність у надзвичайно травматичних умовах, що потребує окремого клінічного, психологічного та правового підходу.

Головний висновок: війна створює багаторівневу “піраміду ризиків”, яка вимагає комплексної відповіді.

Розділи 3–4: ведення вагітності та пологів у війні

Ми описали, як порушується класичний антенатальний догляд: зникають маршрути, УЗД та лабораторії стають недоступними, ВПО часто не мають реєстрації. У цих умовах профілактика ускладнень і психологічна підтримка стають першочерговими.

У розділі про пологи ми побачили:

- **Пологові будинки під обстрілами** стають символом стійкості.
- **Пологи в укриттях і евакуаційних поїздах** доводять, що народження можливе навіть у найекстремальніших місцях.
- **Технічна імпровізація** (лампи, портативні кювети, підручні інструменти) стає частиною професії.
- Ми створили **чек-листи й алгоритми** для екстрених умов.

- Особливу увагу приділили **знеболенню без доступу до медикаментів** і допомозі жінкам із бойовою травмою.

Головний висновок: народження у війні можливе, якщо система готова до імпровізації та працює з людяністю.

Розділ 5: неонатологія у війні

Найменші українці опинилися у найважчих умовах. Ми розглянули:

- **ризики** для передчасно народжених дітей;
- **небезпеку** гіпотермії, гіпоглікемії, асфіксії;
- **проблеми** вакцинації у нестабільних умовах;
- **рішення** у вигляді мобільних неонатальних пунктів і портативних кювезів;
- **підтримку** грудного вигодовування навіть у таборах і підвалах;
- **особливості спілкування** з батьками у кризі.

Головний висновок: неонатологія у війні – це баланс між технологією і турботою, і часто останнє важливіше.

Розділ 6: медичні команди війни

Ми окреслили нові виклики для медичних працівників, які працюють у воєнних умовах:

- **підготовка до дій у кризових ситуаціях** та готовність працювати у непередбачуваних обставинах;
- **робота акушерських бригад** у “червоних” зонах, де ризики для життя лікаря і пацієнтки однаково високі;
- **дотримання етичних стандартів** надання допомоги під обстрілами та у випадках обмеженого доступу до ресурсів;
- **профілактика професійного вигорання** та налагодження ефективної взаємодії з військовими й гуманітарними структурами;
- **проведення регулярних тренінгів і симуляційних навчань** для всього персоналу, аби відпрацювати алгоритми дій під час пологів у кризових умовах, евакуації чи масових втрат.

Головний висновок: лікар у війні – це не лише фахівець, а й символ довіри й надії для жінки.

Розділ 7: юридичні та етичні аспекти

Ми розглянули:

- як отримати інформовану згоду у кризі;
- як документувати допомогу під обстрілами;
- межі медико-правової відповідальності у форс-мажорі;
- захист персональних даних вагітних у війні.

Головний висновок: право і етика стають не формальністю, а способом зберегти людяність і захистити і лікаря, і жінку.

Розділ 8: міжнародний досвід

Ми вивчили Сирію, Палестину, Африку, Афганістан. Ключові практики: *safe spaces, birth kits, мобільні бригади, навчання місцевих акушерок, психологічні куточки*.

Порівняння з Україною показало: ми маємо сильніші ресурси, але повторюємо ті ж ризики.

Головний висновок: міжнародні моделі можна і треба переносити в Україну, адаптуючи їх до наших умов.

Розділ 9: пропозиції і стандарти

Ми сформуvalи конкретні кроки:

- стандарти мобільної акушерської допомоги для МОЗ;
- запасні сценарії у разі руйнування пологових;
- маршрути вагітних у зонах ризику;
- розвиток телемедицини для ВПО;
- прогнозування потреб системи після війни.

Головний висновок: система повинна мати план “А, Б і В”, бути мобільною, цифровою і стійкою.

Розділ 10: заклучення

Ми завершили на символічній ноті:

- народження у війні – це знак надії;
- голос жінки має бути почутим у плануванні допомоги;
- нові практики – мобільність, простота, людяність – залишаться в українському акушерстві назавжди.

Загальний висновок

Монографія показала: війна – це найжорсткіший іспит для системи охорони материнства. Але водночас це можливість для оновлення. Україна має шанс створити нову модель акушерської допомоги, яка стане прикладом для світу: система, здатна працювати у кризі, поважати гідність жінки і зберігати життя навіть у найтемніший час.

Головні три принципи, що проходять крізь усю роботу:

1. **Мобільність.** Допомога має йти за жінкою.
2. **Простота.** У кризі працюють короткі алгоритми й мінімальні набори.
3. **Людяність.** Без емпатії жоден протокол не врятує.

Це не лише висновки, а й дороговказ: Україна може вийти з війни з новою системою акушерства – більш гнучкою, стійкою і гуманною.

Додатки

Додаток 1. Чек-листи, шаблони, QR-коди

1.1. Чек-лист “Акушерська тривожна валіза”

Для мобільної бригади чи лікаря, який виїжджає у зону ризику
Мінімальний набір:

- Стерильні рукавички (10 пар)
- Одноразові халати/маски/шапочки
- Набір для пологів (ножиці, пупкові затискачі, стерильні пелюшки)
- Антисептик (гелі, спреї, серветки)
- Шприци та системи для інфузій
- Окситоцин, метилергометрин, транексамова кислота
- Стерильні серветки та перев'язувальний матеріал
- Портативний доплер/стетоскоп
- Ліхтарик, запас батарейок
- Термоковдра для новонародженого
- Аптечка невідкладної допомоги (адреналін, магнезія, антибіотик 1-ї лінії)

Опціонально: портативний пульсоксиметр, глюкометр, набір для катетеризації.

1.2. Чек-лист для вагітної у ВПО

Що взяти із собою у разі переміщення

- Паспорт, ідентифікаційний код
- Обмінна карта вагітної
- УЗД та аналізи (у паперовому чи електронному вигляді)
- Телефони лікарів, “гарячих ліній”
- Вода та легка їжа
- Одяг для себе і дитини (мінімум 2 комплекти)
- Одноразові підкладки, пелюшки

- Гігієнічні засоби (прокладки, серветки, мило)
- Ліки, які приймає жінка постійно
- Невелика ковдра або термопокривало

Порада: тримати все це в одному рюкзаку – “тривожній сумці вагітної”.

1.3. Шаблон короткої документації пологів у польових умовах

Мінімальна форма запису (1 сторінка, заповнюється вручну):

- ПІБ жінки, дата народження
- Термін вагітності
- Дата і час початку пологів
- Місце пологів (укриття, транспорт, польовий шпиталь)
- Перебіг: розкриття, навколоплодові води, ускладнення
- Народження дитини: дата, час, стать, вага (якщо можливо виміряти)
- Апгар (за можливості)
- Стан матері після пологів
- Лікар/акушерка (ПІБ, підпис)

Пізніше ці дані вносяться в eHealth.

1.4. QR-коди для завантаження протоколів

- Наказ МОЗ №170 від 26.01.2022 “Фізіологічні пологи” [17]
 - Наказ МОЗ №205 від 24.03.2014 “Акушерські кровотечі” [5]
 - Наказ МОЗ №51 від 06.02.2015 “Порядок транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні” [11]
 - Наказ МОЗ №1730 від 24.09.2022 “Стандарти медичної допомоги при ектопічній вагітності” [13]
 - Керівництво WHO “Managing complications in pregnancy and childbirth” [35]
 - UNFPA Guidelines for Reproductive Health in Humanitarian Settings
- Кожен QR-код веде на відкриту онлайн-версію документа.

Додаток 2. Нормативні акти МОЗ України

1. **Наказ МОЗ України №170 від 26.01.2022**

- Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» [17]
Регламентує ведення нормальних пологів, профілактику післяпологових кровотеч.
- У воєнних умовах корисний для мінімальних стандартів допомоги навіть у польових умовах.

2. **Наказ МОЗ України №205 від 24.03.2014**

- Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 2005 року № 782 та від 31 грудня 2004 року № 676. Клінічний протокол «Акушерські кровотечі» [5]
- Алгоритми дій при масивних кровотечах.
- Важливий у ситуаціях, коли доступ до операційної та банку крові обмежений.

3. **Наказ МОЗ України №51 від 06.02.2015**

- «Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні» [11]
- Встановлює правила безпечного перевезення.
- В умовах евакуації чи блокади застосовується як основа маршрутів.

4. **Наказ МОЗ України №1730 від 24.09.2022**

- Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність» [13]
- Тактика ведення, зокрема при масивних внутрішніх кровотечах.
- Актуальний у разі відсутності доступу до стаціонарної допомоги.

5. **Наказ МОЗ України №110 від 14.02.2012**

- Про затвердження форм первинної облікової документації та

Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, Наказ МОЗ України від 14 лют. 2012 № 110. Форма первинної облікової документації N 003-6/о" Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення". Визначає правові аспекти інформованої згоди [18].

- У війні допомагає врегулювати мінімальні форми письмової/усної згоди.
- Базові вимоги до структури служби.
- Використовується для планування резервних і мобільних точок.

7. **Наказ МОЗ України №1422 від 29.12.2016**

- Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, Наказ МОЗ України №1422 від 29 груд. 2016. Зміни до Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини [6]
- Включає уніфіковані протоколи щодо прееклампсії, передчасних пологів та інших ускладнень
- Особливо важливий для ситуацій із високими ризиками у ВПО та жінок у стресі.

Додаток 3. Опитувальники для польового використання

3.1. Швидкий опитувальник для вагітної в укритті (заповнює медик або волонтер, займає 2–3 хвилини)

Дані:

- Прізвище, ім'я (або код, якщо немає документів)
- Вік
- Термін вагітності (за словами жінки або останні місячні)

- Чи є обмінна карта / результати УЗД
- Основні скарги зараз: ☐ біль ☐ кровотеча ☐ води ☐ перейми ☐ рухи плода ☐ інше
- Хронічні захворювання: ☐ ні ☐ так (які?)
- Приймала ліки під час вагітності: ☐ ні ☐ так (які?)
- Чи є можливість доїхати до лікарні: ☐ так ☐ ні

Цей мінімум дозволяє швидко зорієнтуватися і вирішити: чекати, евакуювати, викликати бригаду.

3.2. Опитувальник для оцінки психоемоційного стану

(спрощена шкала для польових умов, 5 запитань)

За останній тиждень:

1. Чи часто ви відчуваєте сильну тривогу? ☐ ні ☐ інколи ☐ часто
2. Чи маєте труднощі зі сном? ☐ ні ☐ інколи ☐ часто
3. Чи бувають напади паніки/сльози без причини? ☐ ні ☐ інколи ☐ часто
4. Чи є відчуття безнадії? ☐ ні ☐ інколи ☐ часто
5. Чи відчуваєте підтримку від когось поруч?
☐ так ☐ частково ☐ ні

Якщо ≥ 3 відповідей “часто/ні” – потрібна консультація психолога або додатковий супровід.

3.3. Мінімальний опитувальник для акушерки/лікаря під час пологів у нестандартних умовах

- Ім'я жінки (або код)
- Термін вагітності (приблизно)
- Коли почалися перейми
- Чи були ускладнення під час вагітності (кровотечі, преєклампсія, кесарів розтин у минулому)
- Чи відходили води (час, колір)
- Чи відчуває рухи плода

- Чи є сильний біль/слабкість/кровотеча зараз
- Хто присутній поруч (чоловік, родина, волонтер, медик)

Ця форма – “медичний паспорт пологів у кризі”. Дані можна перенести у eHealth після стабілізації.

3.4. Опитувальник для матері після пологів у польових умовах

- Чи є кровотеча? ☐ ні ☐ так (багато/мало)
- Чи є запаморочення/слабкість? ☐ ні ☐ так
- Стан грудей (болючість, виділення молозива)
- Чи приклали дитину до грудей? ☐ так ☐ ні
- Чи є температура? ☐ ні ☐ так
- Емоційний стан: ☐ спокійна ☐ тривожна ☐ плаче ☐ інше

Дозволяє швидко оцінити ризики для матері у перші години після пологів.

Додаток 4. Алгоритми дій при повітряній тривозі під час пологів

4.1. Загальний алгоритм дій

1. Оцінити ситуацію
 - Чи можна безпечно перемістити жінку?
 - Чи є укриття в межах 2–3 хвилин?
2. Прийняти рішення
 - Якщо переміщення безпечне – діяти за Сценарієм А.
 - Якщо ні – діяти за Сценарієм В.
 - Якщо є ускладнення – діяти за Сценарієм С.

4.2. Сценарій А: можливе переміщення в укриття

- Повідомити жінку і супроводжуючих: “Ми йдемо в укриття, продовжуємо там.”
- Взяти мінімальний набір:
 - ☐ рукавички

- ☐ стерильна плівка/пелюшка
- ☐ ножиці/затискачі для пуповини
- ☐ ліхтарик
- ☐ термоковдра для новонародженого
- Перемістити повільно, з опорою, уникати бігу.
- Продовжити пологи у підготовленій зоні.

4.3. Сценарій В: неможливе переміщення (пологи тривають у бомбосховищі/палаті)

- Забезпечити безпечну зону в приміщенні (подалі від вікон, під стіною).
- Використати:
 - ☐ підкладки / ковдру / будь-яку чисту тканину
 - ☐ джерело світла (ліхтарик, телефон)
 - ☐ мінімальний набір для стерильності
- Продовжити спостереження за жінкою та плодом.
- У випадку народження – одразу обсушити дитину, прикласти до грудей, накрити ковдрою.

4.4. Сценарій С: ускладнення під час тривоги (кровотеча, асфіксія плода)

- Кровотеча:
 - ☐ масаж матки
 - ☐ в/в введення утеротоніка (якщо доступно)
 - ☐ накладання компресії (ручне стискання матки)
- Асфіксія плода:
 - ☐ стимуляція крику, обсушування, тепло
 - ☐ при відсутності дихання – вентиляція “рот-до-рота” або мішком Амбу (якщо є)
 - ☐ перевірити серцебиття
- Якщо стан матері/дитини загрозливий – негайно після відбою тривоги евакуація у найближчий стаціонар.

4.5. Алгоритм у форматі таблиці

Ситуація	Дії	Примітка
Є час і можливість перемістити	Перейти в укриття, взяти мінімальний набір	Продовжити пологи у безпечній зоні
Немає часу/можливості перемістити	Залишитися, обрати безпечне місце в кімнаті	Використати підручні засоби
Кровотеча	Масаж матки, утеротоніки, компресія	Документувати після стабілізації
Асфіксія новонародженого	Обсушити, стимулювати, забезпечити тепло, вентиляція при потребі	Негайна евакуація після відбою тривоги

4.6. Візуальний “чек-лист для кишені” (для друку)

- Почалась тривога під час пологів:
- Чи можна перемістити? – Так – у сховище.
- Ні – залишаємося, організовуємо простір.
- Є ускладнення:
 - Кровотеча – масаж, утеротонік.
 - Асфіксія – тепло, вентиляція.
- Після відбою:
 - Перевірити стан матері й дитини.
 - Задokumentувати.
 - При потребі – евакуювати.

Додаток 5. Дорожня карта реорганізації акушерської служби в умовах війни

5.1. Мета

Забезпечити **безперервність акушерської допомоги** жінкам навіть у разі руйнування інфраструктури, масових переміщень населення чи обмеженого доступу до ресурсів.

5.2. Основні кроки

Крок	Дія	Виконавці	Термін	Очікуваний результат
1	Визначення резервних пологових точок у кожному регіоні (школи, укриття, підвали лікарень)	МОЗ, ОВА, ДСНС	1-3 міс	Карта доступних місць для резервних пологів
2	Формування мобільних акушерських і неонатальних бригад	МОЗ, НСЗУ, лікарні	1-6 міс	Швидке реагування у зонах ризику
3	Оснащення "тривожними наборами" (uterotonic kit, birth kit, neonatal kit)	МОЗ, міжнародні партнери	постійно	Мінімальні стандарти безпеки пологів у полі
4	Інтеграція телемедицини у систему eHealth (онлайн-консультації, дистанційний контроль вагітних)	МОЗ, Мінцифри	6-12 міс	Доступ до лікаря для ВПО та жінок у віддалених громадах
5	Навчання медиків і громад у користуванні наборами й алгоритмами	Центри симуляційного навчання, НУО	постійно	Базові навички у кризових умовах
6	Міжсекторальна взаємодія: МОЗ + ДСНС + військові + НГО	Кабмін, місцева влада	постійно	Єдина система реагування
7	Післявоєнне відновлення: модернізація пологових з урахуванням воєнного досвіду	МОЗ, донори	після війни	Стійка, сучасна система акушерства

5.3. Додаткові елементи

- **Резервний транспорт.** Автобуси/швидкі, здатні евакуювати вагітних із зон ризику.
- **Запасні маршрути.** Затверджені й оновлювані карти безпечних шляхів.
- **Психологічна підтримка.** Створення гарячих ліній для вагітних і породіль.
- **Інформаційна кампанія.** Простими словами: “Куди йти, якщо ваш пологовий закритий/зруйнований?”

5.4. Пряма мова

Реорганізація – це не лише інфраструктура. Це про довіру. Жінка має відчувати, що *навіть у найгіршій ситуації вона не залишиться сама*: є маршрут, є бригада, є запасний план.

5.5. Висновок

Дорожня карта має стати **офіційним документом МОЗ**, затвердженим на рівні державної стратегії. Це не тимчасова інструкція, а **новий стандарт безпеки материнства** у країні, яка живе у воєнній реальності.

Список скорочень

АМС	акушерсько-мікросоціальний супровід
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВПО	внутрішньо переміщені особи
ВЗРП	внутрішньоутробна затримка розвитку плода
ГДК	гранично допустима концентрація
ДСНС	Державна служба України з надзвичайних ситуацій
КТГ	кардіотокографія
МСБ	мобільна спеціалізована бригада
МСФ (MSF)	Médecins Sans Frontières (Лікарі без кордонів)
НГО (NGO)	неурядова організація
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОКІ	гострі кишкові інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РДК	родопомічний дім/комплекс
СОЗ	система охорони здоров'я
США	Сполучені Штати Америки
УЗД	ультразвукове дослідження
ФПН	фетоплацентарна недостатність
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ЧКД	чек-лист дій

Список використаних джерел

1. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Конвенція ООН № 995_207 від 18 груд. 1979. Редакція від 06 жовт. 1999. Доступно з: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/995_207
2. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини. Конвенція про права людини та біомедицину, Ов'єдо, 4 квітня 1997 року. Доступно з: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334/stru#Stru
3. Конституція України. Розділ II права, свободи та обов'язки людини і громадянина Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування № 254к/96-ВР від 28 черн. 1996. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2801-12>
5. Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 2005 року № 782 та від 31 грудня 2004 року № 676. Клінічний протокол «Акушерські кровотечі», Наказ МОЗ України № 205 від 24 берез. 2014. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0205282-14#Text>
6. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, Наказ МОЗ України №1422 від 29 груд. 2016. Зміни до Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затверджено Наказ МОЗ України № 1422 від 29 груд. 2016. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text>
7. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги", наказу МОЗ від 31 грудня 2004 року N 676 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги", Наказ МОЗ України № 624 від 3 листоп. 2008 року [Із змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ України № 310 від 8 травня 2014 року]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0624282-08#Text>
8. Про запобігання та протидію домашньому насильству, Закон України № 2229-VIII від 07 груд. 2017 [зі змінами і доповненнями. Редакція 19 груд. 2024] Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text>

9. Про затвердження нормативно-правових актів з питань надання екстреної медичної допомоги, Наказ МОЗ України № 2179 від 24 верес. 2020. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1192-20#Text>
10. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги, Наказ МОЗ України № 504 від 19 берез. 2018 [Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я Редакція 20 берез. 2025]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>
11. Про затвердження Порядку транспортування вагітних, роділь та породіль в Україні, Наказ МОЗ України № 51 від 06 лют. 2015 [зі змінами внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 218 від 03 лют. 2022]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0220-15#Text>
12. Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність», Наказ МОЗ України № 1437 від 09 серп. 2022. Доступно з: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-09082022--1437-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-normalna-vagitnist>
13. Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ектопічна вагітність», Наказ МОЗ України № 1730 від 24 верес. 2022. Доступно з: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-24092022--1730-pro-zatverdzhennja-standartiv--medichnoi-dopomogi-ektopichna-vagitnist>
14. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії, Наказ МОЗ України № 1003 від 25 груд. 2014. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>
15. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги, Наказ МОЗ України № 1269 від 05 черв. 2019. Доступно з: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1269-pro-zatverdzhennja-ta-vprovadzhennja-mediko-tehnologichnih-dokumentiv-zi-standartizacii-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi>
16. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації», Наказ МОЗ України № 1265 від 19 лип. 2024 року. Доступно з: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-19-07-2024-1265-pro-zatverdzhennya-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoyi-ta-specializovanoyi-medichnoi-dopomogi-gostra-reakciya-na-stres-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-porushennya-adaptaciyi>
17. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної

- допомоги «Фізіологічні пологи», Наказ МОЗ України №170 від 26 січ. 2022 [цитовано 31 берез. 2025]. Доступно з: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-26012022--170-pro-zatverdzhennja-unifikovanogo-klinichnogo-protokolu-pervinnoi-vtorinnoi-specializovanoi-tretinnoi-visokospecializovanoi-medichnoi-dopomogi-fiziologichni-pologi>
18. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, Наказ МОЗ України від 14 лют. 2012 № 110. Форма первинної облікової документації N 003-6/о" Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення". Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12#Text>
 19. Про захист персональних даних, Закон України № 2297-VI від 01 черн. 2010 [Редакція 14.06.2025]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>
 20. AAFP (2024). Basic Life Support in Obstetrics (BLSO™). Available from: <https://www.aafp.org/cme/programs/blso.html>
 21. AAP (2023). Helping Babies Breathe. Last Updated 13.06. 2023. Available from: <https://www.aap.org/en/aap-global/helping-babies-survive/our-programs/helping-babies-breathe/?srsltid=AfmBOooAYHn2qXH8UYh3CwnnNcdCCnaiuyoigE-6jHrh1iVd8LfGuozR>
 22. Antepartum Fetal Surveillance: ACOG Practice Bulletin, Number 229. (2021). Obstetrics and gynecology, 137(6), e116–e127. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004410>
 23. Caring for Patients Who Have Experienced Trauma: ACOG Committee Opinion, Number 825. (2021). Obstetrics and gynecology, 137(4), e94–e99. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004326>.
 24. FIGO (2021). International Journal of Gynecology and Obstetrics: Special issue on conflict and maternal health. FIGO. (Referenced conceptually)
 25. Médecins Sans Frontières (2020). Clinical Guidelines: Diagnosis and Treatment Manual. Paris: MSF. Available from: [medbox.org](https://www.msf.org/medbox.org)
 26. Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations. In: IAWG (2018). Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings? P. 17-65. Available from: [emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org](https://www.emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org)
 27. Morris, R. K., Johnstone, E., Lees, C., Morton, V., Smith, G., & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2024). Investigation and Care of a Small-for-Gestational-Age Fetus and a Growth Restricted Fetus (Green-top Guideline

- No. 31). *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 131(9), e31–e80. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17814>
28. The Lancet Global Health (2020). Maternal health in conflict-affected areas: systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*. Available from: hrw.org
29. UNFPA, IAWG (2018). Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings. Available from: emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org/emergency.unhcr.org
30. UNFPA (2021). Maternal Health Thematic Fund: Annual Report. New York: UNFPA. Available from: unfpa.org/unfpa.org
31. UNICEF (2019). Pregnant and Lactating Women in Emergencies: Guidance Note. New York: UNICEF. (Referenced conceptually)
32. WHO (2011). War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e7e129fb-b306-496d-84a5-67bb70abc130/content>
33. WHO (2016). Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization; 2016. 1, Introduction. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409110/>
34. WHO (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
35. WHO (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493>
36. WHO (2018). Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
37. WHO (2020). Labour Care Guide User's Manual. Geneva: World Health Organization. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/94326918-1f91-49a2-a857-12831cd51b91/content>
38. WHO, UNFPA, UNHCR (2019). Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. Geneva: WHO. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1AgbsHrJoaC1dhxIhtR1FLRQeLHhVZQH/view>
39. World Medical Association. WMA Declaration of Geneva, 1948. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>