

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

ГОВСЄВ Д.О.

**PLACENTA ACCRETA SPECTRUM:  
ВІД ПАТОФІЗІОЛОГІЇ  
ДО КЛІНІЧНИХ РІШЕНЬ**

*Монографія*

Київ  
Книга-плюс  
2026

*Говсєєв Д.О. Placenta accreta spectrum: від патофізіології до клінічних рішень: монографія. К.: Книга-плюс, 2026. – 152 с.*

Монографія «Placenta Accreta Spectrum: від патофізіології до клінічних рішень» присвячена комплексному аналізу Placenta Accreta Spectrum (PAS) як однієї з найскладніших проблем сучасного акушерства. У виданні поєднано історичний, біологічний, клінічний, організаційний, психологічний, етичний і юридичний підходи до розуміння PAS.

Розглянуто еволюцію уявлень про патологічне прикріплення плаценти, механізми формування PAS, роль рубця на матці, молекулярні та судинні порушення, чинники ризику і можливості сучасної діагностики. Значну увагу приділено клінічному мисленню, плануванню розродження, хірургічним стратегіям, післяопераційним наслідкам та типових помилкам у веденні пацієнток.

Окремо висвітлено організацію допомоги, мультидисциплінарний підхід, етичні й юридичні аспекти, а також перспективи профілактики та розвитку допомоги при PAS.

Монографія адресована лікарям акушерам-гінекологам, фахівцям суміжних спеціальностей та лікарям післядипломної освіти.

Підп. до друку 28.11.2025. Формат 60x84/16.  
Папір офсет. Гарн. Newton C. Друк офсет. Наклад 100.  
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 I

### PLACENTA ACCRETA SPECTRUM

|   |    |
|---|----|
| ЯК ФЕНОМЕН СУЧАСНОГО АКУШЕРСТВА.....                            | 7  |
| 1.1. Історія уявлень про патологічне прикріплення плаценти..... | 7  |
| 1.2. Як сформувався поняття Placenta Accreta Spectrum .....     | 10 |
| 1.3. Епідеміологія PAS: глобальний і регіональний вимір .....   | 12 |
| 1.4. PAS як ятрогенна патологія ХХ–ХХІ століття .....           | 14 |
| 1.5. PAS і якість акушерської допомоги .....                    | 16 |
| 1.6. PAS у житті жінки: клінічний ризик і людський досвід.....  | 17 |
| <i>Підсумок розділу I</i> .....                                 | 19 |

## РОЗДІЛ II

|  |    |
|--|----|
| БІОЛОГІЯ, РУБЕЦЬ І ПЛАЦЕНТА.....                       | 20 |
| 2.1. Нормальна імплантація як система меж.....         | 20 |
| 2.2. Коли межа стирається: децидуалізація при PAS..... | 24 |
| 2.3. Рубець на матці: не просто шрам.....              | 27 |
| 2.4. Рубець як “патологічний орган” .....              | 29 |
| 2.5. Судинний компонент PAS .....                      | 31 |
| 2.6. Що ми знаємо – і що залишається невідомим .....   | 33 |
| <i>Підсумок розділу II</i> .....                       | 35 |

## РОЗДІЛ III

|  |    |
|--|----|
| КЛАСИФІКАЦІЇ, МОВА І КЛІНІЧНЕ МИСЛЕННЯ PAS .....                 | 36 |
| 3.1. Чому слова мають значення в PAS.....                        | 36 |
| 3.2. Морфологічна класифікація: що вона дає – і чого не дає..... | 38 |
| 3.3. Клінічна класифікація PAS: логіка ризику.....               | 40 |
| 3.4. Візуалізація і мова опису PAS .....                         | 42 |
| 3.5. Як неправильний термін веде до неправильного рішення.....   | 43 |
| 3.6. До якої мови PAS нам слід прагнути .....                    | 46 |
| <i>Підсумок розділу III</i> .....                                | 47 |

## **РОЗДІЛ ІV**

|   |    |
|---|----|
| РИЗИКИ, ЯКІ ФОРМУЮТЬСЯ РОКАМИ .....                                 | 48 |
| 4.1. Первинний кесарів розтин як точка неповернення .....           | 48 |
| 4.2. Placenta previa + рубець: коли ризик стає видимим .....        | 50 |
| 4.3. Допоміжні репродуктивні технології як модифікатор ризику ..... | 52 |
| 4.4. Війна, міграція, стрес як каталізatori ризику .....            | 54 |
| <i>Підсумок розділу IV</i> .....                                    | 56 |

## **РОЗДІЛ V**

|   |    |
|---|----|
| ДІАГНОСТИКА PAS: МІЖ ТОЧНІСТЮ І ХИБНОЮ ВПЕВНЕНІСТЮ .....                    | 57 |
| 5.1. Ультразвукова діагностика PAS:<br>між маркерами і інтерпретацією ..... | 57 |
| 5.2. Магнітно-резонансна томографія: коли рятує, а коли шкодить ....        | 59 |
| 5.3. Хибна точність і клінічні наслідки.....                                | 61 |
| 5.4. Повідомлення діагнозу PAS: емпатичний і етичний вимір .....            | 63 |
| <i>Підсумок розділу V</i> .....   | 65 |

## **РОЗДІЛ VI**

### МОЛЕКУЛЯРНО-БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ

|  |    |
|--|----|
| PLACENTA ACCRETA SPECTRUM.....   | 66 |
| 6.1. Чому без молекулярного рівня PAS залишається незрозумілою..           | 66 |
| 6.2. Остеопонтин: коли адгезія перестає бути гальмом.....                  | 68 |
| 6.3. Інтегрини: коли клітина перестає "читати" тканину.....                | 70 |
| 6.4. Децидуалізація на молекулярному рівні: що саме не працює .....        | 72 |
| 6.5. Ангіогенез і судинний сигналінг: чому кровотеча неминуча .....        | 74 |
| 6.6. Чого ми не знаємо: прогалини, спокуси і<br>небезпечні спрощення ..... | 76 |
| <i>Підсумок розділу VI</i> .....   | 78 |

## **РОЗДІЛ VII**

|   |    |
|---|----|
| ОЧІКУВАННЯ, ТРИВОГА І ПЛАНУВАННЯ .....              | 79 |
| 7.1. Як жінка живе з діагнозом PAS.....             | 79 |
| 7.2. Роль лікаря в зниженні травматизації .....     | 80 |
| 7.3. Інформована згода як процес, а не підпис ..... | 82 |
| <i>Підсумок розділу VII</i> .....                   | 84 |

## **РОЗДІЛ VIII**

|  |    |
|--|----|
| ОРГАНІЗАЦІЯ ДОПОМОГИ І СИСТЕМА .....                       | 85 |
| 8.1. PAS і централізація: чому місце вирішує .....         | 85 |
| 8.2. Команда, яка має “зіграти” .....                      | 87 |
| 8.3. Український контекст: війна, логістика, ресурси ..... | 89 |
| <i>Підсумок розділу VIII</i> .....                         | 91 |

## **РОЗДІЛ ІХ**

|  |     |
|--|-----|
| РОЗРОДЖЕННЯ ЯК КУЛЬМІНАЦІЯ ПРОЦЕСУ .....       | 92  |
| 9.1. Таймінг: рішення, яке визначає все .....  | 92  |
| 9.2. Анестезія: стратегія, а не супровід ..... | 94  |
| 9.4. Межа між контролем і агресією .....       | 98  |
| <i>Підсумок розділу IX</i> .....               | 100 |

## **РОЗДІЛ X**

|  |     |
|--|-----|
| ХІРУРГІЧНІ СТРАТЕГІЇ PAS.....                                | 101 |
| 10.1. Гістеректомія: рятувальна, але травматична опція ..... | 101 |
| 10.2. Leaving placenta in situ: стратегія утримання .....    | 103 |
| 10.3. Triple-P: техніка, філософія, межі .....               | 105 |
| 10.4. Коли органозбереження – благо, а коли пастка .....     | 109 |
| <i>Підсумок розділу X</i> .....                              | 111 |

## **РОЗДІЛ XI**

|   |     |
|---|-----|
| ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД І ДОВГОТРИВАЛІ НАСЛІДКИ .....               | 112 |
| 11.1. Ранній післяопераційний період: коли небезпека ще поруч ..... | 112 |
| 11.2. Органні ускладнення і функціональні наслідки.....             | 115 |
| 11.3. Психологічні наслідки: те, що не видно в епікрізі .....       | 117 |
| 11.4. Довготривалі наслідки і якість життя.....                     | 119 |
| <i>Підсумок розділу XI</i> .....                                    | 121 |

## **РОЗДІЛ XII**

|  |     |
|--|-----|
| ПОМИЛКИ, ЯКИХ МОЖНА УНИКНУТИ: УРОКИ PAS .....    | 122 |
| 12.1. Помилка недооцінки: “це ще не PAS”.....    | 122 |
| 12.2. Помилка надмірної віри в візуалізацію..... | 123 |

|  |     |
|--|-----|
| 12.3. Помилка організації: правильна операція в<br>неправильному місці ..... | 123 |
| 12.4. Помилка затягування рішення: “ще одна спроба”.....                     | 124 |
| 12.5. Помилка романтизації органозбереження.....                             | 126 |
| 12.6. Помилка мовчазної операційної: коли команда не говорить<br>вголос..... | 128 |
| 12.7. Помилка запізнилої комунікації з жінкою.....                           | 130 |
| 12.8. Помилка “усе позаду” після ушивання.....                               | 131 |
| 12.9. Помилка ігнорування психологічних наслідків .....                      | 133 |
| 12.10. Помилка відсутності рефлексії.....                                    | 134 |
| 12.11. Узагальнений урок PAS .....   | 134 |
| <i>Підсумок розділу XII</i> .....  | 134 |

## **РОЗДІЛ XIII**

|   |     |
|---|-----|
| ЮРИДИЧНІ ТА ЕТИЧНІ ЗОНИ РИЗИКУ .....                            | 135 |
| 13.1. Типові експертні претензії.....                           | 135 |
| 13.2. Де помиляється система, а не лікар .....                  | 137 |
| 13.3. Інформована згода при PAS .....                           | 138 |
| 13.4. Документація PAS: писати для лікування чи для суду? ..... | 140 |
| 13.5. Етична межа радикальних рішень .....                      | 142 |
| 13.6. Узагальнений юридично-етичний урок PAS.....               | 144 |
| <i>Підсумок розділу XIII</i> .....                              | 144 |

## **РОЗДІЛ XIV**

|  |     |
|--|-----|
| МАЙБУТНЄ PAS .....   | 145 |
| 14.1. Зниження частоти PAS через політику кесаревих розтинів ..... | 145 |
| 14.2. Штучний інтелект у діагностиці PAS .....                     | 146 |
| 14.3. PAS як індикатор зрілості акушерської системи.....           | 148 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> ..... | 150 |
|---|-----|

# PLACENTA ACCRETA SPECTRUM ЯК ФЕНОМЕН СУЧАСНОГО АКУШЕРСТВА

## 1.1. Історія уявлень про патологічне прикріплення плаценти

Історія Placenta Accreta Spectrum – це історія поступового усвідомлення меж між нормою і патологією, а також історія того, як акушерство вчилася розпізнавати власні сліпі зони. Протягом тривалого часу патологічне прикріплення плаценти залишалося радше патологоанатомічною цікавинкою, ніж об'єктом системного клінічного аналізу. Лише в другій половині ХХ століття ця проблема почала формуватися як самостійна клінічна сутність.

Перші описи патологічного прикріплення плаценти з'являються в медичній літературі наприкінці ХІХ – на початку ХХ століття. У фокусі дослідників того часу перебували морфологічні знахідки: відсутність нормального децидуального шару, щільний контакт ворсин хоріона з міометрієм, труднощі механічного відділення плаценти після пологів.

Ці описи виникали, як правило, *постфактум* – після фатальних кровотеч або при патологоанатомічному дослідженні. Клінічної передбачуваності не існувало. Патологія сприймалася як:

- рідкісна;
- непередбачувана;
- фатальна за своєю природою.

Важливо підкреслити: акушерство того часу не мало інструментів для пренатального прогнозування, а самі пологи залишалися подією з високим рівнем неконтрольованого ризику. У цьому контексті placenta accreta не виділялася серед інших причин післяпологових кровотеч.

До середини ХХ століття домінувала парадигма, яку умовно можна назвати акушерським фаталізмом. Відсутність плацентарного відшарування трактувалася як:

- “аномалія прикріплення”;
- “порушення інволюції”;
- “дефект плацентарної тканини”.

Причинно-наслідкові зв'язки залишалися розмитими. Лікувальна тактика обмежувалася:

- спробами ручного відділення плаценти;
- масивними, часто неефективними, гемостатичними заходами;
- екстреною гістеректомією як актом відчаю.

Материнська смертність у таких випадках була надзвичайно високою. Однак навіть це не призводило до формування цілісної концепції патології. Placenta accreta існувала як поодинокі катастрофа, а не як закономірний наслідок певних передумов.

Справжній зсув у розумінні проблеми відбувся у другій половині ХХ століття, паралельно з:

- активним впровадженням кесаревого розтину;
- зниженням материнської смертності від інших причин;
- розвитком хірургічної акушерської школи.

Саме в цей період клініцисти почали помічати повторюваність ситуацій: патологічне прикріплення плаценти частіше виникало у жінок із:

- попередніми операціями на матці;
- рубцевими змінами нижнього сегмента;
- передлежанням плаценти.

Ці спостереження стали першими кроками до відмови від уявлення про випадковість placenta accreta. Патологія почала набувати рис передбачуваності – ще не діагностичної, але принаймні епідеміологічної.

У 1970–1980-х роках у літературі з'являються серії випадків, у яких placenta accreta описується вже не як курйоз, а як повторюваний клінічний сценарій. Вперше з'являються спроби:

- класифікувати глибину інвазії;

- пов'язати її з клінічними наслідками;
- прогнозувати ризик масивної крововтрати.

Проте навіть у цей період патологія залишалася:

- діагнозом “під час операції”;
- несподіванкою для більшості акушерів;
- синонімом високого хірургічного ризику.

Важливою характеристикою цієї епохи була відсутність превентивної логіки. Placenta accreta лікували тоді, коли вона вже становила безпосередню загрозу життю.

Кінець ХХ – початок ХХІ століття ознаменувалися якісною зміною підходу. Розвиток ультразвукової діагностики, накопичення клінічного досвіду та міждисциплінарна взаємодія призвели до усвідомлення ключового факту: патологічне прикріплення плаценти не є однорідним явищем.

Було чітко показано, що:

- глибина інвазії варіює;
- клінічні ризики залежать не лише від факту прикріплення, а й від його топографії;
- однакова морфологічна знахідка може мати різні клінічні наслідки.

Саме на цьому етапі формується поняття Placenta Accreta Spectrum, яке дозволяє:

- відмовитися від бінарного мислення “є/немає”;
- перейти до стратифікації ризиків;
- планувати тактику ведення ще до пологів.

Ретроспективний аналіз еволюції уявлень про placenta accreta дає важливий урок: більшість клінічних катастроф виникають не через відсутність знань, а через відсутність системного бачення.

Placenta Accreta Spectrum стала зрозумілою лише тоді, коли:

- морфологія була поєднана з клінікою;
- окремі випадки – з епідеміологією;
- хірургія – з організацією допомоги.

Саме це розуміння є фундаментом для подальших розділів монографії.

Placenta Accreta Spectrum не з'явилася раптово. Вона визрівала разом із еволюцією акушерства, і її історія відображає шлях від фаталізму до прогнозування, від реактивних рішень – до планування.

## 1.2. Як сформувалося поняття Placenta Accreta Spectrum

Упродовж багатьох років *placenta accreta* існувала в клінічній практиці майже як умовність. Назву використовували тоді, коли щось уже пішло не так: плацента не відділялася, кровотеча наростала, а ситуація виходила з-під контролю. Діагноз формулювали після події, як пояснення того, що сталося, а не як інструмент передбачення.

З часом така логіка почала давати збої. Бо одна і та сама назва застосовувалася до випадків, які були зовсім не схожими між собою – ні за перебігом, ні за наслідками. Формально це була одна патологія. Клінічно – різні історії.

У щоденній практиці накопичувалися ситуації, які важко було пояснити. В одних жінок очікувана складність завершувалася відносно спокійно. В інших – навіть мінімальне втручання провокувало швидку і майже некеровану крововтрату. Сам діагноз не допомагав зрозуміти, чого чекати далі.

Поступово ставало очевидно, що проблема не в хірургічній техніці і не лише в досвіді лікаря. Різниця полягала в самій природі процесу, яка залишалася поза межами звичних формулювань.

Зміна погляду почалася з уваги до деталей, які раніше вважалися другорядними. Локалізація плаценти, характер рубця, товщина і структура міометрію, особливості судинної мережі – усе це почало сприйматися не як фон, а як чинники, що формують ризик.

Клінічний перебіг перестав бути загадкою “на удачу”. Він дедалі більше залежав від конкретного поєднання анатомічних і біологічних умов.

Ідея спектра дала змогу відмовитися від жорстких меж. Між поверхневим прикріпленням і глибокою інвазією не існувало чіткої лінії – був перехід. І саме в цьому переході приховувалася клінічна небезпека.

У цьому баченні accreta, increta і percreta перестали бути лише морфологічними термінами. Вони стали орієнтирами, які дозволяли заздалегідь уявити, наскільки складним може виявитися шлях від розродження до стабілізації стану жінки.

Поступове закріплення терміна *Placenta Accreta Spectrum* було пов'язане з прагненням не спростити проблему, а навпаки – дати їй адекватну мову. Йшлося не про уніфікацію заради звітності, а про створення спільного поля розуміння між лікарями різних спеціальностей.

PAS перестала бути “інтраопераційною несподіванкою”. Вона стала станом, який можна обговорювати, планувати і до якого можна готуватися.

Зрештою, поява концепції PAS змінила не лише термінологію. Вона змінила логіку прийняття рішень. З'явилося усвідомлення, що не кожне прагнення зберегти орган є синонімом безпеки, і що інколи своєчасне радикальне втручання є найбільш відповідальним вибором.

У цьому сенсі *Placenta Accreta Spectrum* стала не просто діагнозом, а способом мислення, який дозволяє лікарю бачити ситуацію ширше і діяти раніше, ніж ризик стає неконтрольованим.

Поняття *Placenta Accreta Spectrum* сформувалося як відповідь на реальний клінічний досвід, який не вписувався в прості визначення. Воно дало можливість говорити про ризик до того, як він реалізується, і стало важливим інструментом сучасного акушерського мислення.

### 1.3. Епідеміологія PAS: глобальний і регіональний вимір

Ще не так давно Placenta Accreta Spectrum згадували радше як щось маргінальне. Про неї знали, але не чекали. Вона існувала десь на периферії акушерської свідомості – як можливість, але не як ймовірність. У більшості підручників це була кілька сторінок наприкінці розділу про кровотечі.

Зміни відбувалися не різко. Ніхто не прокинувся одного ранку з усвідомленням, що PAS стала частою. Вона просто почала траплятися знову і знову. У різних лікарнях. У різних регіонах. І з кожним таким випадком ставало складніше називати її винятком.

Епідеміологія тут не виглядає як суха статистика. Вона радше схожа на накопичення відчуття: це більше не поодинокі історії.

Коли ці випадки почали аналізувати, зв'язок із кесаревим розтинном не виглядав відкриттям. Він був очевидним – настільки, що певний час його навіть не хотіли формулювати вголос. Бо за ним стояли рішення, які роками вважалися безпечними і виправданими.

Чим більше було кесаревих розтинів у анамнезі, тим менш теоретичним ставав ризик PAS. Особливо тоді, коли нова плацента імплантувалася низько, у зоні рубця. У таких ситуаціях мова вже не йшла про малу ймовірність. Йшлося про сценарій, до якого варто було готуватися.

Ці цифри не завжди звучать драматично. Але вони дуже швидко стають драматичними в операційній.

Частота PAS суттєво відрізняється між країнами, і не завжди це означає реальну різницю в поширеності. Часто це різниця в тому, що і як рахують. Там, де добре розвинена пренатальна діагностика, PAS частіше з'являється в статистиці. Там, де її немає, вона “розчиняється” в загальній категорії масивних кровотеч.

Низькі показники можуть створювати хибне відчуття безпеки. Високі – змушувати систему напружуватися. Але і ті, й інші

не завжди відображають реальну клінічну картину. Вони швидше показують, наскільки система готова бачити проблему.

У країнах з перехідними системами охорони здоров'я PAS часто опиняється в сірій зоні. Частота кесаревого розтину зростає, але система не завжди встигає перебудуватися. Експертне УЗД доступне нерівномірно. Маршрутизація працює не завжди. Централізація існує радше на папері.

У таких умовах PAS часто “виявляється” вже під час операції. Це створює ілюзію раптовості, хоча насправді патологія формувалася поступово. Просто ніхто не назвав її вчасно своїм ім'ям.

В Україні говорити про точну поширеність PAS складно. Дані фрагментарні, підходи до діагностики різняться, а зовнішні обставини лише ускладнюють картину. Проте клінічна реальність виглядає більш однозначною.

У перинатальних центрах вищого рівня PAS уже давно не сприймається як рідкість. Вона з'являється серед пацієток із повторними кесаревими розтинами, з передлежанням плаценти, з рубцями, які ніколи не були “ідеальними”. Ці випадки не завжди потрапляють у звіти, але вони формують досвід.

І цей досвід говорить просту річ: проблема є, навіть якщо вона не завжди порахована.

Якщо дивитися ширше, PAS – це не лише про плаценту. Це про ланцюг рішень, які приймалися задовго до цієї вагітності. Про політику кесаревого розтину. Про доступність альтернатив. Про готовність системи брати на себе складні випадки.

Зростання PAS не виглядає випадковим. Воно виглядає закономірним. І саме тому епідеміологія цієї патології є дзеркалом – не завжди зручним, але дуже точним.

Placenta Accreta Spectrum перестала бути рідкісною не тому, що змінилася плацента. Вона перестала бути рідкісною тому, що змінилося акушерство. І це робить PAS не лише клінічною, а й системною проблемою.

## 1.4. PAS як ятрогенна патологія XX–XXI століття

Placenta Accreta Spectrum рідко виникає на “порожньому місці”. За нею майже завжди стоїть історія. Не одна подія, а послідовність рішень, кожне з яких у свій момент виглядало виправданим. Саме тому PAS так незручно вписується в традиційне уявлення про ускладнення – вона не схожа на раптову патологію, що виникла всупереч усьому.

Її ятрогенність не означає помилки. Вона означає наслідок. Наслідок втручання, яке врятувало життя, полегшило перебіг пологів, зняло ризик тут і зараз. Але залишило слід, який проявився пізніше.

Рубець на матці не є хворобою. Проте він змінює тканину, змінює межі, змінює спосіб імплантації плаценти. І з цього моменту наступна вагітність уже розвивається в іншій анатомічній реальності.

Кесарів розтин став однією з найважливіших перемог акушерства. Він знизив материнську і перинатальну смертність, зробив пологи контрольованішими, передбачуванішими. Саме тому його зростання довгий час сприймалося як безумовний прогрес.

Але з певного моменту стало зрозуміло, що кожен кесарів розтин – це не лише розв’язання проблеми, а й створення нової умови. Рубець не відновлює міометрій у первинному вигляді. Він формує зону, де порушується децидуалізація, змінюється судинна архітектура, стирається межа між ендометрієм і міометрієм.

Для плаценти ця зона стає “місцем слабкого опору”. І трофобласт, діючи за власною біологічною логікою, використовує цю можливість.

PAS у цьому сенсі – не агресія плаценти. Це відповідь на змінене середовище.

Особливість ятрогенних процесів полягає в тому, що ризик накопичується. Один рубець змінює анатомію. Другий – ускладнює її ще більше. Третій – робить межі майже умовними.

Кожне наступне втручання зменшує запас адаптації тканини. І хоча клінічно це може довгий час не проявлятися, плацента “пам’ятає” попередні втручання значно краще, ніж організм загалом.

Саме тому PAS так тісно пов'язана з кількістю попередніх кесаревих розтинів. Не тому, що кожен із них був помилкою, а тому, що біологія має свою ціну, навіть коли рішення були правильними.

Говорити про PAS як ятрогенну патологію складно ще й тому, що це слово часто сприймається як звинувачення. Проте в цьому випадку йдеться не про вину, а про відповідальність.

Акушер, який виконав кесарів розтин за показаннями, не “створив” PAS. Але система, яка не враховує довгострокових наслідків масового оперативного розродження, створює умови для її поширення. І саме на цьому рівні виникає питання не до окремого лікаря, а до політики та культури рішень.

PAS оголює цю проблему дуже жорстко. Вона змушує дивитися не лише на конкретний випадок, а на траєкторію, якою рухається акушерство в цілому.

Однією з найскладніших тем у контексті PAS є межа між профілактикою ризиків і зручністю. Кесарів розтин іноді обирається як спосіб уникнути невизначеності. Він здається контрольованим, прогнозованим, “чистішим”. Але ця чистота часто є короткостроковою.

PAS нагадує про те, що кожне рішення має відкладений ефект. І що зручність сьогодні може трансформуватися у складність завтра – не для лікаря, а для жінки, яка прийде з наступною вагітністю.

Можливо, найточніше PAS можна описати як плату за прогрес, яку акушерство почало усвідомлювати лише тоді, коли ця плата стала відчутною. Вона не заперечує користі кесаревого розтину. Вона лише вказує на межі його безпечного застосування.

У цьому сенсі PAS – не аномалія. Вона закономірна. І саме тому їй неможливо “скасувати” одним клінічним рішенням. Її можна лише зменшити, змінюючи підхід, культуру і систему.

Placenta Accreta Spectrum є ятрогенною не тому, що хтось помилився, а тому, що сучасне акушерство зробило низку рішень, наслідки яких стали очевидними лише з часом. Усвідомлення цього – необхідний крок до більш відповідального і далекоглядного підходу.

## 1.5. PAS і якість акушерської допомоги

Про якість акушерської допомоги зазвичай говорять тоді, коли все минуло добре. Коли пологи завершилися без ускладнень, коли показники в межах норми, коли немає про що сперечатися. PAS руйнує цю зручну логіку. Вона робить якість видимою саме там, де система входить у зону напруження.

У випадках PAS стає очевидно, що якість – це не лише правильний діагноз і не лише вчасно виконана операція. Це здатність системи витримати складність, не перекладаючи її на одну людину й не залишаючи жінку наодинці з ризиком.

Наявність або відсутність пренатальної діагностики PAS багато говорить про рівень організації допомоги. Не тому, що УЗД або МРТ “вирішують усе”, а тому, що вони дають можливість думати наперед. Там, де PAS виявляється до пологів, з’являється час. А час у цій патології – ключовий ресурс.

У системах, де експертна діагностика доступна нерівномірно, PAS часто залишається прихованою до моменту операції. І тоді якість допомоги вимірюється вже не плануванням, а здатністю імпровізувати. Імпровізація інколи рятує. Але вона ніколи не є оптимальною стратегією.

PAS чітко демонструє, що не кожен заклад має бути готовим до всього. Якість тут проявляється не в універсальності, а в правильному розподілі ролей. Централізація складних випадків – це не обмеження доступу, а форма захисту.

Там, де існує чітка маршрутизація, PAS перестає бути катастрофою для конкретного пологового відділення. Вона стає складним, але керованим клінічним завданням. Там, де маршрутизації немає, навіть досвідчені лікарі опиняються в ситуації, де ризик виходить за межі прийнятної.

У випадках PAS індивідуальна майстерність важлива, але недостатня. Якість допомоги тут визначається тим, чи працює команда як єдине ціле. Акушер, анестезіолог, трансфузіолог, неонатолог, інколи уролог або судинний хірург – усі вони впливають на результат.

Коли рішення приймаються спільно, ризик стає розподіленим. Коли ж уся відповідальність концентрується в руках одного лікаря, система фактично відмовляється від власної ролі. PAS дуже швидко виявляє такі ситуації.

Наявність протоколів у веденні PAS є необхідною умовою якості, але не її гарантією. Протокол не замінює клінічного мислення. Він лише створює рамку, в межах якої це мислення може бути безпечним.

Там, де протокол сприймається як жорстка інструкція, PAS швидко виходить за його межі. Там, де він використовується як опора для рішень, з'являється простір для адаптації без втрати контролю.

Окремий, часто недооцінений аспект якості допомоги при PAS – це комунікація. Жінка, яка живе з цим діагнозом, має справу не лише з медичним ризиком, а й з невизначеністю. Те, як із нею говорять, як пояснюють можливі сценарії, як визнають складність ситуації, безпосередньо впливає на її досвід.

Якість тут вимірюється не кількістю термінів, а здатністю бути чесним і водночас підтримуючим. PAS не залишає місця для заспокійливої неправди. Вона потребує спокійної правди, сказаної вчасно.

Placenta Accreta Spectrum є своєрідним стрес-тестом для системи акушерської допомоги. Вона оголює сильні й слабкі сторони організації, показує ціну відсутності планування і водночас демонструє, що якість – це завжди результат спільної роботи, а не індивідуального героїзму.

## **1.6. PAS у житті жінки: клінічний ризик і людський досвід**

Для лікаря PAS – це поєднання ризиків, сценаріїв і тактичних рішень. Для жінки – це діагноз, який починає жити разом із нею ще до пологів.

На відміну від багатьох ускладнень, PAS рідко буває “раптовою”. Якщо її запідозрили пренатально, вона входить у життя жінки поступово: через повторні обстеження, через обережні формулювання, через паузи в розмовах, у яких лікар не поспішає з остаточними словами. Саме ці паузи часто запам’ятовуються найбільше.

Жінка може ще почуватися добре, вагітність може перебігати без скарг, але думка про пологи вже змінюється. Вона перестає бути очікуванням і стає питанням без чіткої відповіді.

Особливість PAS полягає в тому, що її ризики складно уявити без медичного бекграунду. Масивна крововтрата, можливість гістеректомії, багатогодинна операція – це слова, які звучать абстрактно, доки не торкаються особисто.

Жінка часто коливається між двома станами. З одного боку – бажання довіритися лікарю і “не думати про погане”. З іншого – постійна тривога, яка проявляється в дрібницях: питаннях про дату розродження, про тривалість операції, про те, що буде після.

Ця тривога не завжди артикульована. Вона може ховатися за зовнішнім спокоєм, але саме вона формує досвід вагітності з PAS.

Для багатьох жінок перспектива гістеректомії є складнішою, ніж сам факт операції. Матка рідко сприймається лише як орган. Вона пов’язана з образом себе, з материнством, з тілесною цілісністю. Навіть тоді, коли репродуктивні плани вже реалізовані.

PAS часто змушує говорити про можливу втрату матки до того, як жінка внутрішньо готова до цієї розмови. І тут важливо не поспішати з раціональними аргументами. Бо рішення, яке виглядає логічним для лікаря, може бути емоційно неприйнятним для пацієнтки.

Це не означає, що клінічну реальність слід пом’якшувати. Це означає, що її потрібно проживати разом, а не повідомляти як факт.

У випадку PAS інформована згода не може бути одноразовим документом. Вона формується поступово, у кілька етапів, у різні моменти вагітності. Часто жінка чує ту саму інформацію кілька разів – і щоразу по-іншому її сприймає.

Це не свідчить про непорозуміння. Це нормальна реакція на складну, емоційно насичену інформацію. Якість допомоги тут ви-

значається не кількістю підписів, а тим, чи має жінка простір для запитань і сумнівів.

PAS не терпить формальної згоди. Вона потребує усвідомленої присутності жінки в процесі прийняття рішень.

День розродження при PAS часто сприймається не як кульмінація вагітності, а як межа. Межа між тим, що було відносно контрольованим, і тим, що може піти будь-яким шляхом. Навіть за ідеального планування залишається відчуття невизначеності.

Для жінки це означає необхідність відпустити контроль. Для лікаря – взяти на себе відповідальність за рішення, які можуть змінити життя пацієнтки назавжди. У цій точці клініка і людський досвід переплітаються найтісніше.

Після операції при PAS жінка часто залишається з питаннями, які не мають медичних відповідей. Навіть коли все минуло успішно, навіть коли вдалося уникнути ускладнень, залишається потреба осмислити пережите.

Фізичне відновлення не завжди йде паралельно з психологічним. Іноді саме після стабілізації стану з'являється відкладена реакція – сум, злість, відчуття втрати. Ці стани не є ускладненнями. Вони є частиною досвіду.

Якість допомоги при PAS включає здатність не зникнути після операції, залишитися поруч у періоді, який не описаний у жодному алгоритмі.

Placenta Accreta Spectrum – це не лише клінічний виклик. Це досвід, який жінка проживає задовго до пологів і який не завершується в операційній. Усвідомлення цього дозволяє будувати допомогу не лише безпечно, а й людяно.

## Підсумок розділу I

Перший розділ цієї монографії окреслює PAS як феномен сучасного акушерства – біологічний, клінічний і людський водночас. Розуміння історії, епідеміології, ятрогенності та впливу на життя жінки створює основу для подальшого, більш глибокого аналізу.

## БІОЛОГІЯ, РУБЕЦЬ І ПЛАЦЕНТА

### 2.1. Нормальна імплантація як система меж

У повсякденній мові децидуалізацію часто описують як “підготовку ендометрію” – ніби йдеться про фонову умову, необхідну, але не надто значущу. У такому спрощеному уявленні вона виглядає як субстрат, на який згодом “сідає” плацента. Насправді ж децидуалізація – це не тло і не підкладка. Це активний, динамічний і регуляторний процес, без якого нормальна імплантація просто неможлива.

Децидуалізація – це відповідь ендометрію на вагітність, але відповідь не пасивна, а така, що постійно коригує поведінку трофобласта. Вона формує середовище, у якому інвазія можлива, але не безмежна. І саме в цій здатності дозволяти й одночасно обмежувати полягає її ключова роль.

З біологічної точки зору децидуалізація є складним ансамблем гормональних сигналів, клітинних трансформацій і імунної перебудови. Прогестерон запускає цей процес, але не керує ним одноосібно. Включаються локальні фактори росту, цитокіни, простагландини, компоненти позаклітинного матриксу. Клітини строми ендометрію змінюють свою морфологію, функцію і навіть “поведінку”. Вони перестають бути просто структурним елементом і стають активними учасниками діалогу з трофобластом.

Цей діалог не є симетричним. Трофобласт за своєю природою інвазивний. Він “запрограмований” проникати, шукати доступ до материнського кровотоку, забезпечувати виживання ембріона. Децидуя ж виконує роль своєрідного фільтра: вона не зупиняє інвазію повністю, але задає їй напрямок і глибину. Саме тому нормальна імплантація – це не боротьба між плацентою і маткою, а узгоджений процес, у якому кожна сторона знає свої межі.

Важливо підкреслити: децидуалізація – це не одноразова подія. Вона не “відбувається” і не “завершується”. Вона підтримується протягом значної частини вагітності. Її функціональна повноцінність залежить не лише від початкового формування, а й від здатності тканини зберігати регуляторні властивості з часом. Саме тому будь-яке порушення цієї динаміки – навіть локальне – може мати непропорційно великі наслідки.

У нормі децидуа формує чітку, хоча й невидиму, межу між трофобластом і міометрієм. Ця межа не є анатомічною у класичному розумінні. Вона не виглядає як перегородка або бар’єр. Це функціональна межа, створена взаємодією клітин, сигналів і тканинних властивостей. І саме тому її так легко втратити – і так складно відновити.

У контексті Placenta Accreta Spectrum цей аспект часто недооцінюють. Говорячи про інвазію плаценти, увагу схиляють у бік “надмірної агресії” трофобласта. Проте біологічна логіка підказує інше: у більшості випадків трофобласт не стає агресивнішим. Він просто втрачає опір, який мав би його стримувати.

Децидуалізація – це і є той опір. Не у формі заборони, а у формі регуляції. Коли вона повноцінна, плацента вміє зупинитися. Коли ж вона дефектна або відсутня, інвазія продовжується за власною програмою, не зустрічаючи сигналу “достить”.

Це розуміння є принциповим. Воно змінює фокус із “патологічної плаценти” на вразливу материнську тканину. І саме з цього зсуву починається коректне біологічне осмислення PAS.

Межа між трофобластом і міометрієм у нормальній вагітності майже ніколи не стає об’єктом уваги. Вона працює мовчки. Її не видно на ультразвуку, вона не має чіткої гістологічної лінії, її не можна “помацати” під час операції. Проте саме ця межа визначає, чи буде імплантація контрольованою, а вагітність – безпечною.

У класичному уявленні інвазія трофобласта описується як спрямований рух у глибину маткової стінки. Але це лише половина картини. Інша половина – це здатність материнської тканини визначати, де цей рух має зупинитися. Межа існує не як перешкода, а як зона взаємодії, у якій інвазія поступово втрачає імпульс.

У нормі трофобласт не “врізається” у міометрій. Він просувається крізь децидуальний шар, змінюючи його, перебудовуючи судини, але поступово входить у середовище, яке перестає бути сприятливим для подальшого проникнення. Цей перехід від підтримки до стримування і є суттю межі.

Біологічно ця межа формується не одним механізмом. Вона складається з багатьох шарів регуляції: від щільності позаклітинного матриксу до локальної експресії факторів росту, від імунної відповіді до механічних властивостей тканини. Усі ці елементи не працюють ізольовано. Вони накладаються один на одного, створюючи зону поступового гальмування інвазії, а не різку заборону.

Саме тому нормальна імплантація виглядає настільки “чистою”. Не тому, що трофобласт обмежений жорсткими рамками, а тому, що він отримує сигнали, які змінюють його поведінку. Інвазія втрачає сенс там, де середовище перестає її підтримувати.

У випадках PAS ця межа або не формується, або формується неповноцінно. І тут важливо уникнути спокуси описувати процес у термінах “проростання” чи “руйнування”. Частіше йдеться про відсутність чіткого переходу. Трофобласт просто не зустрічає моменту, в якому мав би зупинитися.

Міометрій у нормі не є пасивною жертвою інвазії. Його клітини мають власну реактивність, власну здатність відповідати на сигнали трофобласта. Але ця реактивність залежить від стану тканини. Там, де структура порушена, де є рубець або зона фіброзу, міометрій втрачає здатність бути активним учасником процесу. Він перестає “говорити” з трофобластом зрозумілою мовою.

Це особливо добре видно при локалізованих формах PAS. Навіть при глибокій інвазії плаценти у певній ділянці поруч можуть існувати зони абсолютно нормальної межі. Це ще раз підтверджує, що проблема не в загальній агресивності плаценти і не в глобальній “нездатності” матки, а в локальному порушенні взаємодії.

Межа між трофобластом і міометрієм – це не лінія. Це процес. І як будь-який процес, він уразливий до змін умов. Варто змінитися одному елементу – і вся система втрачає баланс.

У цьому сенсі PAS можна розглядати як крайній варіант того, що відбувається, коли межа перестає виконувати свою регуляторну функцію. Не тому, що її “прорвали”, а тому, що вона не змогла сформуватися.

Судинні зміни під час нормальної імплантації часто описують мовою ремоделювання, ніби йдеться про чітко спланований процес. Але якщо вдивитися уважніше, це радше керований хаос, у якому багато подій відбуваються одночасно, не завжди синхронно і не завжди симетрично. І саме ця складність робить систему стійкою.

Спіральні артерії в нормі не просто розширюються. Вони втрачають м'язовий шар, змінюють реактивність, стають менш здатними до спазму. Це виглядає як радикальне втручання в судинну архітектуру, але воно має чітку мету: забезпечити стабільний, низькорезистентний кровотік до міжворсинчастого простору. Плацента потребує цього, але вона не керує процесом одноосібно.

Трофобласт бере участь у перебудові судин, проте не диктує їй повністю. Його дія обмежена сигналами з боку материнської тканини. У нормі ці сигнали збалансовані: вони дозволяють трансформацію судин, але водночас не відкривають шлях до неконтрольованої інвазії. Саме тому судинна перебудова відбувається в межах децидуального шару і не переходить у міометрій.

Цей баланс виглядає крихким лише ззовні. Насправді він підтримується багатьма рівнями регуляції. Локальні фактори росту, ангіогенні й антиангіогенні сигнали, імунні клітини, механічні властивості тканини – усе це створює динамічну рівновагу, у якій судинна мережа змінюється, але не виходить з-під контролю.

Важливо розуміти, що нормальна плацента не зацікавлена в безмежній васкуляризації. Надлишковий, нефункціональний судинний ріст не дає переваг. Навпаки, він створює нестабільність. Тому в нормі ангіогенез іде не за принципом “більше – краще”, а за принципом достатньо – і зупинитися.

У контексті PAS цей принцип порушується. Але не тому, що плацента раптом починає “вимагати більше крові”. Частіше проблема в тому, що зникають механізми, які мали б обмежити перебудову.

Судинна трансформація виходить за межі децидуї, проникає глибше, ніж передбачено, і втрачає структурну впорядкованість.

Це добре пояснює одну з клінічних особливостей PAS: масивну кровотечу, яка виникає навіть при технічно коректному втручанні. Судини є, але вони не поведуться як нормальні. Вони не спазмують, не “закриваються”, не реагують на стандартні гемостатичні механізми. Це не дефект хірургії. Це наслідок зміненої біології.

При цьому варто підкреслити: навіть у нормальній вагітності судинна перебудова не є ідеальною. Вона допускає варіації, асиметрії, локальні відхилення. Але ці відхилення компенсуються загальною структурою меж. Коли ж межа втрачена, будь-яка варіація стає потенційно небезпечною.

Таким чином, судинна перебудова в нормі – це приклад того, як складність може бути стабільною. У PAS ми бачимо протилежне: та сама складність без регуляції. І саме тут хаос перестає бути керованим.

Нормальна імплантація – це не агресивний процес і не механічне проникнення плаценти. Це система меж, у якій децидуалізація, тканинна реактивність і судинна перебудова працюють разом. PAS виникає не тоді, коли плацента “робить забагато”, а тоді, коли материнська тканина не може задати межі.

## 2.2. Коли межа стирається: децидуалізація при PAS

Коли говорять про PAS, часто використовують формулювання “відсутність децидуального шару”. Воно звучить різко, майже категорично, ніби децидуя просто зникає. У реальності все складніше – і значно менш однозначно. У більшості випадків мова йде не про повну відсутність, а про втрату функціональної повноцінності.

Децидуя може бути присутньою морфологічно. Її можна побачити під мікроскопом, описати в гістологічному висновку, формально “поставити галочку”. Але при цьому вона може не виконувати своєї ключової ролі – ролі регулятора інвазії. І саме ця

різниця між наявністю і функцією є принциповою для розуміння PAS.

У зоні рубця децидуалізація часто відбувається фрагментарно. Вона ніби починається, але не доходить до повноцінного завершення. Клітини строми трансформуються непослідовно, сигналізація порушена, локальні механізми стримування працюють слабо або запізно. У такому середовищі трофобласт не отримує чіткого “контурного сигналу”, який у нормі визначає межу його проникнення.

Це не виглядає як драматичний збій. Швидше як тихий дефект, який довгий час залишається непомітним. Але саме такі дефекти і мають найбільший клінічний потенціал – вони не зупиняють процес, а змінюють його напрямок.

Інвазія трофобласта – це не патологічна риса. Це його базова біологічна програма. Він не “вирішує” проникати глибше – він робить це доти, доки середовище дозволяє. У нормі ця програма зустрічає складну, багаторівневу систему стримування. При PAS значна частина цієї системи просто не працює.

У відсутності ефективної децидуальної відповіді трофобласт не змінює своєї поведінки. Він не стає агресивнішим, не набуває нових властивостей. Він залишається самим собою – клітинною популяцією, яка реагує на сигнали середовища. Проблема в тому, що середовище мовчить.

Це мовчання не є абсолютним. Воно локальне, часто обмежене зоною рубця або прилеглою ділянкою міометрію. Саме тому PAS має чітку топографію. Інвазія відбувається не всюди, а там, де регуляторний механізм ослаблений або втрачений.

Такий підхід дозволяє по-іншому подивитися на сам феномен інвазії. PAS – це не історія про “надмірну силу” плаценти. Це історія про відсутність зворотного зв’язку. І в біологічних системах саме відсутність зворотного зв’язку майже завжди веде до неконтрольованих наслідків.

Одне з найбільш показових спостережень при PAS – її локальний характер. Навіть у випадках глибокої інвазії плацента зазвичай

чай залишається чітко “прив’язаною” до певної ділянки. Поруч можуть існувати зони абсолютно нормальною децидуалізації, чіткої межі і контрольованої судинної перебудови.

Цей факт суперечить спрощеному уявленню про PAS як системну патологію плаценти. Якби проблема полягала в самій плаценті, логічно було б очікувати дифузного процесу. Але цього не відбувається. Натомість ми бачимо точковий збій, який має чітке анатомічне підґрунтя.

Локальність PAS ще раз підкреслює ключову роль материнської тканини. Саме вона визначає, де інвазія можлива, а де – ні. І саме тому один і той самий трофобласт може поводитися “нормально” в одній ділянці і демонструвати глибоку інвазію в іншій.

Це також пояснює, чому навіть у межах однієї плаценти можуть співіснувати різні типи прикріплення. PAS – це не монолітний процес. Це мозаїка, складена з нормальних і патологічних зон.

Ще одна важлива особливість PAS полягає в тому, що децидуалізація не “ламається” одномоментно. Вона втрачає ефективність поступово. Спочатку – через порушення рецепторної відповіді, потім – через зміну клітинної взаємодії, далі – через судинні та імунні зсуви.

Це означає, що PAS формується не в момент імплантації, а в процесі розвитку вагітності. Те, що виглядає як “глибока інвазія”, є результатом тривалої відсутності стримувальних сигналів, а не одноразового прориву.

Саме тому PAS так важко передбачити на ранніх етапах і так складно “зупинити” пізніше. Біологія не працює ривками. Вона працює накопиченням.

При Placenta Accreta Spectrum ключовим є не надмірна активність трофобласта, а дефект материнської відповіді. Втрата або функціональна неповноцінність децидуалізації призводить до стирання меж, які в нормі регулюють інвазію. PAS – це локальний, контекст-залежний процес, що формується поступово і відображає вразливість материнської тканини.

### 2.3. Рубець на матці: не просто шрам

У клінічній мові рубець часто описують коротко: “є” або “немає”, “тонкий” або “повноцінний”. Таке спрощення зручне, але воно майже нічого не говорить про біологічну реальність. Рубець – це не просто ділянка, де тканина колись була розсічена і згодом зрослася. Це якісно інша тканина, з іншими властивостями, іншою поведінкою і іншою здатністю відповідати на сигнали.

На гістологічному рівні рубець – це зона фіброзу з порушеною архітектурою. М’язові волокна тут заміщені сполучною тканиною, судинна мережа спрощена, іннервація змінена. Але ці структурні зміни – лише верхівка айсберга. Значно важливішими є функціональні наслідки.

Рубцева тканина гірше реагує на гормональні сигнали, слабше включається в децидуалізацію, інакше взаємодіє з імунними клітинами. Вона не “помиляється” – вона просто не вміє працювати так, як інтактний міометрій. І саме ця нездатність до повноцінної відповіді створює передумови для патологічної імплантації.

Важливо, що ці зміни не завжди корелюють з клінічним виглядом рубця. Рубець може виглядати “благополучно” на ультразвуку, мати достатню товщину, не викликати занепокоєння під час вагітності. Але його біологічні властивості при цьому залишаються зміненими.

Інтактна матка має своєрідну “пам’ять” – не в метафоричному, а в біологічному сенсі. Вона знає, як реагувати на гормональні зміни, як перебудовувати судини, як формувати межу між трофобластом і міометрієм. Ця пам’ять закодована в клітинних взаємодіях, рецепторних системах, локальних сигнальних шляхах.

Рубець цієї пам’яті позбавлений. Він не відтворює повний спектр реакцій, притаманних нормальній тканині. Його відповідь фрагментарна, сповільнена або взагалі відсутня. У контексті імплантації це означає одне: трофобласт не отримує зрозумілої відповіді.

У нормі імплантація – це діалог. Трофобласт “запитує”, материнська тканина “відповідає”. У зоні рубця цей діалог порушений.

Запит залишається без відповіді або отримує спотворений сигнал. І трофобласт діє відповідно до власної програми, не зустрічаючи регуляторного спротиву.

Це ще раз підкреслює, що PAS – не наслідок “помилки” плаценти. Це результат втрати зворотного зв’язку з боку материнської тканини.

Імплантація в зоні рубця – це зустріч двох різних логік. З одного боку – трофобласт, орієнтований на пошук живлення і стабільного кровопостачання. З іншого – тканина, яка втратила здатність чітко обмежувати цей пошук.

Для трофобласта рубець виглядає як зона зниженого опору. Тут менше структурних бар’єрів, інша судинна організація, змінена механічна щільність. У такому середовищі інвазія відбувається легше – не тому, що вона “надмірна”, а тому, що їй ніщо не заважає.

Цей процес не є миттєвим. Він розгортається поступово, у міру того як вагітність прогресує. На ранніх етапах імплантація може виглядати цілком прийнятно. Проблеми стають очевидними пізніше, коли інвазія заходить глибше, ніж це було передбачено нормальними межами.

Саме тому PAS часто не виявляється одразу. Біологія працює повільно, накопичуючи ефект. І коли клінічні прояви стають явними, процес уже давно вийшов за межі корекції.

Попри ключову роль рубця, було б помилкою зводити PAS лише до його наявності. Не кожна жінка з рубцем має PAS, і не кожен рубець призводить до патологічної імплантації. Це означає, що рубець – не причина сама по собі, а елемент складнішої системи.

Він створює умови, але реалізація цих умов залежить від багатьох чинників: локалізації плаценти, якості рубця, загального стану ендометрію, судинної відповіді, імунної регуляції. Саме поєднання цих факторів визначає, чи стане рубець “точкою входу” для PAS.

Це пояснює варіабельність клінічних сценаріїв. В однієї жінки після кількох кесаревих розтинів вагітності перебігають без ускладнень. В іншій PAS формується вже після першого втручання. Біологія не працює за простими правилами.

Рубець на матці – це не просто наслідок операції. Це змінена тканина з втраченими регуляторними властивостями, яка створює умови для порушення меж імплантації. Він є центральним елементом у патогенезі PAS, але його дія реалізується лише в поєднанні з іншими біологічними та анатомічними чинниками.

## 2.4. Рубець як “патологічний орган”

У традиційному клінічному мисленні рубець – це дефект. Наслідок втручання. Щось, що залишилося після операції і що бажано “не чіпати”, якщо воно не створює явних проблем. Такий підхід інтуїтивно зрозумілий, але він обмежує можливість побачити реальну роль рубця у формуванні PAS.

Рубець – це не просто ушкоджена частина матки. Це нова тканина, яка живе за власними правилами. Вона має іншу клітинну композицію, інший метаболізм, іншу судинну організацію. Вона не є продовженням інтактного міометрію – вона з ним співіснує, але не інтегрується повністю.

У цьому сенсі рубець поводить себе як окрема біологічна одиниця. Не пасивна, а активна у своїй інакшості. Саме тому його доцільно розглядати не як “шрам”, а як патологічний орган, тобто структуру, що має власні властивості й впливає на функцію всієї системи.

Це визначення не є метафорою. Воно дозволяє інакше інтерпретувати клінічні спостереження, які інакше виглядають суперечливими або випадковими.

Одна з ключових характеристик рубця – його відносна автономність. Він реагує на гормональні та локальні сигнали інакше, ніж навколишній міометрій. Його відповідь часто запізнена, ослаблена або неповна. Це створює ситуацію, у якій сусідні ділянки матки можуть функціонувати нормально, тоді як рубцева зона – ні.

Саме ця автономність пояснює локалізований характер PAS. Плацента “обирає” не всю матку, а конкретну ділянку, де регуляторні механізми не працюють. Інвазія ніби “прив’язується” до рубця, не поширюючись дифузно.

Функціональна автономність також означає, що рубець не підпорядковується загальній логіці тканинної відповіді. Він не компенсує навантаження так, як це робить інтактний міометрій. У ситуаціях стресу – гормонального, механічного, судинного – він першим втрачає рівновагу.

Для клініциста це означає, що оцінка рубця як частини “цілого” є недостатньою. Його слід сприймати як окрему зону ризику, навіть тоді, коли загальний стан матки не викликає занепокоєння.

Імплантація плаценти ніколи не є рівномірною. Вона завжди локальна, навіть у нормі. Але в інтактній матці локальність не несе загрози, бо регуляторні механізми працюють усюди приблизно однаково. У присутності рубця ця симетрія зникає.

У зоні рубця створюється унікальне мікросередовище. Тут інша механічна щільність тканини, інша оксигенація, інша судинна реактивність. Для трофобласта це виглядає як територія, де легше закріпитися і просунутися глибше.

Ці умови не є сталими. Вони змінюються протягом вагітності, реагують на зростання матки, на зміну кровотоку, на гормональні коливання. Але саме їх нестабільність і робить рубець небезпечним. Він не здатен підтримувати рівновагу в довготривалій перспективі.

У такому контексті PAS постає не як раптовий збій, а як логічний результат функціонування патологічного органа в умовах, для яких він не пристосований.

З клінічної точки зору ризик PAS зростає з кількістю кесаревих розтинів. Але важливо розуміти, що це зростання не є лінійним. Другий або третій рубець не просто додає ще одну “проблемну зону”. Він змінює всю архітектуру нижнього сегмента матки.

Кілька рубців взаємодіють між собою. Вони порушують розподіл напруження, змінюють напрямки росту тканини, впливають на судинну мережу. У результаті формується середовище, в якому навіть відносно невелика зона імплантації може мати непропорційно великі наслідки.

Це пояснює, чому після кількох оперативних втручань PAS може розвиватися швидше і проявлятися агресивніше, ніж це

можна було б очікувати, виходячи з простого підрахунку ризиків. Біологія не підсумовує. Вона перебудовується.

Сприйняття рубця як патологічного органа має прямі клінічні наслідки. Воно змінює акценти в діагностиці, у плануванні ведення вагітності, у виборі тактики розродження. Рубець перестає бути фоновою характеристикою і стає центральним об'єктом уваги.

Це також дозволяє уникнути помилкового оптимізму. “Хороший” рубець на УЗД не гарантує нормальної біологічної поведінки. Навпаки, саме рубець із зовні благополучними характеристиками може створювати ілюзію безпеки, тоді як його функціональні властивості залишаються порушеними.

У контексті PAS це означає одне: клінічні рішення мають базуватися не лише на зображенні, а на розумінні тканинної логіки.

Рубець на матці доцільно розглядати як патологічний орган – автономну біологічну структуру з власними властивостями і ризиками. Саме ця автономність пояснює локальний характер PAS, її зв'язок із кількістю оперативних втручань і варіабельність клінічних сценаріїв.

## 2.5. Судинний компонент PAS

Коли при PAS говорять про судини, зазвичай мають на увазі кровотечу. Але кровотеча – це вже наслідок. Щоб зрозуміти її природу, потрібно повернутися значно раніше – до того, як судини стали джерелом небезпеки.

У нормі ангиогенез у зоні імплантації є керованим процесом. Він не хаотичний і не надмірний. Судини ростуть, перебудовуються, втрачають частину своїх регуляторних властивостей, але роблять це в межах чітко визначеного простору. Децидуа і міометрій разом формують рамку, у якій судинна мережа залишається функціональною.

При PAS ця рамка порушена. Неоангиогенез відбувається, але без чіткої архітектури. Судин може бути багато, але їхня організація позбавлена логіки. Вони формуються швидко, нерівномірно,

часто з мінімальною м'язовою оболонкою або без неї. Такі судини добре проводять кров, але майже не здатні її утримувати.

Це не “надмірна васкуляризація” у звичному розумінні. Це радше васкуляризація без контролю, яка з точки зору біології виглядає ефективною, а з точки зору клініки – небезпечною.

У певний момент стає очевидно, що PAS неможливо пояснити, розглядаючи лише плаценту. Навіть глибока інвазія сама по собі не пояснює масштабу крововтрати. Вирішальним чинником стає стан судинного русла, у яке ця інвазія інтегрована.

Судини при PAS не поведуться як нормальні маткові судини. Вони погано реагують на скорочення матки, не спазмують у відповідь на травму, не “закриваються” при стандартних гемостатичних впливах. Це створює ситуацію, у якій навіть мінімальне ушкодження призводить до непропорційно великої крововтрати.

Саме тут виникає відчуття клінічного безсилля. Хірург може діяти технічно правильно, але тканина не відповідає очікуваним чином. Це не помилка. Це інша біологія.

Такий погляд змінює акценти. PAS перестає бути проблемою “відокремлення плаценти”. Вона стає проблемою контролю кровотоку в умовах зміненої судинної архітектури.

Масивна кровотеча при PAS часто сприймається як щось немислиме, майже фатальне. Але її особливість полягає не лише в обсязі, а в механізмі. Це кровотеча не з одного джерела і не з однієї точки. Це дифузний витік із мережі судин, які втратили здатність до фізіологічного захисту.

У нормі матка є органом, здатним до самоконтролю кровотоку. Скорочення міометрію, спазм судин, локальна тромбогенеза – усе це працює одночасно. При PAS значна частина цих механізмів або ослаблена, або взагалі не функціонує.

Особливо показово, що кровотеча може бути масивною навіть тоді, коли плацента не відділялася насильно. Це ще раз підкреслює, що джерело проблеми – не механічна травма, а глибока судинна перебудова.

Саме тому стандартні підходи до гемостазу часто виявляються

недостатніми. Вони розраховані на нормальну тканину, яка при PAS просто відсутня в зоні інвазії.

Попри розвиток візуалізації, судинний компонент PAS залишається складним для точного прогнозування. УЗД і МРТ можуть показати посилену васкуляризацію, атипіві судинні структури, зміну кровотоку. Але вони не завжди здатні передати функціональні властивості цих судин.

Це створює певну клінічну пастку. Візуальна картина може виглядати “контрольованою”, тоді як реальна судинна поведінка виявляється зовсім іншою. Саме тому навіть добре підготовлені операції при PAS можуть супроводжуватися несподівано складним перебігом.

Ця невизначеність не є поразкою діагностики. Вона є відображенням складності процесу. Судинна біологія при PAS занадто багатовимірна, щоб бути повністю передбачуваною.

Судинний компонент PAS є ключовим чинником клінічної небезпеки. Аномальна неоангіогенеза, відсутність нормальної судинної реактивності та порушення механізмів гемостазу роблять кровотечу важко контрольованою навіть за оптимальних умов. PAS слід розглядати не лише як патологію плаценти чи рубця, а як судинну катастрофу, що формується поступово.

## **2.6. Що ми знаємо – і що залишається невідомим**

Попри складність і варіабельність Placenta Accreta Spectrum, сьогодні є кілька положень, щодо яких сумнівів майже не лишається. Вони сформувалися не з однієї теорії і не з одного дослідження, а з накопиченого клінічного досвіду, який повторюється у різних країнах і системах охорони здоров'я.

Передусім підтверджено ключову роль рубця. Не як абстрактного чинника ризику, а як конкретної анатомо-біологічної зони, у якій порушується нормальна децидуалізація і стирається межа інвазії. Саме локалізація плаценти в ділянці рубця або поряд із ним є найстабільнішим предиктором PAS.

Другим підтвердженням елементом є дефект децидуалізації. Ідеться не про її повну відсутність, а про функціональну неповноцінність, яка не дозволяє сформувати ефективний зворотний зв'язок із трофобластом. Це пояснює, чому інвазія при PAS не виглядає хаотичною, а радше послідовною і логічною з біологічної точки зору.

Також добре підтверджено локальний характер процесу. PAS не є системною патологією всієї матки і не є “властивістю” всієї плаценти. Вона виникає там, де збігаються кілька умов – анатомічних, судинних, тканинних. Ця локальність є одним із найпереконливіших аргументів проти спрощених моделей патогенезу.

Поряд із цим залишається велика зона невизначеності. І, можливо, найважливішим кроком у вивченні PAS є визнання того, скільки саме ми ще не знаємо.

Генетичні чинники активно досліджуються, але поки що не існує чітких маркерів, які дозволяли б прогнозувати PAS на індивідуальному рівні. Вірогідно, йдеться не про один ген, а про складну взаємодію багатьох варіантів, кожен з яких робить внесок, але не визначає результат самостійно.

Імунологічні механізми також залишаються предметом дискусій. Роль природних кілерів, макрофагів, локальних цитокінів виглядає переконливо на експериментальному рівні, але їх клінічне значення важко перевести в практичні рішення. Ми бачимо наслідки і підозрюємо механізми, але ще не вміємо ними керувати.

Не до кінця зрозумілою залишається і причина індивідуальної вразливості. Чому в однієї жінки після кількох оперативних втручань вагітності перебігають без ускладнень, а в іншій PAS формується рано і агресивно. Очевидно, що справа не лише в кількості рубців. Але що саме визначає цю різницю – поки що відкрите питання.

Спокуса знайти єдине пояснення PAS зрозуміла. Єдина теорія створює відчуття контролю і завершеності. Але саме PAS послідовно демонструє обмеженість такого підходу.

Це багатофакторний процес, у якому переплітаються анатомія, біологія, судинна перебудова, імунна відповідь і історія попередніх

втручань. Жоден із цих чинників не є достатнім сам по собі. Вони працюють лише у поєднанні, і це поєднання щоразу унікальне.

Редукціоністський підхід – зведення всього до одного механізму – не лише неточний, а й небезпечний. Він створює ілюзію прогнозованості там, де її немає. PAS вимагає іншого мислення: контекстного, обережного, відкритого до невизначеності.

У цьому сенсі PAS є викликом не лише для клінічної практики, а й для самого способу медичного мислення. Вона нагадує, що складні біологічні системи не завжди піддаються повному поясненню – і що це не привід відмовлятися від відповідальності.

## Підсумок розділу II

Розділ II показує Placenta Accreta Spectrum як наслідок втрати меж – біологічних, тканинних, судинних. Децидуалізація, рубець і судинна перебудова утворюють складну взаємодію, у якій невеликий локальний дефект може мати непропорційно великі клінічні наслідки.

Ми знаємо достатньо, щоб діяти обережно і відповідально. Але ми не знаємо достатньо, щоб спростити PAS до одного механізму або одного рішення. І саме це усвідомлення є точкою, з якої починається зріле клінічне мислення.

## РОЗДІЛ III

# КЛАСИФІКАЦІЇ, МОВА І КЛІНІЧНЕ МИСЛЕННЯ PAS

### 3.1. Чому слова мають значення в PAS

У клінічній практиці слова часто з'являються раніше за розуміння. Це не вада – це спосіб виживання в складній реальності. Ми називаємо, щоб мати змогу діяти. Але саме тут і виникає небезпека: термін починає жити власним життям, поступово витісняючи мислення, яке мав би стимулювати.

Placenta accreta – яскравий приклад такого процесу. Слово зручне. Воно коротке, знайоме, ніби вже все пояснює. Його легко сказати вголос, легко записати в історії хвороби, легко передати зміні. Але за цією легкістю часто ховається відмова від уточнення. “Accreta” стає не описом, а заспокоєнням.

У реальній роботі це виглядає майже непомітно. Діагноз озвучено – і напруга спадає. Команда ніби отримує сигнал: ситуація складна, але зрозуміла. Саме в цей момент ризик починає зростати, бо зрозумілість є удаваною.

Термін працює як ярлик. Він стирає варіабельність, нівелює контекст, замінює аналіз. Замість запитання “наскільки це небезпечно?” з'являється твердження “це accreta”. І разом із цим зникає потреба уточнювати глибину інвазії, характер васкуляризації, топографію процесу, готовність системи до ускладнень.

Це не помилка конкретного лікаря. Це властивість мови. Будь-яке слово, яке часто використовується, починає економити зусилля мислення. І саме тому PAS потребує особливої обережності в термінах.

Триада accreta – increta – percreta з'явилася як спроба навести лад у різноманітні клінічних спостережень. Вона була логічною,

елегантною і, на перший погляд, достатньою. Глибина інвазії здавалася ключем до розуміння ризику. Чим глибше – тим небезпечніше. Принаймні так це виглядало.

Проблема полягала в тому, що ця логіка працювала після події, а не до неї. Морфологічна класифікація добре описувала те, що вже сталося, але погано допомагала прогнозувати те, що ще мало статися. *Increta* могла перебігати драматично, а *percreta* – відносно контрольовано. *Accreta* іноді виявлялася фатальною.

Ці невідповідності довго ігнорувалися. Не тому, що їх не бачили, а тому, що для них не було мови. Класифікація існувала – і цього здавалося достатньо. Але з часом стало очевидно: проблема не в окремих “винятках”, а в самій логіці поділу.

Поява терміна *Placenta Accreta Spectrum* була спробою повернути в мову те, що вона втратила, – неперервність. *Spectrum* не дає готової відповіді. Він не закриває питання. Навпаки, він залишає простір для уточнення і змушує думати в категоріях ризику, а не ярликів.

Це був важливий крок. Але навіть слово “*spectrum*” може перетворитися на новий ярлик, якщо його використовувати формально. І саме тут знову постає питання не терміна, а способу мислення.

Слова, якими описують PAS, впливають не лише на розуміння ситуації, а й на поведінку команди. Формулювання, сказане вголос, часто визначає тон усієї подальшої роботи. “Ймовірна PAS” звучить інакше, ніж “плацента *accreta*”. Перше відкриває простір для підготовки, друге – створює ілюзію визначеності.

Це особливо помітно в операційній. Там мова стає короткою, функціональною, іноді різкою. Але саме в цих умовах слова мають максимальну вагу. Одне неточне формулювання може знизити готовність до найгіршого сценарію. Одне надто оптимістичне слово – відтермінувати критичне рішення.

Мова протоколів також має значення. Якщо в документі написано “*accreta*”, команда часто очікує “керовану складність”. Якщо ж використовується описовий підхід – із зазначенням локалізації, васкуляризації, рубця – з’являється відчуття реального ризику, а не абстрактного діагнозу.

У цьому сенсі мова є частиною системи безпеки. Вона або підсилює настороженість, або притуплює її. І PAS – один із тих станів, де надмірна впевненість у словах коштує дорого.

У випадку PAS слова не є нейтральними. Вони формують очікування, визначають готовність до ускладнень і впливають на рішення. Коли термін замінює мислення, ризик зростає. Коли мова залишає простір для сумніву і уточнення, з'являється шанс на більш безпечний перебіг.

## 3.2. Морфологічна класифікація: що вона дає – і чого не дає

Морфологічна класифікація PAS виглядає привабливою саме тому, що вона проста. Accreta – поверхнєве прикріплення. Increta – проникнення в міометрій. Percreta – проростання за його межі. Ця тріада створює відчуття порядку і завершеності. Вона ніби розкладає складний процес по полицках.

У морфологічному сенсі ця логіка бездоганна. Вона дозволяє описати те, що бачить патолог, і зробити це точно. Саме тому класифікація так добре прижилася в наукових публікаціях і звітах. Вона красива, симетрична і зрозуміла.

Проблема починається тоді, коли цю логіку намагаються перенести в клініку до того, як морфологія стала відомою. До операції. До гістології. До реального зіткнення з тканиною. Там, де лікар має справу не з глибиною інвазії на зрізі, а з ризиком кровотечі в живому тілі.

У цей момент глибина перестає бути головною. Бо клінічний ризик формується не лише тим, наскільки далеко зайшов трофобласт, а й тим, у яке середовище він зайшов.

Найбільше обмеження морфологічної класифікації полягає в тому, що вона не прогнозує поведінку. Вона описує факт, але не сценарій. Два випадки з однаковим формулюванням “percreta” можуть мати принципово різний перебіг. В одному – контрольована операція з помірною крововтратою. В іншому – багатогодинна боротьба за гемостаз.

Це створює небезпечну ілюзію: ніби назва автоматично підказує тактику. Насправді ж морфологія не відповідає на ключові клінічні запитання. Вона не говорить, коли почнеться кровотеча, наскільки вона буде керованою, які ресурси знадобляться.

Ще одна проблема – часовий аспект. Морфологічна класифікація завжди ретроспективна. Вона стає точною після того, як усе вже сталося. Але клінічні рішення приймаються раніше – в умовах невизначеності, коли лікареві потрібно готуватися до найгіршого, не знаючи, чи справдиться цей сценарій.

У цьому сенсі морфологічна класифікація створює пастку постфактум-логіки: ми пояснюємо те, що вже відбулося, і несвідомо переносимо цю впевненість назад, у момент прийняття рішення. Але тоді цієї інформації ще не було.

Морфологічна класифікація чудово виконує свою роль у тій площині, для якої вона створена. Вона потрібна патологу, досліднику, автору статті. Вона дозволяє порівнювати випадки, узагальнювати досвід, будувати ретроспективні аналізи.

Але у клініці завдання інше. Клініцист працює не з категоріями “є/немає”, а з питанням “наскільки це небезпечно саме зараз”. Йому важливі не лише глибина інвазії, а й локалізація, судинний компонент, стан рубця, можливість контролю кровотечі.

Коли морфологічна мова безпосередньо переноситься в клінічне мислення, виникає розрив. Класифікація ніби щось говорить, але не про те, що потрібно знати для дії. У кращому разі вона нейтральна. У гіршому – заспокоює там, де заспокоюватися рано.

Саме тому в сучасному розумінні PAS морфологія має залишатися тим, чим вона є: важливим, але допоміжним інструментом. Вона описує реальність, але не керує рішенням.

Морфологічна класифікація PAS є точною і корисною, але її можливості обмежені. Вона добре описує глибину інвазії після події, але погано прогнозує клінічний ризик до неї. Перенесення морфологічної логіки безпосередньо в клінічні рішення створює ілюзію контролю там, де потрібна настороженість.

### 3.3. Клінічна класифікація PAS: логіка ризику

Коли PAS називають спектром, це часто звучить як ввічлива формула. Ніби нове слово, яке нічого принципово не змінює. Насправді ж спектральний підхід – це радикальна відмова від звичної логіки “ступенів тяжкості”.

Ступінь передбачає межі. Accreta – одне, increta – інше, percreta – третє. Спектр же меж не має. Він допускає проміжні стани, накладання ознак, зміну ризику в часі. І саме так PAS виглядає в реальності.

У клінічній практиці майже не існує “чистих” випадків. Є плацента з помірною інвазією, але вираженою васкуляризацією. Є глибока інвазія з відносно контрольованою кровотечею. Є мінімальна інвазія, але в зоні критичного рубця. Усі ці ситуації не вкладаються в лінійну шкалу, але цілком логічно існують у межах спектра.

Спектральне мислення дозволяє не шукати “правильну назву”, а ставити правильне запитання: де саме в цьому спектрі знаходиться ризик для конкретної жінки.

На відміну від морфологічної класифікації, клінічна не намагається виділити один домінуючий параметр. Вона працює з поєднаннями. Ризик при PAS формується не глибиною інвазії самою по собі, а її контекстом.

Цей контекст зазвичай включає кілька ключових елементів.

Локалізація – передусім. Передлежання плаценти або її імплантація в нижньому сегменті одразу змінює сценарій.

Рубець – його кількість, якість, топографія.

Судинний компонент – характер васкуляризації, наявність атипичних судин, залучення суміжних структур.

І, нарешті, системний фактор – можливості конкретного закладу і команди.

Клінічна класифікація не існує поза системою, у якій буде реалізовано рішення. Те, що є прийнятним ризиком у високоспеціалізованому центрі, може бути неприйнятним у лікарні з обмеженими ресурсами. І це не слабкість класифікації, а її чесність.

Головна перевага клінічної класифікації полягає в тому, що вона безпосередньо веде до рішення. Вона не зупиняється на формулюванні діагнозу, а одразу вбудовується в планування.

Оцінка ризику визначає:

- чи потрібна централізація;
- який склад команди має бути залучений;
- чи готується масивна трансфузія;
- чи розглядається планова гістеректомія;
- які сценарії обговорюються з жінкою задалегідь.

Це не означає, що рішення стають автоматичними. Навпаки, вони стають усвідомленими. Класифікація не диктує, що робити. Вона показує, наскільки дорого може коштувати помилка.

Клінічна класифікація PAS має очевидні переваги, але й свої вразливі місця. Вона менш чітка, менш “красива”, менш зручна для статистики. Вона вимагає досвіду, міждисциплінарної взаємодії, готовності жити з невизначеністю.

Її слабкість – у суб’єктивності. Різні лікарі можуть по-різному оцінювати той самий випадок. Але саме ця суб’єктивність часто є відображенням реальної складності, а не недоліком системи.

На відміну від морфологічної, клінічна класифікація не створює ілюзії точності. Вона залишає місце для сумніву – і тим самим зменшує ризик самовпевненості.

Найцінніше в клінічному підході те, що він дозволяє змінити сценарій до того, як ситуація стане некерованою. Саме завдяки оцінці ризику як спектра можливе своєчасне рішення про планове розродження, про відмову від агресивних спроб органозбереження, про залучення додаткових ресурсів.

У таких випадках PAS перестає бути катастрофою. Вона залишається складною, але стає керованою. І це, по суті, і є метою будь-якої класифікації – не назвати, а захистити.

Клінічна класифікація PAS відмовляється від пошуку чітких меж і працює з логікою ризику. Вона враховує поєднання чинників, контекст і можливості системи. Її сила – у здатності вести від опису до дії, не створюючи ілюзії повного контролю.

### 3.4. Візуалізація і мова опису PAS

УЗД і МРТ при підозрі на PAS часто сприймаються як інструменти підтвердження. Ніби завдання візуалізації – “побачити PAS” і поставити крапку. Але це хибне очікування. Візуалізація не підтверджує і не спростовує PAS у прямому сенсі. Вона описує ознаки, а не діагноз.

Це принципова різниця, яку легко втратити в повсякденній роботі. Коли в протоколі з’являється формулювання “placenta accreta підтверджена”, воно звучить переконливо, але насправді виходить за межі можливостей методу. УЗД не бачить децидуалізацію. МРТ не вимірює функціональну здатність судин до гемостазу. Вони фіксують вторинні прояви – зміну меж, судинні аномалії, топографію плаценти.

Ці ознаки важливі. Але вони не дорівнюють самій патології. І коли ми підміняємо опис ознак категоричним діагнозом, ми позбавляємо себе простору для клінічного мислення.

Категоричність у мові візуалізації здається привабливою. Вона створює відчуття визначеності, знімає тривогу, спрощує комунікацію. Але саме в контексті PAS вона може бути небезпечною.

Фраза “ознаки accreta” і фраза “підтверджена accreta” запускають різні сценарії. Перша залишає місце для підготовки і настороженості. Друга створює ілюзію завершеності діагностичного пошуку. Команда починає діяти так, ніби ситуація вже зрозуміла, хоча насправді зрозуміло лише те, що ризик існує.

Особливо підступною є “спокійна” мова. Коли опис звучить стримано і без драматичних ознак, це часто інтерпретується як низький ризик. Але PAS не завжди виглядає драматично на зображеннях. Судинний компонент, який визначає перебіг кровотечі, може бути недооцінений або взагалі неочевидний.

Ефективний опис PAS – це не перелік ознак, а структурований клінічний меседж. Він має відповідати на запитання, які реально стоять перед командою, навіть якщо не дає однозначних відповідей.

Такий опис зазвичай включає:

- точну локалізацію плаценти;
- зв'язок із рубцем або нижнім сегментом;
- характер і поширеність судинних змін;
- наявність або відсутність залучення суміжних структур;
- рівень невизначеності.

Останній пункт часто ігнорується. Але саме визнання невизначеності робить опис чесним і корисним. Фраза “ознаки, сумісні з PAS, з високим ризиком інтраопераційної кровотечі” дає більше для клініки, ніж будь-яке категоричне твердження.

Одна з найбільших пасток візуалізації – віра в те, що хороше зображення означає контрольовану ситуацію. Чіткі контури, відсутність явних дефектів, помірна васкуляризація – усе це може створювати хибне відчуття безпеки.

Але PAS – це не завжди про те, що видно. Часто вирішальним стає те, як тканина поводить себе, а не як вона виглядає. Судини можуть виглядати не надто вражаюче, але виявлятися нефункціональними в момент втручання. Межі можуть здаватися збереженими, але виявлятися крихкими.

Саме тому візуалізація не повинна заспокоювати. Вона має насторожувати структуровано. Її роль – не зняти тривогу, а правильно її спрямувати.

Візуалізація при PAS є інструментом опису, а не підтвердження. Мова, якою формулюється цей опис, безпосередньо впливає на клінічні рішення. Категоричні формулювання створюють ілюзію визначеності, тоді як чесний опис ознак і невизначеності підвищує готовність до складних сценаріїв.

### **3.5. Як неправильний термін веде до неправильного рішення**

Одна з найчастіших і водночас найменш помітних помилок у веденні PAS – заниження ризику через формулювання. Фраза “це

лише accreta” звучить майже заспокійливо. У ній немає драматизму, вона не вимагає негайної ескалації, не створює відчуття критичної ситуації.

Саме тому вона небезпечна.

“Лише accreta” часто означає:

- пізнє залучення анестезіологічної та трансфузіологічної команди;
- відсутність готовності до масивної крововтрати;
- спробу діяти “по ходу”, а не за задалегідь продуманим сценарієм.

При цьому сама ситуація може бути далеко не “лише”. Інвазія може бути обмеженою, але судинний компонент – вираженим. Локалізація може здаватися сприятливою, але рубець – функціонально неспроможним. Термін знімає напругу там, де вона мала б залишатися.

У цьому сенсі мова не просто описує реальність – вона змінює її перебіг.

Неправильний термін не завжди занижує ризик. Іноді він створює ілюзію повного контролю. Коли випадок отримує чітку назву, здається, що він уже “класифікований”, а отже – керований.

Це особливо помітно при використанні морфологічних термінів до операції. “Це increta” або “це percreta” звучить як остаточний вердикт. Але насправді це лише гіпотеза, причому не завжди найважливіша для клініки.

Хибне відчуття контролю призводить до рішень без плану Б. Команда готується до одного сценарію і психологічно не готова до іншого. У момент, коли перебіг починає відрізнятися від очікуваного, виникає дезорієнтація – не тому, що ситуація складна, а тому, що її уявляли простішою, ніж вона є.

Терміни працюють не лише між лікарем і пацієнткою. Вони формують комунікацію всередині команди. Анестезіолог, хірург, неонатолог, операційна сестра – усі орієнтуються на слова, якими описано ризик.

Коли формулювання нечітке або надто оптимістичне, команда

не мобілізується повною мірою. Коли ж мова перевантажена категоричними твердженнями без пояснення контексту, виникає інша проблема – ригідність мислення. Усі чекають саме того, що було названо, і пропусають сигнали, що ситуація змінюється.

Правильна мова має бути не лише точною, а й адаптивною. Вона повинна залишати місце для корекції плану без відчуття поразки.

Окремий, надзвичайно чутливий аспект – це вплив термінів на комунікацію з пацієнткою. Коли лікар використовує слово, яке сам сприймає як “технічне”, жінка часто чує в ньому щось зовсім інше – або катастрофу, або, навпаки, повну безпеку.

“Accreta” без пояснення може звучати як щось рідкісне, але контрольоване. “Percreta” – як вирок. Обидва варіанти небезпечні, якщо за ними не стоїть зрозумілий переклад клінічної реальності.

Неправильний термін може:

- зменшити готовність жінки до складного сценарію;
- або, навпаки, викликати надмірний страх, який паралізує прийняття рішень.

У контексті PAS мова лікаря стає частиною лікування. І помилка тут має не лише клінічні, а й людські наслідки.

Найбільш драматичні сценарії PAS рідко починаються з грубої помилки. Частіше вони починаються з неточного слова, сказаного занадто рано або занадто впевнено. Слова, яке зменшило настороженість, відтермінувало підготовку або створило ілюзію передбачуваності.

У цьому сенсі неправильний термін – це не стилістична неточність. Це фактор ризику, порівнянний із недооцінкою крововтрати або відсутністю ресурсів.

У PAS мова безпосередньо впливає на рішення. Неправильний термін може занижувати ризик, створювати ілюзію контролю, порушувати комунікацію і впливати на готовність команди та жінки. У цьому контексті точність формулювань є питанням безпеки, а не лише коректності.

### 3.6. До якої мови PAS нам слід прагнути

У медицині невизначеність часто сприймається як слабкість. Як щось, що потрібно приховати або якнайшвидше подолати. Але PAS – один із тих станів, де невизначеність є не помилкою знання, а властивістю реальності.

Спроба говорити про PAS мовою абсолютної впевненості майже завжди є самообманом. Ми не знаємо напевно, як поводитиметься тканина під час операції. Ми не можемо точно передбачити обсяг крововтрати. Ми лише оцінюємо ймовірності. І саме тому мова, яка допускає “ймовірно”, “з високим ризиком”, “не виключено”, є не слабшою, а сильнішою.

Мова невизначеності не означає беспорядності. Вона означає готовність. Вона залишає простір для корекції плану без втрати довіри – як усередині команди, так і у взаєминах з жінкою.

PAS завжди є командним викликом. І будь-яка команда потребує спільного словника. Не обов'язково ідеально уніфікованого, але зрозумілого для всіх учасників.

Коли акушер говорить одне, анестезіолог чує інше, а хірург уявляє третє – ризик зростає. Саме тому мова PAS має бути не лише коректною, а й операційно придатною. Вона має відповідати на практичні запитання: наскільки це небезпечно, що може піти не так, до чого готуватися.

У цьому сенсі описовий підхід часто ефективніший за класифікаційний. Фраза “передлежання плаценти в зоні рубця з вираженою васкуляризацією і високим ризиком неконтрольованої кровотечі” не є красивою. Але вона зрозуміла. Вона мобілізує.

Окрема, принципово важлива площина – це мова, якою ми говоримо з жінкою. PAS неможливо пояснити одним словом. Але її можна пояснити чесно.

Жінці не потрібна класифікація. Їй потрібне розуміння сценаріїв. Що може статися. Чого ми боїмося. Що будемо робити, якщо події підуть не за планом. І тут надто “точні” терміни часто шкодять більше, ніж допомагають.

Мова для пацієнтки має бути перекладом складності, а не її приховуванням. Не залякуванням і не заспокоєнням, а партнерством. Саме така мова дозволяє жінці бути учасницею рішення, а не його пасивним об'єктом.

У підсумку мова PAS – це не набір правильних слів. Це відображення культури прийняття рішень. Культури, у якій визнається складність, допускається невизначеність і цінується готовність до гіршого сценарію.

Коли така культура сформована, класифікації перестають бути пастками. Вони стають інструментами. Слова перестають заспокоювати або лякати – і починають орієнтувати.

### **Підсумок розділу III**

Класифікації PAS необхідні, але недостатні. Морфологічна мова добре описує минуле, клінічна – допомагає діяти в теперішньому. Проте саме мова ризику, невизначеності і контексту є найбільш безпечною для майбутнього.

У PAS неправильне слово може коштувати дорого. Правильна мова – не гарантує безпеки, але значно підвищує її ймовірність.

## РИЗИКИ, ЯКІ ФОРМУЮТЬСЯ РОКАМИ

### 4.1. Первинний кесарів розтин як точка неповернення

Первинний кесарів розтин рідко сприймається як початок історії. У клінічній свідомості це зазвичай кінець епізоду: складні пологи завершено, дитина народжена, кровотечу зупинено, матку ушито. Подія зафіксована в історії хвороби, але не в уявленні про майбутнє. Саме в цьому і полягає головна ілюзія.

Перший кесарів розтин виглядає локальним рішенням. Він ніби стосується лише цієї вагітності, цього дня, цього клінічного контексту. Але з біологічної точки зору це подія, що змінює траєкторію. Не різко і не одразу. Повільно, майже непомітно. І саме тому – небезпечно.

Рубець після першого КР ще не асоціюється з ризиком. Він “молодий”, часто добре виглядає, не викликає настороженості ні на УЗД, ні в клінічній оцінці. У цьому сенсі він обманює. Бо його значення полягає не в тому, що він робить зараз, а в тому, чого він більше ніколи не зможе робити.

Після першого кесаревого розтину матка вже ніколи не стане повністю інтактною. Це не емоційне твердження і не моральна оцінка. Це біологічний факт. Навіть за ідеального ушивання, за відсутності ускладнень, за “хорошого” рубця – архітектура тканини змінена назавжди.

Міометрій у зоні розтину заміщується сполучною тканиною. Судинна мережа перебудовується. Іннервація стає іншою. Найважливіше ж – ця зона втрачає здатність до повноцінної децидуалізації. Не повністю і не завжди, але достатньо, щоб у майбутньому створити вразливість.

Парадокс полягає в тому, що після першого КР ця вразливість ще не проявляється клінічно. Вона існує як потенціал. Як тінь май-

бутнього ризику. І саме тому первинний КР рідко сприймається як “точка неповернення”.

У клінічній практиці перший КР часто розглядають як майже нейтральну подію. Особливо якщо він був виконаний за чіткими показаннями, без ускладнень, із благополучним післяопераційним перебігом. Ця логіка зрозуміла. Вона заспокоює і лікаря, і жінку.

Але саме тут формується ілюзія безпеки. Вона ґрунтується на короткому часовому горизонті. Ми оцінюємо результат через дні і тижні, а не через роки. Ми дивимося на загоєння, а не на змінену функцію.

Перший КР рідко сприймається як фактор майбутніх акушерських катастроф. PAS зазвичай “прив’язують” до повторних операцій. Але без першого втручання не було б ні другого, ні третього. Саме первинний КР відкриває шлях до всіх наступних сценаріїв.

У цьому сенсі другий і третій кесарів розтин не створюють принципово нову ситуацію. Вони поглиблюють уже існуючу.

Може здатися нелогічним виділяти саме перший КР як ключовий. Адже ризик PAS зростає з кількістю операцій. Це правда. Але зростання ризику – це не поява ризику. Це його накопичення.

Перший КР змінює матку з “нульового” стану на “пошкоджений”. Усі наступні втручання працюють уже з цією зміненою реальністю. Вони можуть ускладнювати, розширювати, поглиблювати дефект, але якісний злам відбувається саме вперше.

Це схоже на перший перелом у кістці. Наступні травми можливі лише тому, що структура вже втратила первинну цілісність. Так само і з маткою. Перший рубець – це момент, після якого ідея “інтактної матки” стає недосяжною.

Одна з причин, чому роль первинного КР у формуванні PAS довго недооцінювалася, полягає в розриві між рішенням і наслідком. Лікар, який виконує перший КР, рідко бачить PAS у тієї ж жінки. Між цими подіями проходять роки, іноді десятиліття. Змінюються заклади, команди, навіть країни.

Відсутність прямого зворотного зв’язку створює системну сліпоту. Рішення приймається в одному контексті, а наслідки реалізуються в іншому. У такій системі важко сформулювати відчуття відповідальності за віддалений ризик.

Саме тому первинний КР так часто обговорюється лише в межах поточної ситуації – як оптимальне рішення тут і зараз. Але PAS змушує розширити часовий горизонт. Він показує, що деякі рішення не закінчуються випискою.

Говорити про первинний КР як точку неповернення – означає торкатися етики. Не в сенсі звинувачення, а в сенсі усвідомлення наслідків. Це не заклик відмовлятися від операції, коли вона необхідна. Це заклик називати речі своїми іменами.

Перший КР – це не нейтральне рішення. Це вибір, який має довготривалі біологічні наслідки. І жінка має право знати про них не абстрактно, а конкретно. Не у формі загальних фраз, а як частину реального інформованого вибору.

PAS у цьому контексті стає не лише клінічною проблемою, а етичним маркером того, як система охорони здоров'я ставиться до часу, відповідальності і пам'яті.

Первинний кесарів розтин є точкою неповернення не тому, що він неминуче призводить до PAS, а тому, що він змінює тканинну і біологічну логіку матки. Він створює потенціал ризику, який може реалізуватися роками пізніше. У цьому сенсі PAS – це віддалений наслідок рішень, прийнятих задовго до його появи.

## **4.2. Placenta previa + рубець: коли ризик стає ВИДИМИМ**

Placenta previa рідко сприймається як початок великої історії. Частіше – як ускладнення конкретної вагітності, яке потребує спостереження, обмежень, інколи – планового розродження. Але в поєднанні з рубцем вона перестає бути лише діагнозом. Вона стає місцем зустрічі двох траєкторій – плацентарної і постоперативної.

Саме тут ризик, який роками існував у потенціалі, вперше стає видимим. Не обов'язково драматично. Іноді – майже буденно. Але ця видимість є оманливою у своїй “звичності”.

Нижній сегмент матки ніколи не був біологічно нейтральним простором. Навіть у відсутності рубця він має іншу архітектуру,

іншу реактивність, інші умови для імплантації. Тут тонший міометрій, інша судинна організація, менша здатність до скорочення і гемостазу.

Коли ж у цьому сегменті з'являється рубець, вразливість подвоюється. Рубець у нижньому сегменті – це не просто шрам у “неідеальному” місці. Це зона з максимально ослабленими межами. Саме тут децидуалізація найчастіше є неповною, а сигнали обмеження інвазії – найслабшими.

Placenta previa в такому контексті не є випадковістю. Вона ніби “знаходить” рубець. Не тому, що плацента його шукає, а тому, що умови імплантації тут змінені. І саме ці умови створюють підґрунтя для PAS.

Однією з найнебезпечніших особливостей поєднання placenta previa і рубця є те, що на ранніх етапах воно може виглядати цілком керованим. Кровотечі мінімальні або відсутні. Візуалізація не завжди демонструє драматичні ознаки. Жінка почувається задовільно.

Цей період “клінічного спокою” створює хибне відчуття стабільності. Здається, що ситуація зрозуміла: є передлежання, є рубець, потрібне планове розродження. Але саме в цей момент ризик PAS часто недооцінюється.

Проблема в тому, що ключові процеси відбуваються не на поверхні. Інвазія і судинна перебудова прогресують повільно, без симптомів, без сигналів тривоги. І коли клінічна картина змінюється, це зазвичай відбувається раптово.

У системному сенсі placenta previa є тестом чутливості. Вона не створює PAS автоматично, але виявляє його потенціал. У жінки без рубця передлежання плаценти може залишитися ізольованою проблемою. У жінки з рубцем воно стає маркером підвищеного ризику.

Саме тому placenta previa + рубець не повинні розглядатися як два незалежні діагнози. Це єдиний клінічний контекст, у якому ризик PAS зростає непропорційно.

У цій точці мова знову має значення. Формулювання “placenta previa на тлі рубця” звучить значно слабше, ніж “placenta previa в зоні рубця з високим ризиком PAS”. Перше – констатує факт. Друге – задає вектор дій.

До моменту, коли плацента імплантується в зоні рубця нижнього сегмента, PAS перестає бути гіпотезою. Вона стає реальною загрозою, навіть якщо ще не має морфологічного підтвердження.

Саме тут:

- зростає ймовірність масивної кровотечі;
- зменшується ефективність стандартних гемостатичних механізмів;
- ускладнюється можливість органозбереження;
- підвищується потреба в міждисциплінарному підході.

Placenta previa в цьому сенсі – не ускладнення, а сигнал. Сигнал того, що траєкторія ризику входить у фазу реалізації.

Попри всю небезпеку, поєднання placenta previa і рубця створює і вікно можливостей. На відміну від несподіваних випадків PAS, тут ризик часто виявляється до операції. Це дає час для підготовки – якщо його правильно використати.

Саме на цьому етапі можливі:

- направлення в спеціалізований центр;
- планування мультидисциплінарної команди;
- підготовка до масивної трансфузії;
- чесна розмова з жінкою про сценарії.

У цьому сенсі placenta previa + рубець – це момент істини для системи. Або вона бачить ризик і діє на випередження, або продовжує сподіватися, що все обмежиться “звичайним” передлежанням.

Поєднання placenta previa і рубця на матці є моментом, коли довготривалий ризик PAS стає клінічно видимим. Нижній сегмент у цій ситуації перетворюється на зону максимальної вразливості. Саме тут вирішується, чи буде PAS керованим ризиком, чи несподіваною катастрофою.

### **4.3. Допоміжні репродуктивні технології як модифікатор ризику**

Допоміжні репродуктивні технології рідко фігурують у розмові про PAS як центральний чинник. І це справедливо. ДРТ самі по

собі не “створюють” Placenta Accreta Spectrum. Але вони змінюють умови, за яких ризик може реалізуватися. І в цій ролі – ролі модифікатора – їх значення часто недооцінюють.

ДРТ не ламають біологію. Вони обходять її окремі етапи. І саме ці обхідні шляхи іноді мають довготривалі наслідки.

У природній вагітності імплантація відбувається в умовах складного діалогу між ендометрієм і ембріоном. Таймінг, гормональний фон, локальна готовність тканини – усе це формується поступово. ДРТ змінюють цю динаміку.

Ембріон потрапляє в порожнину матки в штучно сформованому середовищі, яке може бути оптимальним за окремими параметрами, але не завжди відтворює природну просторову і часову логіку. У таких умовах імплантація частіше відбувається не там, де “зручно” матці, а там, де можливо.

Саме тому при ДРТ частіше спостерігають імплантацію в нижніх відділах порожнини матки. У жінки без рубця це може не мати серйозних наслідків. Але за наявності рубця цей зсув імплантації набуває принципового значення.

Важливо підкреслити: ДРТ не “активують” рубець. Вони не роблять його агресивнішим, гіршим чи небезпечнішим самі по собі. Але вони збільшують ймовірність того, що плацента зустрінеться з рубцем у критичній зоні.

У цьому сенсі ДРТ працюють як фактор, що змінює географію ризику. Вони не створюють новий ризик, але підвищують шанси реалізації вже існуючого. Саме тому PAS частіше спостерігається у жінок після ДРТ, але майже завжди – в поєднанні з іншими чинниками.

Це поєднання часто виглядає непомітно. Немає драматичного початку. Вагітність довго перебігає спокійно. І саме ця “нормальність” знижує настороженість.

Окреме питання – стан ендометрію у жінок, які проходять ДРТ. Часто це ендометрій, який уже мав історію втручання, гормональних впливів, запальних процесів. Навіть за відсутності рубця він може бути функціонально неоднорідним.

ДРТ не виправляють ці особливості. Вони дозволяють вагітно-

сті настати, але не завжди відновлюють повноцінну децидуалізацію в усьому об'ємі порожнини матки. У зоні рубця ця неповноцінність стає особливо значущою.

У цьому контексті PAS постає не як ускладнення ДРТ, а як наслідок взаємодії: зміненого ендометрію, рубця і нестандартної імплантації.

Однією з проблем є те, що ДРТ часто асоціюються з підвищеною увагою до вагітності загалом. Жінка під пильним наглядом, багато обстежень, часті консультації. Це створює відчуття контролю.

Але саме в цьому і полягає парадокс. Контроль фокусується на плоді, на перебігу вагітності, на гормональних показниках. Плацента і рубець можуть залишатися на периферії уваги, якщо немає явних ознак проблеми.

PAS у таких випадках стає несподіванкою не через відсутність спостереження, а через неправильний фокус.

Клінічно важливо не перебільшувати і не применшувати роль ДРТ. Вони не є самостійним показником високого ризику PAS. Але в поєднанні з рубцем, передлежанням плаценти або її низькою імплантацією вони повинні підвищувати рівень настороженості.

У мові це має звучати чітко, але спокійно. Не “PAS через ЕКЗ”, а “вагітність після ДРТ з імплантацією в зоні рубця, що підвищує ризик PAS”. Така формула не лякає, але змінює логіку підготовки.

Допоміжні репродуктивні технології не є причиною PAS, але вони модифікують ризик, змінюючи умови та локалізацію імплантації. У поєднанні з рубцем вони підвищують імовірність реалізації вже існуючої вразливості. Саме тому ДРТ мають враховуватися не ізольовано, а в контексті всієї акушерської історії.

#### **4.4. Війна, міграція, стрес як каталізатори ризику**

Війна не створює Placenta Accreta Spectrum. Так само, як і міграція чи хронічний стрес. Але вони здатні прискорювати, оголювати і ускладнювати ті процеси, які формувалися роками. У цьому сенсі

вони працюють як каталізатори – не як першопричини, а як чинники, що змінюють швидкість і форму реалізації ризику.

PAS – це патологія пам'яті тканини. Війна ж – це стан втрати пам'яті системи. І коли ці дві реальності перетинаються, ризик перестає бути абстрактним.

Однією з найсерйозніших, але найменш видимих проблем є втрата безперервності спостереження. Жінка може почати вагітність в одному регіоні, продовжити її в іншому, а народжувати – в третьому. І кожен етап цієї траєкторії може відбуватися в іншій системі координат.

У такій ситуації акушерська історія фрагментується. Інформація про первинний кесарів розтин, особливості рубця, перебіг попередніх вагітностей або операцій може бути неповною, втраченою або знеціненою. PAS у цьому контексті перестає бути прогнозованим ризиком і перетворюється на раптову знахідку.

Це не провина окремого лікаря. Це наслідок системного розриву, у якому довготривалі ризики виявляються найменш захищеними.

Міграція – внутрішня або зовнішня – часто означає зміну рівня медичної допомоги. Жінка, яка спостерігалася в спеціалізованому центрі, може опинитися в закладі з обмеженими ресурсами. Або навпаки – потрапити в систему, де її ризики оцінюють без знання попереднього контексту.

PAS у таких умовах стає особливо небезпечним, бо ризик не супроводжується ресурсами. Навіть якщо діагноз запідозрений, можливості для його безпечного ведення можуть бути обмеженими.

У цій ситуації ключовим стає не лише клінічне мислення, а й маршрутизація. Але саме вона найчастіше порушується в умовах війни.

Психоемоційний стрес рідко розглядають як чинник PAS. І справедливо – він не є прямою причиною патологічної інвазії. Але стрес змінює фон, на якому розгортаються біологічні процеси.

Хронічний стрес впливає на гормональну регуляцію, імунну відповідь, судинну реактивність. Він не створює рубець, але може погіршувати його функціональну адаптацію. Не викликає placenta

previa, але може ускладнювати перебіг вагітності, зменшуючи резерви компенсації.

У цьому сенсі стрес не запускає PAS, але зменшує запас міцності, з яким система входить у критичну фазу.

В умовах війни та міграції PAS частіше діагностується пізно. Не тому, що його не шукають, а тому, що немає стабільного простору для настороженості. Коли система перевантажена, пріоритети змінюються. Гострі проблеми витісняють довготривалі ризики.

Пізній діагноз – це не лише питання часу. Це питання готовності. Коли PAS виявляється напередодні пологів або вже в операційній, можливість планування різко обмежена. Те, що могло бути складною, але керованою ситуацією, перетворюється на кризу.

Український досвід війни створює унікальний контекст для розуміння PAS. Тут чітко видно, як небіологічні фактори можуть змінювати перебіг біологічних процесів. Як рішення, прийняті роками раніше, реалізуються в умовах обмежених ресурсів і високого стресу.

Цей досвід важкий, але він дає важливий урок: PAS неможливо розглядати поза системою. І профілактика тут – це не лише зменшення кількості кесаревих розтинів, а й збереження пам'яті, безперервності, маршрутизації навіть у кризових умовах.

## Підсумок розділу IV

Ризики PAS формуються роками, але реалізуються в конкретному контексті. Первинний кесарів розтин створює вразливість, placenta previa робить її видимою, ДРТ змінюють географію імплантації, а війна, міграція і стрес прискорюють і ускладнюють реалізацію ризику.

PAS – це не ускладнення однієї вагітності. Це наслідок траєкторії, у якій клінічні рішення, системні умови і людський досвід переплітаються.

## ДІАГНОСТИКА PAS: МІЖ ТОЧНІСТЮ І ХИБНОЮ ВПЕВНЕНІСТЮ

### 5.1. Ультразвукова діагностика PAS: між маркерами і інтерпретацією

Ультразвук часто сприймають як метод прямого бачення. Ніби екран показує істину, якщо дивитися достатньо уважно. Але в контексті PAS УЗД ніколи не є прямим поглядом на патологію. Воно показує сліди, а не сам процес. Відбитки змін, а не їхню сутність.

Ми не бачимо децидуалізацію. Ми не бачимо функціональну спроможність судин. Ми не бачимо межу, яка втрачена. Ми бачимо лише те, як тканина поводить себе у відповідь на зміну структури. І саме ця опосередкованість створює простір для помилки.

Тому будь-яке ультразвукове “підтвердження PAS” – це завжди інтерпретація. Вона може бути виваженою або поспішною, обережною або самовпевненою. Але вона ніколи не є абсолютною.

Перелік ультразвукових маркерів PAS добре відомий. Він повторюється з року в рік, переходить із публікації в публікацію, з лекції в лекцію. І саме ця повторюваність створює ілюзію надійності. Але кожен маркер живе лише в контексті – і поза ним може вводити в оману.

Втрата ретроплацентарної гіпоехогенної зони часто сприймається як один із найбільш “тривожних” сигналів. Проте ця зона може зникати і при нормальній імплантації, особливо на пізніх термінах або в нижньому сегменті. Її відсутність не є синонімом інвазії – це лише ознака зміненої взаємодії між плацентою і міометрієм.

Плацентарні лакуни виглядають переконливо. Нерівні, великі, “хаотичні” – вони ніби кричать про патологію. Але лакуни – це не інвазія. Це судинна архітектура, яка може бути реакцією на перед-

лежання, на розтягнення нижнього сегмента, на термін гестації. Лакуни без клінічного контексту – це красива пастка.

Порушення межі плацента – міометрій часто описують як зникнення чіткої лінії. Але межа – не геометричний об’єкт. Вона може бути нечіткою через технічні причини, через положення датчика, через анатомічні особливості. Розмита межа не дорівнює проростанню.

Судинні ознаки на кольоровому доплері додають впевненості. Атипові судини, турбулентний кровотік, “містки” між плацентою і серозою виглядають загрозово. Але доплер показує рух крові, а не її поведінку під час травми. Він не говорить про здатність судин до спазму або тромбозу.

Кожен маркер окремо – слабкий. Навіть разом вони не складаються в діагноз. Вони складаються в гіпотезу, ступінь імовірності якої залежить від контексту.

Найбільша пастка УЗД – false positive PAS. Вона менш драматична, ніж пропущений діагноз, але не менш небезпечна. Надмірна впевненість у PAS може призвести до радикальних рішень, які ніколи не були потрібні.

Placenta previa сама по собі здатна імітувати багато “ознак PAS”. Розтягнутий нижній сегмент, змінений кровотік, лакуни – усе це може виглядати загрозово навіть за відсутності інвазії. Якщо до цього додати знання про рубець, інтерпретація легко зсувається в бік патології.

Є й протилежна пастка – false negative. Вона виникає, коли УЗД виглядає “спокійно”. Відсутність яскравих маркерів заспокоює. Але PAS не завжди демонстративна. Особливо на ранніх етапах або при локалізованій інвазії.

Окремою проблемою є залежність від терміну гестації. Те, що виглядає підозріло в другому триместрі, може бути варіантом норми в третьому. І навпаки – пізні зміни можуть залишитися непоміченими, якщо шукають “класичну картину”.

УЗД – це завжди взаємодія людини з апаратом. І в PAS ця взаємодія стає критично важливою. Досвід оператора може як підвищувати точність, так і підсилювати упередження.

Лікар, який часто бачить PAS, може почати бачити її там, де є лише ризик. Лікар, який ніколи не стикався з катастрофічним перебігом, може недооцінювати тонкі сигнали. Попереднє знання анамнезу змінює погляд на екран – іноді допомагає, іноді заважає.

Суб'єктивність не є вадою. Вона неминуха. Проблема виникає тоді, коли її не усвідомлюють. Коли висновок звучить як остаточний вердикт, а не як інтерпретація з певною мірою невизначеності.

Найбезпечніша роль ультразвуку в діагностиці PAS – бути першим кроком, а не останнім словом. УЗД має запускати процес мислення, планування, уточнення. Воно не повинно зачиняти дискусію.

Формулювання “ознаки, сумісні з PAS” звучить менш упевнено, але воно значно корисніше для клініки. Воно залишає простір для динамічного спостереження, для залучення інших методів, для командного рішення.

У цьому сенсі точність УЗД вимірюється не відсотками чутливості і специфічності, а якістю рішень, до яких воно приводить.

Ультразвукова діагностика PAS працює з непрямими ознаками і завжди залишається інтерпретацією. Маркери корисні, але небезпечні поза контекстом. Найбільший ризик полягає не в помилці як такій, а в хибній впевненості, яку ця помилка може створити.

## **5.2. Магнітно-резонансна томографія: коли рятує, а коли шкодить**

МРТ у контексті PAS часто сприймається як “наступний рівень”. Як метод, що має поставити крапку там, де ультразвук залишив сумнів. У цій логіці МРТ стає інструментом остаточної істини. Але саме тут і починається проблема.

МРТ не бачить більше, ніж УЗД. Вона бачить інакше. Вона додає просторову орієнтацію, кращу візуалізацію м'яких тканин, можливість оцінити взаємовідношення з сусідніми структурами. Але вона не додає функціональної інформації. Вона не відповідає на питання, яке є ключовим для клініки: як поводитиметься ця

тканина під час втручання.

У цьому сенсі МРТ не підтверджує PAS. Вона уточнює гіпотезу, сформовану на основі УЗД і клінічного контексту. І коли її використовують як метод “підтвердження”, вона починає шкодити.

Список МРТ-ознак PAS так само відомий, як і ультразвукові маркери. Темні внутрішньоплацентарні смуги, деформація контуру матки, нерівність серозної поверхні, підозра на залучення суміжних органів. Усе це виглядає переконливо – особливо на якісних зображеннях.

Але кожна з цих ознак має альтернативні пояснення. Темні смуги можуть відображати нормальну гетерогенність плаценти на пізніх термінах. Деформація контуру матки може бути наслідком розтягнення або положення плода. Навіть підозра на інвазію в сечовий міхур не завжди підтверджується інтраопераційно.

Проблема не в ознаках, а в їх надінтерпретації. МРТ створює ілюзію глибини – просторової і діагностичної. Але ця глибина часто є візуальною, а не клінічною.

Попри всі обмеження, МРТ має свою чітку нішу. Вона рятує тоді, коли використовується цільово, а не рутинно.

МРТ виправдана, коли:

- ультразвукові дані суперечливі або обмежені;
- плацента розташована атипово і важко доступна для УЗД;
- існує підозра на залучення суміжних структур, що змінює хірургічну тактику;
- планується складне мультидисциплінарне втручання, і потрібна просторово точна орієнтація.

У цих ситуаціях МРТ не “ставить діагноз”, а допомагає планувати. Вона не знімає невизначеність, але робить її керованішою.

Найбільша шкода МРТ – це хибна впевненість. Коли складне зображення сприймається як складна істина. Коли рішення відкладаються в очікуванні “ще одного знімка”. Коли відповідальність за клінічне мислення перекладається на метод.

МРТ може шкодити, коли:

- її призначають без чіткого клінічного запиту;
- її результат сприймають як остаточний вердикт;

- вона відтерміновує необхідні організаційні рішення;
- вона використовується для заспокоєння, а не для підготовки.

Особливо небезпечна ситуація, коли негативний або “непереконливий” результат МРТ знижує настороженість. Відсутність яскравих МРТ-ознак не означає відсутності PAS. Але саме так це часто інтерпретується.

У найбільш безпечній моделі МРТ є частиною діалогу між клініцистами. Вона доповнює УЗД, анамнез, клінічну оцінку. Вона не вирішує за команду, а допомагає команді бачити ширше.

Формулювання МРТ-висновку має бути таким самим обережним, як і ультразвукового. Не “ознаки percreta”, а “зміни, сумісні з глибокою інвазією, клінічне значення яких потребує кореляції”. Це звучить менш упевнено, але значно безпечніше.

МРТ у діагностиці PAS є потужним, але двосічним інструментом. Вона корисна для уточнення анатомії і планування складних втручань, але небезпечна, коли створює ілюзію остаточної точності. Її сила – у доповненні, а не в заміні клінічного мислення.

### 5.3. Хибна точність і клінічні наслідки

Хибнопозитивний діагноз PAS рідко сприймається як серйозна проблема. У клінічній логіці він виглядає “безпечнішим”, ніж пропущений випадок. Краще перебільшити ризик, ніж недооцінити – цей аргумент звучить переконливо, але лише до того моменту, поки не стає зрозуміло, яку ціну має перебільшення.

False positive PAS змінює траєкторію вагітності. Він запускає ланцюг рішень, які важко зупинити: направлення в третинний центр, планування радикального втручання, заздалегідь прийняте рішення про гістеректомію. І кожен наступний крок стає логічним продовженням попереднього – навіть якщо початкове припущення було помилковим.

У таких випадках діагноз перестає бути гіпотезою і стає самореалізованим прогнозом. Органозбереження не розглядається, бо

“вже ж PAS”. Альтернативні сценарії не обговорюються, бо вони виглядають ризикованими на тлі сформованої впевненості.

Ціна такої помилки – не лише втрата органа. Це втрата репродуктивного майбутнього, психологічна травма, відчуття незворотності рішення, яке насправді могло бути іншим.

Пропущений PAS – це інша крайність, і її наслідки більш очевидні. Несподівана масивна кровотеча, відсутність готової команди, дефіцит часу і ресурсів. Тут уже немає місця для тонких міркувань – рішення приймаються в умовах тиску і страху.

Але важливо розуміти: false negative PAS – це рідко помилка одного методу або одного лікаря. Частіше це накопичення дрібних заспокоєнь. “УЗД спокійне”, “МРТ без переконливих ознак”, “попередні пологи були без ускладнень”. Кожен аргумент окремо здається розумним. Разом вони створюють ілюзію безпеки.

Коли ж реальність виявляється іншою, система виявляється неготовою. І тоді відповідальність часто шукають у конкретній людині, хоча насправді це системний збій діагностичного мислення.

У контексті PAS прагнення до максимальної точності може бути пасткою. Бо точність передбачає чіткий поділ на “є” і “немає”. А PAS не вкладається в цю дихотомію. Він існує в зоні ймовірностей, де важливіше не назвати правильно, а підготуватися адекватно.

Клінічна безпека часто вимагає не точного діагнозу, а правильного рівня настороженості. У цьому сенсі краще говорити про керування ризиком, ніж про підтвердження патології.

Це означає:

- планувати ресурси, виходячи з найгіршого сценарію;
- залишати простір для органозбереження, якщо ситуація дозволить;
- не прив’язувати тактику до одного слова в протоколі.

Найнебезпечніший сценарій – це коли діагностична “точність” починає диктувати клінічну тактику без можливості перегляду. Коли рішення приймається задовго до операції і більше не підлягає сумніву.

У таких випадках навіть інтраопераційні знахідки інтерпретуються через призму попереднього діагнозу. Тканина поводиться інакше – але це ігнорується. Кровотеча менша, ніж очікувалося – але план уже затверджений. Діагноз починає підмінити реальність.

Це не питання компетентності. Це питання психології прийняття рішень. Людині важко відмовитися від того, у що вона вже повірила, особливо якщо ця віра підкріплена “точними” зображеннями і формулюваннями.

У веденні PAS немає безпечної крайності. Надмірна обережність може бути так само шкідливою, як і її відсутність. Завдання клініциста – знайти баланс, який дозволяє бути готовим до катастрофи, не створюючи її власноруч.

Цей баланс не досягається алгоритмом. Він формується культурою мислення, мовою, яку використовує команда, і готовністю визнавати невизначеність.

Хибна точність у діагностиці PAS може призводити як до надмірної радикалізації, так і до катастрофічної непередготовленості. Клінічна безпека полягає не в абсолютній точності, а в здатності керувати невизначеністю, не підмінюючи її впевненістю.

#### **5.4. Повідомлення діагнозу PAS: емпатичний і етичний вимір**

PAS не можна повідомити так, як повідомляють аналіз крові. Одне речення тут не економить час – воно краде його в майбутньому, коли жінка намагається осмислити сказане постфактум. Слова “у вас accreta” або “підозра на PAS” самі по собі нічого не пояснюють, але запускають ланцюг уявлень, страхів і рішень.

Проблема не в складності терміна. Проблема в тому, що він не має інтуїтивного змісту для людини без медичної освіти. Він не вказує на сценарії, не пояснює ризики, не дає опори. У вакуумі такого слова уява працює швидше за розум – і рідко в безпечному напрямку.

Саме тому PAS потребує розмови, а не повідомлення. Пояснення, а не формулювання. Послідовності, а не фіналу.

Повідомляючи про PAS, лікар постійно балансує між двома ризиками. З одного боку – приховати серйозність, заспокоїти надмірно, позбавити жінку можливості підготуватися. З іншого – травматизувати інформацією, яку вона ще не готова інтегрувати.

Чесність не означає виклад усіх можливих катастроф. Вона означає відповідність інформації етапу, на якому перебуває жінка. На початку – це розмова про ризик, а не про вирок. Про сценарії, а не про рішення, які ще не прийняті.

Важливо не лише що сказати, а як і коли. PAS рідко потребує термінового психологічного удару. Вона потребує часу, повторення, можливості повернутися з питаннями. Повідомлення діагнозу в коридорі або між іншими справами – це форма недбалості, навіть якщо слова були правильними.

Одна з найпоширеніших помилок – переклад тривоги лікаря на пацієнтку. Коли невизначеність не витримується всередині команди, вона “вивантажується” назовні у вигляді різких формулювань або надмірних попереджень.

Фрази на кшталт “це дуже небезпечно” або “ми не знаємо, чим це закінчиться” можуть бути правдивими, але безконтекстними. Вони лякають, не даючи опори. Натомість емпатична мова поєднує правду з відчуттям присутності: ми бачимо ризик, ми до нього готуємося, ви не самі в цій ситуації.

Це не про заспокоєння. Це про спільне утримання невизначеності.

У випадку PAS інформована згода не може бути одноразовою подією. Підпис під документом не дорівнює розумінню. Часто – навіть не наближається до нього. Справжня згода формується поступово, через кілька розмов, через можливість подумати і повернутися.

Жінка має право:

- не зрозуміти все з першого разу;
- змінити своє ставлення;
- поставити “незручні” запитання;

- просити повторення і уточнення.

Для системи це незручно. Для клініциста – потребує часу. Але саме такий підхід зменшує ризик травматичного досвіду, навіть якщо перебіг буде складним.

Настає момент, коли розмова переходить у площину рішень. Планове розродження, можливість гістеректомії, участь різних спеціалістів. У цей момент важливо, щоб жінка не почула цього вперше. Щоб ці сценарії вже існували в її уявленні, навіть якщо вона сподівається, що вони не знадобляться.

Найбільша етична помилка – поставити жінку перед радикальним рішенням без попередньої підготовки. Навіть якщо клінічно воно виправдане. Навіть якщо часу мало. Підготовка – це не гарантія згоди, але це гарантія поваги.

Жінки часто пам'ятають не точні формулювання, а відчуття, з яким вони вийшли з кабінету. Чи було їм страшно і самотньо. Чи було складно, але зрозуміло. Чи відчували вони, що ситуацію контролюють – не вони, а команда.

У цьому сенсі повідомлення PAS – це частина довготривалого досвіду, який залишиться з жінкою незалежно від того, як завершиться вагітність. І відповідальність за цей досвід лежить не на діагнозі, а на способі, яким про нього говорили.

Повідомлення діагнозу PAS – це не передача інформації, а процес спільного осмислення ризику. Емпатична мова не зменшує серйозність ситуації, але зменшує ізоляцію. У контексті PAS це є частиною етичної і клінічної відповідальності.

## Підсумок розділу V

Діагностика PAS існує між точністю і хибною впевненістю. УЗД і МРТ дають ознаки, але не істину. Помилки можливі в обидва боки, і їхня ціна висока. Єдине, що реально зменшує ризик, – це культура мислення, яка визнає невизначеність, готується до найгіршого і говорить з людиною так, щоб вона не залишалася наодинці зі страхом.

## МОЛЕКУЛЯРНО-БІОХІМІЧНІ МЕХАНІЗМИ PLACENTA ACCRETA SPECTRUM

### 6.1. Чому без молекулярного рівня PAS залишається незрозумілою

У певний момент клінічного досвіду стає недостатньо. Не тому, що він помилковий, а тому, що він перестає пояснювати.

Ми знаємо, де імплантується плацента. Ми бачимо рубець. Ми описуємо судини. Ми навіть можемо передбачити кровотечу.

Але залишається питання, яке вперто не має відповіді на рівні анатомії:

чому саме тут межа не спрацювала?

Чому в однієї жінки рубець роками залишається “мовчазним”, а в іншій – стає точкою патологічної інвазії? Чому плацента в одному випадку зупиняється, а в іншому – рухається далі, ніби не відчуваючи опору?

Це не питання глибини. Це питання дозволу.

Рубець – це не просто зона фіброзу. І не лише анатомічний дефект.

Це тканина, яка інакше передає сигнали. Не голосніше і не слабше – інакше.

У зоні рубця змінюється:

- склад екстрацелюлярного матриксу,
- просторове розташування клітин,
- доступність адгезивних молекул,
- локальна відповідь на гормональні імпульси.

Ці зміни не виглядають драматично. Вони не “ламають” тканину. Вони зміщують баланс.

І цього зміщення достатньо, щоб діалог з трофобластом втратив чіткість.

У нормі імплантація – це не прорив. Це переговори.

Трофобласт не рухається сам по собі. Він рухається доти, доки отримує сигнали дозволу. І зупиняється тоді, коли ці сигнали змінюються.

PAS не виникає тому, що трофобласт стає агресивним. Він виникає тоді, коли сигнали обмеження стають нечіткими або взагалі зникають.

Це принципово важливо: не “надмірна інвазія”, а відсутність коректної відповіді середовища.

Межа між плацентою і маткою не є лінією.

Вона є процесом, який постійно підтримується на молекулярному рівні.

Цей процес включає:

- адгезивні білки,
- інтегринові рецептори,
- матриксні сигнали,
- фактори, що одночасно дозволяють рух і задають його межі.

Коли ця мова працює – інвазія контрольована. Коли вона спотворена – система не знає, де зупинитися.

Саме тут з’являється сенс говорити про остеопонтин і інтегрини не як про “фактори ризику”, а як про елементи втраченої граматики.

Без молекулярного рівня PAS виглядає як набір збігів:

- рубець,
- передлежання,
- кровотеча.

З молекулярним рівнем вона починає виглядати інакше: як послідовний наслідок порушеної комунікації у тканині, що втратила здатність чітко обмежувати.

Це не робить PAS простішою. Але робить її логічною.

Placenta Accreta Spectrum неможливо повноцінно пояснити лише анатомією або візуалізацією. Ключовим є порушення моле-

кулярної мови межі – тієї системи сигналів, яка в нормі обмежує інвазію трофобласта. Рубець у цьому контексті виступає не механічною перешкодою, а зміненим сигнальним середовищем.

## 6.2. Остеопонтин: коли адгезія перестає бути гальмом

Остеопонтин часто з'являється в текстах як “підвищений рівень”, “асоційований з інвазією”, “корелює з...”. Така мова робить його зручним для таблиць, але майже непридатним для розуміння. Бо остеопонтин – це не сигнал тривоги. Це елемент комунікації.

У нормі остеопонтин є частиною середовища, яке дозволяє клітинам прикріплюватися, рухатися, адаптуватися. Він не наказує рухатися вперед. Він лише створює можливість руху – і водночас бере участь у його обмеженні. Саме ця подвійність і є ключовою.

У контексті імплантації остеопонтин не працює сам. Він завжди “говорить” разом з рецепторами, з матриксом, з гормональним фоном. І поки ця розмова збалансована, інвазія залишається контрольованою.

У фізіологічних умовах остеопонтин бере участь у тонкому налаштуванні взаємодії між трофобластом і децидуалізованим ендометрієм. Він допомагає клітинам “знайти” одна одну, закріпитися, але не стимулює безмежне проникнення.

Це принципово: остеопонтин не є рушієм інвазії. Він є умовою для її коректного початку і своєчасного завершення.

Його експресія в нормі:

- локалізована,
- часово обмежена,
- тісно пов'язана з децидуальними сигналами.

Саме децидуа “встановлює рамки”, у яких остеопонтин виконує свою функцію. Коли рамки зникають – роль молекули змінюється, навіть якщо її хімічна структура залишається тією ж.

У зоні рубця остеопонтин опиняється в іншому контексті. І це змінює все.

Тут інший матрикс. Інша щільність тканини. Інша гормональна відповідь. І, головне, – інша децидуалізація або її відсутність.

У таких умовах остеопонтин перестає бути частиною збалансованого діалогу. Він залишається адгезивним, залишається функціональним, але втрачає зворотний зв'язок. Він більше не отримує сигналу “досить”.

Це не надлишок остеопонтину в класичному сенсі.

Це надлишок дозволу.

При PAS остеопонтин можна уявити не як “активатор”, а як відкриті двері, які ніхто не зачиняє. Трофобласт не прискорюється. Він просто не зустрічає опору там, де той мав би з'явитися.

Саме тому інвазія виглядає послідовною, логічною, майже спокійною. Немає вибуху, немає хаосу. Є поступове просування вглиб тканини, яка не подає сигналу зупинки.

Це пояснює, чому PAS часто не супроводжується ранніми клінічними маркерами. На молекулярному рівні система працює – просто за іншими правилами.

Остеопонтин добре відомий в онкології як молекула, асоційована з інвазією і метастазуванням. Ця паралель спокушає. Але вона небезпечна, якщо використовувати її без застережень.

У пухлині остеопонтин працює в середовищі, де регуляція зруйнована системно.

У PAS – локально.

Трофобласт не є злоякісною клітиною. Він не втрачає програму зупинки.

Він просто не отримує сигналу, що час зупинитися.

Ця різниця принципова. Вона дозволяє зрозуміти PAS як помилку контексту, а не помилку клітини.

На практичному рівні остеопонтин не дає нам простого інструмента. Він не є надійним біомаркером. Він не дозволяє передбачити PAS за аналізом крові. І це важливо визнати.

Його цінність – пояснювальна. Він допомагає зрозуміти, чому:

- інвазія при PAS виглядає “впорядкованою”;
- рубець стає точкою входу;

- анатомія без молекулярного рівня не працює.

Остеопонтин у контексті PAS не є причиною патології, але є ключовим медіатором втрати межі. У зміненому сигнальному середовищі рубця він перестає виконувати роль регульованого адгезивного елемента і стає фактором неконтрольованого дозволу інвазії. PAS у цьому сенсі є не “надлишком інвазії”, а наслідком молекулярної тиші там, де мав би пролунати сигнал зупинки.

### 6.3. Інтегрини: коли клітина перестає “читати” тканину

Інтегрини часто описують спрощено – як молекули адгезії. Ніби їхня головна функція полягає в тому, щоб клітина прикріпилася і втрималася. Але в контексті імплантації це надто бідне пояснення.

Інтегрини – це сенсори середовища. Вони не просто з’єднують клітину з матриксом – вони постійно “зчитують” його стан: щільність, склад, напруження, доступність лігандів. Через інтегрини клітина розуміє, де вона знаходиться і як їй поводитися далі.

Трофобласт рухається не тому, що має силу.

Він рухається тому, що інтегриновий сигнал каже: тут можна.

У фізіологічній імплантації інтегриновий профіль змінюється послідовно і передбачувано. Різні підтипи інтегринів з’являються і зникають у відповідь на стадію процесу, гормональний фон, стан децидуї.

Ця зміна – не випадкова. Вона забезпечує:

- початкове прикріплення,
- контрольовану інвазію,
- своєчасне гальмування руху.

Іншими словами, інтегрини беруть участь не лише в русі, а й у зупинці. Вони є частиною механізму, який дозволяє клітині відчувати: далі – не потрібно.

У зоні рубця інтегрини працюють в іншому середовищі. Матрикс тут жорсткіший. Склад білків інший. Просторова організація – спрощена і грубіша.

Інтегринові рецептори при цьому можуть залишатися функціональними. Але сигнали, які вони отримують, втрачають нюанси. Тканина перестає “говорити тонко”. Вона або дозволяє, або мовчить.

У такому середовищі клітина не отримує чіткого сигналу зупинки. Не тому, що інтегрини зламані, а тому, що їм нічого зчитувати.

Інтегрини і остеопонтин не існують окремо. Вони – частини одного мовного поля. Остеопонтин є лігандом, інтегрини – рецепторами. Разом вони формують шлях, по якому клітина рухається.

У нормі цей шлях має обмеження. У зоні рубця – ні.

Остеопонтин присутній. Інтегрини здатні зв’язуватися. Але сигнал “досить” не формується.

Виникає замкнене коло: адгезія підтримує рух, рух підтримує подальшу адгезію, і жоден із компонентів не несе інформації про межу.

PAS у цьому сенсі – це не агресивна інвазія, а інвазія без зворотного зв’язку.

Спокуса “вимкнути” інтегрини виглядає логічною. Якщо вони беруть участь у патологічній інвазії – значить, їх треба блокувати. Але така логіка небезпечна у своїй простоті.

Інтегрини потрібні:

- для нормальної імплантації,
- для підтримки плаценти,
- для адаптації тканини до росту матки.

Вони не є патологічними самі по собі. Патологічним є контекст, у якому вони працюють.

Тому спроба редукувати PAS до “надлишкової інтегринової активності” є формою молекулярного редукціонізму – зручного, але хибного.

Інтегрини не дають нам аналізу, який можна призначити. Вони не дозволяють поставити діагноз раніше. Вони не пропонують простого втручання.

Їхній сенс – пояснювальний. Вони дозволяють зрозуміти, чому PAS виглядає впорядкованою, чому інвазія не хаотична, чому тканина не чинить опору там, де мала б.

Вони повертають PAS у площину логіки, а не випадковості.

Інтегрини в контексті PAS не є надмірно активними або “зламаними”. Вони працюють у середовищі, яке втратило здатність передавати сигнали обмеження. У поєднанні з остеопонтином це створює умови для інвазії без зворотного зв’язку – ключової молекулярної риси Placenta Accreta Spectrum.

#### **6.4. Децидуалізація на молекулярному рівні: що саме не працює**

Децидуалізацію часто описують так, ніби це перемикач: або вона є, або її немає. Такий підхід зручний для визначень, але він погано працює для розуміння PAS. Бо децидуалізація – це тривалий процес узгодження, а не одноразова подія.

Вона починається з гормонального сигналу, але на цьому гормональна частина лише відкриває двері. Далі вступає в гру клітинна відповідь, перебудова матриксу, зміна локальної імунної поведінки. І саме на цих етапах найчастіше виникає збій.

При PAS децидуалізація рідко відсутня повністю. Частіше вона не доходить до завершення. Вона ніби запускається, але не формує тієї тканинної якості, яка здатна обмежувати інвазію.

Одне з найпідступніших спрощень – звести порушення децидуалізації до гормонального дефіциту. Але у більшості випадків PAS гормональний фон не виглядає патологічним. Прогестерон присутній. Рецептори збережені. Формальні умови виконані.

Проблема не в сигналі, а в його трансляції.

Клітини отримують гормональний імпульс, але не здатні реалізувати його на рівні матриксу і міжклітинної взаємодії. Це схоже на ситуацію, коли команда отримує наказ, але не має мови, щоб його виконати.

У зоні рубця ця неспроможність особливо помітна. Там тканина вже має іншу архітектуру, і гормональний сигнал не може “вбудуватися” в неї так, як у інтактному ендометрії.

Децидуалізація – це не лише про клітини ендометрію. Це ще й про імунне середовище. У нормі воно не агресивне і не пасивне. Воно модулююче. Воно дозволяє інвазію, але водночас формує її межі.

При PAS ця модуляція часто порушена. Не через надмірне запалення, а навпаки – через функціональну тишу. Цитокінні сигнали, які мали б брати участь у зупинці інвазії, або ослаблені, або просторово дезорганізовані.

У результаті трофобласт не зустрічає активної відповіді. Не спротиву, а саме відповіді. І продовжує рух, бо тиша зчитується як дозвіл.

Екстрацелюлярний матрикс при децидуалізації зазнає глибокої перебудови. Він стає менш жорстким, більш адаптивним, але водночас структурованим. У цьому матриксі клітина отримує не лише простір, а й інструкцію.

У зоні рубця матрикс часто залишається “незавершеним”. Він не такий, як у нормі, але й не нейтральний. Він допускає адгезію, але не формує чітких меж.

Це критичний момент. Бо саме через матрикс клітина “розуміє”, де вона знаходиться. Коли матрикс позбавлений чіткої організації, клітина втрачає орієнтири.

PAS у цьому сенсі – це інвазія в текст, у якому відсутні розділові знаки.

Важливо підкреслити: при PAS децидуалізація не обов’язково виглядає катастрофічно на гістологічному рівні. Немає тотального руйнування, немає обов’язкової запальної відповіді, немає очевидної “порожнечі”.

І саме це робить патологію підступною. Молекулярна неповноцінність може існувати без грубих морфологічних змін. І до певного моменту вона не проявляється клінічно.

Це ще раз пояснює, чому PAS так важко передбачити, спираючись лише на зображення або стандартні гістологічні критерії.

Порушена децидуалізація не є мішенню для простого втручання. Її не можна “підсилити” препаратом або виправити корекцією гормонів у поточній вагітності.

Її значення – пояснювальне і прогностичне. Вона допомагає зрозуміти:

- чому рубець стає вразливим;
- чому остеопонтин і інтегрини втрачають баланс;
- чому інвазія виглядає логічною, а не агресивною.

При Placenta Accreta Spectrum децидуалізація зазвичай не відсутня, а є неповноцінною на молекулярному рівні. Гормональний сигнал може бути збережений, але клітинна і матриксна реалізація – порушена. У зоні рубця це створює середовище, в якому інвазія трофобласта не зустрічає чіткого сигналу зупинки.

## **6.5. Ангіогенез і судинний сигналінг: чому кровотеча неминуча**

У PAS про судини зазвичай говорять наприкінці – тоді, коли з'являється кров. Але насправді судинні особливості формуються значно раніше. Вони не є первинною катастрофою. Вони – логічний наслідок того середовища, в якому відбувалася імплантація.

Судини при PAS не “погані”. Вони іншої якості. Вони сформовані в умовах, де сигнали росту переважають над сигналами стабілізації. І саме тому вони не здатні поводитися так, як ми від них очікуємо під час відшарування плаценти.

У нормі ангіогенез – це не лише утворення нових судин. Це ще й їх дозрівання. Судина має пройти шлях від крихкого каналу до структури з м'язовим шаром, здатної скорочуватися, реагувати, закриватися.

У PAS цей шлях часто обривається посередині.

Судини формуються активно, але не доходять до стадії функціональної зрілості. Вони залишаються тонкостінними, позбавленими адекватної підтримки, залежними від постійного кровотоку.

Це не надмірний ангіогенез у класичному сенсі. Це незавершений ангіогенез.

Фактори росту, зокрема ті, що стимулюють судинне формуван-

ня, у зоні PAS не обов'язково підвищені глобально. Їхня особливість – у локальному дисбалансі.

Сигнали росту зберігаються. Сигнали стабілізації – ослаблені.

Сигнали зупинки – відсутні або запізнілі.

У результаті судинна мережа розростається так, ніби процес ще не завершений. І для клітини це виглядає логічно: якщо немає команди зупинитися – значить, рух триває.

Ключова проблема судин при PAS – не їх кількість, а їх поведінка під час травми. Коли плацента відокремлюється (або намагається відокремитися), ці судини не скорочуються, не спазмують, не закриваються.

Це пояснює, чому кровотеча при PAS:

- масивна,
- швидка,
- погано контрольована стандартними методами.

Ми часто описуємо це як “аномальну васкуляризацію”. Але точніше було б сказати – васкуляризацію без механізмів зупинки.

Ангіогенез при PAS формується поступово і локально. Він не завжди проявляється яскравими маркерами на УЗД або МРТ. До моменту пологів система може виглядати стабільною – аж доки її не порушують.

Саме тому навіть добре підготовлена команда може зіткнутися з кровотечею, яка перевищує очікування. Це не про помилку планування. Це про біологічну реальність, у якій судини були створені для росту, а не для зупинки.

Розуміння судинного сигналіngu не дає нам чарівного інструмента. Воно не дозволяє “вилікувати” PAS до пологів. Але воно змінює ставлення до ризику.

Воно пояснює, чому:

- локальні методи гемостазу часто неефективні;
- затримка з радикальним рішенням може коштувати дорого;
- органозбереження можливе лише за дуже вузьких умов.

Судини при PAS не злі. Вони просто не навчені зупинятися.

Ангіогенез при Placenta Accreta Spectrum характеризується ак-

тивним, але незавершеним формуванням судин. Локальний дисбаланс судинного сигналіngu призводить до утворення мережі, яка не здатна до ефективного гемостазу. Саме це робить кровотечу при PAS не випадковою подією, а очікуваним наслідком молекулярного контексту імплантації.

## 6.6. Чого ми не знаємо: прогалини, спокуси і небезпечні спрощення

Кожне складне захворювання рано чи пізно проходить через фазу спрощення. З'являється бажання знайти одну ключову молекулу, один шлях, один маркер, який усе пояснить. PAS не є винятком.

Остеопонтин виглядає переконливо.

Інтегрини – логічно. Фактори ангіогенезу – очевидно.

Але саме тут і ховається небезпека. PAS не є результатом поломки одного механізму. Це синхронний збій кількох рівнів регуляції, кожен з яких окремо міг би бути компенсований. Разом – ні.

Одна молекула не здатна пояснити втрату межі. Вона може лише підсвітити фрагмент цієї втрати.

Ідея створення “панелі біомаркерів PAS” виглядає привабливою. Вона обіцяє простоту, ранню діагностику, впевненість. Але на сьогодні жоден молекулярний маркер не має достатньої специфічності або прогностичної цінності.

Причина не в якості досліджень. Причина в природі самого процесу.

Молекулярні зміни при PAS:

- локальні,
- контекст-залежні,
- просторово обмежені.

Кров не завжди “знає”, що відбувається в зоні рубця. А тканинні маркери не придатні для рутинної практики. Це створює розрив між науковою цікавинкою і клінічною корисністю.

Редукціонізм привабливий тим, що дає відчуття контролю.

Якщо ми назвемо механізм – ми ніби вже частково його подолали. Але в PAS редукціонізм часто працює проти нас.

Звести PAS до:

- “надмірної інвазії”,
- “високого остеопонтину”,
- “аномального ангиогенезу”

означає втратити контекст, у якому ці явища мають сенс.

PAS – це не поломка деталі. Це зміна правил гри у локальній ділянці тканини. І поки ми намагаємося полагодити деталь, гра триває за іншими правилами.

Більшість наших знань про молекулярні механізми PAS походять з:

- невеликих серій спостережень,
- ретроспективних аналізів,
- моделей, які лише частково відтворюють реальність.

Це не применшує їхньої цінності. Але накладає обмеження. Те, що виглядає переконливо на рівні експресії білка або клітинної культури, не завжди транслюється в клінічне рішення.

У PAS особливо важливо не плутати пояснення з інструментом. Пояснення допомагає зрозуміти. Інструмент – змінює результат. Поки що молекулярний рівень дає нам перше, але дуже обмежено – друге.

Визнання прогалин – це не слабкість науки. Це її зрілість. У контексті PAS це має особливе значення, бо саме невизначеність часто призводить до крайніх рішень – або надмірної радикалізації, або небезпечного зволікання.

Розуміння того, чого ми не знаємо, дозволяє:

- обережніше формулювати діагнози,
- чесніше говорити з пацієнтками,
- реалістичніше планувати втручання.

Це повертає клінічне мислення в площину відповідальності, а не ілюзії контролю.

Розділ про молекулярні механізми не має завершуватися висновком у стилі “отже, все зрозуміло”. Його функція інша. Він

створює рамку, у якій PAS перестає виглядати випадковістю, але не стає повністю передбачуваною.

Ця рамка дозволяє:

- інакше дивитися на ризики,
- інакше трактувати діагностичні ознаки,
- інакше оцінювати межі органозбереження.

Молекулярний рівень не дає рішень. Він дає глибину.

## Підсумок розділу VI

Placenta Accreta Spectrum є наслідком порушеної молекулярної комунікації між трофобластом і материнською тканиною. Остеопонтин, інтегрини, неповноцінна децидуалізація та незавершений ангиогенез не є ізольованими причинами, а складовими єдиного контексту втрати межі. Усвідомлення прогалин у знаннях захищає від небезпечних спрощень і повертає клінічне мислення до відповідальної роботи з невизначеністю.

## ОЧІКУВАННЯ, ТРИВОГА І ПЛАНУВАННЯ

### 7.1. Як жінка живе з діагнозом PAS

PAS рідко відчувається тілом. Немає болю, який нагадує про нього щодня. Немає обмежень, які змінюють побут. Немає сигналів, що вимагають негайної реакції.

І саме тому цей діагноз особливий.

Жінка живе з невидимою загрозою, яка не проявляється тут і зараз, але постійно присутня в уявленні про майбутнє. Вона рухається, працює, планує – і водночас знає, що попереду подія, перебіг якої не піддається повному контролю.

Це не гостра тривога. Це тривале співіснування з невизначеністю.

Очікування при PAS не є пасивним. Воно не схоже на звичайне “дочекатися терміну”. Це стан постійної внутрішньої готовності, який виснажує більше, ніж короткочасний страх.

Спочатку з’являється бажання знати все. Потім – бажання мати план.

Потім – потреба перестати думати про це щодня.

Жінка коливається між прагненням контролю і втомою від нього. І кожне нове обстеження, кожна розмова з лікарем або прочитаний текст можуть або зменшити напругу, або знову її підсилити.

На відміну від багатьох ускладнень вагітності, час при PAS не завжди працює на користь. Він не обов’язково приносить ясність. Часто він лише змінює форму тривоги.

На ранніх термінах – це абстрактний страх. Ближче до пологів – конкретний. Перед операцією – зосереджений і мовчазний.

Ця динаміка важлива. Бо вона визначає, в якому стані жінка входить у пологи – з довірою чи з внутрішнім напруженням, яке не завжди видно зовні.

PAS змінює спосіб, у який жінка дозволяє собі радіти вагітності. Часто ця радість стає стриманою. Не тому, що дитина менш бажана, а тому, що з'являється потреба не прив'язуватися надмірно до сценаріїв.

Це може виглядати як емоційна дистанція. Але насправді це форма захисту. Захисту від втрати контролю, від розчарування, від болю, який може настати пізніше.

Цей аспект часто недооцінюють. Але саме він пояснює, чому деякі жінки з PAS виглядають “спокійними” – і водночас внутрішньо перебувають у стані напруги.

Жінка з діагнозом PAS рідко потребує заспокоїливих фраз. Оптимізм без підґрунтя не працює. Він швидко знецінюється.

Натомість з'являється потреба в стабільній опорі:

- у передбачуваності дій лікаря,
- у повторюваності пояснень,
- у відчутті, що ситуація під контролем команди, а не випадку.

Саме тут починається роль лікаря не як експерта, а як супутника в процесі очікування.

Життя з діагнозом PAS – це життя в часовому проміжку між знанням і подією. Відсутність симптомів не зменшує напругу, а трансформує її в тривале очікування. Те, як цей період проживається, значною мірою визначає психологічний і клінічний контекст пологів.

## 7.2. Роль лікаря в зниженні травматизації

У ситуації PAS лікар рідко може бути джерелом заспокоєння в класичному сенсі. Він не може пообіцяти простого перебігу. Але він може стати фігурою стабільності – тим, на кого можна спертися в умовах невизначеності.

Стабільність тут не в прогнозах. Вона в послідовності.

У повторюваності пояснень. У передбачуваності дій.

Жінка з PAS швидко відчуває, коли лікар сам не витримує невизначеності. Коли він поспішає з висновками, уникає складних

тем або, навпаки, перевантажує деталями. Це створює додаткову тривогу, навіть якщо формально інформація коректна.

Парадоксально, але в контексті PAS жінки рідко оцінюють лікаря за глибиною його знань. Значно важливішим є відчуття присутності. Чи є час на розмову. Чи є готовність повторювати. Чи можна поставити запитання, не відчуючи себе тягарем.

Експертність без присутності виглядає холодною. Присутність без експертності – небезпечною. Але саме баланс між ними знижує ризик травматизації.

У PAS слова лікаря мають довготривалий ефект. Вони не зникають після розмови. Вони повертаються вночі, у моменти сумніву, перед обстеженнями.

Фрази, сказані поспіхом, можуть роками відгукуватися внутрішнім напруженням. Натомість прості, чіткі і повторювані формулювання створюють відчуття опори. Не “це дуже небезпечно”, а “це серйозна ситуація, і ми до неї готуємося”. Не “ми не знаємо, що буде”, а “є кілька сценаріїв, і для кожного з них у нас є план”.

Це не гра словами. Це зниження рівня травми.

Існує тонка межа між чесністю і залякуванням. Вона не завжди очевидна і часто проходить не по змісту, а по інтонації.

Надмірний акцент на катастрофічних сценаріях може створити відчуття беспорядності. Замовчування – ілюзію безпеки. Обидва варіанти шкодять.

Завдання лікаря – тримати цю межу, постійно коригуючи обсяг і глибину інформації відповідно до стану жінки, а не лише до клінічного протоколу.

Робота з PAS травматична і для медичної команди. Постійне перебування в зоні високого ризику, відповідальність за життя, очікування складних рішень – усе це накопичується.

Лікар, який не має простору для професійної підтримки, починає захищатися. І цей захист може проявлятися у вигляді дистанції, формалізму або надмірної жорсткості.

Визнання того, що лікар теж перебуває під тиском, – важлива умова зниження травматизації для всіх учасників процесу.

Одним із найсильніших чинників зниження тривоги є континуїтет. Коли одна і та сама команда супроводжує жінку від моменту діагнозу до пологів. Коли інформація не суперечить сама собі. Коли рішення мають історію.

Континуїтет створює відчуття, що ситуація розвивається не хаотично, а послідовно. І це відчуття часто важливіше за будь-які цифри ризику.

Роль лікаря при PAS полягає не лише в прийнятті клінічних рішень, а й у зниженні рівня психологічної травматизації. Стабільність, присутність, уважна мова і континуїтет взаємодії формують безпечний простір, у якому жінка може прожити період очікування без додаткового руйнування.

### 7.3. Інформована згода як процес, а не підпис

У медичній практиці підпис часто сприймається як фінальна точка. Документ оформлено, ризики перелічено, формальності дотримано. Але у випадку PAS цей підхід майже завжди є недостатнім.

Підпис фіксує факт. Розуміння формується в часі.

Жінка може підписати згоду, не усвідомлюючи:

- масштабу невизначеності,
- можливості радикальної зміни плану,
- того, як рішення може виглядати інакше в операційній.

Це не недолік пацієнтки. Це властивість ситуації, у якій неможливо все зрозуміти одразу.

При PAS інформована згода майже ніколи не виникає з однієї розмови. Вона потребує повернення до тих самих тем – іноді кілька разів, у різні моменти вагітності, з різними акцентами.

Те, що було незрозумілим або неприйнятним на ранньому етапі, може стати зрозумілим пізніше. Те, що лякало, може набути форми конкретного сценарію. Те, що здавалося абстрактним, стає реальнішим ближче до пологів.

Повторення – це не марна трата часу. Це частина формування згоди.

Справжня згода неможлива без сумніву. Якщо жінка не має простору для запитань, для коливань, для внутрішнього опору – її згода формальна.

PAS ставить жінку перед рішеннями, які торкаються:

- її тіла,
- її майбутнього материнства,
- її уявлень про контроль і безпеку.

Очікувати миттєвої згоди в такій ситуації – означає не бачити людини. Дати час на сумнів – означає поважати її автономію.

Особливість PAS у тому, що план може змінитися в будь-який момент. Навіть найдетальніше обговорення не гарантує, що операція піде за заздалегідь визначеним сценарієм.

Саме тому інформована згода має включати не лише конкретні рішення, а й згоду на можливість зміни рішення. Це складна і незручна тема, але без неї згода залишається неповною.

Жінка має знати не лише що планується, а й чому інколи доводиться відходити від плану.

У PAS згода формується не лише через інформацію, а через спільне планування. Коли жінка бачить, що її думку враховують. Коли вона розуміє логіку дій команди. Коли рішення не нав'язуються, а пояснюються.

Навіть якщо фінальне рішення буде радикальним, досвід спільного планування зменшує відчуття втрати контролю. І саме це часто визначає, чи буде переживання травматичним.

Після пологів жінка рідко пам'ятає всі деталі розмов. Але вона добре пам'ятає, чи було відчуття вибору. Чи було відчуття, що її чули. Чи була можливість поставити запитання без поспіху.

Ця пам'ять важлива не лише для психологічного відновлення. Вона формує довіру до медицини загалом – або її втрату.

Інформована згода при PAS є процесом, що розгортається в часі і потребує повторення, простору для сумніву та готовності до зміни сценаріїв. Підпис під документом є лише юридичною формою; справжня згода формується через діалог, спільне планування і повагу до автономії жінки.

## Підсумок розділу VII

Очікування, тривога і планування є невід’ємною частиною ведення PAs. Те, як жінка проживає час між діагнозом і втручанням, залежить не лише від тяжкості патології, а від якості взаємодії з лікарем і командою. Інформована згода, зниження травматизації та стабільна присутність медичного фахівця формують контекст, у якому навіть складні клінічні рішення можуть бути прожиті з меншою внутрішньою втратою.

## ОРГАНІЗАЦІЯ ДОПОМОГИ І СИСТЕМА

### 8.1. PAS і централізація: чому місце вирішує

Placenta Accreta Spectrum рідко пробачає помилки організації. Він може дозволити клінічну невизначеність, але не дозволяє системної випадковості.

У цьому сенсі PAS – не просто діагноз. Це стрес-тест для всієї моделі допомоги. Там, де система витримує, перебіг стає керованим. Там, де ні – навіть правильні клінічні рішення не спрацьовують.

Місце ведення при PAS – це не географія. Це сукупність можливостей, які стають доступними ще до початку втручання.

Є захворювання, які можна лікувати майже всюди – за умови достатнього досвіду лікаря. PAS до них не належить. Він не “переїжджає” разом із фахівцем, бо потребує не лише рук, а оточення.

До цього оточення входять:

- постійна доступність компонентів крові;
- анестезіологічний резерв;
- можливість одночасної роботи кількох бригад;
- хірургічна підтримка суміжних спеціальностей;
- інтенсивна терапія, готова прийняти пацієнтку негайно.

Жоден із цих елементів окремо не вирішує. Але відсутність будь-якого з них ламає весь ланцюг.

Децентралізоване ведення PAS часто аргументують доступністю допомоги, швидкістю реагування або відсутністю можливості транспортування. У реальності ж воно створює накопичений ризик, який стає очевидним лише в критичний момент.

Проблема не в тому, що локальні заклади “гірші”. Проблема в тому, що вони не створені для PAS.

Коли рішення приймається вже в операційній, коли команда

збирається “по дзвінку”, коли кров шукають у процесі – це не героїзм. Це ознака системної помилки, зробленої раніше.

Централізацію часто сприймають як додатковий етап, який ускладнює шлях пацієнтки. Насправді вона є формою профілактики – не захворювання, а катастрофічного перебігу.

Централізоване ведення PAS дозволяє:

- планувати втручання, а не реагувати;
- зменшувати обсяг крововтрати;
- знижувати потребу в екстрених рішеннях;
- зберігати можливість органозбереження там, де це допустимо.

Але головне – воно прибирає фактор випадковості.

Одним із найчастіших заперечень є час. Чи не запізно транспортувати? Чи не ризиковано чекати? Ці питання мають сенс, але вони часто ставляться запізно.

Централізація при PAS не починається з транспортування. Вона починається з раннього рішення, що ця вагітність має бути завершена в конкретному місці.

Коли це рішення прийняте завчасно, час працює на безпеку.

Коли ж його відкладають – час стає ворогом.

Централізація не є універсальним рішенням. Вона не скасовує ризиків і не гарантує ідеального результату. Але вона створює найкращі можливі умови в межах реальності.

Важливо також визнати її межі:

- не кожен випадок PAS буде діагностований до пологів;
- не кожна жінка може бути транспортована;
- не кожна ситуація розгортається за планом.

Саме тому централізація має бути гнучкою моделлю, а не жорстким правилом. Вона потребує маршрутів, альтернатив і чітких критеріїв, а не формальних наказів.

Placenta Accreta Spectrum є патологією, при якій місце надання допомоги має вирішальне значення. Централізація не є додатковою опцією, а ключовим елементом профілактики катастрофічного перебігу. Вона працює лише тоді, коли рішення приймаються завчасно і підтримуються системною готовністю.

## 8.2. Команда, яка має “зіграти”

PAS ніколи не є проблемою однієї людини. Навіть якщо саме один хірург стоїть біля операційного столу, рішення, які визначають результат, завжди є колективними – або їх відсутність стає фатальною.

У PAS немає “головного героя”. Є команда, яка або функціонує як єдиний організм, або розпадається на окремі фрагменти в найгірший момент.

Це принципово відрізняє PAS від більшості акушерських ускладнень, де індивідуальна майстерність може компенсувати організаційні прогалини. Тут – ні.

Команда PAS – це не формальний перелік посад. Це набір функцій, які мають бути закриті одночасно.

До ядра команди входять:

- акушер-гінеколог із хірургічним досвідом;
- анестезіолог, готовий до масивної крововтрати;
- трансфузіолог або чітко організована служба крові;
- хірург суміжної спеціальності (частіше уролог або загальний хірург);
- операційна сестра, яка працює не “за списком”, а за сценарієм;
- персонал інтенсивної терапії.

Важливо не лише хто присутній, а й хто реально включений. Формальна присутність без розуміння загальної логіки не працює.

У критичний момент PAS ієрархія має значення лише доти, доки вона не заважає рішенням. Значно важливішими є чітко розподілені ролі.

Хто приймає рішення про зміну тактики. Хто контролює гемостаз. Хто відповідає за трансфузію. Хто комунікує з реанімацією.

Коли ці ролі не визначені заздалегідь, команда починає витрачати час на з’ясування повноважень. У PAS це майже завжди означає втрату контролю.

Імпровізація в медицині часто сприймається як ознака майстерності. У PAS вона зазвичай є ознакою того, що планування не відбулося.

## Імпровізація:

- підвищує когнітивне навантаження;
- ускладнює комунікацію;
- збільшує ризик помилок;
- ізолює окремих членів команди.

PAS не залишає простору для красивих рішень “на ходу”. Він вимагає нудної, заздалегідь продуманої підготовки, яка в критичний момент дозволяє діяти майже автоматично.

Команді PAS потрібен лідер. Не обов’язково найстарший або найавторитетніший формально. Потрібен той, хто здатен утримувати загальну картину, не занурюючись у деталі настільки, щоб втратити контроль.

Лідерство тут – це:

- чіткість у прийнятті рішень;
- здатність змінити план без паніки;
- готовність брати відповідальність за радикальні кроки;
- повага до внеску кожного члена команди.

Без такого лідерства команда починає діяти фрагментарно – кожен правильно у своїй ділянці, але неправильно в цілому.

Команда не формується в день операції. Вона формується задовго до неї.

Тренування, симуляції, розбір складних випадків – це не формальність і не “навчальний захід”. Це єдиний спосіб перевірити:

- чи зрозумілі ролі;
- чи працює комунікація;
- чи витримує система навантаження.

Команда, яка жодного разу не “програла” сценарій PAS у безпечних умовах, майже гарантовано буде програвати його в реальності.

Помилкою є сприймати операцію як фінал. У PAS післяопераційний період є частиною того самого процесу. Команда має залишатися включеною і після завершення хірургічного етапу.

Передача пацієнтки в реанімацію – не кінець командної роботи, а зміна її фази. І якість цієї передачі часто визначає, чи буде стабілізація швидкою, чи ускладнення – затяжними.

Placenta Accreta Spectrum вимагає не індивідуальної майстерності, а командної зіграності. Чітко визначені ролі, попереднє планування, тренування і ефективно лідерство знижують ризик імпровізації і дозволяють діяти злагоджено в умовах високої невизначеності.

### 8.3. Український контекст: війна, логістика, ресурси

Війна не створює PAS. Але вона змінює умови, в яких PAS стає керованим або некерованим.

Порушені маршрути. Нерівномірний розподіл ресурсів. Кадрові втрати.

Постійна напруга системи.

У такому середовищі навіть добре спланована модель може дати збої. Не тому, що вона неправильна, а тому, що контекст нестабільний. І це потрібно визнавати не як виправдання, а як умову планування.

PAS дуже чутливий до логістики. Не в теорії – на практиці.

Запізніле транспортування. Неможливість евакуації. Обмежений доступ до крові або компонентів. Переведення пацієнтки в останній момент.

Кожен із цих факторів окремо може бути подоланий. Разом вони створюють ланцюг вразливостей, який розривається саме тоді, коли це найнебезпечніше.

У воєнних умовах логістика перестає бути технічним питанням і стає клінічним фактором ризику.

Українська система охорони здоров'я часто змушена працювати в режимі обмежених ресурсів. Для PAS це означає необхідність реалістичних рішень, а не копіювання ідеальних моделей.

Не кожен центр може мати:

- постійний резерв крові,
- повний спектр суміжних спеціалістів,
- сучасне обладнання.

Але кожен центр може мати:

- чіткі критерії направлення,
- налагоджений контакт з опорним закладом,
- розуміння власних меж.

Ресурсна чесність – одна з форм безпеки.

Війна створює ситуації, коли централізація неможлива фізично. Обстріли, блокування шляхів, раптові переміщення – усе це вимагає плану Б.

У таких випадках ключовим стає:

- раннє залучення максимально можливої команди;
- підготовка до гіршого сценарію;
- мінімізація імпровізації за рахунок простих, але чітких алгоритмів.

Це не ідеально. Але це краще, ніж діяти наосліп.

Війна спричинила масову внутрішню і зовнішню міграцію. Для жінок з PAS це означає втрату континуїтету спостереження – зміну лікарів, закладів, навіть мов і медичних систем.

У таких умовах особливо важливо:

- чітко документувати ключові рішення;
- формулювати діагноз і план зрозуміло і однозначно;
- передавати інформацію так, щоб вона “працювала” без усних пояснень.

PAS не терпить втрати інформації. І кожен розрив у континуїтеті збільшує ризик.

Попри всі труднощі, український досвід ведення PAS в умовах війни є унікальним. Він показує, що:

- гнучкі моделі можуть працювати;
- командна культура важливіша за ідеальні умови;
- системне мислення рятує там, де ресурси обмежені.

Цей досвід не варто романтизувати. Але його потрібно осмислювати і фіксувати, бо саме він формує реалістичні підходи для майбутнього.

Український контекст додає до PAS не нові біологічні ризики, а системні виклики. Війна, логістичні обмеження і дефіцит ресурсів вимагають чесного, адаптивного підходу до організації до-

помоги. Без цього навіть правильні клінічні рішення можуть не реалізуватися.

## **Підсумок розділу VIII**

Організація допомоги при Placenta Accreta Spectrum є ключовим чинником безпеки. Централізація, зіграна команда і адаптація до українських реалій зменшують випадковість і дозволяють перетворити високоризикову патологію на керовану клінічну ситуацію. PAS оголює систему – і саме система визначає результат не менше, ніж хірургічна техніка.

## РОЗРОДЖЕННЯ ЯК КУЛЬМІНАЦІЯ ПРОЦЕСУ

### 9.1. Таймінг: рішення, яке визначає все

PAS рідко залишає простір для імпровізації. Те, що в інших акушерських ситуаціях може бути прийнятним – очікування початку пологів, адаптація до обставин, – тут перетворюється на джерело ризику. Не через сам факт спонтанності, а через невідповідність моменту і готовності системи.

Спонтанний початок пологів при PAS – це не просто ранній старт. Це зміщення контролю з команди на подію. Раптовість позбавляє можливості зібрати ресурси, вирівняти логістику, перевірити готовність крові і людей. І саме це робить перебіг небезпечним, а не сам факт пологової діяльності.

PAS не “небезпечний завжди”. Він небезпечний тоді, коли починається без попередження.

Існує спокуса відкладати розродження “ще трохи” – заради зрілості плода, заради відчуття безпеки, заради ілюзії нормальності. Але при PAS очікування ніколи не є нейтральним. Воно завжди є активним рішенням, навіть якщо виглядає як бездіяльність.

Кожен день очікування – це день, у який може:

- розпочатися кровотеча,
- змінитися логістика,
- зникнути ключовий член команди,
- з’явитися обставини, що зруйнують план.

Це не означає, що раннє розродження завжди краще. Це означає, що кожен день має бути усвідомлено прийнятий, а не прожитий за інерцією.

Рішення про таймінг при PAS завжди є компромісом. Воно не може бути ідеальним для обох сторін одночасно. Зрілість плода

важлива, але стабільність матері – критична. І саме ця асиметрія має бути визнана чесно.

У практиці це означає, що таймінг не може визначатися лише гестаційним терміном. Він має враховувати:

- динаміку плацентарних змін,
- наявність або відсутність епізодів кровотечі,
- психоемоційний стан жінки,
- готовність команди і ресурсів.

Момент розродження при PAS – це не “оптимальний тиждень”. Це вікно, у якому ризик очікування починає переважати користь.

Одна з поширених помилок – сприймати таймінг як рішення конкретного лікаря. Насправді це системне рішення, у якому беруть участь усі: акушер, анестезіолог, трансфузіолог, адміністрація закладу.

Час має бути обраний так, щоб:

- команда була повністю доступною,
- ресурси – гарантованими,
- резерви – реальними, а не номінальними.

Нічний час, вихідні, кадрові “дірки” – усе це має значення. Не з етичних міркувань, а з практичних. PAS не обирає момент. Але система може.

Є момент, який складно формалізувати, але добре відчують досвідчені команди. Це момент, коли продовження очікування починає виглядати менш безпечним, ніж планове втручання тут і зараз.

Цей момент може бути пов’язаний:

- з повторними мінімальними кров’янистими виділеннями,
- з наростанням тривоги,
- з погіршенням умов для планування.

Важливо не пропустити його, прикриваючись формальною “стабільністю”. Бо стабільність при PAS може бути оманливою – вона зберігається доти, доки раптово не зникає.

Прийняття рішення про таймінг – це завжди акт відповідальності. Не лише клінічної, а й етичної. Це рішення, яке важко пояс-

нити заднім числом, якщо щось пішло не за планом. Але саме тому воно має бути прийняте до, а не під час кризи.

Таймінг при PAS – це не про сміливість і не про обережність.

Це про готовність системи взяти подію під контроль.

При Placenta Accreta Spectrum таймінг розродження є ключовим фактором безпеки. Очікування не є нейтральним і завжди несе ризик. Найбезпечнішим моментом є той, у якому готовність команди і ресурсів максимальна, навіть якщо він не виглядає “ідеальним” з погляду календаря.

## 9.2. Анестезія: стратегія, а не супровід

У більшості оперативних втручань анестезія створює умови для роботи хірурга. При PAS вона формує ці умови разом із хірургією. Це не другорядна роль і не сервісна функція. Це рівноправний компонент стратегії.

Гемодинамічна нестабільність, масивна крововтрата, потреба в швидкій ескалації – усе це починається не в момент першого розрізу, а значно раніше. І саме тому анестезіолог має бути залучений у планування так само рано, як і хірург.

PAS не залишає простору для “подивимось по ходу”. Анестезія тут або підготовлена, або запізнена.

Дискусія “регіонарна проти загальної” анестезії при PAS часто виглядає надто прямолінійною. Вона створює враження вибору між двома чіткими шляхами, тоді як реальність значно складніша.

Регіонарна анестезія може:

- зменшувати стресову відповідь,
- дозволяти збереження свідомості,
- полегшувати ранній контакт із дитиною.

Але вона має межі. І ці межі визначаються не бажанням, а ризиком втрати контролю.

Загальна анестезія не є поразкою або ознакою ускладнення. Вона є інструментом, який дозволяє швидко реагувати, керувати гемодинамікою і масштабувати втручання.

У PAS питання не в тому, що краще. Питання в тому, коли і як відбувається перехід.

У багатьох випадках найбільш адекватною є комбінована стратегія, коли регіонарна анестезія використовується на початковому етапі, з чітко визначеним моментом можливого переходу до загальної.

Цей підхід вимагає:

- попереднього обговорення з жінкою,
- готовності команди до ескалації,
- відсутності ілюзій щодо “плану А”.

Перехід не має сприйматися як екстремний крок. Він має бути частиною заздалегідь погодженого сценарію. Саме це знижує хаос і психологічне напруження в критичний момент.

При PAS гемодинаміка – це спільна мова анестезіолога і хірурга. Крововтрата, темп операції, рішення про радикалізацію – усе це пов’язано між собою.

Анестезія не лише реагує на події. Вона сигналізує. Зміни тиску, потреба у вазопресорах, динаміка об’єму – це не фонові показники, а інформація для прийняття хірургічних рішень.

Коли ця мова спільна, команда працює злагоджено. Коли ні – з’являються запізнілі рішення і взаємні претензії.

У PAS анестезіолог не може бути лише виконавцем протоколу. Він є стратегічним партнером у процесі. Саме він часто першим бачить втрату резервів – ще до того, як це стає очевидним у полі операції.

Його роль полягає не лише в підтримці життєвих функцій, а й у:

- ранньому попередженні про зміну ситуації,
- участі в рішенні про ескалацію,
- допомозі в утриманні темпу і контролю.

Ця роль потребує досвіду і авторитету. Без них анестезія перетворюється на пасивний фон, а не активний елемент безпеки.

Не можна ігнорувати і психологічний аспект. Для жінки анестезія – це межа між участю і відчуженням, між контролем і передачею контролю команді.

Чітке попереднє пояснення можливих сценаріїв, у тому числі переходу до загальної анестезії, зменшує відчуття втрати і зради очікувань. Це не дрібниця. Це частина зниження травматизації, про яку йшлося в попередніх розділах.

Анестезія при Placenta Accreta Spectrum є стратегічним компонентом розродження. Вибір методу і момент ескалації мають визначатися не формальними перевагами, а готовністю команди зберігати контроль над ситуацією. Комбінований підхід і активна роль анестезіолога знижують ризик хаосу і підвищують керованість перебігу.

### 9.3. Контроль крововтрати: між підготовкою і реакцією

Одна з найнебезпечніших помилок у мисленні – говорити про масивну крововтрату при PAS як про ускладнення. Ускладнення – це те, що може трапитися або не трапитися. Крововтрата при PAS – очікувана подія, закладена в саму біологію процесу.

Плацента не відокремлюється. Судини не спазмуються.

Межа між материнським і плацентарним кровотоком втрачена.

У цій ситуації питання не в тому, чи буде кровотеча, а в тому, коли і за яких умов команда втратить над нею контроль.

Єдине, що реально зменшує масштаб крововтрати при PAS, – це підготовка. Не реакція, не досвід “на ходу”, не швидкість рук. Саме готовність до гіршого парадоксально дозволяє зробити перебіг менш драматичним.

Підготовка включає:

- гарантований доступ до компонентів крові;
- чітко визначені трансфузійні пороги;
- наявність фармакологічних засобів ще до початку кровотечі;
- готовність до швидкої ескалації хірургічної тактики.

У PAS підготовка – це не песимізм. Це форма поваги до реальності.

Попри всі шкали і маркери, точне прогнозування обсягу крововтрати при PAS залишається неможливим. Візуалізація може натякати, але не гарантує. Морфологічна тяжкість не завжди корелює з клінічним перебігом.

Це створює небезпечну ілюзію: “Виглядає не так страшно”.

Саме ця фраза часто передує втраті контролю.

У PAS завжди потрібно готуватися до сценарію, який перевищує очікування, а не відповідає їм.

Коли кровотеча починається без достатньої підготовки, команда швидко переходить із режиму контролю в режим боротьби. У цьому режимі:

- рішення приймаються реактивно;
- комунікація ускладнюється;
- кожна наступна дія має меншу ефективність.

Це той момент, коли з'являється відчуття, що “ми не встигаємо”. І саме тут часто робляться найбільш травматичні кроки – запізнілі, хаотичні, надмірні.

PAS не карає за радикальність. Він карає за запізнілу радикальність.

Контроль крововтрати при PAS тісно пов'язаний із темпом операції. Повільність, продиктована надією “ще трохи втримати”, часто працює проти команди. Але й бездумне прискорення не рятує.

Ключовим є рішучий, послідовний темп, у якому кожен крок має мету, а не лише реакцію на черговий епізод кровотечі. Це ще раз підкреслює, що контроль крововтрати – не ізольоване завдання, а частина загальної стратегії.

Існує момент, який складно формалізувати, але який добре відчуває досвідчена команда. Це момент, коли крововтрата перестає бути керованою навіть за наявності ресурсів.

Ознаки цього моменту різні:

- зростаюча потреба в трансфузії без стабілізації;
- прогресуюча гемодинамічна нестабільність;
- втрата анатомічних орієнтирів;
- зниження ефективності локальних методів гемостазу.

Цей момент – сигнал до зміни тактики, а не до ще однієї спроби “втримати”.

Рішення про ескалацію не може бути індивідуальним. Контроль крововтрати при PAS – це колективна відповідальність. Анестезіолог, хірург, трансфузіолог мають однаково розуміти, де перебуває межа безпеки.

Коли команда називає речі своїми іменами вголос – “контроль втрачено”, “потрібна зміна стратегії”, – це не поразка.

Це початок порятунку.

Крововтрата при Placenta Accreta Spectrum є очікуваною і потенційно масивною. Її контроль визначається не швидкістю реакції, а якістю підготовки і здатністю команди своєчасно змінювати тактику. Запізнілі рішення і надія на “ще одну спробу” є основними чинниками втрати керованості.

## 9.4. Межа між контролем і агресією

У критичний момент PAS легко переплутати контроль із кількістю дій. Коли кровотеча наростає, з’являється спокуса робити більше: ще один шов, ще одна спроба локального гемостазу, ще кілька хвилин очікування. Це виглядає як активність. Але активність не завжди означає контроль.

Контроль – це не сума маніпуляцій. Це відповідність дій ситуації. Іноді контроль означає зупинку спроб, які більше не працюють.

Органозбереження при PAS часто набуває етичного забарвлення. Воно починає звучати як обов’язок, як ціль, від якої не можна відмовитися. Але така логіка небезпечна.

Збереження матки має сенс лише тоді, коли:

- воно не підвищує ризик для життя;
- воно не зтягує крововтрату;
- воно не ґрунтується на надії, а на реальній керованості.

Органозбереження – це стратегія, а не самоціль.

І стратегія має право бути зміненою.

Одна з найпідступніших пасток при PAS – це віра в те, що ще одна спроба може змінити хід подій. Ця віра часто народжується не з клінічної логіки, а з емоційної інерції: небажання радикалізуватися, страх прийняти незворотне рішення, тиск очікувань.

Але PAS не накопичує шанси. Він накопичує втрати.

Кожна додаткова хвилина безрезультатної боротьби зменшує резерви і звужує простір для безпечного рішення.

Радикальне рішення – зокрема гістеректомія – часто сприймається як поразка. Але в контексті PAS це хибне уявлення. Радикальність, прийнята вчасно, є формою контролю, а не агресії.

Вона:

- зупиняє джерело крововтрати;
- стабілізує ситуацію;
- повертає команді керованість процесу.

Запізніла радикальність виглядає як агресія. Рання – як рішучість.

Межа між контролем і агресією проходить не лише через анатомію. Вона проходить через психіку хірурга і команди. Вміння вчасно зупинитися – це навичка, яка формується роками і потребує внутрішньої чесності.

Складність у тому, що правильне рішення при PAS часто:

- не виглядає героїчним,
- не залишає простору для сумнівів,
- не має “красивого” фіналу.

Але саме такі рішення рятують життя.

Агресія починається не з радикального втручання.

Вона починається тоді, коли команда діє без чіткої мети, під тиском часу і страху.

Ознаки цього стану:

- хаотичні дії;
- відсутність узгодженості;
- запізнілі команди;
- спроби “виграти ще трохи часу” без плану.

У цьому сенсі агресія – це не надмірна рішучість. Це втрата структури мислення.

Одна з ключових навичок команди PAS – вміння назвати момент, коли стратегія змінюється. Це має бути сказано вголос, чітко і без евфемізмів.

“Ми переходимо до радикальної тактики.” “Органозбереження більше не є безпечним.”

Ці фрази не руйнують команду. Вони збирають її.

Межа між контролем і агресією при PAS визначається не обя-

гом втручання, а його своєчасністю і логікою. Органозбереження має бути стратегічним вибором, а не моральним обов'язком. Рання радикальність є формою контролю, тоді як запізнена – проявом втрати керованості.

## Підсумок розділу IX

Розродження при Placenta Accreta Spectrum є кульмінацією процесу, у якому сходяться всі попередні рішення – від діагностики і планування до організації команди. Таймінг, анестезія, контроль крововтрати і здатність вчасно визначити межу втручання формують єдину логіку безпеки. У PAS виграє не той, хто робить більше, а той, хто вчасно робить достатньо.

## ХІРУРГІЧНІ СТРАТЕГІЇ PAS

### 10.1. Гістеректомія: рятівна, але травматична опція

Історія гістеректомії при PAS – це історія виживання. Вона не народилася з прагнення до радикальності, а з потреби зупинити смерть, коли інших інструментів не було або вони не працювали. У часи, коли діагностика була обмеженою, а крововтрата – неконтрольованою, саме гістеректомія давала найбільший шанс вийти з операційної живою.

Тому “золотий стандарт” у цьому контексті – не знак ідеальності. Це знак надійності. Гістеректомія передбачувана у своїх наслідках для гемостазу: вона прибирає джерело кровотечі цілком, а не намагається його локалізувати. Саме ця передбачуваність зробила її базовою стратегією там, де ціна помилки надто висока.

Найбільша помилка – не сама гістеректомія, а момент, коли до неї доходять. Запізніла радикальність виглядає як агресія, бо вона відбувається на тлі виснажених резервів, масивної крововтрати і втраченої структури операційного поля.

Рання радикальність – інша за своєю суттю. Вона:

- зупиняє сценарій, який уже не керується;
- зберігає ресурси до їх виснаження;
- повертає команді контроль.

Гістеректомія, прийнята вчасно, часто є менш травматичною за довгі, безрезультатні спроби зберегти орган ціною наростаючого хаосу.

Видалення матки – це не лише хірургічний акт. Для жінки це втрата органу, який має глибоке символічне значення. Навіть якщо репродуктивні плани вже реалізовані, сама ідея втрати може переживатися як удар по ідентичності, а не лише по тілу.

Саме тому гістеректомія при PAS ніколи не є “просто технічним рішенням”. Її психологічні наслідки залежать від того:

- чи була жінка підготовлена до такої можливості;
- чи було це обговорено заздалегідь;
- чи виглядає рішення логічним, а не раптовим.

Травма зменшується не тоді, коли рішення м’якше, а тоді, коли воно зрозуміле.

Існують ситуації, у яких дискусія про органозбереження втрачає сенс. Це не поразка підходу, а межа біології і системи. До таких ситуацій належать:

- неконтрольована крововтрата з ранніми ознаками коагулопатії;
- глибока інвазія з втратою анатомічних орієнтирів;
- неможливість забезпечити тривале післяопераційне спостереження;
- відсутність ресурсів для безпечного альтернативного сценарію.

У цих умовах гістеректомія – не вибір між варіантами.

Це єдиний шлях зберегти життя.

Рішення про гістеректомію при PAS завжди персоналізоване. Воно не може бути сховане за протоколом або статистикою. Навіть якщо клінічно воно беззаперечне, внутрішньо воно часто залишається важким.

Відповідальність полягає не лише в тому, щоб виконати операцію технічно правильно, а й у тому, щоб:

- не відкладати рішення з міркувань страху;
- не діяти під тиском очікувань;
- не плутати співчуття з небезпечною надією.

Гістеректомія при PAS – це не кінець боротьби. Це момент, коли боротьба стає керованою.

Гістеректомія залишається ключовою рятівною стратегією при Placenta Accreta Spectrum завдяки своїй передбачуваності і здатності швидко зупинити крововтрату. Її травматичність визначається не лише обсягом втручання, а насамперед моментом прийняття

рішення і якістю попередньої комунікації. Рання радикальність є формою контролю, тоді як запізнена – ознакою втрати керованості.

## 10.2. Leaving placenta in situ: стратегія утримання

Ідея залишити плаценту in situ народилася не з бажання зберегти орган будь-якою ціною, а з прагнення уникнути гострої катастрофи. У PAS саме спроба відокремлення плаценти запускає ланцюг неконтрольованої кровотечі. Якщо не торкатися – кровотеча може не початися або залишитися обмеженою.

Це рішення виглядає парадоксальним для хірургічного мислення: не прибирати патологічний субстрат, а дати йому час. Але біологічна логіка тут послідовна: без травматизації плацентарного ложа судинна катастрофа відтермінується, а інколи – і не реалізується в гострій фазі.

Метод не “лікує” PAS. Він переносить ризик у часі.

Leaving placenta in situ не є універсальною альтернативою гістеректомії. Це вузька стратегія, яка працює лише за наявності чітко визначених умов. Її головна вимога – контрольованість.

Метод можливий лише тоді, коли:

- крововтрата мінімальна або відсутня на момент рішення;
- команда готова до тривалого спостереження;
- існує доступ до повторних втручань;
- пацієнтка поінформована і згодна на довгий, невизначений шлях.

Без цих умов in situ перетворюється з контрольованої стратегії на відкладену проблему, яка може вибухнути в найменш зручний момент.

Однією з найпоширеніших помилок є сприйняття ускладнень після leaving placenta in situ як невдачі методу. Насправді ускладнення – вбудована частина цієї стратегії.

Серед них:

- інфекційні ускладнення;
- вторинні кровотечі;

- потреба в повторних оперативних втручаннях;
- тривале збереження плацентарної тканини.

Успіх методу полягає не у відсутності ускладнень, а в тому, що вони:

- розвиваються поступово,
- відбуваються під наглядом,
- дають час на підготовку і вибір моменту.

Життя з плацентою *in situ* – це не пауза, а тривалий стан напруженого очікування. Для жінки це означає постійне усвідомлення, що процес не завершений, що загроза не зникла, а лише змінила форму.

Це очікування може бути важчим за гострий епізод. Воно:

- обмежує повернення до нормального життя;
- підсилює тривогу;
- ускладнює психологічне відновлення після пологів.

Саме тому цей метод потребує не лише клінічного супроводу, а й чесної попередньої розмови про його ціну – не тільки фізичну, а й емоційну.

Час у стратегії *in situ* має подвійну природу. Він може працювати на безпеку, дозволяючи поступову інволюцію плацентарної тканини. Але він же може накопичувати ризики – інфекційні, судинні, психологічні.

Тому очікування ніколи не є пасивним. Воно потребує:

- регулярного моніторингу,
- готовності змінити тактику,
- вміння визнати момент, коли стратегія більше не працює.

*Leaving placenta in situ* не є “м’якою альтернативою” гістеректомії. Це інша форма радикальності, розтягнута в часі. Вона не зменшує загальний обсяг ризику, а перерозподіляє його.

Метод стає небезпечним, коли:

- його застосовують із надії, а не з розрахунку;
- немає ресурсу для тривалого супроводу;
- жінка не готова до невизначеності;
- команда не має чіткого плану виходу.

Стратегія *leaving placenta in situ* може зменшити ризик гострої крововтрати при PAS, але ціною тривалого періоду невизначеності та відстрочених ускладнень. Її успіх визначається не відсутністю проблем, а здатністю системи контролювати їх у часі. Це метод для ретельно відібраних ситуацій, а не компроміс “на всяк випадок”.

### 10.3. Triple-P: техніка, філософія, межі

Triple-P з’явився не як ще одна техніка, а як спроба примирити дві несумісні логіки: потребу в безпеці та прагнення зберегти матку. У своїй основі це відповідь на запит клініцистів, які бачили, що між негайною гістеректомією і небезпечним утриманням існує проміжний простір – але він потребує контролю.

Цей підхід не заперечує радикальність. Він відтерміновує її до моменту, коли радикальність стає керованою. У цьому сенсі Triple-P – не компроміс, а переосмислення послідовності дій.

Назва Triple-P часто створює ілюзію алгоритму, який можна відтворити механічно. Насправді кожен із трьох компонентів працює лише тоді, коли всі вони інтегровані в одну логіку.

Перший компонент – передопераційне планування. Йдеться не про додаткові обстеження як такі, а про узгодження меж: де інвазія, де можливий контроль, де – ні. Без цього Triple-P втрачає сенс ще до початку.

Другий компонент – деваскуляризація. Вона не є самоціллю і не гарантує безпеки. Її роль – зменшити інтенсивність події, щоб наступний етап не став катастрофою. Якщо деваскуляризація неповна або виконана формально, метод починає вводити в оману.

Третій компонент – контрольоване втручання. Це не “обережна резекція”, а чітко обмежене втручання з наперед визначеним моментом зупинки. Саме тут Triple-P найбільш вразливий до людського фактору.

Головна відмінність Triple-P від інших органозбережних підходів полягає в тому, що контроль закладається до першого розрізу. Метод не покладається на реакцію команди в критичний момент, а на те, що критичний момент буде менш гострим.

Це змінює психологію операції. Команда не “чекає, як піде”, а працює в межах заздалегідь прийнятого рішення. Саме ця філософія робить Triple-P привабливим – і водночас небезпечним, якщо її підмінюють вірою в техніку.

Triple-P показує найкращі результати в умовах:

- чітко локалізованої інвазії;
- стабільної гемодинаміки на старті;
- повної готовності команди до негайної ескалації;
- інфраструктури, що дозволяє керувати крововтратою.

У цих умовах метод справді може:

- зменшити обсяг крововтрати;
- уникнути негайної гістеректомії;
- зберегти керованість процесу.

Але важливо підкреслити: успіх тут завжди контекстний, а не відтворюваний “за протоколом”.

Найнебезпечніша сторона Triple-P – його привабливість. Він може створювати відчуття, що складна ситуація вже “взята під контроль”, навіть коли це не так.

Метод стає пасткою, коли:

- критерії відбору розмиті;
- деваскуляризація неповна;
- команда не готова визнати невдачу;
- радикальне рішення відкладається з надії, а не з розрахунку.

У таких умовах Triple-P не зменшує ризик, а відтерміновує катастрофу, роблячи її менш передбачуваною.

Triple-P не допускає “часткового виконання”. Або метод реалізований повністю, з усіма компонентами і резервами, або він не реалізований взагалі. Напівреалізація – найгірший сценарій, бо вона поєднує ризики органозбереження з відсутністю радикальної безпеки.

Це ще раз підкреслює: Triple-P – не технічний прийом. Це високимоглива стратегія, яка працює лише в сильній системі.

Однією з найбільш недооцінених тем є відповідальність за невдачу Triple-P. Коли метод не спрацьовує, це часто сприймається

як “ускладнення”. Насправді це передбачуваний ризик, який має бути прийнятий заздалегідь.

Етична чесність полягає в тому, щоб:

- проговорити можливість невдачі до операції;
- не сприймати перехід до гістеректомії як поразку;
- не намагатися “довести” метод ціною безпеки.

Triple-P є складною органозбережною стратегією, що поєднує планування, деваскуляризацію і контрольоване втручання. Його сила – у філософії контролю до початку операції, а слабкість – у високих вимогах до системи і команди. Метод працює лише в чітко визначених умовах і стає небезпечним, коли перетворюється на ілюзію безпеки.

Авторський підхід до органозберігаючого втручання: концепція тимчасової стабілізації.

### **Логіка методу**

Запропонований підхід до органозберігаючого втручання при PAS ґрунтується не на спробі відокремлення плаценти, а на тимчасовій стабілізації анатомічних і просторових взаємовідносин між маткою, плацентарним ложем і суміжними структурами.

Ключова ідея методу полягає в тому, що в окремих клінічних ситуаціях найбільшу загрозу становить не сама наявність плацентарної інвазії, а її механічна дестабілізація – передчасне або неконтрольоване відшарування з раптовою крововтратою.

Мета втручання – утримати ситуацію в контрольованому стані, а не “вирішити” її одномоментно.

### **Тампонада як засіб утримання, а не гемостазу**

На відміну від класичних уявлень про тампонаду як метод зупинки кровотечі, у цьому підході внутрішньоматкова тампонада розглядається насамперед як механізм профілактики відшарування.

Тампонада:

- стабілізує внутрішній об’єм матки;
- зменшує зсувні сили в зоні плацентарного прикріплення;

- перешкоджає раптовій зміні тиску, яка може спровокувати відшарування.

Таким чином, її функція є утримувальною, а не лише компресійною. Це принципова відмінність від класичних підходів.

### **Роль наповнення сечового міхура у візуалізації**

Другим ключовим елементом підходу є контрольоване наповнення сечового міхура з метою покращення просторової орієнтації в зоні нижнього сегмента матки.

У контексті PAS, особливо при підозрі на передню локалізацію інвазії, межі між маткою і сечовим міхуром можуть бути візуально та тактильно спотворені. Наповнення міхура дозволяє:

- чіткіше окреслити його контури;
- зменшити ризик ятрогенного ушкодження;
- підвищити впевненість у просторових орієнтирах під час маніпуляцій.

Важливо, що цей елемент не є допоміжним, а структурно вбудованим у концепцію безпеки.

### **Філософія методу: контроль замість втручання**

Запропонований підхід не претендує на універсальність і не розглядається як альтернатива радикальним методам у всіх випадках PAS. Його філософія – виграти час і простір, зберігаючи контроль над ситуацією, тоді як радикальне втручання залишається резервною, але не відкладеною опцією.

Це метод:

не для “перемоги над PAS”, а для утримання межі безпеки в окремо відібраних клінічних умовах.

### **Показання і межі застосування**

Підхід може розглядатися лише за умов:

- відсутності неконтрольованої крововтрати на момент прийняття рішення;
- чіткої готовності команди до негайної ескалації;

- попередньо обговореного сценарію переходу до радикального втручання;
- інформованої згоди пацієнтки на умовний, а не гарантований результат.

Метод не може застосовуватися як:

- спроба “виграти ще трохи” без плану;
- альтернатива при втраті анатомічних орієнтирів;
- засіб відтермінування неминучого радикального рішення без ресурсів.

### **Місце методу в сучасному спектрі органозбереження**

Запропонований підхід займає проміжне місце між: негайною радикалізацією, і тривалими стратегіями утримання.

Його цінність полягає не в технічній новизні, а в зміні акценту: від активного втручання – до стабілізації, від боротьби – до контролю.

### **Авторський коментар**

Цей метод не скасовує відповідальності хірурга. Навпаки – він її підсилює. Бо вимагає не технічної сміливості, а вміння вчасно зупинитися, втримати ситуацію і, за потреби, без зволікань перейти до радикального рішення.

## **10.4. Коли органозбереження – благо, а коли пастка**

Збереження матки при PAS часто сприймається як безумовне благо. Воно пов’язується з репродуктивним майбутнім, тілесною цілісністю, жіночою ідентичністю. Ці аргументи мають вагу. Але саме через це органозбереження легко стає емоційно зарядженою метою, яка починає впливати на клінічні рішення.

Проблема виникає тоді, коли цінність збереження підміняє оцінку ризику. Коли питання “чи безпечно?” поступається питанню “чи можна?”. У PAS ця підміна особливо небезпечна, бо біоло-

гія процесу не залишає простору для компромісів у критичний момент.

Оптимізм у хірургії може бути ресурсом. Але при PAS він легко переходить у пастку. Фрази на кшталт “спробуємо зберегти, а там подивимось” часто приховують відсутність чіткого плану відступу.

Надмірний оптимізм проявляється:

- у розширенні показань без зміни умов;
- у відтермінуванні радикального рішення;
- у спробах “витягнути” метод за межі його можливостей.

PAS не винагороджує оптимізм. Він винагороджує реалістичність.

Органозбереження має сенс тоді, коли воно:

- не збільшує ризик для життя;
- базується на чітких критеріях відбору;
- підтримується інфраструктурою і командою;
- має визначену межу зупинки.

У таких умовах збереження матки не є поступкою безпеці. Воно стає усвідомленим вибором, а не азартною грою.

Відмова від органозбереження часто сприймається як поразка – особиста, професійна, моральна. Але в контексті PAS це спотворене бачення.

Правильна відмова виглядає так:

- вона приймається вчасно, а не під тиском;
- вона озвучена чітко і без виправдань;
- вона спирається на заздалегідь проговорені межі.

Це рішення не руйнує довіру. Навпаки – воно її зберігає, бо ґрунтується на чесності.

Те, як команда говорить про органозбереження до операції, визначає сприйняття рішення після неї. Якщо збереження подається як головна мета, відмова виглядає як зрада. Якщо ж воно подається як умовна можливість, відмова сприймається як логічний крок.

Комунікація – це не додаток до стратегії. Це її частина.

Найкращим захистом від пасток органозбереження є чесність – перед пацієнткою, перед командою і перед собою. Чесність у ви-

знанні меж, у прийнятті ризиків, у готовності сказати “далі – небезпечно”.

PAS не карає за радикальність. Він карає за самообман.

Органозбереження при Placenta Accreta Spectrum може бути благом лише тоді, коли воно ґрунтується на чітких критеріях, підтримується ресурсами і має визначену межу. Без цього воно перетворюється на пастку надмірного оптимізму, яка збільшує ризик втрати контролю.

## Підсумок розділу X

Хірургічні стратегії при PAS не можуть оцінюватися поза контекстом. Гістеректомія, leaving placenta in situ та Triple-P є різними відповідями на одну й ту саму проблему – втрату межі між плацентою і маткою. Кожна стратегія має свою ціну, свої умови ефективності і свої пастки. Безпека визначається не вибором “м’якішого” підходу, а здатністю вчасно змінити стратегію і прийняти радикальне рішення, коли це необхідно.

## ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД І ДОВГОТРИВАЛІ НАСЛІДКИ

### 11.1. Ранній післяопераційний період: коли небезпека ще поруч

Момент ушивання рани часто сприймається як завершення головного етапу. Але при PAS це лише зміна фази. Те, що відбувається далі, рідко буває спокійним відновленням. Організм входить у стан глибокого виснаження, а система – у фазу підвищеної пильності.

Навіть при технічно ідеальному втручанні післяопераційний період залишається нестабільним. Крововтрата, яку вдалося зупинити, продовжує впливати на мікроциркуляцію. Гемостаз, який виглядає відновленим, може бути крихким. Гемодинамічна рівновага часто є умовною, підтримуваною інфузією, препаратами і постійним моніторингом.

У PAS післяопераційна “стабільність” ніколи не означає безпеки.

Ранній післяопераційний період при PAS – це час, коли організм вже пройшов межу адаптації. Він не мобілізується, а відновлюється з дефіциту. Цей стан проявляється не завжди очевидно.

Можуть зберігатися:

- прихована гіповолемія;
- порушення коагуляції;
- метаболічний ацидоз;
- транзиторна органна дисфункція.

Ці зміни не завжди потребують негайного втручання, але вони потребують уваги і часу. Ігнорування фізіології виснаження – одна з причин раптових погіршень через кілька годин після, здавалося б, успішної операції.

Найбільш небезпечним у ранньому післяопераційному періоді є відчуття полегшення. Коли кровотеча зупинена, показники вирівняні, команда починає “відпускати” ситуацію. Але PAS не любить поспіху навіть після кульмінації.

Передчасне зменшення моніторингу, швидке переведення з інтенсивної терапії, оптимістичні інтерпретації прикордонних показників можуть коштувати дорого. У PAS час працює хвилями: за фазою стабілізації може слідувати фаза декомпенсації.

Тому ранній післяопераційний період – це не відновлення, а продовження контролю.

Зупинка кровотечі не означає завершення проблеми з кров’ю. У ранньому післяопераційному періоді важливо розрізняти:

- активну крововтрату;
- відкладену кровотечу;
- наслідки вже втраченої крові.

Навіть без явної кровотечі можливе прогресування анемії, коагулопатії, порушень перфузії. Трансфузійна стратегія в цей період має бути не реактивною, а підтримувальною, з чітким розумінням, що “нормальні” цифри можуть бути оманливими.

У PAS питання звучить не “чи ще кровоточить?”, а “чи витримає організм те, що вже сталося?”

Тривалі операції, великі обсяги втручання, наявність сторонніх матеріалів, стратегії *in situ* – усе це створює підґрунтя для інфекційних ускладнень. Вони рідко проявляються негайно. Частіше – через кілька діб, коли увага вже знижена.

Ранній післяопераційний період – це час профілактики, а не очікування симптомів. Але профілактика не повинна перетворюватися на надмірність. Баланс між достатнім захистом і мінімізацією шкоди є тонким і потребує індивідуального підходу.

Після завершення операції команда не розпадається. Вона змінює форму. Анестезіолог, реаніматолог, акушер, середній персонал мають продовжувати працювати в єдиній логіці, обмінюючись інформацією і зберігаючи настороженість.

У PAS ранній післяопераційний період часто вирішує не менше,

ніж сама операція. Саме тут дрібні недооцінені сигнали можуть стати великими проблемами – або, навпаки, бути вчасно зупиненими.

У ранньому післяопераційному періоді при PAS моніторинг не зводиться до набору показників. Цифри важливі, але вирішальним є їхній рух у часі. Окреме значення має не абсолютне значення тиску, гемоглобіну чи лактату, а напрямок змін і швидкість, з якою вони відбуваються.

Особливу увагу привертають:

- нестійкі коливання гемодинаміки без явної причини;
- повільне “сповзання” показників у прикордонну зону;
- потреба у все більшій підтримці для збереження видимої стабільності.

У PAS стабільність, що тримається лише завдяки зовнішній підтримці, не є справжньою. Вона сигналізує про вичерпування резервів, а не про відновлення.

Рішення про переведення з відділення інтенсивної терапії є одним із найбільш відповідальних у післяопераційному періоді. При PAS спокуса “закрити складний випадок” і перевести пацієнтку якомога швидше є зрозумілою, але небезпечною.

Клінічні критерії переведення мають включати не лише:

- стабільні показники життєдіяльності,
- відсутність активної кровотечі,
- задовільні лабораторні значення, а й динамічну впевненість, що стабільність зберігатиметься без інтенсивної підтримки.

Якщо для утримання показників усе ще потрібні значні ресурси, переведення є передчасним – навіть якщо формально всі “галочки” проставлені.

У PAS ранні ознаки ускладнень часто є неспецифічними. Вони не виглядають драматично, але саме їх ігнорування призводить до раптової декомпенсації.

До таких сигналів належать:

- наростаюча тривожність або загальмованість без очевидної причини;
- непропорційна слабкість, яка не відповідає обсягу операції;

- незначні, але повторні епізоди кров'янистих виділень;
- погіршення діурезу без змін у гемодинаміці;
- субфебрилітет або нестабільна температура.

Ці ознаки рідко вимагають негайного радикального втручання. Але вони вимагають уваги. У PAS саме уважність до “дрібниць” часто відрізняє стабільний перебіг від кризи.

Ранній післяопераційний період при Placenta Accreta Spectrum вимагає не лише технічного моніторингу, а клінічного мислення, заснованого на динаміці, контексті та настороженості. Переведення, зменшення підтримки та оптимістичні інтерпретації мають відбуватися лише тоді, коли стабільність є внутрішньою, а не підтримуваною ззовні. У PAS дрібні сигнали мають велике значення – і саме вони дозволяють запобігти пізній катастрофі.

## 11.2. Органні ускладнення і функціональні наслідки

Пошкодження сечового міхура або сечоводів при PAS рідко є наслідком неухважності. Найчастіше це ціна спотвореної анатомії, у якій звичні орієнтири втрачені або зміщені. Інвазія плаценти, рубцева тканина, набряк і крововтрата створюють середовище, в якому навіть обережні маніпуляції можуть мати наслідки.

У ранньому післяопераційному періоді такі ушкодження не завжди проявляються одразу. Вони можуть маскуватися під загальну слабкість, біль або зниження діурезу. Саме тому настороженість має зберігатися навіть за відсутності явних ознак.

Функціональні наслідки можуть включати:

- транзиторні порушення сечовипускання;
- потребу в тривалішій катетеризації;
- відстрочені симптоми, що з'являються вже після виписки.

Ці ускладнення рідко загрожують життю, але суттєво впливають на відчуття завершеності лікування.

Після важких оперативних втручань при PAS увага зосереджена на життєво важливих функціях. У цьому контексті стан тазово-

го дна, м'язів і суглобів часто залишається на другому плані. Але саме тут формуються довготривалі функціональні обмеження.

Тривала операція, вимушене положення тіла, значна крововтрата і післяопераційна іммобілізація можуть призводити до:

- м'язової слабкості;
- болю в попереку і тазу;
- порушень постави і ходи.

Ці стани не є “ускладненнями” в класичному сенсі, але вони впливають на швидкість і повноту повернення до повсякденного життя.

Післяопераційний біль при PAS має іншу природу, ніж після стандартних акушерських втручань. Він часто є поєднанням:

- хірургічного болю;
- ішемічного компоненту;
- м'язового перенапруження;
- психоемоційної напруги.

Недооцінка болю призводить не лише до страждання, а й до функціональних наслідків: обмеження руху, порушення дихання, затримки відновлення. Водночас надмірна седація може маскувати важливі клінічні сигнали.

Тому знеболення при PAS є балансом між комфортом і настороженістю, а не просто зменшенням інтенсивності болю.

Після масивних втручань і трансфузій функція кишечника часто відновлюється повільніше, ніж очікується. Парез, здуття, зниження апетиту – поширені явища, які рідко сприймаються як серйозні проблеми, але мають накопичувальний ефект.

Порушення нутритивного статусу в цей період:

- уповільнює загоєння;
- знижує загальну витривалість;
- посилює відчуття виснаження.

Відновлення харчування і моторики кишечника є не допоміжним, а функціонально важливим етапом післяопераційного догляду.

Одним із найбільш недооцінених наслідків PAS є глибока, три-

вала втома. Вона не завжди корелює з лабораторними показниками і не зникає одразу після стабілізації.

Ця втома має багатофакторну природу:

- анемія;
- метаболічні зрушення;
- психологічне напруження;
- порушення сну.

Її часто сприймають як “нормальну після пологів”. Але після PAS вона є ознакою перенесеної межі, а не звичайного відновлення.

Оцінюючи результат лікування PAS, легко зосередитися на виживанні і відсутності гострих ускладнень. Але справжній результат формується з того, як жінка функціонує після виписки.

Функціональні обмеження, біль, порушення сечовипускання або тривала втома не завжди фіксуються в медичній документації. Але саме вони визначають, чи відчуває жінка завершеність лікування, чи продовжує жити в режимі відновлення без кінця.

Органні ускладнення і функціональні наслідки після PAS часто не є життєзагрозливими, але мають значний вплив на якість життя. Їх своєчасне виявлення і визнання дозволяють перейти від логіки “виживання” до логіки повноцінного відновлення. У PAS функція є не менш важливою за анатомію.

### **11.3. Психологічні наслідки: те, що не видно в епікризі**

Після PAS слово “успішно” звучить інакше. Медично воно означає збережене життя, контроль кровотечі, стабілізацію. Але для жінки це часто супроводжується відчуттям втрати, яке не завжди має чіткий об’єкт.

Втрата може стосуватися:

- матки – навіть якщо рішення було очікуваним і раціональним;
- уявлення про пологи, які мали бути іншими;
- відчуття контролю над власним тілом;
- образу “нормальної” вагітності та материнства.

Ці втрати не завжди усвідомлюються одразу. Вони можуть з'являтися фрагментарно, у вигляді коротких емоційних хвиль, які важко пояснити оточенню. І саме тому вони часто залишаються непроговореними.

Для жінок після PAS характерна емоційна амбівалентність: вдячність за врятоване життя може співіснувати з гнівом, сумом або відчуттям несправедливості. Ця суперечність часто лякає саму жінку більше, ніж оточення.

Важливо підкреслити: ці емоції не виключають одна одну. Вони не є ознакою психічного розладу. Вони є нормальною реакцією на надзвичайний досвід.

Спроби “вирівняти” емоції, нав'язати швидке прийняття або оптимізм можуть посилити внутрішню напругу, замість того щоб її зменшити.

Психологічні наслідки PAS часто мають відкладений характер. У перші тижні після операції домінує фізичне відновлення, догляд за дитиною, зовнішня мобілізація. Лише з часом, коли напруга спадає, з'являється простір для переживань.

Саме в цей період можуть виникати:

- нав'язливі спогади про операційну;
- тривожні сни або нічні пробудження;
- раптові хвилі страху без очевидної причини;
- уникання медичних тем або, навпаки, надмірне їх обговорення.

Ці реакції не завжди одразу пов'язуються з перенесеним PAS, що ускладнює їх розпізнавання і підтримку.

Не кожна жінка після PAS розвиває посттравматичний стресовий розлад. Але травматичний досвід присутній майже завжди. Він існує в спектрі – від короточасних реакцій до стійких симптомів.

Факторами ризику є:

- раптовість подій;
- відчуття втрати контролю;
- страх смерті;
- фрагментарна або відсутня комунікація під час події.

Важливо, що тяжкість психологічних наслідків не завжди корелює з тяжкістю клінічного перебігу. Навіть добре спланована і технічно бездоганна операція може залишити глибокий емоційний слід.

Одна з найбільш недооцінених форм профілактики психологічної травми – післяопераційна розмова. Не формальний епікриз і не перелік ускладнень, а спокійне пояснення того, що сталося і чому рішення були саме такими.

Ця розмова:

- повертає події логіку;
- зменшує почуття хаосу;
- допомагає інтегрувати досвід у життєву історію.

Її відсутність залишає жінку наодинці з фрагментами пам'яті, які вона змушена “додумувати” самостійно.

Психологічна підтримка після PAS не обов'язково означає тривалу терапію. Для багатьох жінок достатньо:

- визнання складності пережитого;
- дозволу говорити про змішані почуття;
- розуміння, що їхні реакції нормальні.

Медична команда не зобов'язана бути психотерапевтами. Але вона має бути людиною і уважною до того, що виходить за межі соматики. У PAS це є продовженням лікування, а не окремою опцією.

Психологічні наслідки після Placenta Accreta Spectrum часто залишаються поза межами медичної документації, але суттєво впливають на відновлення і якість життя. Амбівалентні емоції, відкладені реакції і травматичний досвід є нормальними відповідями на екстремальну ситуацію. Своєчасна комунікація і визнання цього досвіду зменшують ризик тривалих наслідків і допомагають інтегрувати пережите.

## 11.4. Довготривалі наслідки і якість життя

Питання майбутньої фертильності після PAS завжди стоїть особливо гостро – навіть тоді, коли вона вже втрачена об'єктивно. Піс-

ля гістеректомії це питання не зникає, а змінює форму. Воно переходить із площини можливостей у площину усвідомлення втрати.

Навіть жінки, які не планували більше вагітностей, можуть зіштовхуватися з пізнім відчуттям порожнечі або незавершеності. Це не завжди пов'язано з бажанням мати ще одну дитину. Частіше – з втратою вибору як такого.

Після органозбережних стратегій репродуктивна перспектива залишається відкритою, але наповненою тривогою. Страх повторення, невпевненість у тілі, настороженість до будь-яких симптомів часто супроводжують жінку роками. Майбутня вагітність, якщо вона настає, сприймається не як природний процес, а як потенційна загроза.

Навіть після повного фізичного відновлення тіло “пам’ятає” перенесений досвід. Ця тілесна пам’ять може проявлятися у вигляді:

- підвищеної чутливості до болю;
- страху медичних втручань;
- напруги при гінекологічних оглядах;
- відчуття вразливості власного тіла.

Зміни в самоідентифікації часто відбуваються непомітно. Жінка може більше не сприймати себе як “здорову”, навіть за відсутності об’єктивних проблем. Вона стає обережнішою, інколи – замкненішою, інколи – надмірно пильною до сигналів тіла.

Це не патологія. Це адаптація до досвіду, який перевищив очікуване.

Повернення до звичного життя після PAS рідко буває лінійним. Воно відбувається хвилями: періоди енергії змінюються періодами виснаження, оптимізм – раптовими сумнівами.

Часто жінка стикається з незрозумінням з боку оточення. Зовні “все добре”, але всередині процес ще триває. Це створює додатковий тиск – потребу відповідати очікуванням, демонструвати відновлення тоді, коли воно ще не завершено.

Довготривале відновлення після PAS – це не слабкість. Це відображення масштабу пережитого.

Досвід PAS впливає не лише на жінку, а й на її найближче ото-

чення. Партнер, родина, інколи старші діти також проходять через власний процес адаптації. Нерідко саме вони першими “відпускають” подію, тоді як жінка ще перебуває всередині неї.

Різниця темпів відновлення може створювати напругу, яку складно пояснити словами. Саме тому відкритий діалог і визнання різних реакцій у сім’ї мають значення не менше, ніж медичний супровід.

У довготривалій перспективі саме якість життя, а не відсутність ускладнень, стає головним критерієм успішності лікування PAS. Вона формується з багатьох складових:

- фізичної витривалості;
- відсутності хронічного болю;
- психологічної стабільності;
- здатності планувати майбутнє без постійного страху.

Медична система рідко оцінює ці параметри формально. Але саме вони визначають, чи став перенесений PAS частиною життєвого досвіду, чи залишився незавершеною травмою.

Довготривалі наслідки Placenta Accreta Spectrum виходять далеко за межі операційної і раннього післяопераційного періоду. Вони впливають на репродуктивну перспективу, самоідентифікацію, сімейні стосунки і якість життя. Визнання цих наслідків і готовність супроводжувати жінку після завершення гострого лікування є ознакою зрілої, відповідальної медицини.

## Підсумок розділу XI

Післяопераційний період при PAS є тривалим процесом, у якому рання стабілізація, функціональне відновлення і психологічна адаптація тісно пов’язані між собою. Виживання є лише першим кроком. Справжнім результатом лікування стає здатність жінки повернутися до життя без постійного відчуття загрози і втрати.

## ПОМИЛКИ, ЯКИХ МОЖНА УНИКНУТИ: УРОКИ PAS

### 12.1. Помилка недооцінки: “це ще не PAS”

Найпоширеніша помилка при PAS починається з бажання бути обережним. Обережність виглядає як стриманість у формулюваннях, як відмова від “гучних” діагнозів, як надія, що ситуація виявиться простішою. Але саме тут PAS і виграє.

Типова клінічна ситуація виглядає знайомо: вагітність після кесаревого розтину, переднє прикріплення плаценти, кілька непрямих ультразвукових ознак. Формулювання – “placenta previa?”, “ознаки accreta під питанням”. Рішення – спостереження, динаміка, контроль у пізніші терміни.

Формально – усе правильно. Фактично – ризик не інтегрований у планування.

Ключова помилка полягає не в тому, що PAS не назвали одразу. А в тому, що сценарій PAS не був прийнятий як можливий. Команда продовжує мислити в логіці стандартних пологів, а не потенційної катастрофи.

У результаті:

- пологи починаються спонтанно;
- ресурси збираються в процесі;
- рішення приймаються під тиском часу.

PAS не вимагає абсолютної діагностичної впевненості.

Він вимагає раннього прийняття ризику.

## 12.2. Помилка надмірної віри в візуалізацію

Сучасна візуалізація створила відчуття, що ми “бачимо” PAS. Але бачення не дорівнює контролю. Одна з найтонших помилок – підміна клінічного мислення зображенням.

Клінічний приклад виглядає так:

MPT не демонструє явної інвазії за межі міометрія. УЗД без грубих маркерів. Висновок – “ймовірно, обмежена форма”. План – обережне органозбереження, мінімальна команда, стандартна підготовка.

Операційна швидко руйнує цей оптимізм.

Проблема не в помилці методу.

Проблема в неправильному використанні результату.

Візуалізація показує структуру, але не показує:

- судинну реактивність;
- резерви гемостазу;
- швидкість втрати контролю.

Коли команда починає вірити не в сценарій, а в картинку, вона знижує готовність. І PAS користується цим.

Правильне питання не: “Наскільки глибока інвазія?” а: “Що ми будемо робити, якщо все піде гірше, ніж виглядає?”

## 12.3. Помилка організації: правильна операція в неправильному місці

Ця помилка рідко формулюється вголос, але часто визначає результат. Йдеться про ситуації, коли складне втручання виконується там, де система не здатна його підтримати.

Типова аргументація знайома:

- “у нас досвідчений хірург”;
- “переводити пізно”;
- “раніше справлялися”.

Але PAS не оцінює досвід окремої людини. Він перевіряє систему цілком.

Клінічно це виглядає як:

- затримка з компонентами крові;
- відсутність резервної бригади;
- неможливість швидкої ескалації;
- обмежений післяопераційний супровід.

У результаті правильне хірургічне рішення реалізується в умовах, де кожен збій множитьсся.

PAS не “переїжджає” разом із хірургом. Він завжди перевіряє місце.

## 12.4. Помилка затягування рішення: “ще одна спроба”

Ця помилка майже ніколи не виглядає як помилка в моменті. Вона маскується під обережність, під професійну витримку, під бажання “не поспішати з радикальністю”. Саме тому вона одна з найнебезпечніших.

Типова клінічна ситуація розгортається поступово.

Крововтрата значна, але ще контрольована. Поле складне, але орієнтири зберігаються. З’являється думка: ще один шов, ще одна спроба локального гемостазу, ще кілька хвилин.

Кожна окрема дія виглядає логічною.

Проблема в тому, що сума логічних дій не завжди дає логічний результат.

### Клінічний приклад

Після розродження і спроб органозбережного підходу крововтрата наростає хвилями. Команда послідовно застосовує локальні методи контролю. Гемодинаміка підтримується. Анестезіолог повідомляє про зростаючу потребу в трансфузії, але показники ще “в межах”.

Рішення про радикалізацію відкладається – не тому, що воно не розглядається, а тому, що кожна наступна хвилина здається шансом уникнути його.

У момент, коли рішення все ж приймається, анатомія вже зруйнована, коагулопатія наростає, резерви вичерпані. Те, що могло бути контрольованою радикальністю, перетворюється на вимушену боротьбу.

### **Суть помилки**

Помилка полягає не в самій спробі органозбереження.

І не в радикальному рішенні.

Помилка – у втраті моменту переходу.

PAS не залишає великого коридору для маневру. Він вимагає чіткого усвідомлення, що:

- контроль не дорівнює відсутності проблем;
- стабільність може бути підтримуваною, а не внутрішньою;
- кожна хвилина має ціну.

Коли рішення відкладається не з розрахунку, а з надії, воно починає працювати проти команди.

### **Психологія “ще однієї спроби”**

В основі цієї помилки часто лежить не клінічна логіка, а людський фактор:

- небажання приймати незворотне рішення;
- страх виглядати надто радикальним;
- внутрішній тиск очікувань – пацієнтки, колег, власних.

Ці мотиви зрозумілі. Але PAS не враховує мотивів.

Він реагує лише на час і фізіологію.

### **Як виглядає правильна альтернатива**

У зрілих командах момент переходу до радикальної тактики:

- обговорюється до операції;
- має чіткі критерії;
- не сприймається як поразка.

Фраза “далі – небезпечно” звучить вчасно, а не після виснаження.

Радикальне рішення стає актом контролю, а не емоційною реакцією.

PAS навчає, що найнебезпечнішою є не радикальність, а запізнена рішучість.

“Ще одна спроба” має сенс лише тоді, коли за нею стоїть план. Без плану вона стає шляхом до втрати керованості.

## 12.5. Помилка романтизації органозбереження

Органозбереження при PAS легко стає символом “правильного” рішення. Воно звучить привабливо, виглядає гуманно, відповідає очікуванням жінки і часто – внутрішнім цінностям лікаря. Саме тому органозбереження має схильність до романтизації – перетворення складної, умовної стратегії на моральний орієнтир.

У цій точці клінічне мислення починає зміщуватися. Питання “чи безпечно?” непомітно поступається питанню “чи можна зберегти?”. І саме тут PAS перестає бути патологією, а стає іспитом на тверезість.

### Клінічний приклад

Жінка молода, перша вагітність, довгоочікувана. Діагноз PAS підтверджений, але без ознак масивної інвазії за даними візуалізації. Команда з самого початку налаштована на органозбережний підхід. Цей настрій проговорений, очікування сформовані, пацієнтка тримається за цю можливість як за єдиний “хороший” сценарій.

Під час операції з’являються труднощі, але кожна з них інтерпретується як тимчасова. Радикальне рішення відсувається, бо воно вже сприймається не як опція, а як провал задуму.

У підсумку органозбереження все одно не вдається. Але момент для контрольованої радикалізації втрачений, і наслідки виявляються важчими, ніж могли бути.

### Суть помилки

Романтизація органозбереження полягає не в самому бажанні зберегти матку. Вона полягає в тому, що:

- органозбереження починає сприйматися як єдиний “правильний” шлях;

- відмова від нього – як поразка;
- радикальне рішення – як крайній і небажаний сценарій, який треба уникати будь-якою ціною.

У PAS така ієрархія рішень є небезпечною. Бо біологія процесу не визнає моральних пріоритетів.

### **Коли органозбереження стає пасткою**

Органозбереження перетворюється на пастку, коли:

- критерії його застосування розмиті;
- межа зупинки не проговорена;
- успіх методу ототожнюється з професійною спроможністю команди;
- рішення починають прийматися для “доведення”, а не для безпеки.

У цій ситуації навіть об’єктивні сигнали небезпеки можуть ігноруватися або знецінюватися, бо вони заважають бажаному сценарію.

### **Роль очікувань жінки**

Окрему складність створюють очікування пацієнтки. Коли органозбереження подається як головна надія, жінка емоційно інвестує в цей сценарій. У такому разі будь-яка зміна плану переживається як зрада або помилка команди.

Це не означає, що з жінкою не слід говорити про можливість органозбереження. Це означає, що мова має бути умовною, а не обіцянковою. Органозбереження – можливість, а не гарантія і не мета за будь-яку ціну.

### **Як виглядає зрілий підхід**

Зрілий підхід до органозбереження при PAS передбачає:

- чітке проговорення умов і меж;
- рівну вагу всіх стратегій без моральної ієрархії;
- готовність відмовитися від плану без почуття провини.

У такій логіці гістеректомія не є “поразкою”, а органозбережен-

ня – не є “перемогою”. Обидва варіанти є інструментами безпеки, застосовними в різних умовах.

PAS навчає, що органозбереження є цінністю лише тоді, коли воно не стає ідеологією. Романтизація методу знижує здатність команди бачити реальність.

У PAS виграє не той, хто зберіг орган, а той, хто вчасно зберіг контроль.

## **12.6. Помилка мовчазної операційної: коли команда не говорить вголос**

У складних операціях існує момент, коли техніка відходить на другий план, а вирішальним стає колективне мислення. При PAS цей момент настає рано. Але одна з типових помилок – операційна, у якій всі бачать проблему, але ніхто не формулює її вголос.

Мовчання в операційній часто виглядає як зосередженість. Насправді воно може бути ознакою того, що:

- кожен розуміє ризик, але не хоче першим його озвучити;
- молодші члени команди не відчують права говорити;
- лідер операції не створив простір для обговорення.

PAS не залишає місця для такого мовчання. Він вимагає, щоб рішення народжувалися вголос і колективно.

### **Клінічний приклад**

Під час операції стає очевидним, що інвазія глибша, ніж очікувалося. Асистенти це бачать. Анестезіолог фіксує наростання потреби у трансфузії. Але основний хірург продовжує обрану тактику, не отримуючи зворотного зв'язку.

Ніхто не каже:

“Ми втрачаємо межі.”

“Потрібно переходити до іншого плану.”

“Час міняти стратегію.”

Момент для спільного рішення проходить. Коли слова нарешті з'являються, ситуація вже в іншій фазі – реактивній, а не контрольованій.

### **Суть помилки**

Помилка полягає не в неправильному рішенні. А в тому, що рішення приймається наодинці, хоча ситуація потребує командного мислення.

PAS – це не індивідуальний вид спорту. Це командний виклик.

Коли команда мовчить, вона втрачає одну з найважливіших функцій – корекцію курсу в реальному часі.

### **Причини мовчання**

Мовчазна операційна рідко є випадковою. Вона формується через:

- ієрархічну культуру;
- страх виглядати некомпетентним;
- звичку “не заважати хірургу”;
- відсутність попереднього обговорення сценаріїв.

Ці фактори є системними, а не індивідуальними. Але саме вони визначають, чи зможе команда вчасно змінити траєкторію.

### **Як виглядає інша модель**

У командах, які регулярно працюють з PAS, існує інша культура:

- сценарії обговорюються до операції;
- право сказати “стоп” є у кожного;
- рішення формулюються вголос;
- зміна плану не сприймається як слабкість.

У такій операційній не лише працюють руки.

Там працює колективний мозок.

PAS навчає, що тиша в операційній може бути небезпечнішою за технічну складність. Команда, яка не говорить, втрачає здатність мислити разом.

У PAS виживають не найсміливіші, а найбільш комунікативно зрілі команди.

## 12.7. Помилка запізної комунікації з жінкою

При PAS рішення часто змінюються швидко. Сценарії переглядаються. Плани, сформовані за тижні до операції, можуть втратити актуальність за кілька хвилин. Але одна з типових помилок полягає в тому, що жінка дізнається про зміну плану вже після того, як все сталося.

Формально це виправдано: під час операції немає можливості для нових дискусій. Але психологічно це створює розрив між пережитою подією і її розумінням.

Жінка пам'ятає одні слова, а прокидається в реальності іншого результату.

### Клінічний приклад

До операції обговорювалася можливість органозбереження. Вона була подана як реалістична. Жінка трималася за цей сценарій. Під час втручання інвазія виявилася глибшою, і команда перейшла до гістеректомії.

Медично – правильне рішення.

Комунікативно – розрив.

Коли жінка прокидається і дізнається, що матки більше немає, вона переживає не лише втрату органу. Вона переживає втрату контролю над власною історією. Їй здається, що з нею “щось зробили”, а не що рішення було прийняте для її безпеки.

### Суть помилки

Помилка полягає не в самій зміні плану.

А в тому, що зміна не була підготовлена комунікативно.

Коли органозбереження обговорюється як майже гарантований результат, відмова від нього виглядає як неочікувана і болюча подія. Коли ж воно подається як умовна можливість, а не обіцянка, зміна сценарію переживається інакше.

Мова, яка формує сприйняття.

Фрази:

- “Ми спробуємо зберегти матку” і
- “Ми розглядаємо можливість збереження матки, але будемо діяти так, як вимагатиме безпека” звучать подібно. Але емоційно вони створюють різні світи.

PAS особливо чутливий до нюансів мови. Бо він стосується не лише тіла, а й майбутнього.

### **Післяопераційна розмова**

Запізніла або формальна післяопераційна розмова підсилює травму. Натомість своєчасне, спокійне пояснення:

- що саме сталося;
- чому було прийняте рішення;
- що це означає для майбутнього, дозволяє жінці повернути події логіку.

Ця розмова не потребує довгих промов. Вона потребує чесності без виправдань.

PAS навчає, що комунікація з жінкою є частиною хірургічної стратегії.

Запізніла або надто оптимістична мова створює додаткову травму.

У PAS слова мають таку ж вагу, як і шви.

## **12.8. Помилка “усе позаду” після ушивання**

Є момент, який майже фізично відчувається в операційній: останній шов, фінальний підрахунок інструментів, зниження напруги в голосах. Команда ніби переходить внутрішню межу – найстрашніше позаду.

І саме тут виникає одна з підступних помилок PAS – передчасне завершення пильності.

У більшості хірургічних втручань це відчуття виправдане. Але PAS не завершується ушиванням. Він лише переходить у фазу, де небезпека стає менш видимою – але не менш реальною.

### **Клінічний приклад**

Операція завершена технічно бездоганно. Кровотеча зупинена. Гемодинаміка підтримується. Пацієнтку переводять у післяопераційну палату з відчуттям виконаного завдання.

Через кілька годин з'являються перші дрібні сигнали: легка тахікардія, незначне зниження тиску, зменшення діурезу. Вони інтерпретуються як нормальні після великого втручання. Моніторинг зменшують. Реакція запізнюється.

Проблема не в ускладненні. Проблема в тому, що його очікували менше, ніж слід було.

### **Суть помилки**

Помилка полягає в психологічному переході:  
“операція закінчилась” – “небезпека минула”.

При PAS правильний перехід інший:

“операція закінчилась” – “контроль переходить у нову фазу”.

Коли команда несвідомо «відпускає» ситуацію, система втрачає ще одну лінію захисту.

### **Чому це трапляється**

- виснаження команди;
- емоційне полегшення;
- бажання “закрити випадок”;
- рутинне мислення після нерутинної події.

Це людські фактори. Але PAS завжди перевіряє саме людський фактор.

PAS навчає, що завершення операції – це не фінал, а зміна режиму роботи. Передчасне відчуття завершеності створює вікно ризику.

Контроль має згасати повільніше, ніж емоційна напруга.

## 12.9. Помилка ігнорування психологічних наслідків

Після великих акушерських операцій медична система звикла оцінювати результат у фізичних категоріях: живі, стабільні, без ускладнень. Але PAS залишає після себе не лише рубець у тілі. Він залишає слід у пам'яті.

І одна з типових помилок – вважати, що якщо фізично все відновлюється, то інше «саме мине».

### Клінічний приклад

Жінка після PAS виписана в задовільному стані. Дитина поруч. Родина щаслива. Медична документація закрита.

Через кілька місяців вона повертається до гінеколога – не зі скаргами, а з запитанням: “Чому я досі не можу спокійно згадувати той день?”

Вона не має діагнозу. Але має незавершений досвід.

### Суть помилки

Помилка не в тому, що не призначена психотерапія.

Помилка – у відсутності визнання того, що психологічні наслідки можливі й очікувані.

Коли команда не говорить про це, жінка часто:

- соромиться своїх реакцій;
- вважає їх «невдячністю»;
- переживає їх наодинці.

### Мінімальна, але вирішальна дія

Достатньо однієї фрази в правильний момент:

“Після таких операцій багато жінок ще довго переживають те, що сталося. Якщо це буде і з вами – це нормально, і ми можемо допомогти.”

Це не терапія. Це відкриті двері.

PAS навчає, що результат лікування вимірюється не лише гемоглобіном і швами. Ігнорування психологічних наслідків залишає лікування незавершеним.

## 12.10. Помилка відсутності рефлексії

Найтихіша, але системно небезпечна помилка – коли випадок PAS завершився, а система нічого з нього не винесла.

Немає розбору.

Немає командного аналізу.

Немає змін у маршрутах, підготовці, сценаріях.

Кожен наступний PAS тоді починається «з нуля».

PAS – це рідкісний, але високоризиковий виклик. Система, яка не рефлексує після PAS, приречена повторювати ті самі помилки.

## 12.11. Узагальнений урок PAS

Усі перелічені помилки мають різну форму.

Але спільну природу.

Вони виникають там, де:

- ризик недооцінений;
- рішення відкладаються;
- команда не говорить;
- система не готова;
- людина лишається без пояснення.

PAS не прощає не технічної недосконалості. Він не прощає відсутності готовності мислити наперед.

## Підсумок розділу XII

Placenta Accreta Spectrum є клінічним викликом, але ще більше – викликом системі мислення. Більшість помилок при PAS виникають не через незнання, а через недооцінку, мовчання, відкладені рішення і передчасне розслаблення. Усвідомлення цих уроків дозволяє змінити не лише тактику операцій, а культуру допомоги в цілому.

## ЮРИДИЧНІ ТА ЕТИЧНІ ЗОНИ РИЗИКУ

### 13.1. Типові експертні претензії

PAS має дивну властивість: у реальному часі він виглядає як ситуація з багатьма невідомими, а в експертному кабінеті – як історія, де «все було очевидно».

Хірург працює в умовах:

- неповної інформації;
- змінної анатомії;
- тиску часу;
- фізіології, що може змінитися за хвилини.

Експерт працює з:

- завершеним протоколом;
- відомим фіналом;
- можливістю багаторазового аналізу;
- відсутністю часової загрози.

Це різні логіки. І PAS особливо чітко оголює цю різницю.

В історії хвороби залишаються:

- рубець на матці;
- переднє прикріплення плаценти;
- УЗД із «підозрою»;
- опис складної операції;
- значна крововтрата;
- гістеректомія.

Для експерта це часто складається в лінійну історію:

«Ознаки були – ризик був – рішення мало бути іншим».

У реальній клініці:

- «підозра» не дорівнює діагнозу;
- маркери можуть бути непевними;

- система не дозволяє централізувати всіх сумнівних випадків;
- рішення приймаються в умовах ресурсних обмежень.

Юридична логіка прагне визначеності. Клінічна логіка PAS живе у ймовірностях.

Найчастіші формули:

- «Несвоечасно встановлено діагноз PAS.»
- «Недостатня підготовка до крововтрати.»
- «Необґрунтована зміна тактики під час операції.»
- «Відсутня належна інформована згода.»

Формально ці зауваження логічні. Але вони часто ігнорують внутрішню невизначеність PAS.

PAS не дає абсолютного знання. Він змушує діяти в умовах неповного бачення.

Експерт знає фінал. Тому попередні ознаки автоматично здаються очевидними. Це феномен ретроспективної впевненості.

У PAS це особливо небезпечно, бо:

- діагностика не має 100% точності;
- інтраопераційна картина змінюється;
- тактика може еволюціонувати під час втручання.

Юридична модель прагне однозначності. Клінічна модель PAS – адаптивна.

Навіть у провідних центрах:

- діагноз може змінюватися інтраопераційно;
- маркери не завжди корелюють із глибиною інвазії;
- рішення приймаються ситуативно.

Це не помилка лікаря. Це властивість патології.

Більшість експертних претензій при PAS виникають через зіткнення двох логік:

- клінічної логіки дії в умовах невизначеності;
- юридичної логіки оцінки з відомим результатом.

Розуміння цієї різниці – ключ до зменшення конфліктів між медициною і правом.

## 13.2. Де помиляється система, а не лікар

PAS – це патологія, яка вимагає не лише правильного рішення, а правильного простору для його реалізації. І одна з ключових системних помилок – коли жінка з високим ризиком PAS залишається в закладі, який не має повного спектра можливостей для ведення такої ситуації.

Найчастіше це відбувається не через недбалість, а через:

- непевність діагностичних маркерів;
- відсутність чітких регіональних критеріїв скерування;
- переважаність центрів вищого рівня;
- логістичні обмеження.

У результаті рішення лікаря ухвалюється в умовах, які вже містять у собі ризик, створений системою.

PAS не перевіряє лише клінічну компетентність. Він перевіряє маршрут пацієнтки.

У теорії будь-який PAS має вестися там, де доступні:

- достатні запаси компонентів крові;
- багатопрофільна хірургічна команда;
- реанімація високого рівня;
- можливість швидкої ескалації.

У реальності ресурси нерівномірні.

І лікар часто змушений планувати тактику, виходячи не лише з клінічної доцільності, а й з того, що реально доступно.

Юридична оцінка рідко враховує цей вимір.

Але саме він визначає, чи могла система виконати «ідеальний сценарій», який з'являється у висновках експертизи.

У зрілих акушерських системах PAS концентрується в обмеженій кількості центрів. Це створює:

- накопичення досвіду;
- стандартизовані сценарії;
- постійно готові команди.

У системах, де такої централізації немає, PAS розподіляється випадково.

І кожна команда змушена «вчитися на місці», часто в умовах рідкісної події.

Це не провина лікаря. Це структурна вразливість системи.

PAS – це випадок, де результат залежить від ланцюга:

- антенатальний скринінг;
- консультаційний рівень;
- рішення про місце розродження;
- підготовка ресурсів;
- хірургічна тактика;
- післяопераційний супровід.

Помилка на будь-якому етапі змінює контекст для наступного.

Але експертна оцінка часто фокусується лише на останньому лікарі в ланцюгу.

У PAS індивідуальна відповідальність існує.

Але ще більша – відповідальність системи, яка визначає, в яких умовах працює лікар.

Більшість юридичних конфліктів при PAS виникають там, де система:

- не створила чіткої маршрутизації;
- не забезпечила рівного доступу до ресурсів;
- не централізувала рідкісні випадки;
- не розподілила відповідальність по ланцюгу.

У таких умовах лікар змушений приймати рішення в обмеженому полі можливостей. І саме це поле має бути предметом системної, а не персональної оцінки.

### 13.3. Інформована згода при PAS

У більшості клінічних ситуацій інформована згода – це пояснення процедури, ризиків і підпис. Але PAS не вкладається в цю модель. Бо тут немає одного визначеного сценарію. Є кілька можливих шляхів, які можуть змінюватися вже під час операції.

Стандартна фраза «планується кесарів розтин» у PAS насправді приховує спектр можливостей:

- від відносно контрольованої операції;
- до масивної кровотечі;
- до ургентної гістеректомії;
- до потреби реанімаційної підтримки.

Жінка підписує згоду на «кесарів розтин». А прокидається після зовсім іншої за масштабом події.

Саме тут виникає головний юридично-етичний розрив.

Пояснити PAS – означає говорити про можливість катастрофи, не перетворюючи вагітність на джерело постійного страху. Це тонка межа.

Типова помилка – дві крайності:

- або надто оптимістична мова: «Ми все зробимо, не хвилюйтеся»;
- або надмірно драматична: «Є ризик втрати матки і крововтрати».

Перша створює хибне відчуття гарантії. Друга – паралізує жінку страхом.

Зріла комунікація звучить інакше:

«Є стан, який може ускладнити операцію.

Ми готуємося до всіх сценаріїв.

Остаточні рішення іноді доводиться приймати під час втручання – для безпеки вашого життя.»

Це не обіцянка. Це пояснення логіки майбутніх рішень.

Усвідомлена згода при PAS – це не коли жінка «знає всі деталі».

Це неможливо. Це коли вона:

- розуміє, що ситуація може змінитися;
- знає, що головний пріоритет – її життя;
- усвідомлює, що матку можуть не зберегти;
- погоджується на рішення, які можуть прийматися без додаткового запиту під час операції.

Це згода на принцип, а не на конкретний обсяг втручання.

Саме цей момент найчастіше відсутній у документації – і стає слабким місцем у експертизах.

Одна з небезпечних зон – мова лікаря, який хоче підтримати.

Фрази:

- «Ми зробимо все, щоб зберегти матку»
  - «Спробуємо уникнути радикальної операції»
- можуть звучати як співчуття.

Але в юридичній і психологічній площині вони легко перетворюються на сприйняту обіцянку.

Після зміни плану жінка може переживати це як порушення домовленості, навіть якщо клінічно рішення було єдино правильним.

Зріла позиція лікаря – говорити про умови, а не про гарантії.

Найважливіший урок PAS полягає в тому, що згода формується:

- під час першої консультації;
- під час повторних обговорень;
- у відповіді на запитання жінки;
- у поясненні, чому її скеровують у конкретний заклад;
- у фінальній передопераційній розмові.

Підпис – лише фінальна точка. Якщо до неї не було процесу – документ стає формальністю, а не захистом.

Інформована згода при PAS – це згода на невизначеність під контролем професійної команди. Її мета – не перелічити всі можливі втручання, а пояснити логіку: у критичний момент рішення прийматимуться для збереження життя.

Коли це проговорено – змінена тактика не виглядає зрадою.

Вона виглядає виконанням домовленості.

### **13.4. Документація PAS: писати для лікування чи для суду?**

Історія ведення PAS – це не лише опис подій. Це слід логіки рішень. Саме цей слід потім читає експерт. І саме тут часто виникає розрив: команда діяла правильно, але не залишила письмового пояснення, чому саме так.

У клінічному моменті багато рішень здаються очевидними. Але через місяць або рік вони потребують реконструкції. Якщо документація цього не дозволяє – виникає простір для припущень.

PAS вимагає документувати не лише що зробили, а й чому зробили саме це.

Найчастіше в історіях PAS відсутні:

- опис ступеня діагностичної невизначеності;
- аргументація вибору місця розродження;
- зафіксоване обговорення сценаріїв із жінкою;
- момент переходу від органозбережної тактики до радикальної;
- внутрішньокомандні консультації під час операції.

У результаті експерт бачить лише «різку зміну плану», але не бачить поступового наростання підстав для рішення.

PAS – одна з небагатьох ситуацій, де інтраопераційний діагноз може відрізнитися від передопераційного. Це нормально. Але якщо це не зафіксовано – виглядає як непередбачена помилка.

Ключові моменти, які мають бути відображені:

- що очікувалося до втручання;
- що побачили інтраопераційно;
- які ознаки змінили первинну тактику;
- хто був залучений до ухвалення рішення;
- у який момент прийнята радикалізація.

Це не «писати для суду».

Це зберегти правду клінічного процесу.

У PAS крововтрата завжди буде великою. Але різниця між контрольованою і неконтрольованою – принципова. Саме тому важливо:

- фіксувати динаміку крововтрати;
- зазначати відповідь на терапію;
- відображати комунікацію з анестезіологом;
- показувати, що ситуація була під моніторингом.

Коли цього немає, експерт бачить лише цифру «2000–3000 мл» і запитує:

«Чому допустили?»

А коли є динаміка – видно, що крововтрата розвивалася всупереч контролю, а не через його відсутність.

Останній слабкий фрагмент – відсутність післяопераційного пояснення для пацієнтки. Якщо в історії немає запису про розмову, пояснення рішення, емоційний стан жінки – для експерта це виглядає як відсутність комунікації.

Короткий запис:

«Після операції пацієнтці пояснено перебіг втручання, причини зміни тактики, прогноз. Питання задоволені.»

може мати величезне значення через рік.

Документація PAS має відображати не лише події, а еволюцію клінічного мислення. Коли це зроблено – експерт бачить логіку.

Коли ні – він змушений її реконструювати сам.

І саме тут народжуються юридичні конфлікти.

### 13.5. Етична межа радикальних рішень

У класичній етиці медицини ключовим є принцип автономії пацієнта – право вибору. Але PAS створює ситуації, де вибір може існувати лише формально.

Коли розвивається неконтрольована кровотеча, часу на додаткові пояснення вже немає. Рішення приймається негайно. І саме тут виникає етична напруга: хто має право приймати рішення, коли пацієнтка не може його прийняти сама?

Відповідь у PAS проста, але важка: той, хто несе відповідальність за життя.

Це не привілей лікаря. Це його тягар.

Гістеректомія при PAS – це завжди перетин двох цінностей:

- збереження життя;
- збереження фертильності.

У більшості клінічних ситуацій медицина намагається не ставити ці цінності в конфлікт. Але PAS інколи робить цей конфлікт неминучим.

Етична помилка – намагатися уникнути рішення.

Етична зрілість – визнати, що: коли збереження органу ставить під загрозу життя, орган перестає бути пріоритетом.

Це не означає знецінення материнства. Це означає ієрархію безпеки. У добре організованій системі рішення про радикальну зміну тактики:

- не є одноосібним імпульсом;
- спирається на командну згоду;
- має заздалегідь проговорені критерії.

Але навіть тоді хтось має сказати фінальне слово.

І цим хтось є відповідальний хірург.

Етична проблема виникає не тоді, коли лікар бере на себе це рішення. А тоді, коли він намагається уникнути цієї ролі, перекладаючи відповідальність на випадок або час.

PAS вимагає лідерства.

Не авторитарності – а готовності взяти відповідальність у критичну хвилину.

В акушерській культурі довго існувала героїчна модель: «боротися до кінця за орган». У PAS така модель може стати небезпечною.

Героїзм, який:

- ігнорує межу фізіології;
- відсуває радикальне рішення;
- підміняє розрахунок волею, перетворюється з чесноти на ризик.

Етична зрілість PAS – це здатність вчасно сказати: «Далі я не маю права ризикувати вашим життям».

Етичне рішення не завершується в операційній. Воно продовжується в тому, як лікар пояснює його жінці після втручання.

Якщо лікар:

- говорить відкрито;
- не виправдовується;
- пояснює логіку;
- визнає складність ситуації, жінка може інтегрувати подію як важке, але зрозуміле рішення.

Якщо лікар уникає розмови – рішення залишається незрозумілою втратою.

PAS показує, що етика в медицині – це не тільки повага до вибору пацієнта.

Це також готовність прийняти рішення за пацієнта, коли вибір загрожує життю.

Етична межа радикальних рішень при PAS проходить там, де лікар перестає боротися за орган і починає боротися за життя.

### 13.6. Узагальнений юридично-етичний урок PAS

PAS – це ситуація, у якій стикаються:

- клінічна невизначеність;
- юридична вимога визначеності;
- етична необхідність діяти негайно;
- людська вразливість пацієнтки.

Більшість конфліктів навколо PAS виникають не через помилки рук, а через:

- нерозуміння природи ризику;
- відсутність системної готовності;
- дефіцит комунікації;
- слабку документацію.

Коли система:

- визнає невизначеність PAS;
- централізує допомогу;
- формує командні сценарії;
- навчає комунікації;

юридичні претензії стають рідкісними, а довіра – стабільною.

## Підсумок розділу XIII

Юридичні та етичні зони ризику PAS виникають там, де медицина високого ризику зустрічається з правом, що прагне однозначності. Усвідомлення природи клінічної невизначеності, системної відповідальності і необхідності радикальних рішень дозволяє захистити як пацієнтку, так і лікаря. PAS вимагає не безпомилковості – а зрілої готовності діяти в умовах складності.

## МАЙБУТНЄ PAS

PAS – ускладнення, яке народилося разом із прогресом акушерства. І саме зріле акушерство має силу зробити його рідкісним.

### 14.1. Зниження частоти PAS через політику кесаревих розтинів

Placenta Accreta Spectrum майже ніколи не виникає «з нізвідки». Його корінь – у рубці. А рубець – це слід попереднього рішення про кесарів розтин. Тому PAS – це не лише проблема ведення ускладненої вагітності. Це відкладений наслідок акушерської політики, яка формувалася роками.

Кожен первинний кесарів розтин:

- вирішує проблему сьогодні;
- створює потенційний ризик завтра.

Це не аргумент проти КР. Це нагадування, що рішення про первинний КР – це довгострокова відповідальність.

У країнах, де частота кесаревих розтинів перевищує 30–35%, PAS стає не рідкістю, а прогнозованим явищем. У країнах, де первинний КР обмежений чіткими показаннями, PAS залишається казуїстикою.

Таким чином PAS стає індикатором акушерської стратегії, а не лише індивідуальної патології.

Справжня профілактика PAS починається не в операційній.

Вона починається:

- у протоколах ведення пологів;
- у толерантності до фізіологічних пологів;
- у зменшенні немедичних показань до КР;
- у готовності працювати з тривалими пологами, а не «вирішувати» їх операцією.

Це складна політика. Але жодна кількість PAS-центрів не компенсує надлишок первинних рубців.

Акушер, який сьогодні ухвалює рішення про первинний кесарів розтин, не бачить PAS, який може виникнути через 5–10 років.

Але саме тут проходить межа зрілої професії – думати не лише про поточну ситуацію, а про майбутню траєкторію життя жінки.

PAS вчить акушерство довгому мисленню.

Placenta Accreta Spectrum не можна перемогти лише хірургією.

Його можна зменшити лише політикою:

- виважених рішень про первинний КР;
- підтримки фізіологічних пологів;
- довгострокового бачення відповідальності.

PAS – це ціна швидких рішень.

І шанс для акушерства стати мудрішим.

## 14.2. Штучний інтелект у діагностиці PAS

Діагностика PAS базується на розпізнаванні візуальних патернів: зміни межі міометрію, лакуни, судинні сигнали, особливості інвазії. Це завжди поєднання знання і досвіду.

Але навіть досвідчений спеціаліст:

- працює в умовах обмеженої якості зображення;
- залежить від кута сканування;
- спирається на суб'єктивну оцінку.

PAS не дає яскравих маркерів у всіх випадках.

Він часто виглядає на межі сумніву.

Саме тут з'являється простір для технологій розпізнавання образів.

Системи машинного навчання можуть:

- аналізувати тисячі ультразвукових зображень;
- знаходити мікропатерни, непомітні для людини;
- формувати ризик-скоринг;
- зменшувати міжспостерігачеву варіабельність.

Це не означає, що ШІ «діагностує PAS».

Це означає, що він може: підказати лікарю: «цей випадок виходить за межі звичайного».

Таким чином ШІ стає системою раннього попередження, а не заміною клінічного рішення.

Важливо розуміти, ШІ не бачить:

- гемостазу;
- резервів кровообігу;
- ресурсів конкретного закладу;
- готовності команди.

Він працює лише із зображенням. А PAS – це не лише зображення. Це подія, що розгортається в часі. Тому ШІ не замінює лікаря. Він розширює його поле зору.

Як і будь-який інструмент, ШІ створює ризик нової помилки – надмірної віри в алгоритм.

Якщо система видає «низький ризик», команда може знизити настороженість. Якщо видає «високий ризик», виникає спокуса приймати рішення лише на основі скорингу.

PAS уже навчив, що жоден маркер не є абсолютним.

Тому впровадження ШІ має супроводжуватися тим самим уроком: алгоритм допомагає – але не вирішує.

Одна з найбільших перспектив ШІ – вирівнювання якості діагностики між центрами.

У регіонах, де немає експертів із PAS, автоматизована система може:

- виявити підозрілий випадок;
- підказати необхідність скерування;
- зменшити ризик пропущеного діагнозу.

Таким чином ШІ може впливати не лише на точність діагнозу, а на маршрут пацієнтки – а це один із ключових чинників безпеки.

Штучний інтелект у діагностиці PAS є інструментом підсилення клінічної настороженості, а не заміною лікаря. Його цінність – у стандартизації, ранньому попередженні і вирівнюванні доступу до якісної діагностики. Але він не усуває головного – необхідності людського рішення в умовах невизначеності.

### 14.3. PAS як індикатор зрілості акушерської системи

PAS трапляється не щодня. Але система, яка готова до PAS, зазвичай готова й до інших критичних ситуацій.

Саме тому PAS є своєрідним стрес-тестом акушерської служби:

- чи працює маршрутизація;
- чи існують рівні допомоги;
- чи доступні кров і реанімація;
- чи вміє команда працювати разом;
- чи є культура сценарного планування.

Якщо PAS проходить контрольовано – система зріла. Якщо PAS щоразу стає імпровізацією – система вразлива.

У зрілих системах складні PAS-випадки:

- не розподілені випадково;
- не залежать від “де сьогодні чергує досвідчений лікар”;
- не вирішуються за принципом “якось впораємось”.

Вони централізовані. Центр PAS – це не просто лікарня. Це місце, де:

- команда має повторюваний досвід;
- існують готові алгоритми;
- ресурси доступні постійно;
- рішення приймаються колективно.

Наявність таких центрів – ознака того, що система мислить на рівні популяції, а не лише окремих випадків.

Незрілі системи спираються на героїв. Зрілі – на підготовку.

PAS особливо добре показує цю різницю. Там, де все тримається на особистій відвазі окремих лікарів, результат залежить від випадку.

Там, де є підготовка, сценарії, тренування, – результат стає передбачуваним. PAS вчить: безпека – це не талант, а структура.

Окремий лікар може прочитати десятки статей про PAS.

Але лише команда, яка:

- тренується разом;
- моделює сценарії;
- аналізує власні випадки;

- вчиться говорити в операційній, стає по-справжньому готовою. Тому майбутнє PAS – це не лише нові техніки.

Це освіта нового типу: командна, симуляційна, сценарна.

PAS показує, як система ставиться до:

- життя жінки;
- її фертильності;
- права знати;
- права на безпеку.

Там, де PAS ведуть без плану, без пояснень, без документування, – страждає довіра. Там, де PAS ведуть прозоро, підготовлено і чесно, – навіть важкі рішення сприймаються як справедливі.

Placenta Accreta Spectrum – це не лише діагноз.

Це індикатор зрілості акушерської системи.

Система, здатна:

- передбачати,
- концентрувати,
- готуватися,
- комунікувати,
- навчатися, здатна зробити PAS керованим ризиком, а не катастрофою.

PAS починається з рубця. Але закінчується питанням відповідальності. Цей спектр:

- створений сучасним акушерством;
- ускладнений його досягненнями;
- і може бути контрольований лише його зрілістю.

PAS навчив:

- що невизначеність – частина медицини;
- що рішення мають прийматися раніше, ніж здається;
- що команда сильніша за індивідуальність;
- що слова іноді важать не менше за скальпель;
- що система має відповідати разом із лікарем.

Якщо після всіх розділів лишається одна думка, вона проста:

- PAS не вимагає безпомилковості.
- PAS вимагає готовності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України від 29 грудня 2005 року № 782 та від 31 грудня 2004 року № 676, Наказ МОЗ України №205 від 24 берез. 2014. Клінічний протокол «Акушерські кровотечі»: затверджено Наказ Міністерства охорони здоров'я України 24.03.2014 № 205. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0205282-14#Text>
2. 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>
3. 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>
4. Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи», Наказ МОЗ України №170 від 26 січ. 2022. 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>
5. Cali G, Forlani F, Lees C, Timor-Tritsch I, Palacios-Jaraquemada J, Dall'Asta A, Bhide A, Flacco ME, Manzoli L, Labate F, Perino A, Scambia G, D'Antonio F. Prenatal ultrasound staging system for placenta accreta spectrum disorders. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Jun;53(6):752-760. doi: 10.1002/uog.20246.
6. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017 Oct;130(4):e168-e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
7. Cortet M, Deneux-Tharaux C, Dupont C, Colin C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Huissood C. Association between fibrinogen level and severity of postpartum haemorrhage: secondary analysis of a prospective trial. *Br J Anaesth.* 2012 Jun;108(6):984-9. doi: 10.1093/bja/aes096. Epub 2012 Apr 6. PMID: 22490316.
8. D'Antonio F, Iacovella C, Palacios-Jaraquemada J, Bruno CH, Manzoli L, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014 Jul;44(1):8-16. doi: 10.1002/uog.13327. Epub 2014 Jun 2. PMID: 24515654.
9. Ducloy-Bouthors AS, Jude V, Duhamel A, Broisin F, Huissood C, Keita-Meyer H, Mandelbrot L, Tillouche N, Fontaine S, Le Goueff F, Depret-Mosser S, Vallet B; EXADELI Study Group; Susen S. High-dose tranexamic acid reduces blood loss in postpartum haemorrhage. *Crit Care.* 2011;15(2):R117. doi: 10.1186/cc10143. Epub 2011 Apr 15. PMID: 21496253; PMCID: PMC3219400

10. Eller AG, Porter TF, Soisson P, Silver RM. Optimal management strategies for placenta accreta. *BJOG*. 2009 Apr;116(5):648-54. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02037.x.
11. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a population-based descriptive study. *BJOG*. 2014 Jan;121(1):62-70; discussion 70-1. doi: 10.1111/1471-0528.12405. Epub 2013 Aug 7. PMID: 23924326; PMCID: PMC3906842.
12. Giouleka S, Tsakiridis I, Chanioti ER, Ladas K, Liberis A, Mamopoulos A, Kalogiannidis I, Athanasiadis A, Dagklis T. Placenta Accreta Spectrum: A Comprehensive Review of Guidelines. *Obstet Gynecol Surv*. 2024 Jun;79(6):366-381. doi: 10.1097/OGX.0000000000001274.
13. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D. FIGO classification for PAS disorders. *Int J Gynecol Obstet*. 2019; 1 46:20–24. DOI: 10.1002/ijgo.12761
14. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jul;217(1):27-36. doi: 10.1016/j.ajog.2017.02.050.
15. Jauniaux E, Chantraine F, Silver RM, Langhoff-Roos J; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018 Mar;140(3):265-273. doi: 10.1002/ijgo.12407
16. Jauniaux ERM, Alfievic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, Dornan S, Jurkovic D, Kayem G, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. *Ukr J Perinatology and Pediatrics*. 2022;4:50-78. : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology\\_2022\\_4\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/perynatology_2022_4_11)
17. Khoury-Collado F, Newton JM, Brook OR, Carusi DA, Shrivastava VK, Crosland BA, Fox KA, Khandelwal M, Karam AK, Bennett KA, Sandlin AT, Shainker SA, Einerson BD, Belfort MA; Pan-American Society for Placenta Accreta Spectrum. Surgical Techniques for the Management of Placenta Accreta Spectrum. *Am J Perinatol*. 2023 Jul;40(9):970-979. doi: 10.1055/s-0043-1761636
18. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 1997 Jul;177(1):210-4. doi: 10.1016/s0002-9378(97)70463-0. PMID: 9240608.
19. Palacios-Jaraquemada JM. Caesarean section in cases of placenta praevia and accreta. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013 Apr;27(2):221-32. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.10.003.
20. RCOG. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Green-top Guideline No.27. London: RCOG; 2018.
21. Russo M, Krenz EI, Hart SR, Kirsch D. Multidisciplinary approach to the management of placenta accreta. *Ochsner J*. 2011 Spring;11(1):84-8. PMID: 21603341; PMCID: PMC3096173.
22. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. *N Engl J Med*. 2018 Apr 19;378(16):1529-1536. doi: 10.1056/NEJMcp1709324. PMID: 29669225.

23. WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Geneva: WHO; 2025.
24. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2017 May 27;389(10084):2105-2116. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30638-4. Epub 2017 Apr 26. Erratum in: *Lancet*. 2017 May 27;389(10084):2104. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31220-5.
25. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 May;192(5):1458-61. doi: 10.1016/j.ajog.2004.12.074.