



СветВрукаХ

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД

Методические рекомендации по взаимодействию с семьей в ситуации репродуктивных и перинатальных потерь

**СОГЛАСОВАНО МИНИСТЕРСТВОМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Письмо № 15-4/1135 от "29" апреля 2022 года

Введение	1
Общие рекомендации по оснащению медицинских учреждений	2
Требования к психологу в учреждениях акушерско-гинекологического профиля	3
Горевание: стадии и особенности проживания при репродуктивных и перинатальных потерях	4
Рекомендации по оказанию помощи при репродуктивных потерях на сроке до 22 недель беременности	7
Рекомендации по оказанию помощи при антенатальной гибели плода	11
Рекомендации по оказанию помощи при потере в родах и раннем послеродовом периоде	14
<i>Потеря ребенка в родах</i>	14
<i>Потеря уже родившегося ребенка</i>	16
Рекомендации по оказанию помощи при выявлении пороков развития плода	17
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Образец наклейки для палаты/истории болезни	21
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Список организаций для помощи родителям особенного ребенка	22
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Список литературы	24

Введение

Репродуктивные и перинатальные потери воспринимаются семьей как крайне тяжелая ситуация, к которой невозможно подготовиться.

Согласно данным статистики, каждая пятая беременность имеет неблагоприятное течение: заканчивается гибелью малыша, рождением ребенка с тяжелыми заболеваниями. Из этого следует, что каждый год в специализированной психологической помощи нуждается более 100000 семей в России.

Специалисты, работающие в учреждениях акушерско-гинекологического профиля, находятся рядом с горюющими родителями в самый тяжелый момент. Представление о возможных эмоциональных реакциях родителей в сложной жизненной ситуации, особенностях коммуникации в стрессовой ситуации и понимание, как выстраивать контакт, помогает медицинским работникам оказывать эффективную комплексную помощь семье, повышает доверие пар к системе оказания медицинской помощи, приверженность к терапии, уменьшает количество конфликтных ситуаций, снимает с медицинского персонала излишнюю функциональную нагрузку. Это в свою очередь снижает риски эмоционального выгорания персонала и способствует укреплению имиджа медицинского учреждения как пациенто-ориентированного.

Данные методические рекомендации для медицинских работников направлены на достижение следующих целей:

- информировать о проживании горя, реакциях пациентов, особенностях взаимодействия медицинского персонала с семьей;
- дать алгоритмы помощи в ситуации потери на сроке до 22 недель, антенатальной гибели плода, гибели ребенка в раннем послеродовом периоде, выявлении пороков развития плода;
- предложить скрипты для персонала учреждений родовспоможения, показать, как выглядят рекомендованные и безопасные формулировки при контакте с пациентом.

Ожидаемым результатом внедрения данных рекомендаций является повышение информированности медицинских работников о реакции горевания у родителей, столкнувшихся с репродуктивными и перинатальными потерями, создание доброжелательной атмосферы общения с пациентами, с учетом особенностей их состояния, что в результате приведет к повышению качества взаимодействия в диаде «врач-пациент», а также к повышению качества, оказываемой пациентам помощи.

Общие рекомендации по оснащению медицинских учреждений

1. Маркировка медицинских карт специальными наклейками (ПРИЛОЖЕНИЕ 1). Если учреждение небольшое, то новость о произошедшей потере, как правило, доходит до всех работающих специалистов, но если это крупный региональный центр, то сложно информировать каждого, кто участвует в оказании медицинской помощи. Маркировка карт позволяет сразу понять, что пациентке требуется особое внимание и отношение.

2. Женщину, переживающую репродуктивную или перинатальную потерю, рекомендуется размещать в отдельной палате при наличии таковых.

3. При наличии свободного помещения рекомендуется сделать комнату для прощания с ребенком, территориально разобщенную с местом проведения торжественной выписки. Проявлением заботы по отношению к родителям является возможность побыть с ребенком, попрощаться с ним так, как им кажется правильным.

4. При наличии финансовой возможности рекомендуется приобрести наборы для создания слепков ручек/ножек ребенка (например, существуют специальные салфетки). Зачастую родителям важно, чтобы у них осталось что-то на память о ребенке.

Требования к психологу в учреждениях акушерско-гинекологического профиля

Организация работы психолога в учреждениях акушерско-гинекологического профиля регламентируется приказами, распоряжениями и иными нормативными актами Министерства здравоохранения РФ, описывающими порядок оказания медико-психологической помощи.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н:

- в структуре женских консультаций предусмотрены кабинет психологической и медико-социальной помощи женщинам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, кабинет психопрофилактической подготовки беременных к родам; рекомендуемые штатные нормативы - 1 должность врача-психотерапевта (медицинского психолога) на 10 должностей врачей-специалистов;

- в родильном доме (отделении) рекомендуется введение 1 должности медицинского психолога на 80 коек и более;

- в структуре перинатального центра предусмотрен кабинет (зал) физиопсихопрофилактической подготовки беременной женщины и ее семьи к родам, партнерским родам, а также центр медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; рекомендуемые штатные нормативы - 1 должность медицинского психолога на 8 должностей врачей-специалистов, ведущих консультативный прием; 1 должность для консультативного приема детей раннего возраста (при наличии детского отделения).

Психологическую помощь в учреждениях акушерско-гинекологического профиля могут оказывать лица, получившие высшее профессиональное образование по специальности «Клиническая психология» без предъявления требований к стажу работы, либо высшее профессиональное (психологическое) образование и профессиональную переподготовку по специальности «Клиническая психология» без предъявления требований к стажу работы.

Для повышения эффективности работы рекомендуется дополнительная переподготовка по перинатальной психологии.

Медицинский психолог обладает следующими компетенциями:

- Владеет теоретическими и практическими знаниями в области медицинской психологии: нейропсихологии, патопсихологии, психологии личности, общей и дифференциальной психологии, возрастной психологии, психотерапии, психогигиены, психодиагностики, психопрофилактики, психологического

консультирования. Знает методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения.

- Обладает знаниями и умеет применять их на практике в области кризисной психологии.
- Понимает границы своих компетенций, имеет представление о том, при каких ситуациях клиент должен быть передан другому специалисту (например, психиатру, психотерапевту).

Психолог в учреждениях акушерско-гинекологического профиля оказывает специализированную психологическую помощь, включающую в себя: психодиагностику, психокоррекцию, психопрофилактику, психологическое консультирование и психологическое сопровождение в сфере репродуктивного здоровья пациентов.

Горевание: стадии и особенности проживания при репродуктивных и перинатальных потерях

При получении тяжелых новостей родители ощущают не только физическую потерю - самого ребенка, но и символическую - потерю образа этого ребенка и своих представлений о родительстве, потерю образа своего будущего. Они оказываются в сильнейшей стрессовой ситуации. Переживание репродуктивных и перинатальных потерь не похоже на процесс оплакивания смерти других близких. Такого рода потери могут восприниматься как разрушительное и психологически тревожное явление, которое, как показали исследования, негативно влияет на психическое, эмоциональное и физическое здоровье на протяжении всей жизни (Charrois EM, Bright KS, Wajid A, Mughal MK, Hayden KA, Kingston D., 2020).

Сотрудники медицинских учреждений могут столкнуться с такими реакциями родителей как страх, паника, тревога, агрессия, гнев, чувство вины и аутоагрессия, шоковое состояние, отрицание реальности, чувство беспомощности. Эти реакции слабо поддаются сознательному контролю и зависят от индивидуальных особенностей человека.

Коммуникация с пациентом протекает в особых условиях. Внешние реакции, поведение при стрессе характеризуется скованностью или расторможенностью, искажением восприятия, осознания и анализа информации,

трудностью концентрации внимания и уменьшением способности запоминать, трудностью в выражении мыслей, чувств, переживаний, потребностей, вопросов.

Как реакция на потерю разворачивается процесс горевания.

Специалисты подчеркивают, что «горе – это нормальный процесс переживания травматической для психики ситуации. Одна из главных задач в процессе помощи горюющим заключается в создании условий для естественного переживания этого состояния и прохождении всех стадий без подавления и игнорирования любых эмоций и чувств. Для этого большое значение приобретает разграничение нормального и патологического горя» (Ковалевская А.А., 2020).

Нормальное горе характеризуется динамикой в прохождении стадий, отсутствием застревания на любой из них, возможностью отвлекаться на ситуации, не связанные с потерей, периодическим возникновением в течение полугода после потери положительных чувств, снижением интенсивности переживаний с течением времени. При этом возможно актуализирование тех или иных симптомов уже пережитого острого горя при приближении значимых дат и событий, связанных с умершим (в случае репродуктивных и перинатальных потерь - даты, когда женщина узнала о беременности, предполагаемая дата родов, годовщины потери и т.д.).

Существует большое количество концепций, описывающих переживания горюющих родственников. Одной из самых известных является описание стадий горевания Элизабет Кюблер-Росс (Кюблер-Росс Э., 2001 [1969]).

Согласно данной концепции, первая стадия — это шок и отрицание, когда возникает ощущение нереальности происходящего, надежда, что это ужасная ошибка. Это первое, с чем сталкиваются медицинские работники при взаимодействии с родителями в горе. Родителям сложно поверить, что все уже произошло с ними. У них может возникнуть желание перепроверить результаты обследований, обратиться к другим специалистам. В поведении может наблюдаться как излишняя активность (делают что-то, не замечая этого, например, качают в руках подушку или игрушку будто малыша), так и заторможенность, оцепенение, ощущение, что это все нереально и происходит с кем-то другим. В этот же период - в первые дни после потери, еще находясь в медицинском учреждении некоторые женщины удаляют видео, фото, связанные с ребенком, самой беременностью. Многие переживают, что ничего не чувствуют, хотя, по их представлению, должны быть безутешны. Медицинским работникам нужно помочь родителям принять произошедшее. Если родители выражают сомнения в правильности диагноза, можно предложить перепроверить результаты обследований, сделать УЗИ на другом аппарате, пригласить в помощь другого эксперта-врача, коллегу.

Важно помнить, что родители не сомневаются в компетенции конкретного специалиста, для них невыносима сама новость о том, что с ребенком что-то произошло.

Вторая стадия - стадия гнева. Через некоторое время шок сменяется гневом. Гнев бывает разнонаправленным: на себя в виде чувства вины, что было что-то сделано не так, или наоборот - не сделано то, что было необходимо; на окружающих. Начинается поиск причин, почему произошла потеря, поиск виноватых. Может возникать злость на медицинский персонал, женщин, чьи дети живы, на мужа, на себя, на судьбу. Встречается и нежелание «нагружать окружающих своими проблемами». Раздражение могут вызывать даже соблезнования. Медицинским работникам рекомендуется не вступать в конфликт; лучше повторять информацию спокойным тоном, столько раз, сколько это требуется. Если возникает реальная угроза безопасности сотрудника учреждения, необходимо перенести в беседу в помещение, где есть другие люди, переключить родителя на выполнение какой-либо задачи. Например, принести воды жене, тапочки, быть рядом с ней. Это помогает ощутить себя нужными, занятыми. Также врач может предложить изложить жалобы письменно, привлечь административный персонал учреждения.

На третьей стадии - стадии торга человек пытается найти тот момент, когда все еще можно было исправить. Когда гнев несколько утихает, обычно возникают мысли, что если бы женщина что-то сделала или не сделала, все было бы по-другому. «Если бы я не полетела на самолете, мой ребенок остался бы жив?», «Если бы я раньше обратилась к врачу/требовала госпитализации и т.д.». Возникают торги относительно прошлого или будущего, надежда, что это больше никогда не повторится. Женщине необходимы гарантии, что эти события не повторятся снова. Задача медицинских работников не поддерживать торг. Не стоит обещать, что все будет хорошо, что это никогда не повторится. Таких гарантий не может дать никто. На вопросы можно отвечать, например, «Да, возможно, но...».

Четвертая стадия - стадия депрессии. Она характеризуется сниженным настроением, отсутствием сил, подавленностью, могут нарушаться сон и аппетит.

Обычно специалисты медицинских учреждений имеют дело с первыми тремя стадиями. Но если рождается ребенок, требующий паллиативного лечения, или женщина после потери обращается для планирования следующей беременности, возможно столкновение со стадией депрессии, во время которой постепенно происходит осознание реальности произошедшего. Медицинским работникам важно напоминать женщине о базовых вещах: чтобы она не забывала есть, пить, заботиться о себе. Также нужно рекомендовать обратиться за помощью к психологу, психотерапевту, психиатру.

Пятая стадия — это стадия принятия или стадия «светлой грусти». Потеря полностью осознается и принимается, у человека возникают силы и желание двигаться дальше. Разговоры о ребенке не избегаются. Может возникать улыбка (даже если она грустная) во время описания беременности и того, каким был малыш. Родитель готов двигаться дальше. Снова возвращается желание общаться,

в жизнь возвращаются интересы, увлечения. Появляются силы и ресурсы жить дальше. Планировать следующую беременность рекомендуется именно на этой стадии проживания потери.

Длительность процесса и интенсивность переживаний у разных людей может существенно отличаться. В среднем на проживание потери уходит один год.

Хотя, как было сказано ранее, горевание это нормальная реакция психики на потерю, и по его завершении человек примиряется с реальностью и необратимостью произошедшего, нередки ситуации, когда «горе идет не тем путем» (Ворден В., 2020). В таком случае имеет место быть патологическое или осложненное горевание, основными симптомами которого являются:

- блокирование эмоций;
- растягивание или отсрочка реакции во времени;
- острое чувство вины с потребностью наказывать себя;
- повышенная активность без чувства утраты;
- возникновение психосоматических расстройств (бронхиальная астма, дисфункция дыхательной, сердечно-сосудистой системы, кожные проявления);
- изменения в отношениях с окружающими, членами семьи или друзьями.

Предикторами развития осложненного горя после репродуктивных и перинатальных потерь могут являться отсутствие социальной поддержки, ранее существовавшие трудности в отношениях, отсутствие выживших детей, высокая значимость потери. В случае выявления патологического горевания пациентам требуется профессиональная помощь (врач-психиатр, психолог, психотерапевт).

В нескольких исследованиях (Weiss L, Frischer L, Richman J., 1989; LeDuff LD 3rd, Bradshaw WT, Blake SM. 2017; Shaohua L, Shorey S., 2021) было показано, что поддержка и бережное отношение со стороны медицинских работников способствует снижению интенсивности негативных переживаний у родителей, проходящих через репродуктивные или перинатальные потери, снимает или значительно уменьшается возникающее чувство вины, помогает гореванию проходить без осложнений.

Рекомендации по оказанию помощи при репродуктивных потерях на сроке до 22 недель беременности

При оказании помощи в ситуации потери на сроке беременности до 22 недель важно придерживаться принципа преемственности во взаимодействии с другими медицинскими организациями: роддомами, перинатальными центрами, диагностическими центрами.

Помощь в амбулаторных условиях

При первичном обращении в женскую консультацию пациентки с подозрением на неразвивающуюся беременность важно обеспечить ей своевременную консультацию специалиста (в день обращения). Принять пациентку может любой акушер-гинеколог с наименьшей загруженностью. Рекомендуется привлечь сотрудника медицинского учреждения к сопровождению женщины до кабинета врача.

Важно представлять, что пациентка в такой ситуации может быть эмоционально лабильной, плакать, с трудом идти на контакт (медлительность, заторможенность, ощущение, что она не слышит инструкций или не усваивает их). При обращении женщины с подозрением на неразвивающуюся беременность акушер-гинеколог должен четко, но деликатно озвучить свои подозрения, ответить на возможные вопросы о причинах произошедшего. Недопустимы обвинения женщины в случившемся.

По обобщенным данным мировой литературы, среди причин репродуктивных потерь около 7% приходится на хромосомные аномалии, встречающиеся в 50% выкидышей в I триместре. К сожалению, даже полное обследование пары во время подготовки к беременности не может защитить от спонтанной мутации. Важно разъяснить это пациентке и, при наличии ее согласия, сопровождающему лицу. Это поможет снять груз вины и дестигматизировать семью, переживающую потерю.

При обращении на прием пациентки с подозрением на выкидыш, неразвивающуюся беременность акушер-гинеколог:

1. проводит осмотр, в кратчайшие сроки записывает пациентку на УЗИ-исследование;
2. приглашает на прием психолога ЖК;
3. сообщает врачу кабинета УЗИ о необходимости провести обследование у пациентки с подозрением на неблагоприятное течение беременности. Беседа специалистов должна происходить в отдельном помещении.

Участковая акушерка женской консультации следит за наличием в кабинете наклеек для маркировки амбулаторных карт и направлений в стационар. При необходимости по просьбе врача сопровождает пациентку в кабинет УЗИ, к психологу. Не стоит «обнадеживать» женщину пересказом историй «из жизни», обещать, что все завершится благополучно, уточнять различные подробности, прямо или косвенно имеющие отношение к данной беременности.

При подтверждении диагноза неразвивающейся беременности участковый акушер-гинеколог маркирует амбулаторную карту клиентки наклейкой и обсуждает с женщиной возможные способы прерывания беременности. Если по медицинским показаниям требуется госпитализация в стационар, направление

также маркируется наклейкой. Врач женской консультации может спросить, есть ли возможность организовать сопровождение близкого человека, который бы мог поддержать ее в приемном покое, стать посредником между женщиной и медицинским персоналом.

После прерывания беременности женщина может столкнуться с проблемой лактации. Важно своевременно проинформировать женщину об основных сроках и признаках лактации, предупредить, что она вправе выбрать для себя препараты для ее прекращения или подходящий способ продолжения, дать контакты консультанта по ГВ.

Объем помощи психолога женской консультации зависит от остроты ситуации. Если акушер-гинеколог вызывает психолога сразу после оповещения пациентки о неблагоприятном исходе беременности, психологом в первую очередь оценивается психоэмоциональное состояние женщины. В случае необходимости психолог оказывает помощь (кризисное консультирование), предоставляет раздаточный материал: как записаться на плановую встречу в женской консультации, сведения о центрах психологической помощи, доступных в данном регионе. Также психолог уточняет, кто из членов семьи может оказать поддержку, спрашивает, хочет ли женщина связаться с близкими в данный момент, по запросу сам участвует в телефонной беседе.

Помощь в условиях стационара

Нахождение в условиях гинекологического отделения пациентки с неразвивающейся беременностью - ситуация, требующая слаженной работы коллектива медучреждения. Деликатность, своевременная поддержка, информирование, организация ряда бюрократических процедур - основные способы, позволяющие сотрудникам медицинского учреждения предотвратить повторную травматизацию и повысить доверие переживающих горе пациентов к медицинскому учреждению, избежать конфликтных ситуаций.

Во время оформления истории болезни стационарного больного акушерка приемного покоя связывается с отделением и уточняет, есть ли возможность госпитализировать пациентку в отдельную палату (палату для женщин, переживающих потерю).

Акушерка отделения принимает историю болезни, контролирует маркировку титульного листа и двери, ведущей в палату с пациенткой, специальной наклейкой. Персонал дополнительно информируется о поступлении женщины, требующей особого внимания, лечащий врач при организации консультаций специалистов из других отделений (больниц) может предложить скрипты для беседы.

Прерывание беременности у пациентки с перинатальной потерей на сроке до 22 недель не должно проводиться в палате с другими беременными женщинами. Роды должны проходить в отдельном помещении.

Медицинский персонал может спросить женщину, желает ли она посмотреть на ребенка, сфотографировать его.

После прерывания беременности важно оставить женщину в той же палате, в которой она была ранее. Не рекомендуется переводить ее к пациенткам, получающим лечение по поводу продолжающейся беременности.

Лечащий врач регулярно оценивает физическое и психоэмоциональное состояние женщины. Если она неоднократно спрашивает о причинах случившегося, о том, что еще можно было сделать, чтобы сохранить беременность, важно своевременно информировать ее о том, что произошло. «Прокручивая» в голове, как развивались события, пациентка пытается ответить себе на вопрос: можно ли было предотвратить потерю? Есть ли ее вина в том, что произошло?

Важно помнить, что реакции женщины на потерю могут различаться в зависимости от срока беременности: так сам образ ребенка становится более оформленным, так после 16 недели нередко ощущаются первые шевеления плода, само восприятие беременности становится более ярким, эмоционально окрашенным. Женщина нередко успевает привязаться к малышу, все больше думает о нем, как о настоящем человеке со своими мыслями и эмоциями.

Потеря беременности может наполнять ее чувством вины перед ребенком, представлениями, что он как-то обижается на нее за то, что не смогла уберечь, защитить. Проживание чувства вины — это, совершенно естественный этап в работе горя. Однако к женщине-матери в нашей культуре часто предъявляются совершенно невыполнимые требования. Ее фактически заставляют нести весь груз ответственности за возможность забеременеть, выносить и родить здорового ребенка. Такая навязанная ответственность приводит к усугублению чувства вины, когда женщина начинает думать, что именно она и никто больше стала причиной гибели ребенка - «это дело во мне», «хорошая мать бы сразу заметила, что что-то не так», «не выносила - неполноценная, бракованная».

Но и при потере в первом триместре, когда ребенок еще формально никак не обнаруживает себя, пациентка нуждается в сочувствии. Даже если лечащий врач предполагает, что данная беременность имела бы неблагоприятный прогноз, он может спросить женщину, что больше всего тяготит ее в этой потере, и в дальнейшем выстраивать поддержку с опорой на то, что символически значила для нее эта беременность и эта утрата.

Вот основные мысли, которые можно транслировать пациентке:

- «Вы сделали все, что могли»

- «Мы попробуем выяснить, что произошло и можно ли этого избежать в дальнейшем»
- «Вы ни в чем не виноваты»
- «Мы дадим вам координаты психологических служб, куда бы вы могли обратиться со своим горем»

Акушер-гинеколог информирует родителей о правах в отношении аутопсии умершего ребенка, правах и обязанностях медицинского учреждения.

При необходимости до прерывания беременности и в кратчайшие сроки после рекомендована консультация психолога учреждения для оценки состояния, экстренной помощи. Также лечащий врач может предоставить женщине, ее семье брошюры, сведения об организациях, оказывающих психологическую, информационную помощь.

Возможно, пациентка после потери захочет как можно скорее покинуть стены лечебного учреждения, так как во время пребывания в стационаре невозможно полностью изолировать женщину от других пациенток - она все равно будет сталкиваться с беременными женщинами в местах общего пользования, слышать их разговоры. Если это возможно, в момент выписки такая пациентка не должна выходить из отделения через торжественный зал, пересекаться с женщинами, покидающими учреждение с живыми здоровыми детьми. Администрация учреждения решает данный вопрос в соответствии с техническими возможностями, руководствуясь принципами гуманного отношения к данной категории пациенток.

Рекомендации по оказанию помощи при антенатальной гибели плода

Пройдя критический по представлению многих период беременности в 12 недель, большинство женщин успокаивается, позволяет себе радоваться и все больше включаться в планирование связанных с рождением ребенка дел. В связи с этим потери на поздних сроках беременности становятся настоящим шоком и ударом для семьи, они как никогда нуждаются в помощи и поддержке.

Женщина может узнать, что произошла утрата, как при самостоятельном обращении в медицинское учреждение при обнаружении тревожных симптомов (например, замедление шевелений или длительное их отсутствие), так и при плановом посещении врача.

Рекомендации для врача ультразвуковой диагностики

Врачу ультразвуковой диагностики при проведении обследования женщины с подозрением на внутриутробную гибель плода рекомендуется поступать согласно алгоритму:

- по возможности во время обследования не делать длинных пауз;
- сообщить, что ребенок умер;
- выразить сочувствие, проявить эмпатию («Я соболезную», «Я Вам сочувствую», «Мне очень жаль»);
- подтвердить точность диагноза (перепроверить на другом аппарате УЗИ, пригласить коллегу для совместного осмотра);
- обсудить дальнейшие шаги, прописать их четко в виде памятки, списка;
- передать пациентку лечащему врачу;
- позвать при необходимости психолога, уточнить, кто пришел с женщиной/кому из родственников можно позвонить.

Акушерка в гинекологическом стационаре, дорожном, послеродовом отделении, родильном блоке - сотрудник, который фактически находится с пациентками в течение всей смены, передает информацию о поступлении лечащему врачу, отслеживает состояние женщин и принимает решение о срочном вызове дежурного акушера-гинеколога.

Рекомендуется делегировать акушеркам следующие обязанности:

- оценка физического и психоэмоционального состояния пациентки с перинатальной потерей в динамике;
- передача по смене информации о наличии женщин с перинатальной потерей в формате: ФИО, палата, психоэмоциональное состояние;
- маркировка палаты, истории болезни наклейками «Требуется особое внимание».

Акушерка родильного блока присутствует при появлении на свет мертворожденного ребенка, заворачивает тело в пеленку. Желательно спросить у женщины о том, желает ли она увидеть его, информирует о возможности взять в руки, попрощаться, сделать фотографии, при необходимости помогает сделать слепки ступней/ладоней.

Акушер-гинеколог стационара ведет пациенток. В случае нахождения в отделении женщины, перенесшей перинатальную потерю, рекомендуется выполнять следующие действия:

- передавать по смене/на утренней конференции информацию о наличии женщин с перинатальной потерей в формате: ФИО, палата, нуждаемость в помощи психолога, консультации психиатра;
- отследить наличие маркировки на карте стационарного пациента, палате, в которой находится женщина;
- сообщить заведующему отделением о необходимости вызова психиатра при наличии показаний (плановая консультация), при наличии экстренных показаний (психомоторное возбуждение, агрессия, аутоагрессия, острая психотическая симптоматика) - своевременно обеспечить вызов психиатрической бригады;
- перевести женщину в отдельную палату, при отсутствии таковой - в палату для мам, чьи дети в реанимации, не допуская пребывания в палатах для совместного размещения с новорожденными;
- спросить семью, переживающую потерю о желании общения с психологом, дать контакты, куда обратиться за психологической помощью, рассказать о штатном психологе и фондах, оказывающих такую поддержку;
- при направлении женщины на УЗИ, вызове врачей-консультантов соматического профиля проинформировать тех, кто будет взаимодействовать с пациенткой о переживании утраты, обратить внимание на недопустимость ряда высказываний («родите еще», «как поживает ваш ребенок?», «все будет хорошо», «это к лучшему»);
- предложить родственникам помощь психолога медицинской организации, контакты благотворительных фондов, печатные материалы;
- проинформировать членов семьи о правах в ситуации перинатальной потери, объяснить, какие документы надо заполнить. Также лечащий врач ставит в известность заведующего отделением о намерениях родителей.

Заведующий отделением контролирует, как выполняются рекомендации сотрудниками отделения, при необходимости связывается с вышестоящим руководством для обсуждения медицинских, социальных и правовых вопросов:

- проинформировать средний и младший персонал отделения о том, в какой палате находится женщина, потерявшая ребенка;
- контролировать выполнение рекомендаций подчиненными;
- содействовать в посещении ребенка священнослужителем (с учетом эпид обстановки);
- сообщить заместителю главного врача о необходимости вызова психиатра (при отсутствии специалиста в штате учреждения);
- информировать родителей (родственников, лиц, указанных в информированном согласии) о правах в вопросах выдачи останков,

оформлении документов, взаимодействовать по сложным и конфликтным ситуациям с вышестоящим начальством.

Руководитель медицинского учреждения выполняет административную работу в сложных, конфликтных ситуациях, принимает решение о возможности выдачи тела ребенка для захоронения.

С целью бережного отношения к чувствам горюющих важно, чтобы родители, переживающие потерю, не пересекались с семьями, у которых запланирована выписка из роддома с живым ребенком.

Рекомендации по оказанию помощи при потере в родах и раннем послеродовом периоде

Потеря ребенка на любом сроке беременности признается психологами как травматический опыт. Она затрагивает различные сферы жизни семьи: это факт гибели малыша, проживание негативного опыта родительства, утрата уверенности в собственных силах, в способности выносить и родить здорового малыша. Так из ситуации радостного ожидания семья попадает в историю, к которой она не готовилась. И если при потере близких людей, которые были рядом хоть какое-то продолжительное время, существуют определенные социальные сценарии: что делать, как утешать, то младенческая смерть воспринимается в сознании как что-то тяжелое, непереносимое, табуированное.

Горе воспринимается как длительный процесс, который часто полностью проявляется после выписки из больницы и длится далеко за пределами интереса и выносимости поддерживающих его членов семьи и друзей.

Потеря ребенка в родах

После перевода женщины, потерявшей ребенка в родах, в отделение, акушер гинеколог спрашивает пациентку (или женщину и ее партнера), хотят ли они посмотреть на малыша.

При переводе в послеродовое отделение рекомендуется следующий алгоритм:

1. Пациентка по возможности направляется в отдельную палату. Не следует допускать пребывание в палатах для совместного размещения с новорожденными, с матерями, чьи дети не нуждаются в медицинской помощи.

2. Акушерка в послеродовом отделении, родильном блоке - сотрудник, который фактически находится с пациентками в течение всей смены, передает информацию о поступлении лечащему врачу, отслеживает состояние женщин и принимает решение о срочном вызове дежурного акушера-гинеколога. На утренней планерке акушерка озвучивает коллегам информацию о наличии женщин с перинатальной потерей в формате: ФИО, палата, психоэмоциональное состояние.
3. Акушерка следит за тем, чтобы дверь палаты, история болезни пациентки были промаркированы наклейками «Требуется особое внимание». Перед переводом пациентки следит, чтобы в палате не было предметов, которые могут выступить в качестве триггера: фото и плакаты с изображением детей, кюветы, образцы питания, средств гигиены, ухода за детьми.

Акушер-гинеколог в стационаре контролирует выполнение акушеркой ее обязанностей: размещение в отдельной палате, маркировка истории болезни и палаты, регулярная оценка состояния пациентки. В обязанности самого лечащего врача входит:

1. Передача по смене/на утренней конференции информации о наличии женщин с перинатальной потерей в формате: ФИО, палата, нуждаемость в помощи психолога, консультации психиатра.
2. Своевременное оповещение заведующего отделением о необходимости вызова психиатра при наличии показаний (плановая консультация), при наличии экстренных показаний (психомоторное возбуждение, агрессия, аутоагрессия, острая психотическая симптоматика) - своевременно обеспечить вызов психиатрической бригады.
3. Беседа с семьей, переживающей потерю о желании пообщаться с психологом, предоставление контактов, куда обратиться за психологической помощью, информирование о штатном психологе и фондах, оказывающих такую поддержку. При наличии в отделении брошюр, листовок врач предлагает их членам семьи.
4. Предварительная беседа с врачами узких специальностей при необходимости консультации (обследования) пациентки в отделении. Это могут быть врачи УЗИ-диагностики, хирург, терапевт, психиатр. Важно проинформировать тех, кто будет взаимодействовать с пациенткой о переживании утраты, обратив внимание на недопустимость ряда высказываний («родите еще», «как поживает ваш ребенок?», «все будет хорошо», «это к лучшему»).
5. Информирование женщины о прекращении лактации. При наличии консультанта по ГВ в роддоме врач может передать его контакты,

организовать встречу или сообщить о возможности онлайн встречи с консультантом благотворительного фонда.

6. Информирование членов семьи об их правах в ситуации гибели ребенка в родах или раннем послеродовом периоде, разъяснение, какие документы надо заполнить. Также лечащий врач при необходимости ставит в известность заведующего отделением о намерениях родителей.

Потеря уже родившегося ребенка

Это ситуация, в которой членам семьи, находящимся в состоянии шока, приходится оперативно решать организационные и бюрократические вопросы, каждый из которых важен, а принятое решение уже невозможно изменить: сделать или не сделать фото и слепки, забирать ли тело для погребения, какой способ захоронения выбрать. Медицинское учреждение может выбрать для себя ту степень поддержки родителей, которая технически возможна. Администрация медицинской организации разрабатывает и предлагает семье:

1. Информирование о правах родителей/медицинского учреждения в отношении аутопсии умершего ребенка
2. Разъяснение родителям их права в отношении выдачи тела умершего ребенка, регламентацию порядка выдачи тела с наименьшей травматизацией семьи: в пеленке, а не в целлофановом пакете, одетого в комплект.
3. Создание комнаты для прощания с ребенком. С целью бережного отношения к чувствам горюющих важно, чтобы родители, переживающие потерю, не пересекались с семьями, у которых запланирована выписка из роддома с живым ребенком.
4. Переработанную форму выписного эпикриза в случае гибели ребенка в родах, послеродовом периоде. Из документа рекомендуется убрать пункты о прикладывании к груди, отпадании пуповинного остатка, вакцинации, неонатальном скрининге и указании веса и роста при выписке.
5. Содействие в посещении (телефонных разговорах) роженицы со священнослужителем при наличии такой потребности.

Заместитель главного врача по лечебной работе медицинского учреждения:

- Контролирует выполнение рекомендаций подчиненными.
- Организует консультации врачей узкой специальности при наличии показаний в случае их отсутствия в штате учреждения.
- Взаимодействует с родителями, переживающими потерю в сложных и конфликтных случаях, оказывая содействие в оформлении необходимых документов.

- Проводит обучение сотрудников в формате лекций по данному методическому пособию.

Рекомендации по оказанию помощи при выявлении пороков развития плода

Выявление пороков развития плода не случайно вынесено в данных методических рекомендациях в отдельную главу. С медицинской точки зрения эта ситуация не считается репродуктивной или перинатальной потерей, однако родителями ребенка она воспринимается именно так.

При постановке диагноза происходит как потеря образа самого ребенка (здорового, обычного), так и потеря представлений о своем родительстве - оно будет совершенно другим. Семья оказывается в тяжелой стрессовой ситуации, что часто осложняется также необходимостью принять решение о сохранении или прерывании беременности. Особенно это тяжело при выявлении порока, совместимого с жизнью.

У родителей возникает большое количество вопросов и страхов.

Было обнаружено, что риск осложненного горя особенно высок после прерывания беременности из-за аномалий развития плода (Kersting A, Wagner B., 2012).

Учитывая, частоту встречаемости таких случаев в практике медицинских работников, представляется важным описание основных принципов взаимодействия с семьей.

Если биохимическое исследование на 1 скрининге показало высокий риск развития аномалий, следует пригласить пациентку по телефону на прием и обсудить дальнейшие шаги во время очной встречи. Можно спросить, сможет ли она прийти в сопровождении близкого человека, которому доверяет. Рекомендуется назначить встречу на ближайшее время.

На приеме необходимо подготовить пациентку, например, сказав, что предстоит тяжелый разговор, выразить сочувствие. Далее сообщить всю необходимую информацию максимально ясно и коротко. Рекомендуется предложить стакан воды, салфетки. Важно ответить на все вопросы, помочь их сформулировать при необходимости. Пациентка может испытывать недоверие к специалисту, который принес ей «плохую новость». В таком случае рекомендуется привлечь коллегу для интерпретации результата и озвучить мнение двух

специалистов, при этом подчеркнув, что женщина имеет полное право перепроверить его в другой клинике, у другого врача. Прояснить дальнейшие шаги, записать их в виде памятки.

При выявлении пороков развития плода семье предстоит принять решение относительно прерывания или сохранения беременности. Врачу необходимо сообщить пациентке, в течение какого срока она должна принять решение, предоставить «коридор возможностей» - варианты развития событий от лучшего к худшему. Ни в коем случае не следует обсуждать с семьей свои личные взгляды на ситуацию. Любое решение пациентов должно быть принято с уважением. Рекомендуется дать информацию об организациях, оказывающих помощь семьям и детям с различными заболеваниями.

Перинатальный консилиум оказывает консультативную помощь беременным при обнаружении у плода врожденных пороков развития, хромосомных аномалий и принимает решение о дальнейшей тактике ведения пациенток.

Перинатальный консилиум организуют на базе медицинских учреждений третьего уровня. В его состав могут входить:

- врач-акушер-гинеколог;
- врач ультразвуковой диагностики;
- врач-генетик;
- врач той узкой специальности, к которой относится заболевание плода, являющееся медицинским показанием к прерыванию беременности;
- клинический психолог.

Также в состав консилиума может входить юрист. Часть специалистов может подключаться дистанционно посредством телекоммуникаций. Со стороны пациентки может присутствовать ее партнер.

При выявлении пороков, совместимых с жизнью врачи дают рекомендации о дальнейшем ведении беременности, способе родоразрешения, возможности получения специализированной, в том числе и высокотехнологичной помощи плоду или новорожденному. Также специалисты рассказывают о том, каковы перспективы у данного ребенка при получении лечения. Пациентку также информируют о возможности прервать данную беременность по медицинским показаниям, если это предусмотрено текущим законодательством.

Посещение перинатального консилиума - серьезный стресс для пациентки. А при получении информации о тяжелых, в том числе несовместимых с жизнью заболеваниях у плода речь идет уже о травмирующем событии. Любые впечатления, полученные в такой ситуации, способны оказывать мощное действие на пациентку длительное время. Поэтому медицинским сотрудникам так важно придерживаться рекомендаций о том, как взаимодействовать с женщиной.

В процессе обследования и озвучивания заключения консилиума следует помнить о словах поддержки, помогающих женщине справиться с тем, что произошло:

- «Такое действительно случается достаточно редко». Это позволяет восстановить чувство доверия, базовой безопасности.
- «Вы не виноваты в произошедшем». Это снижает уровень вины и тревоги при планировании следующей беременности.
- «Такое происходило и с другими женщинами». Это предотвращает стигматизацию, убирает уникальность.

Общая атмосфера во время проведения консилиума также имеет значение. Слаженная и корректная работа специалистов транслирует женщине, что ее история важна для медицинских работников, что они знают, как вести себя в подобных ситуациях и, что именно здесь пациентка может получить полную и корректную информацию о том, в каком направлении она может двигаться дальше. Важно соблюдать три основных принципа:

1. До начала консилиума следует договориться, кто из специалистов начнет беседу с пациенткой и ее близкими о диагнозе ребенка и прогнозе для его жизни.

2. Во время беседы следует обращаться к пациентке по имени (предварительно спросив, как бы ей хотелось, чтобы к ней обращались), около $\frac{2}{3}$ времени поддерживать визуальный контакт, отвечать на все интересующие вопросы, а если она растеряется, напомнить о возможности их задавать.

3. Если у пациентки появляются сильные эмоциональные реакции, не следует останавливать ее, запрещать плакать, утешать, говорить о возможности новой беременности и рождении или наличии других детей. Рекомендуются проявлять сочувствие короткими фразами «Сожалею», «Сочувствую». Если женщина принимает решение о сохранении беременности при вынашивании ребенка с пороками развития, важно рассказать ей о том, что готовиться к родам надо более тщательно: выбрать учреждение для родоразрешения, заблаговременно связаться с медицинскими организациями или благотворительными фондами, оказывающими помощь при данном пороке развития.

Если женщина решает прервать беременность, врач информирует о возможных способах прерывания, рассказывает о предварительной подготовке, о том, что необходимо для госпитализации, о возможностях получения поддержки. Если предстоят роды, то сообщается, как происходит обезболивание, схватки, потуги. Обсуждаются способы прощания с ребенком после родов и дальнейшие действия (в зависимости от срока в соответствии с действующим законом).

После прерывания беременности женщина может столкнуться с проблемой лактации. Женщины после потери могут по-разному относиться к выделениям из

молочных желез: одни настаивают на прекращении лактации, другие хотят ее продолжить. Важно своевременно проинформировать женщину об основных сроках и признаках лактации, предупредить, что она вправе выбрать для себя препараты для ее прекращения или подходящий способ продолжения, дать контакты консультанта по ГВ.

Если семья решает сохранить беременность, врач предоставляет подробный план беременности, родов, рассказывает о реанимационных мероприятиях и медицинских процедурах, дальнейшей диагностике и пересмотре диагноза. «Коридор возможностей» на каждом новом этапе и во время беременности, после родов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Образец наклейки для палаты/истории болезни



ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Список организаций для помощи родителям особенного ребенка

Паллиативная помощь	<p>Горячая линия помощи неизлечимо больным людям — 8 800 700 84 36</p> <p>«Вера» https://www.hospicefund.ru/ 8 495 640 99 55</p> <p>Детский паллиатив https://www.rcpcf.ru/ +7 (499) 704-37-35</p>
Помощь детям с инвалидностью	<p>ДЦП «Подарок ангелу» https://podarokangelu.com +7 (495) 74193-73</p> <p>Со-единение (слепо-глухие) https://soedinenie.org/ 8 495 212-92-09</p> <p>Спина бифида https://helpspinabifida.ru/ 8 905 718 40 86</p> <p>«МойМио» (помощь детям с миодистрофией Дюшенна и иными</p>
	<p>тяжелыми нервно-мышечными заболеваниями) https://mymiofond.ru/</p> <p>«Близкие Другие» помощь детям и взрослым с тяжелыми множественными нарушениями развития https://blizkiedrugie.ru/</p> <p>«Три сердца» - Центр поддержки детей с врожденными пороками развития https://3hearts.ru/ 8-800-200-86-05</p>
Помощь семьям с ребенком с синдромом Дауна	<p>https://downsideup.org/ 8 800 550 54 97 8 499 367 10 00</p>
Помощь детям с челюстно-лицевой патологией	<p>https://childface-fund.ru/ 7 (499) 758-51-75</p>
Русфонд - помощь детям с различными заболеваниями	<p>https://www.rusfond.ru/</p>

«Подари жизнь» онкогематология и другие тяжелые заболевания	https://podari-zhizn.ru/
Благотворительный Фонд Константина Хабенского	помощь детям с онкологическими и другими заболеваниями головного мозга http://bfkh.ru/
«Линия жизни» оплата оперативного лечения при поражениях головного мозга, саркоме, гидроцефалии	https://life-line.ru/
«Хрупкие люди» - помощь детям с несовершенным остеогенезом	https://hrupkie.ru/
«Обнаженные сердца» - помощь семьям, воспитывающим детей с особенностями развития	https://nakedheart.ru/
«Право на чудо» поддержка семей, столкнувшихся с проблемой преждевременных родов	https://pravonachudo.ru/o-fonde/
БФ «Синдром Вильямса» информационная и психологическая поддержка семей с детьми с Синдромом Вильямса	https://williams-syndrome.ru/

Это памятка первой помощи. В данные организации родители ребенка с особыми потребностями могут обратиться самостоятельно, в том числе за справочной информацией. Если Вам известны другие организации, Вы всегда можете рекомендовать их родителям.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 27 декабря 2011 г. №1687н г. Москва «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.09.2019 г. №755н «О внесении изменения в приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».
4. Добряков И.В., Фаерберг Л.М. Оказание помощи при перинатальных потерях. Учебно- методическое пособие. – Изд. 2-е, доп. – СПб.: 2018.
5. Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения. Клинические рекомендации (протокол лечения).
6. Ковалевская А.А. Психологические особенности переживания горя и утраты //Гуманитарные науки. 2020. №1 (49). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-perezhivaniya-gorya-i-utratty> (дата обращения: 20.12.2021).
7. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Киев: София, 2001. 320 с.
8. Ворден Вильям. Консультирование и терапия горя. Пособие для специалистов в области психического здоровья. – М.: Центр психологического консультирования и психотерапии, 2020. – с. (Библиотека Международной школы психотерапии. Выпуск 2)
9. Aminu M, Bar-Zeev S, van den Broek N. Cause of and factors associated with stillbirth: a systematic review of classification systems. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96:519.
10. Huang DY, Usher RH, Kramer MS, et al. Determinants of unexplained antepartum fetal deaths. *Obstet Gynecol* 2000; 95:215.
11. Frøen JF, Arnestad M, Frey K, et al. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:694.
12. Yudkin PL, Wood L, Redman CW. Risk of unexplained stillbirth at different gestational ages. *Lancet* 1987; 1:1192.
13. Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. Causes of death among stillbirths. *JAMA* 2011; 306:2459.
14. Man J, Hutchinson JC, Heazell AE, et al. Stillbirth and intrauterine fetal death: factors affecting determination of cause of death at autopsy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 48:566.

15. Alessandri LM, Stanley FJ, Newnham J, Walters BN. The epidemiological characteristics of unexplained antepartum stillbirths. *Early Hum Dev* 1992; 30:147.
16. Morrison I, Olsen J. Weight-specific stillbirths and associated causes of death: an analysis of 765 stillbirths. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:975.
17. Reddy UM, Goldenberg R, Silver R, et al. Stillbirth classification--developing an international consensus for research: executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. *Obstet Gynecol* 2009; 114:901.
18. Groen H, Bouman K, Pierini A, et al. Stillbirth and neonatal mortality in pregnancies complicated by major congenital anomalies: Findings from a large European cohort. *Prenat Diagn* 2017; 37:1100.
19. Pilliod RA, Cheng YW, Snowden JM, et al. The risk of intrauterine fetal death in the small-for-gestational-age fetus. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207:318.e1.
20. Bukowski R, Hansen NI, Willinger M, et al. Fetal growth and risk of stillbirth: a population-based case-control study. *PLoS Med* 2014; 11:e1001633.
21. Charrois EM, Bright KS, Wajid A, Mughal MK, Hayden KA, Kingston D. Effectiveness of psychotherapeutic interventions on psychological distress in women who have experienced perinatal loss: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2020 Jun 2;9(1):125. doi: 10.1186/s13643-020-01387-6. PMID: 32487235; PMCID: PMC7268676.

Методические рекомендации разработаны в рамках проекта - победителя конкурса «Маршрут добра» благотворительной программы «Эффективная филантропия» Благотворительного фонда Владимира Потанина