

ДЕТОРОЖДЕНИЕ: МИФЫ И МЕДИКАЛИЗАЦИЯ

Мифы представляют собой модель, которая служит для обозначения «культурной матрицы» некоей группы. Общая культура порождает мифы, поддерживающие представления и заблуждения данной группы (1). Не подлежит сомнению тот факт, что медицинское вмешательство в процессе родов способствовало значительно более благоприятным исходам для многих женщин и новорожденных, имевших медицинские или связанные с беременностью осложнения. Однако в последние годы появляется всё больше доказательств того, что получившее широкое распространение медицинское вмешательство в роды не всегда наилучшим образом отвечает интересам женщин при беременностях низкого риска. Мифы о месте рождения и безопасности, оценка рисков и технологический прогресс повлекли за собой ещё один миф - большие ожидания и надежды на положительный исход беременности. Эти мифы трансформируются государственной политикой, и они повлияли как на ресурсы, выделенные на охрану материнства, так и на практику ведения беременности. В данной статье мы намерены проанализировать мифы относительно современного процесса деторождения, который включает в себя: место, где проходят роды, кесарево сечения, акушерское наблюдение.

Больница – наиболее безопасное место для родов

Вероятно, самым большим мифом о деторождении является то, что и для матери, и для ребёнка больничные роды предпочтительнее. В последние несколько десятилетий последовательно и убедительно пропагандируется мнение о том, что больница (родильный дом) – это наилучшее и наиболее безопасное место для рождения ребёнка. Следование исключительно такой политике привело к сокращению возможности выбора женщиной места родов и прекращению услуг по родовспоможению на дому во многих странах.

Тенденция к концентрации служб родовспоможения в крупных учреждениях, обеспечивающих многопрофильную помощь при осложнённых беременностях, вне всякого сомнения, повышает шансы на благоприятный исход. Однако, характерная для Европы практика родоразрешения в крупных медучреждениях неоднозначна для женщин, чья беременность не имеет высокого риска осложнений, поскольку в более крупных клиниках вероятность вмешательства в процесс родов больше, а частота спонтанных родов ниже (2).

Альтернативой такой практике являются домашние роды, но во многих европейских странах, за исключением Нидерландов и Великобритании, услуги родовспоможения на дому трудно получить. Возможность

домашних родов зависит от наличия в стране соответствующих правовых норм и доступности акушерок. Акушерки сталкиваются с трудностями при получении страховки, необходимой для предоставления услуг акушерской помощи при домашних родах, а вопрос вознаграждения за такие акушерские услуги тоже может быть непросто. Соответствующие структуры не всегда предоставляют женщинам информацию о домашних родах. Семейные пары часто сталкиваются с серьёзным сопротивлением их желанию иметь домашние роды, и по статистике в большинстве европейских стран менее 1% родов происходит в домашних условиях (3).

Marjorie Tew (4) первой продемонстрировала, что более благоприятные и для матери, и для новорожденных исходы при родоразрешении связаны не с более высоким уровнем госпитализации и медицинской помощи, а с улучшившимся состоянием здоровья матерей. В недавнем исследовании о месте родоразрешения приводятся данные, позволяющие идентифицировать риски и преимущества ведения родов в различной обстановке (5). Оказалось, что в случае рождения второго или последующего ребёнка плановые домашние роды связаны для матери с меньшим риском вмешательства в процесс родов, а риск для ребёнка при этом не увеличивается. Первые плановые домашние роды сопряжены с несколько более высоким риском для новорожденного и большей вероятностью направления в больницу.

Родильные центры представляют собой ещё одну альтернативу большим родильным домам. Такие центры успешно функционируют в нескольких европейских странах, а в Германии, Нидерландах и Великобритании женщины всё чаще имеют возможность делать свой выбор в пользу родильных центров, руководимых акушерками. Родильные центры могут быть отдельно стоящими учреждениями или примыкать к родильным домам, или входить в их состав. Согласно результатам исследования о месте родоразрешения (5) в случае родов в независимых акушерских центрах, и в центрах, примыкающих к большим родильным домам, не наблюдалось неблагоприятных перинатальных исходов в сравнении с плановыми родами, происходившими в акушерских отделениях больших клиник. В небольших родильных центрах роженицы значительно реже подвергаются вмешательству, количество интранатальных кесаревых сечений (КС) там тоже существенно меньше, а «нормальные роды» происходят чаще (5).

Миф о том, что родоразрешение может считаться безопасным только в клинике, развеян Национальным институтом здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE) (6) в опубликованном им

руководстве по интранатальной помощи роженицам, принадлежащим к группе низкого риска. В соответствии с данным руководством медицинские работники обязаны предлагать беременным низкого акушерского риска выбор места родоразрешения. Предлагаемые варианты должны включать в себя ведение родов на дому, в независимом акушерском центре или в акушерском отделении большой клиники. Большинство беременных женщин по всей Европе не имеют иного выбора, кроме как отправиться рожать ребёнка в местный роддом.

Кесарево сечение является сейчас безопасной процедурой

Ещё один миф, который мы бы хотели проанализировать, это безопасность КС. Частота родоразрешений с помощью КС сильно отличается по Европе в целом, и даже по территориям внутри отдельных стран. Самая высокая общая частота КС, равная 52%, зарегистрирована на Кипре, а самая низкая – менее 20% - в таких странах как Нидерланды, Словения, Финляндия, Швеция, Исландия и Норвегия (3). Такие факторы риска, служащие показанием к КС, как возраст матери или количество родов в анамнезе, не объясняют имеющиеся широкие различия. В странах, где доля молодых рожениц высока, наблюдается как более высокий, так и более низкий процент КС.

Повсеместный рост частоты родоразрешений посредством КС и связанная с этим женская заболеваемость и смертность вызывают озабоченность (7, 8). Несмотря на значительные успехи, достигнутые в сфере обеспечения безопасности операции КС, появляются доказательства того, что не имеющие абсолютных показаний КС чреваты опасностью возникновения долговременных негативных последствий для новорожденных. На раннем этапе негативные последствия включают в себя риск легочных осложнений, недостаточной регуляции температуры тела и кровяного давления, изменений метаболизма (в том числе – пищеарения) и, что вызывает особое беспокойство, изменения иммунного фенотипа (9). Недавно было доказано, что изменения микробиома новорожденного скорее связано с абдоминальным, нежели с влагалищным родоразрешением. Это можно соотнести с появляющимися доказательствами того, что у детей, рождённых в результате КС, чаще наблюдаются такие иммунные нарушения, как астма, диабет и ожирение, причина которых может быть связана с изменением их микробиома (10). Также зарегистрирован рост случаев системных нарушений соединительной ткани, ювенильного артрита, воспалительных заболеваний кишечника, иммунодефицитных состояний и лейкемии. Ещё одной новой областью



Agnes Phelan



Rhona O'Connell

исследований становится возможным влияние способа родоразрешения на эпигенетический профиль новорожденного младенца (11). Если такое влияние имеет место, способ родоразрешения может оказать воздействие на целые поколения людей будущего.

Для всех женщин наилучшая помощь обеспечивается под руководством врача - акушера

В соответствии с третьим мифом, который мы хотели бы рассмотреть, врачи-акушеры должны принимать участие в оказании помощи беременным, относящимся к группе низкого риска. Несмотря на то, что взаимодействие между акушерками и врачами лежит в основе охраны материнства, нередки свидетельства того, что участие врача-акушера при неосложнённой беременности низкого риска не является необходимым и ведёт к более частым вмешательствам по сравнению с моделью оказания помощи исключительно акушерками. Помощь акушера при нормальной беременности и родах является действенной и эффективной моделью охраны материнства, и она пропагандируется в контексте исследований о месте родоразрешения (12). Помощь беременным женщинам, относящимся к группе низкого риска, исключительно акушерками может позволить сократить расходы, которые будут сравнительно выше в случае предоставления врачебных услуг (13), и ведение беременности акушерками признаётся в недавней посвящённой акушерскому делу серии журнала «Lancet» решением, позволяющим обеспечить высококачественную помощь матери и новорожденному.

Путь вперёд

Медиализированное деторождение не является наилучшим исходом для каждой женщины, и травматический опыт такого родов подтвержден. Статистические данные и результаты исследований противоречат получившему широкое распространение взгляду на внебольничные роды как на небезопасные для женщин с неосложнённой беременностью.

Структуры, ответственные за принятие политических решений и вовлеченные медицинские работники обязаны сделать всё, чтобы эти услуги

отвечали потребностям женщин. Для этого необходимо изменить направление дискуссии по поводу деторождения и предоставить женщинам полную информацию о безопасности родоразрешения в различной обстановке с тем чтобы у них была возможность выбора наиболее приемлемой для себя помощи во время беременности и родов. Представление о том, что беременная с низким уровнем риска осложнений должна обратиться в акушерскую клинику для родоразрешения, устарело. Растёт осознание того, что КС могут быть чреваты для младенцев долговременными проблемами здоровья, а практика свидетельствует, что для сокращения количества ненужных вмешательств в процесс родоразрешения, без создания угрозы риска для матери или младенца большему риску, следует предоставить женщинам индивидуальную помощь, обеспечиваемую акушерками. Лучше всего такая помощь оказывается не в крупных акушерских клиниках, а в смежных с ними или отдельно стоящих акушерских центрах, и она также должна включать в себя возможность ведения родов на дому.

Для распространения модели помощи акушерками важны отношения сотрудничества между профессиональными группами, что позволит предоставлять наилучшую помощь женщинам и их детям. Обязательны доверие и уважение к каждому члену многопрофильной команды специалистов, а в случае необходимости особенно важно обеспечить беспрепятственный перевод роженицы в акушерскую клинику для оказания ей необходимой медицинской помощи.

Agnes Phelan, BSc Nursing, RM,
Лектор Школы сестринского и акушерского дела,
Университетский колледж Корка
Корк, Ирландия
agnes.phelan@ucc.ie

Rhona O'Connell, Med, PhD, RM,
Лектор Школы сестринского и акушерского дела,
Университетский колледж Корка
Корк, Ирландия
r.oconnell@ucc.ie

Литература

1. Wood P. Guest editorial. *NZ College of Midwives J* 2004, 31, 4-6.
2. O'Connell M et al. The philosophy of practice governs the rate of obstetric intervention: analysis of 212 units in the United Kingdom. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13(4):267-70.
3. *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.* EURO-PERISTAT, 2013. Available at: www.europeristat.com.
4. Tew M. *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity care.* London: Chapman Hall, 1995.
5. Brocklehurst P et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011 23;343:d7400.
6. NICE Intrapartum Care. *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth.* 2014 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.
7. Villar J et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367(9525):1819-29.
8. MacDorman M et al. Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an "Intention-to-Treat" Model. *Birth* 2008;35(1):3-8.
9. Hyde M et al. The health implications of birth by caesarean section. *Biol. Rev* 2012 ;87(1):229-43.
10. Sevelsted A et al. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Pediatrics* 2015;135(1):e92-8.
11. Dahlen H et al. Is society being reshaped on a microbiological and epigenetic level by the way women give birth? *Midwifery* 2014 30(12): 1149-1151.
12. Schroeder L et al. *Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis.* Oxford: NPEU, 2011.
13. Ryan P et al. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery* 2013;29(4):368-76.