

Мишель Оден

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ:
Безопасный выход или угроза будущему?

*Международная школа традиционного акушерства
Москва
2006*

Аннотация

В этой книге выдающийся французский акушер-гинеколог Мишель Оден касается самых насущных вопросов современной акушерства.

Автор возвращает нас к ключевым потребностям женщины в родах, осознание которых позволяет сделать легкие и безопасные роды через естественные пути общераспространенным явлением. Ученый и врач с полувековой практикой, Оден приводит ценнейшие практические рекомендации, позволяющие этого достичь. Он также рассматривает в свете последних научных исследований вопросы ведения беременности, подготовки к родам, участия в родах отцов, грудного вскармливания.

Автор подробно рассматривает историю операции кесарева сечения, анализирует изменения, которые произошли за последние пятьдесят лет в практике родовспоможения. Общество свыклось с мыслью о легкости и безопасности родов посредством операции: сегодня так рождается почти каждый четвертый ребенок в мире. Автор убедительно развеивает миф о том, что рождение кесаревым сечением не сказывается на психическом и физическом здоровье ребенка в будущем. Анализируются перспективы развития человеческой цивилизации в случае следования по этому пути.

*Книга предназначена для врачей акушеров-гинекологов, семейных врачей, акушеров студентов медицинских институтов и колледжей, а также для **родителей и широкого круга читателей**, интересующихся вопросами беременности, подготовки к родам и деторождения, материнства и современного акушерства. Она поможет сделать выбор тем, кто решает для себя вопрос, где и каким образом рожать, для того чтобы впоследствии мать и дитя были здоровы.*

Вступление

Конец XX и начало XXI в. во всем мире ознаменовались расширением показаний к кесареву сечению в интересах плода и, соответственно, увеличением частоты абдоминального родоразрешения в популяции. Совершенствование техники кесарева сечения привело к тому, что этот способ родоразрешения стал при отклонениях от нормы самым распространенным в акушерстве, заменив такие операции и пособия, как наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, пособия при тазовом предлежании плода.

Отношение многих акушеров к кесареву сечению как к «безопасному» методу родоразрешения привело к тому, что сегодня эта операция производится не только по медицинским показаниям, но и «по заказу» или «по требованию женщины».

«Безопасность» кесарева сечения в наши дни снижает и без того слабый интерес к физиологии родов. «Индустриализация родов» в «эру электроники» практически искореняет такую нужную, самобытную и интересную профессию, как акушерка; в наши дни исчезает «акушерство в исполнении акушерок». И в тех странах, где врачей акушеров-гинекологов больше, чем акушерок, велика доля кесаревых сечений в общем числе родов. Растущее число кесаревых сечений у первородящих женщин создает серьезную проблему ведения беременности и родов у повторнородящих.

Лишь незначительное число акушеров в мире решает на консервативное ведение родов после предшествующего кесарева сечения. Большинство же придерживается постулата: «Одно кесарево сечение — всегда кесарево сечение», несмотря на желание многих женщин, перенесших эту операцию, родить через естественные родовые пути. Лишь в единичных клиниках этим пациенткам предоставляют такую возможность. Складывается впечатление, что скоро среди повторнородящих женщин не будет ни одной, у которой не было бы рубца на матке после одного, двух, трех и т. д. кесаревых сечений. Абдоминальное родоразрешение не требует акушерского мастерства, нужна лишь хорошая хирургическая техника, что, безусловно, приводит к снижению акушерского профессионализма.

Автор этой книги совершенно справедливо и аргументированно предлагает посмотреть на процесс родов с точки зрения физиологии, вернуться к «акушерству в исполнении акушерок» и дать возможность женщинам рожать естественным, физиологичным «нижним путем».

профессор Лидия Логотова, заместитель директора по научной работе Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии

Предисловие к русскому изданию

Россия — особенная страна?

Автор этой книги — практикующий врач, который ныне много путешествует по миру.

Я побывал в самых разных странах, и постепенно у меня сложился собственный взгляд на ту большую деревню, в которой мы живем — на планету Земля. Любые классификации по географическому принципу устарели и потеряли смысл, ведь современный человек может позавтракать в Москве, а поужинать уже в Мехико. Моя классификация основывается на одной из важнейших составных частей нашего образа жизни, а именно — на том, каким образом в том или ином месте дети рождаются на свет.

Во всем мире неуклонно растет доля кесаревых сечений в общем количестве родов, и именно на этом критерии я построил свою классификацию.

Первыми в ней идут страны-«лидеры», где доля кесаревых сечений уже превысила 40%. Там живет больше половины населения планеты, ведь к ним относятся Китай, Индия, Бразилия и большинство других стран Латинской Америки, Тайвань, Южная Корея, Иран, Турция, Греция, южная часть Италии. Другие страны время как будто обошло стороной: в таких странах, как Голландия, Швеция и Япония, количество детей, появляющихся на свет при помощи хирурга, не превышает 15%. К этой группе относится и Россия. Где-то в середине находятся США с Канадой, большинство стран Европы, Австралия и Новая Зеландия. В мировую классификацию я не включаю Африку: там ситуация слишком сложная.

Надеюсь, это предисловие поможет российским читателям понять, что в моей «системе координат» их страна принадлежит к числу тех, в которых кесаревых сечений делается сравнительно мало, а процент живых и здоровых новорожденных — приемлемый для стран с сопоставимым уровнем жизни. Полезно задуматься: почему большинство женщин в России еще способно рожать естественным путем? Ответ на этот вопрос помог бы вашей стране избежать ошибок, которые допустили многие другие страны. Объяснений этому, скорее всего, несколько. Одно из них то, что в России женщины рожают по большей части в женском окружении. У вас много акушерок, и большинство акушеров-гинекологов — женщины. Кроме того, модное поветрие — приглашать отцов присутствовать при родах — еще не укоренилось.

Сейчас, когда одна из важных задач здравоохранения во многих странах — сдерживать рост числа кесаревых сечений в родах, из сравнительного изучения опыта разных стран мы должны извлекать серьезные уроки.

Мишель Оден, август 2005 г.

Благодарности

Редакционная группа Международной школы традиционного акушерства искренне благодарит тех, кто сделал возможным появление русского издания книги: *Тамару Садовую, Лидию Логотову, Дмитрия Акимова, Анну Кутищеву, Ирину Муравьеву, Наталию Уилсон, Марину Маркелову, Катерину Панину, Ивана Ахматова, Евгению Мишину, Алену Лебедеву, Ольгу Махрову, Ольгу Голованову, Владимира и Светлану Рыжких, Евгению Ежову, Романа Попова*, а также всех *будущих и настоящих родителей*, прочитавших книгу еще до выхода ее в свет, воспользовавшихся данными в ней советами и поделившихся своим мнением и опытом с редакцией.

От редакции

В русский перевод книги были включены дополнения и исправления, сделанные автором во время нашей работы и присланные им непосредственно в редакцию. Таким образом, данная книга является исправленным и дополненным изданием по отношению к вышедшему в Лондоне в 2004 году.

Глава 1

Чудесная операция

С ноября 1953 по апрель 1954 года, будучи студентом-медиком, я проработал шесть месяцев в родильном отделении одной парижской больницы в качестве экстерна. В то время экстернам в клиниках доверяли лишь простейшие обязанности. На практику по акушерству я попал случайно — просто место было вакантным. Никакого интереса к родам у меня не было, акушером становиться я не собирался, к тому же мне было нужно время для серьезной подготовки к важным экзаменам, так что в родильном отделении я старался бывать как можно меньше. Практика длилась достаточно долго, и я смог изучить основы акушерского дела и понять, что в истории деторождения наступает новый этап.

Мои комментарии как наблюдателя

После конференций мне, прежде всего, вспоминается то, о чем говорилось в кулуарах между заседаниями или в ресторане. В больнице тоже нередко больше узнаешь в нерабочей обстановке. Однажды мы пообедали с одним из интернов того самого родильного отделения, где я был экстерном. В 1950-е годы интернами в парижских больницах работали молодые практикующие доктора, и их полномочия были весьма серьезны. Когда разговор зашел о том, какой стремительный скачок сделала медицина после Второй мировой войны, он рассказал мне, как ему видится будущее акушерства. «Практическая часть акушерства станет очень простой», — говорил он. — «Если роды идут легко и без проблем, значит, можно рожать их обычно, а если они затяжные и трудные, то медлить нечего: кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Это будет пустячная операция!» Такая техника кесарева сечения была в ту пору новой и в 1950-е годы в силу своей безопасности постепенно стала вытеснять классическую. За время полугодовой практики в качестве экстерна мне однажды представилась возможность ассистировать при кесаревом сечении в нижнем сегменте. Этого было достаточно, чтобы понять основные этапы операции. В то время в парижских клиниках кесарево сечение делалось примерно в 1% случаев.

На пути развития новой техники лежали серьезные препятствия. Главным из них было то, что акушеры редко имели хирургическую подготовку. В большинстве случаев они зависели от хирургов, а те еще мало владели новой техникой. У акушеров было устоявшееся пристрастие к щипцам, ставшим в течение трех веков символом акушерской врачебной практики. Разговорившись с толковым интерном, я понял, что многие доктора предпочитали не замечать появления новой, безопасной техники кесарева сечения, словно побаиваясь своих коллег-хирургов и их столь престижного статуса. То, что я был в родильном отделении всего лишь малоискушенным наблюдателем (ведь я собирался становиться хирургом), помогло мне понять, какими мотивами были движимы многие врачи-практики: им «мешали» возраст и профессиональный опыт. Не примечательно ли, что врач, заведовавший в то время родильным отделением и давший свое имя одной из разновидностей акушерских щипцов, почему-то никогда не поддерживал разговоров ни о кесаревом сечении, ни о его перспективах?

Мои комментарии как участника событий

Едва став интерном, я стал активно заниматься хирургией, ведь я мечтал об этом еще в бытность студентом-медиком. Успех, результат — вот к чему я стремился, так что меня не могла удовлетворить работа в терапевтических отделениях, где занимались преимущественно диагностикой. (Это было сразу видно, так как с первого же дня учебы

мы активно участвовали в буднях больничной жизни). Бросалось в глаза, что блистательные доктора, обсуждавшие мудреные диагнозы, мало интересовались лечением и зачастую не могли повлиять на течение болезни. В хирургии все было по другому. До сих пор помню одну из первых пациенток, которую видел в хирургическом отделении. У нее было ущемление грыжи, и нехитрая операция спасла ей жизнь.

Однажды, когда я был на ночном дежурстве в отделении хирургии, мой приятель из родильного отделения позвал меня ассистировать при экстренном кесаревом сечении. Так я научился новой технике этой операции. Я не мог и предположить тогда, что эта случайность предопределила мою будущую врачебную карьеру.

Позже, в 1958-59 годах меня призвали в армию и, как многих других, отправили на алжирскую войну. Я был приписан к госпиталю в Тизи-Узу, административном центре Большой Кабилии, населенной в основном берберами. Мы были заняты работой днем и ночью, было много операций, и это была преимущественно военно-полевая хирургия. Время от времени к нам поступали из горных селений женщины с затяжными родами. Я спасал новорожденным жизнь с помощью кесарева сечения в нижнем маточном сегменте, и на следующий день после операции все селение говорило об этом спасении, как о чуде. Позднее, летом 1960 года открылась вакансия хирурга в Гвинее, в Западной Африке. Там новая безопасная техника мне тоже очень пригодилась.

В 1962 году я узнал, что больнице в 80 км от Парижа потребовался доктор в хирургическое отделение. Я послал резюме, даже предварительно не посетив эту больницу. Мне подходил вариант жить за пределами столицы, но неподалеку от нее. Так я перебрался в маленький городок Питивье. В одном здании с хирургическим находилось небольшое родильное отделение, в котором работали две акушерки. Они очень обрадовались моему появлению, узнав, что я владею современной безопасной техникой кесарева сечения. Там же был хирург старшего поколения, который по-прежнему оперировал классическим способом. Когда я впервые сделал кесарево сечение в Питивье (между операцией вправления грыжи и удалением желчного пузыря), старшая операционная сестра всплеснула руками: «Что за чудесная операция! Это просто спасение!»

Глава 2 На распутии

Глобальное явление

Внучки женщин, которые рожали во времена моей молодости, в начале нового века смотрят на кесарево сечение «по-современному». Для большинства из них это просто один из двух возможных путей, которыми ребенок может появиться на свет. Сегодня в некоторых странах «верхним путем» рождается больше половины младенцев. В огромной Китайской Народной республике в год делается порядка шести с половиной миллионов кесаревых сечений — это примерно каждые вторые роды. В Бразилии, население которой равно населению Германии, Франции и Испании вместе взятых, путем кесарева сечения рождается больше 50% детей.

Конечно, есть разница между городскими и сельскими районами, между частными и государственными клиниками: в частных клиниках таких огромных городов, как Сан-Паулу или Рио-де-Жанейро, четыре новорожденных из пяти появляются на свет кесаревым сечением — восемьдесят процентов! В ряде клиник практика такова, что кесарево сечение является правилом, исключение из которого делается лишь когда женщина изъявляет желание родить естественным путем. Культура, поощряющая кесарево сечение, распространяется все шире. Малообеспеченные женщины часто

прибегают к операции, боясь низкого качества медицинского обслуживания.¹ В государственных больницах Бразилии «всего лишь» 40% детей рождаются на свет кесаревым сечением. Почти такая же практика имеет место и в других крупных городах Латинской Америки (Мехико, Сантьяго), а также на юге Италии.

Если нынешняя тенденция сохранится, то, вероятнее всего, в ближайшем будущем многие другие города и даже страны пересекут 50-процентный порог. В этот длинный список входит значительная часть Азии: Индия (особенно Нью-Дели), Тайвань, Таиланд, Сингапур, Южная Корея, Иран. Также к ним относятся Куба и большинство других стран Латинской Америки (за исключением Боливии). Уже близка к этой и ситуация в Турции (особенно в Стамбуле), Греции, Испании, Португалии. Даже в странах, которые в этот список не вошли, «верхний путь» сегодня воспринимается как обычный способ рождения. В США, например, доля таких родов — около 26%; в Западной Европе (Великобритания, Франция, Германия, Швейцария, Венгрия), а также в Австралии и Новой Зеландии одни роды из пяти происходят путем кесарева сечения.

Право выбора

Поскольку кесарево сечение стало восприниматься как обычный способ рождения, встал вопрос о признании права женщины на выбор. Так мы вошли в эпоху «кесарева сечения по требованию женщины». Начиная с 1997 г. эта тема неоднократно обсуждалась на страницах авторитетных медицинских журналов.^{[2,][3,][4,]}² Новое явление «элективного кесарева сечения» (то есть операции по выбору, по желанию), сначала возникло в Италии и в крупнейших городах Латинской Америки, а потом стало распространяться по всему миру. В конце двадцатого века врачи сомневались, стоит ли соглашаться на кесарево сечение «по требованию женщины».³ К началу XXI века, вопрос стоит уже по-другому: а не предоставить ли всем женщинам возможность выбрать кесарево сечение по собственному желанию?⁴ Количество кесаревых сечений «по заказу» год от года постоянно увеличивается. В США оно выросло с 1,56% от всех родов в 1999 г. до 1,87% в 2001 г.

В распространении этих новых веяний прямо или косвенно участвуют некоторые врачи-акушеры. Примечательно, что в ходе опроса, посвященного предпочтениям докторов-акушеров, 31% лондонских женщин — акушеров-гинекологов ответили, что в

¹ Behague DP, Victoria CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil. *BMJ* 2002; 324:942-5.

2

Tranquilli AL, Garzetti GG. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: caesarean section on «maternal request». *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1997; 177:245-6.

3

Harer W. Patient choice cesarean. *Am. Coll. Obstet. Gynecol. Clin. Review* 2000; 5:2.

4

Controversies: should doctors perform an elective caesarean section on request? *BMJ* 1998; 317:463.

² Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000; 356:1677-80.

³ Controversies: should doctors perform an elective caesarean section on request? *BMJ* 1998; 317:463.

⁴ Nygaard I, Cruikshank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? *Obstet. Gynecol.* 2003; 102(2): 217-9.

случае доношенной неосложненной беременности для рождения собственного ребенка они избрали бы плановое кесарево сечение.⁵ Похожие предпочтения высказали и акушеры-гинекологи (как мужчины, так и женщины) в Северной Америке.⁶ Влиятельный специалист-акушер, лондонский профессор Стер поддерживает сторонников нового подхода теоретическими соображениями. Подчеркивая, что объем головного мозга — главный фактор, затрудняющий рождение ребенка, он утверждает, что кесарево сечение — процедура, способствующая эволюции человеческого рода, что оно технологически разрешает «конфликт между необходимостью бежать и необходимостью думать».⁷ Стер полагает, что в будущем непредсказуемый риск, связанный с родами естественным путем, станет неоправданным для большинства женщин. Если кесарево сечение станет нормой, то размеры малого таза перестанут быть сдерживающим фактором для среднего веса плода, таким образом, «верхний путь» для большинства станет необходимым, предсказывает он.

Подобные высказывания раздаются по обе стороны Атлантики. В своем заявлении, опубликованном в октябре 2003 г. Комитет по вопросам этики Американской коллегии акушеров и гинекологов, указывает, что плановое кесарево сечение по желанию будущей матери не противоречит требованиям медицинской этики. Вот как прокомментировал это заявление авторитетный врач-акушер В. Бенсон Харер-младший из Морено-Вэлли (Калифорния): «По-моему, это шаг вперед на пути к нашей цели. Полагаю, что в будущем по мере появления новых научных данных это вмешательство будет получать все большее признание».⁸ В то же время в Великобритании Национальный институт качества медицинской помощи (NICE) выпустил предварительные рекомендации, в которых указано, что врач не должен отказывать женщине в праве рожать кесаревым сечением по желанию, однако должен выяснить, записать и обсудить с ней мотивы принятия такого решения. В странах, где государство участвует в оплате медицинских услуг, оно постарается избежать дополнительных расходов, связанных с удовлетворением всех запросов матери.

Родиться «верхним путем» или «нижним»? Новым поколениям выпала небывалая возможность выбора. Несомненно, это новая веха в истории... млекопитающих! За несколько десятилетий операция, призванная спасти жизнь, стала частым и даже обыденным способом производить потомство на свет. Как такое могло произойти?

Глава 3

Безопасней год от года

Главная причина растущей популярности кесарева сечения почти во всех странах мира — надежность и безопасность этой операции.

Прямым путем или непрямым?

⁵ Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1997; 73:1-4.

⁶ Gabbe SG, Holzman GB. Obstetricians' choice of delivery. *Lancet* 2001; 357:722.

⁷ Steer P. Caesarean section: an evolving procedure? *Brit. J. Obstet. Gynecol.* 1998;105:1052-55.

⁸ Rob Stein. Elective caesareans judged ethical. *The Washington Post*. October 31 2003. Page A32.

Что касается безопасности, то здесь переломный момент наступил вскоре после Второй мировой войны, когда началось широкое распространение новой техники. Ранее для доступа к матке хирурги пользовались наиболее прямым путем: кожа, фасции и мышца матки рассекались вертикально от места чуть выше пупка и почти до лона (лобка). По ряду причин к этому — «классическому» — способу прибегали только в крайнем случае. Риск кровотечения из толстой маточной стенки и опасность инфицирования были слишком велики; спайки могли стать причиной непроходимости кишечника; рубец на стенке матки часто оказывался несостоятельным, поэтому примерно в 2% случаев последующие беременности сопровождались разрывом матки по рубцу и кровотечением.

Принцип новой техники заключался в том, что вскрытие стенки матки стало проводиться горизонтальным разрезом в другом месте — в зоне тонких тканей так называемого «нижнего сегмента». В шейке матки различают две части: влагалищную и надвлагалищную, находящуюся в брюшной полости. На поздних сроках беременности надвлагалищная часть значительно увеличивается в размерах, образуя «нижний сегмент». Последний покрыт легко-смещаемым листком брюшины (серозной оболочки, выстилающей снаружи внутренние органы). С введением кесарева сечения в нижнем маточном сегменте различного рода осложнений стало гораздо меньше. В это же самое время стали разрабатываться более безопасные методики анестезии, в распоряжении врачей появились первые антибиотики, стало возможным переливание крови, пластиковые трубки для внутривенного вливания пришли на смену резиновым, что сделало эту процедуру намного безопаснее (был исключен риск аллергической реакции на каучук). Так за несколько лет рискованное вмешательство, к которому прежде прибегали в крайних случаях для спасения жизни, по целому ряду причин превратилось в операцию эффективную и вполне безопасную.

Методика, по которой проводится кесарево сечение в наши дни, принципиально не отличается от той, которая была усовершенствована в 1950-е годы. Здесь подходит именно слово «усовершенствована», так как задолго до этого некоторые врачи-акушеры пробовали оперировать через поперечный разрез в нижнем маточном сегменте. В самом начале XX в. этот «непрямой» способ отстаивал профессор Манро Керр, врач-акушер из университета Глазго⁹. Его идеи восприняли и распространили Джозеф ДеЛи и ряд других авторитетных практикующих врачей в Америке. Однако лишь в 1950-е годы во всем мире новый метод стал постепенно вытеснять старый.

Пфannenштиль и революция бикини

С тех пор, по мере дальнейших усовершенствований, кесарево сечение становилось все безопаснее и воспринималось как все более допустимое. До конца 60-х годов кожный разрез делался одинаково: вертикально от пупка до лона. Это было легко, быстро и безопасно. Несмотря на то, что порой после вертикального разреза на коже оставался толстый грубый красный рубец, этот вид разреза брюшной стенки считался приемлемым, так как кесарево сечение делали редко, по жизненным показаниям. Когда же роды «верхним путем» вошли в повседневную практику, стали приниматься в расчет и эстетические соображения, особенно когда в пляжной моде настала эра бикини.

Еще в 1900 году Герман Пфannenштиль, хирург-гинеколог из Бреслау (Германия) описал технику горизонтального разреза брюшной стенки в надлобковой области¹⁰.

⁹ Kerr JMM. The technique of cesarean section, with special reference to the lower uterine segment incision. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1926; 12:729-34.

¹⁰ Pfannenstiel JH. Ober die Vorteile des suprasymphysaren Fascienquerschnitts für die gynakologische Koliotomien zugleich ein Beitrag zu der Indikationsstellung der Operationswege. *Samml. Klin. Vortr. Gynakolog.*

Довольно скоро «разрез по Пфанненштилю» вошел во все учебники по хирургии, и многие врачи применяли его при различных гинекологических операциях. Однако еще долгие годы мало кому из хирургов приходило в голову использовать этот доступ для помощи в родах: вполне владея этой техникой, они не считали ее подходящей для кесарева сечения. Первой причиной тому была необходимость оперировать как можно быстрее. Не будем забывать, что десятилетиями большинство хирургов преследовало цель: закончить операцию раньше, чем препарат для общей анестезии попадет к малышу. Это была своего рода гонка: хирург старался добраться до ребенка быстрее, чем обезболивающее вещество «доберется» до плаценты. Впрочем, была и еще одна подспудная причина: в 1960-е годы многие, в том числе и я, с трудом могли себе представить, как может ребенок пройти через узкий надлобковый разрез. Сделать кесарево сечение таким способом я, как и многие мои коллеги, решился только в конце 1960-х. Проведя с десяток таких операций, я убедился, что они занимают почти столько же времени, сколько классическая, с вертикальным разрезом. Без моего ведома медсестра засекала время операции: от разреза на коже до появления малыша на свет прошло 2 минуты и 10 секунд. Во времена моды на бикини женщины стали сравнивать шрамы от вертикального разреза (порою довольно уродливые) и маленькие, почти незаметные рубчики в области лобка: к рождению ребенка кесаревым сечением стали относиться как никогда благосклонно.

Эпоха эпидуральной анестезии

В 1980-е годы реорганизация больниц и появление новых врачебных специальностей шли рука об руку с внедрением новейших технологических достижений. История эпидуральной анестезии — одна из лучших тому иллюстраций.

Идея региональной (действующей в пределах лишь ограниченной части тела) нервной блокады вообще, и эпидуральной блокады в частности, — не нова. Новизна лишь в том, насколько широко ее стали использовать при родовспоможении. Обезболивающий препарат через тонкую трубочку-катетер, вводимую посредством специальной иглы (после обезболивания кожи спины местным анестетиком), поступает в пространство между спинным мозгом и его внешней оболочкой. После 1980 г. спрос на такую процедуру взлетел так стремительно, что большинству анестезиологов пришлось научиться использовать ее во время родов. Так популярность эпидуральной анестезии в родовспоможении послужила причиной возникновения новой медицинской субспециальности — акушерской анестезиологии. Каждодневное применение эпидуральной анестезии в родах выявило новые обстоятельства. Все чаще возникали случаи, когда решение прибегнуть к кесареву сечению принималось уже во время действия эпидуральной анестезии. И тут преимущества местного обезболивания перед общим стали очевидными, ведь мама оставалась в сознании во время операции и сразу после нее.

Развитие акушерской анестезиологии, в свою очередь, подстегнуло технологический прогресс. При обычной эпидуральной анестезии, наряду с прочими, блокируются также двигательные нервы, управляющие мышцами нижней части тела, и женщина не может шевелить ногами. С учетом этого позднее были разработаны более совершенные формы для этого вида обезболивания. Появилась возможность существенно снизить дозу местного анестетика, используя сочетание его с одним из препаратов группы морфина (опиатом) — таким, как фентанил. Благодаря этому женщина в родах может не только шевелить ногами, но даже ходить. Эта разновидность обезболивания стала известна под

названием «мобильной эпидуральной анестезии» («walking epidural»). Еще одна широко распространенная форма обезболивания — комбинированная спинально-эпидуральная [Сноска] анестезия. В этом варианте одна-единственная доза опиата, в сочетании с местным анестетиком или без него, вводится непосредственно в спинномозговой канал, вблизи окончания спинного мозга. Это снимает боль примерно на два часа, а если возникает необходимость в дополнительном обезболивании, то его дают в виде эпидуральной анестезии. Так как внутри спинномозгового канала нет кровеносных сосудов, действующие вещества не поступают в общий кровоток матери. Сегодня технически простое спинальное обезболивание часто применяется при плановых операциях кесарева сечения.

Главным следствием подобных достижений анестезиологии является то, что кесарево сечение становится все более и более приемлемым и безопасным.

Скальпелем или пальцами?

Техника кесарева сечения постоянно совершенствуется. В 1990-е годы группа врачей во главе с Михаэлем Старком из иерусалимской больницы Мисгав-Ладах разработала технику, основанную на так называемом «разрезе по Джоэлу-Коэну» (Joel-Cohen incision), который изначально применялся для гистерэктомии (удаления матки)¹¹. Методика кесарева сечения по Джоэлу-Коэну-Старку существенно ограничивает применение режущих инструментов, тогда как основная часть манипуляций делается руками. Одна из целей, поставленных авторами метода, — исключить все действия, без которых можно обойтись. Имеет смысл рассказать об этой технике подробнее, чтобы и медики, и неискушенные читатели смогли понять ее преимущества (операция проходит быстрее, меньше кровопотеря)¹².

Разрез кожи делается, как обычно, горизонтально над лобком. Первое отличие от общепринятой техники: подкожный жировой слой рассекается скальпелем посередине горизонтальной линии лишь на 2-3 см в длину, так, чтобы потом разделить ткани по обе стороны от разреза путем растягивания двумя пальцами. При этом мы избегаем ранения мелких кровеносных сосудов. Аналогично поступают с фасциями, покрывающими мышцы: в них делают небольшой надрез и разнимают пальцами вдоль волокон. Мышечные волокна разделяют, растягивая их в стороны. Брюшину вскрывают, растягивая двумя указательными пальцами. Матку вскрывают также указательным пальцем, затем расширяют отверстие указательным пальцем одной руки и большим пальцем другой. После рождения ребенка и плаценты через это отверстие можно вывести матку на брюшную стенку. Удобство заключается в том, что матка в этом случае оказывается в поле зрения, и наложить швы можно с максимальной надежностью. Далее ушиваются только фасция и кожа. Сегодня хорошо известно, что брюшина срастается быстрее и

1

При спинальной анестезии препарат вводится непосредственно в канал спинного мозга, в субарахноидальное пространство, где находится спинномозговая жидкость — ликвор; при эпидуральной анестезии анестетик вводится более поверхностно, в пространство над твердой мозговой оболочкой. — *Прим. ред.*

¹¹ Joel-Cohen S. Abdominal and Vaginal Hysterectomy: New techniques based in Time and Motion studies. London: William Heinemann Medical Books. 1972.

¹² Stark M, Finkel AR. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1994; 53(2): 121-2.

лучше, если на нее не накладывать швы¹³.

Результаты многочисленных наблюдений подтвердили, что техника Михаэля Старка сокращает кровопотерю и длительность операции. Так, по данным шведских ученых, роженица при этом теряет в среднем 250 мл крови (против 400 мл при обычной технике). Время операции — в среднем 20 минут против 28 минут при обычном кесаревом сечении¹⁴. Это еще одно свидетельство того, что безопасность кесарева сечения становится все выше.

В особых случаях, когда матери ВИЧ-инфицированы, главная наша забота — оградить ребенка от заражения. Сейчас вводится в обиход адаптированная к подобным ситуациям техника «гемостатического кесарева сечения», при которой новорожденный появляется на свет совершенно чистым, без малейшего контакта с материнской кровью.

Можно ли просчитать безопасность кесарева сечения?

Специалисты в области родовспоможения считают, что в современных условиях кесарево сечение — в целом безопасная операция. Примечательно, что для рождения собственных детей многие женщины акушеры-гинекологи предпочитают именно этот метод. Однако статистически оценить уровень безопасности нелегко. Золотое правило, которым следует руководствоваться при медицинских исследованиях, когда нужно сравнить два возможных способа лечения, два метода ведения больных или две стратегии — принцип рандомизации. Он заключается в следующем: обследуемых случайным образом делят на две группы. В первой группе применяется один клинический метод, во второй — другой. В дальнейшем, на этапе обработки данных, оценивают соотношение риски — преимущества для каждого из методов и все это описывают языком статистики. По понятным причинам нельзя одной группе женщин объявить, что им придется рожать вагинальным путем, а другой, также выбранной наугад, — что им сделают кесарево сечение.

Тем не менее, определенные выводы можно делать и из исследований со случайной выборкой, которые не имели непосредственной цели выяснить, насколько часто у матерей возникают осложнения. В одной из таких работ сравнивались две стратегии: плановое кесарево сечение и попытка родоразрешения через естественные пути при доношенной беременности с тазовым предлежанием. Исследованием было охвачено более 2000 беременных женщин в 121 больнице 26 стран¹⁵. Частота серьезных осложнений у женщин в обеих группах оказалась приблизительно одинаковой. Схожие выводы можно сделать и из другого исследования 436 женщин, целью которого было выяснить, какова вероятность передачи вируса СПИД от матери новорожденному в зависимости от того, проводились роды путем планового кесарева сечения или через естественные родовые пути¹⁶.

¹³ Tulandi T, Al-Jaroudi D. Non-closure of peritoneum: a reappraisal. *Am. J. Obst. Gynecol.* 2003; 189(2): 609-12.

¹⁴ Wallin G, Fall O. Modified Joel-Cohen technique for caesarean delivery. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 1999; 106:221-26.

¹⁵ Hannah ME, Hannah W J, Hewson SA, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 256:1375-83.

¹⁶ The European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial. *Lancet* 1999; 353:1035-39.

Приведенные результаты подтверждаются также масштабным исследованием датских ученых¹⁷, изучивших истории родов 15441 датчанки, рожавшей первого ребенка в тазовом предлежании в 1982-1995 гг. Из них 7503 женщинам было сделано плановое кесарево сечение, 5575 — экстренное кесарево сечение и 2363 женщин рожали через естественные родовые пути. Вопреки устоявшемуся мнению, частота кровотечений и анемии после планового кесарева сечения и после родов через естественные родовые пути оказалась одинаковой 5,7%, несколько выше она была при операциях экстренного кесарева сечения 7%. Тромбоэмболические осложнения после кесарева сечения встречались в 0,1% случаев. С другой стороны, в 1,7% случаев вагинальные роды приводили к разрыву анального сфинктера с последующим недержанием кала. Обычно авторы подчеркивают, что все хирургические вмешательства чреваты риском ранения какого-либо органа, не имеющего непосредственного отношения к данной операции. Статистика этих исследований, однако, свидетельствует, что лишь в нескольких случаях имели место ранения мочевого пузыря (в 0,1% случаев при плановом кесаревом сечении и 0,2% при — экстренном). Подчеркнем особо, что целостность этого органа можно немедленно и с легкостью восстановить в ходе той же операции. Если использовать техники, ограничивающие применение острых инструментов, то риск подобных повреждений будет еще ниже. В вышеупомянутом исследовании не было ни одного случая, когда для остановки кровотечения хирургам бы пришлось прибегнуть к удалению матки. Современная методика кесарева сечения исключает попадание в брюшную полость чужеродных материалов (например, марли), и это значительно снижает риск возникновения послеоперационных спаек и, как следствие, — кишечной непроходимости. Вероятно, в ближайшем будущем обычным делом станет инсталляция (закапывание) в пространство брюшины специальных веществ, предотвращающих образование спаек.

Трудно поддается оценке и уровень смертности женщин в родах: здесь также исследование путем случайной выборки невозможно. Судя по большинству статистических отчетов, материнская смертность после кесарева сечения в три-четыре раза выше, чем после вагинальных родов¹⁸. Впрочем, к этим данным нужно относиться осторожно, так как у многих женщин необходимость в кесаревом сечении вызвана проблемами со здоровьем, неблагополучным течением беременности или осложнениями в родах. Каждый из этих факторов уже сам по себе обуславливает повышенную материнскую смертность. К тому же, чтобы достоверно оценить уровень материнской смертности в развитых странах, нужно проанализировать исходы не менее 100 тысяч родов. А в случае развивающихся стран, и в особенности их сельских районов (в частности, в странах, расположенных к югу от Сахары^{[11,]19}) — подходы должны быть другими, так как смертность после кесарева сечения там порой в 100 раз выше, чем в странах с высоким уровнем жизни.

Так или иначе, сегодня можно утверждать, что в современных хорошо оборудованных и организованных больницах развитых стран роды путем кесарева сечения и роды через естественные родовые пути мало отличаются в отношении

¹⁷ Krebs L, Langhoff-Roos J. Elective cesarean delivery for term breech. *Obstet. Gynecol.* 2003; 101(4): 690-6.

¹⁸ Harper MA, Byington RP, Espeland MA, et al. Pregnancy-Related Death and Health Care Services. *Obstet. & Gynecol.* 2003; 102(2): 273-278.

11

Fenton PM, Whitty CJM, Reynolds F. Caesarean section in Malawi: prospective study of early maternal and perinatal mortality. *BMJ* 2003; 327:587-90.

¹⁹ Pereira C, Bugalho A, et al. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 1996; 103: 508-12.

безопасности.

Глава 4 Разорвать порочный круг

Потребности, о которых забыли

Безопасность кесарева сечения — *предпосылка* его широкого применения при родах, но *не первопричина*. Первопричиной все растущего распространения этого акушерского вмешательства, несомненно, является всеобщее культурно обусловленное непонимание того, что прежде всего нужно женщине в родах. Станет понятнее, почему об этих ключевых потребностях забыли, если вспомнить некоторые факты истории. Тысячелетиями культурная среда диктовала, как надо правильно рожать. Затем настало столетие индустриализации в родовспоможении, после чего распространились «методы» так называемых «естественных родов» (как будто вообще могут сочетаться слова «метод» и «естественный»!) Появилась и надежная техника кесарева сечения, позволяющая рожать иным путем, нежели вагинальный.

Ни одна из известных нам культурных моделей не поможет нам заново осознать потребности рожаящей женщины. В большинстве традиционных сообществ культурная среда оказывает свое влияние: те, кто помогают в родах, более или менее активно, зачастую насильственно, вмешиваются в физиологические процессы; также вносят свою лепту убеждения и ритуалы. Скажем, во многих сообществах укоренилось убеждение, что помощница должна немедленно после рождения ребенка перерезать пуповину. Бытует мнение, что это предохраняет новорожденного от «опасного» молозива и от других «вредных» воздействий кожного и зрительного контакта матери и ее ребенка.

Именно поэтому нужно обратиться к языку современных физиологов и взглянуть на все с их точки зрения. Таким образом, изучая функции организма, мы вернемся к корням, найдем нечто универсальное, не знающее культурных различий, и заново откроем ключевые потребности женщины в родах. Тогда станет понятно, почему все чаще врачи прибегают к кесареву сечению. Причины здесь — непонимание физиологических процессов, а вовсе не электронный мониторинг плода или опасение судебных исков, недостаток акушерок и изменившийся взгляд на их роль, все более частое применение методов родовозбуждения и эпидуральной анестезии или иные аспекты индустриализации родов в целом. А безопасность кесарева сечения в наши дни, в свою очередь, снижает и без того слабый интерес к физиологии родов.

Открыть заново

Чтобы разорвать этот порочный круг, взглянем на роженицу с точки зрения современного физиолога.

Это побудит нас обратить внимание на *самую активную часть ее организма*, а именно — на эволюционно древнейшие части мозга — гипоталамус и гипофиз. Все гормоны, регулирующие течение родов, выделяются именно этими двумя железами. Итак, физиолог в первую очередь будет рассматривать эти древние отделы человеческого мозга, совершающие огромную работу в процессе родов, выделяя целый поток гормонов. Нам сегодня известно, что если в процессе родов или в любом эпизоде сексуальной жизни возникает торможение, то источник его следует искать в «новом мозге» — той части головного мозга, которая чрезвычайно развита у человека и которую нередко называют «мозгом интеллекта», или «мыслящим мозгом». Более правильное его название — новая

кора, или неокортекс.

Если мы хотим заново открыть, что нужно абсолютно любой женщине в родах, то путь к разгадке — понять и объяснить то, что хорошо известно матерям и акушеркам, у которых есть опыт родов без вмешательств. Если женщина рождает, предоставленная сама себе, без медикаментозных средств, то настает момент, когда она явно стремится оторваться от окружающего мира, словно отправляется «на другую планету». Она позволяет себе то, о чем и не помыслила бы в повседневной жизни, — например, кричать или браниться. Она может принимать самые неожиданные позы, издавать самые непривычные звуки. Все это говорит о том, что контроль со стороны неокортекса ослаблен. Уменьшение активности неокортекса — важнейший аспект физиологии родов с практической точки зрения. Из этого следует вывод, что роженицу надо, прежде всего, оградить от любой ненужной стимуляции неокортекса. Итак, простое правило:

ИЗБЕГАТЬ СТИМУЛЯЦИИ НЕОКОРТЕКСА!

Чтобы использовать правило на практике, следует разобраться, что оно подразумевает. Рассмотрим общеизвестные факторы, способные возбуждать неокортекс человека, и постараемся их избегать:

- *Язык*, и особенно язык рациональный. Когда мы общаемся при помощи слов, неокортекс анализирует то, что мы воспринимаем. Отсюда — одно из важнейших качеств хорошей акушерки: умение быть сдержанной и немногословной, в особенности не задавать вопросов, которые требуют точного ответа. Представим себе, что идет активный период схваток и женщина уже «там, на другой планете». Она позволяет себе кричать, делать вещи, ранее немислимые для нее. Она забыла то, чему ее учили, о чем она читала в книгах, она потеряла представление о времени — и вдруг ее спрашивают, в котором часу она последний раз мочилась. Типичный пример мощной стимуляции неокортекса! Кажется, это так просто. Но сколько еще пройдет времени, прежде чем акушеры вновь осознают эту истину: помогать нужно как можно молчаливее!

- *Свет* также имеет свойство стимулировать неокортекс. Специалисты по электроэнцефалографии знают, что при стимуляции зрительных реакций самописец отражает возрастание активности головного мозга. Обычный способ снизить активность мыслительной деятельности и помочь человеку уснуть — это прикрыть занавесками окно и выключить свет. Это означает, что с точки зрения физиологии, рассеянный неяркий свет будет заведомо облегчать процесс родов. И снова — многих медиков еще придется долго убеждать в том, что это так серьезно. Примечательно, что женщина, которая уже «на другой планете», помимо своей воли принимает то положение, которое предохраняет ее от излишних зрительных раздражителей. Например, встает на колени и локти, словно молится. Эта распространенная поза в родах не только облегчает боли в пояснице — она дает и другие положительные эффекты: устраняет один из источников страдания плода — сдавление крупных сосудов вдоль позвоночного столба, а также способствует повороту его головки.

- *Ощущение женщины, что за ней наблюдают*, также стимулирует неокортекс. Физиологические реакции на присутствие наблюдающего детально исследованы учеными. Всем известно, что мы чувствуем себя иначе, когда за нами следят. Другими словами, *обстановка интимности, уединения (privacy)* — фактор, способствующий снижению контроля со стороны неокортекса. Интересно, что все млекопитающие — а у них неокортекс развит меньше, чем наш — стараются производить потомство подальше от посторонних глаз. Те виды, которые ведут ночной образ жизни (например, крысы), рожают детенышей преимущественно днем, а животные, которые активны в дневное время (скажем, лошади), — ночью. Дикие козы уходят для этого в самые недоступные районы гор. У шимпанзе, наших ближайших родственников, самки на время родов покидают стаю. Итак, одна из ключевых потребностей роженицы — уединиться, не быть ни у кого на виду. Таким образом, для нее существенна разница между поведением

акушерки, все время стоящей перед нею и внимательно на нее смотрящей, и сдержанным поведением другой, которая тихо сидит в уголке. Именно поэтому следует также по возможности избегать использования любого аппарата, который женщина может воспринять как инструмент наблюдения, будь то видеокамера или прибор для электронного мониторинга плода.

• *Опасность.* Любая ситуация, в которой происходит выделение гормонов группы адреналина, стимулирует деятельность неокортекса, и посему сдерживает процесс родов. Когда возникает опасность, млекопитающим приходится быть бдительными и внимательными. Применительно к нашей теме это означает, что женщина во время родов ощущает *потребность чувствовать себя в безопасности.* Этой ключевой потребностью объясняется то, что по всему миру и во все времена женщины стремились рожать рядом с собственной матерью или с кем-то, кто может послужить ей заменой. Это, как правило, опытная женщина с опытом матери или бабушки... или повивальная бабка. Акушерка по природе своей олицетворяет материнский образ. В идеале мать — прототип человека, рядом с которым мы себя чувствуем в безопасности и который не станет нас разглядывать или критиковать.

Несколько «если бы...»

Если бы мы осознали ключевые потребности рожавшей женщины полвека назад, когда распространилась современная техника кесарева сечения, то история деторождения, несомненно, пошла бы другим путем. И с «акушерством в исполнении акушерок» считались бы уважительно. *Акушерки не исчезли бы* — полностью, как это произошло в одних странах, или почти полностью — в странах, где они потеряли свою самостоятельность и самобытность, став заложницами медицинских схем. Сравнивая страны, города или больницы, легко угадать, каков там процент кесаревых сечений — для этого достаточно знать соотношение числа акушеров-гинекологов и акушерок. В странах, где акушеров-гинекологов во много раз больше, чем акушерок, последние потеряли свою независимость, а количество кесаревых сечений огромно. Так обстоит дело во многих странах, столь непохожих одна на другую: в Бразилии и еще нескольких странах Латинской Америки, в Китае, Южной Корее, на Тайване и на юге Италии, в Турции и Греции.

Если бы мы поняли, каковы ключевые потребности рожавшей женщины, то мы бы не наблюдали сейчас второго и третьего поколений, родившихся при интенсивном врачебном вмешательстве. Есть статистические данные о том, что в определенной степени способность благополучно родить ребенка передается от матери к дочери. В США изучили данные о всех женщинах, родившихся в штате Юта в 1947-57 гг. и впоследствии рожавших в этом же штате в 1970-91 гг. Вот что показало исследование: если женщине делали кесарево сечение по причине «отсутствия прогресса родовой деятельности», то вероятность того, что ее дочери придется самой рожать посредством операции, возрастает в шесть раз²⁰. Выходит, что с приходом эпохи «индустриализации родов» способность к благополучному родоразрешению стала постепенно уменьшаться?

Если бы мы усвоили ключевые потребности роженицы, то история родов не знала бы «эры электроники». Тогда врачи не решились бы с начала 70-х годов записывать в постоянном режиме ритм сердцебиения плода и интенсивность маточных сокращений при помощи электронных приборов. Врачи бы понимали: когда за телесными функциями женщины постоянно наблюдают и она это знает, уже одно это возбуждает неокортекс, а

²⁰ Varner MW, Fraser AM, et al. The intergenerational predisposition to operative delivery. *Obstet. Gynecol.* 1996; 87(6): 905-11.

это грозит сделать роды дольше, труднее, а значит — опаснее, так что все больше родов будет проходить при помощи хирурга. Интересный факт: когда настала эра электроники, ученые провели исследования, показавшие, что единственным устойчивым и статистически значимым эффектом *электронного мониторинга* (сравнительно с обычной периодической аускультацией) было увеличение числа кесаревых сечений. [2 — 14]

Если бы благодаря правильному пониманию процесса родов мы избежали эры электроники, возможно, не возникло бы навязчивой *боязни судебных последствий*. В 1970-е годы многие врачи не без участия прессы распространили идею о том, что новые электронные методы наблюдения позволяют «рожать без риска» — как будто произвольный процесс подобен полету самолета, за которым легко следить и которым можно надежно управлять! Из такого убеждения следует, что причина любого несчастного случая: смерти, инвалидности, — чья-то ошибка или недосмотр, а значит, нужно искать виноватого. Общественность не смогла вовремя понять, что эпидемия судебных исков не могла породить ничего, кроме атмосферы страха в больницах и роддомах. А ведь страх — это как раз то, что делает роды трудными и опасными.

Если бы несколько десятилетий назад мы задали себе правильные вопросы, мы не попали бы сейчас в кабалу прочно укоренившихся теорий. *Если бы*, например, мы осознали, как важно обеспечить роженице условия, в которых ее адреналин как можно дольше держится на минимальном уровне, то мы бы представляли себе заранее, что присутствие при родах мужчины, неокортекс которого выделяет гормоны стресса, может увеличивать риск. Но вот появляется новое веяние: *отцы присутствуют на родах*. Его все горячо поддерживают, и сегодня уже никто не осмелится обратить внимание на то, что его бум совпал по времени с резким увеличением числа кесаревых сечений. (В Ирландии отцов допустили в палату только в конце восьмидесятых — тогда же взлетело и число операций.)

Простое практическое правило

Поскольку непонимание физиологических процессов прямо или косвенно ведет к резкому росту кесаревых сечений, предложим очень простое правило, которое поможет уяснить, в чем заключаются ключевые потребности женщины в родах. Его можно выразить всего одной фразой: во время схваток, потуг и рождения ребенка *следует устранять все специфически человеческое и удовлетворять потребности, свойственные млекопитающим*.

Устранить все, что специфически присуще человеку — это, прежде всего, освободиться от бремени укоренившихся убеждений (крепко сросшихся с ритуалами). Тысячелетиями они вмешивались в физиологические процессы во всех известных нам культурных сообществах (не исключено, впрочем, что на определенном витке человеческой истории это давало эволюционное преимущество). Из этого правила следует, что необходимо сократить до минимума активность неокортекса — отдела головного мозга, мощное развитие которого отличает нас от остальных животных. Отсюда же следует, что язык — еще одна специфическая функция человека — должен использоваться как можно более скупно.

Любое млекопитающее, производя на свет потомство, стремится быть подальше от посторонних глаз. Для женщины в родах это такая же насущная необходимость.

Далее, необходимо удовлетворить ее потребность ощущать себя в безопасности: когда самка млекопитающего в джунглях чует поблизости хищника, роды на время

прекращаются. Примечательно, что женщина, укрытая от опасности и посторонних глаз, нередко предпочитает рожать в позах, свойственных млекопитающим, например, на четвереньках.

Часто говорят, что нужно гуманизировать деторождение, то есть сделать его более человеческим. На самом деле, если мы хотим снизить процент кесаревых сечений, стоит его сначала сделать более похожим на деторождение у млекопитающих. В определенном смысле роды следует дегуманизировать.

Глава 5 **Когда сбываются мечты...**

Мифы, легенды, поэмы и сказания рассказывают нам о человеческих мечтах, живших во всех народах, во все времена. Благодаря технологическим чудесам XX века многие мечты вдруг сделались реальностью. Это относится и к кесареву сечению, которое можно воспринимать как осуществление древней, глубоко лелеемой мечты. Давайте пойдем непроторенным путем и посмотрим новыми глазами на то, что я обозначил бы как «искушение кесаревым сечением» — то есть искушение превратить эту операцию в обыденный способ производить детей на свет.

От Асклепия до куклы Барби

Асклепий, бог медицины у древних греков, появился на свет, когда его отец Аполлон рассек чрево своей возлюбленной Корониды, казненной за неверность. Бог Зевс исторг сына своего Диониса из чрева умершей возлюбленной, затем последовала «пересадка» в отцовское бедро, откуда впоследствии и родился младенец.

Подобные легенды возникали не только у греков. Многократно звучит мотив кесарева сечения в фольклоре Древней Индии, у египтян, персов и европейских народов. Известны древние китайские гравюры с изображением этой операции, которая проводится, без сомнения, на живых женщинах. В «Шахнамэ» («Книге царей»), написанной около 1000 года нашей эры, повествуется о подвигах героев доисламского Ирана, и там есть подробное описание рождения кесаревым сечением: Заль, легендарный герой по прозвищу Лев, умоляет вещую птицу Симурга помочь разрешиться своей возлюбленной Рудабе. Симург дает наставления священнику Мобеду, и тот рассекает Рудабе кинжалом бок — так чудесным образом родился Рустам. Интересно, что во всех этих древних легендах операцию проводит мужчина, хотя родовспоможением, как правило, занимались женщины.

По германским преданиям (версия Эйльхарта), таким же путем родился Тристан. Один из самых потрясающих сюжетов изображает гравюра на дереве работы германских мастеров позднего Средневековья — рождение Антихриста кесаревым сечением.

Древним мифам и фольклору Британии также не чужд образ рождения «верхним путем», что подтверждает стих из эпизода трагической гибели Макбета:

...Разочаруйся,
И пусть тебе поведаст тот ангел, которому служил ты,
Что Макдуф из чрева матери ножом исторгнут. *[Сноска]*

Среди самых ярких преданий, повествующих о кесаревом сечении, следует упомянуть те, в которых мать сама вынимает своего ребенка, а также, где операция делается при помощи... бычьего рога. Сакомб[*Сноска*] поведал следующую историю в стихах. В Сан-Себастьяне разъяренный бык вспарывает живот беременной женщине так, что ребенок рождается живым, не пройдя через кости таза: «Плод вышел невредим, минуя узкий путь».[*Сноска*]

Конечно, трудно отделить легенды и выдумки от достоверных исторических фактов. Главная причина подобных затруднений в том, что во многих сообществах в случае смерти беременной женщины ее тело запрещалось хоронить, прежде чем из него вынут дитя. Так порой удавалось спасти «верхним путем» ребенка умирающей матери.

В VIII в. до н.э. римский царь Нума Помпилий издал закон, согласно которому новорожденного обязательно нужно было извлекать из тела женщины, умершей в родах. Закон оставался в силе во время правления многих римских императоров и был назван «Lex Caesarea» от латинского глагола *caesere*, означающего «*резать, сечь*». Таково, вероятнее всего, происхождение нашего термина. Название операции «кесарево сечение» никак не связано с обстоятельствами рождения императора Юлия Цезаря. Если бы император родился таким способом, то его мать Аврелия не могла бы впоследствии стать советницей своего взрослого сына. Возможно, один из предков Цезаря (Кесаря) родился «верхним путем», и имя, данное ему в память о хирургическом способе появления его на свет, стало передаваться из поколения в поколение. Позднее католическая церковь приняла закон, подобный Lex Caesarea, чтобы дать возможность спасенному ребенку принять крещение.

Долгое время кесарево сечение имело отношение лишь к трагическим случаям, когда мать умирала родами, но вот в XVI в. сообщается о первом случае, когда операция позволила выжить не только ребенку, но и матери. Швейцарец Жак Ньюфер, чьим ремеслом было кастрировать свиней, решился прибегнуть к кесареву сечению, когда его жена никак не могла разродиться. Ей оказались не в состоянии помочь тринадцать акушерок и несколько литотомистов (хирургов, которые специализировались на извлечении камней из мочевого пузыря). Сделав один разрез ножом, Ньюфер извлек живого и невредимого ребенка. Своей жене он наложил швы на рану, и она также осталась жива. Этот случай был изложен в первом трактате о кесаревом сечении, сделанном живой женщине. Его правдивость медицинское сообщество подвергало сомнению, поскольку после этого мадам Ньюфер прожила долго, благополучно родив более привычным способом еще шестерых детей, в том числе пару близнецов. Одним из самых правдоподобных объяснений могла быть внематочная брюшная беременность (то есть плод мог находиться не в матке, а в брюшной полости). Примечательно, что в подлиннике трактата, написанном на латыни, упоминается лишь об одном разрезе — брюшной стенки, и ни слова о вскрытии матки. Если такая интерпретация верна, то это не было настоящим кесаревым сечением.

В наши дни, когда кесарево сечение стало безопасным и повседневным вмешательством, можно было бы ожидать, что давние мечты и фантазии уйдут мало-помалу в небытие. Это не так. Самые древние и вездесущие мечты человечества постоянно и непреодолимо всплывают вновь, и яркий тому пример — успех беременной куклы Барби с открывающимся животиком.

От Икара до полета через Ла-Манш

Отворить чрево беременной женщины — не единственная давняя мечта человечества, ставшая реальностью в последние годы. Чтобы глубже понять то, что мы рассматриваем как «искушение кесаревым сечением», нелишне будет вспомнить еще одну, столь же давнишнюю мечту.

Икар вместе со своим отцом Дедалом был заключен в башню на острове Крит. Они ухитрились сбежать, но покинуть остров морем было невозможно: царь строго охранял все корабли на острове. Тогда отец и сын решили улететь. Дедал сделал из перьев крылья для себя и для юного Икара. Дедал благополучно добрался до Сицилии, где построил в благодарность за свое избавление храм в честь Аполлона, повесив там свои крылья как дар Богу. Икар же, охваченный восторгом, не последовал за отцом и взмыл вверх, как будто хотел долететь до небес. Но палящее солнце растопило воск, которым были склеены перья, и юноша остался без крыльев. Тщетно махал он руками, на которых не было больше перьев, и призывал на помощь отца — он упал и утонул в пучине моря.

Самым большим желанием Беллерофона было оседлать великолепного крылатого коня Пегаса. Проснувшись однажды утром, он обнаружил под ногами золотую уздечку. Он отправился на луг, где любил пастись Пегас, и нашел там чудо-коня. Конь позволил накинуть на себя уздечку и не сопротивлялся всаднику. К несчастью для себя, Беллерофон возмечтал стать богом. Однажды он направил крылатого коня на Олимп, обиталище богов. Но тут впервые Пегас благоразумно воспротивился, скинул Беллерофона на землю и улетел.

Эти знаменитые мифы характерны не только для греческой культуры. Множество описаний летающих механизмов и существ мы встретим и в древних китайских, корейских и индийских текстах. В индийских Ведах летающие машины назывались *вимана*. Некоторые представляли собой созданные человеком летательные аппараты, похожие на самолеты с крыльями наподобие птичьих.

Иные же были — создания, летавшие необъяснимым способом и, как правило, нерукотворные. В даосских легендах часто упоминаются бессмертные, способные летать по воздуху. Сянь — это люди, наделенные бессмертием и способные летать в силу своей божественной природы. Считалось, что они имеют перья — даосские священники так и называются: *юй кэ*, что означает «пернатые гости». Среди других примеров летающих существ — *фэй тянь* («летающие бессмертные») из древнекитайских мифов.

Сегодня, когда перелет с одного континента на другой уже не воспринимается как приключение, можно было бы предположить, что еще одна мечта, из самых древних и живучих, уйдет в небытие, и полету не будет места в наших фантазиях. Вовсе нет: с каждым днем растет популярность всевозможных видов спорта и развлечений, связанных с полетом. Мы увлеклись парашютным спортом, парапланами, дельтапланами, совершаем отчаянные затяжные прыжки, развлекаемся прыжками на резиновом тросе... Словом, человек стремится осуществить свою самую древнюю мечту — летать самостоятельно. Тот, кто перелетел через Ла-Манш на крыльях из углеродного волокна [*Сноска*], наваял Икаровы грезы миллионам таких же, как он, людей...

Искусительный соблазн кесарева сечения нельзя объяснить, если не обращать внимания на то, как поразительно некоторые человеческие мечты и фантазии. Искушение кесаревым сечением — это часть порочного круга, включающего также и пренебрежение физиологией родов.

Глава 6

Вперед, к *Homo Sapiens* со сверхсовершенным мозгом?

Следует ли воспринимать эпоху безопасного кесарева сечения как новый рубеж в эволюции размеров головного мозга? Стоим ли мы на пути появления *Homo sapiens* со сверхсовершенным мозгом?

Возможностям есть предел

До последнего времени было принято считать, что в силу особенностей процесса родов и строения женского организма развитию человеческого мозга есть предел. К концу внутриутробного развития наименьший размер головки плода (которая не имеет строго шарообразной формы) приблизительно равен наибольшему выходному размеру малого таза матери (который не является правильным конусом). Эволюции пришлось предусмотреть некоторые решения, чтобы *достигнуть пределов возможного*.

Первое решение — сделать беременность как можно короче, чтобы ребенок рождался, в некотором смысле, недоношенным. Все происходит так, как будто существует «период первичного развития» (primal period)²¹, который включает в себя стадию «внутреннего вынашивания», и стадию «внешнего вынашивания», уже в социальной среде. Относительную незрелость новорожденного человека нельзя рассматривать, не принимая во внимание его развитие в культурном окружении. Некоторое время назад я уже высказывал гипотезу о том, что преждевременное рождение может иметь и много преимуществ, если речь идет о развитии мозга, поскольку мир вне утробы дает младенцу неизмеримо больше персонализированных чувственных раздражителей, чем внутриутробный²². Кроме того, в последние годы выяснилось, что беременная женщина в состоянии до некоторой степени адаптировать размеры плода к своим собственным размерам, регулируя приток крови и питательных веществ к плоду. Именно поэтому миниатюрные женщины, которые в качестве суррогатных матерей вынашивают донорские эмбрионы гораздо более крупных по комплекции генетических родителей, нередко рожают детей меньшего размера, чем можно было бы ожидать.

Что касается механической стороны родов, то малыш должен как можно сильнее нагнуть головку, чтобы наименьшим размером начать спиралевидное продвижение вниз через отверстие малого таза матери. Рождение ребенка у человека — сложный асимметричный процесс, так как внутренний размер материнского таза на входе шире в поперечном направлении, а на выходе — шире в продольном. Добавим, кстати, что процесс конфигурации (своего рода «лепки») головки может несколько изменять форму черепа малыша, если в этом есть необходимость.

Когда идет речь о механических особенностях родов у человека, трудно удержаться от сравнения нас с нашими близкими родственниками — шимпанзе. Головка доношенного детеныша этой обезьяны занимает значительно меньше места в малом тазу матери, а вульва расположена строго по центру. Поэтому продвижение головки вниз по родовым путям абсолютно симметричное и прямое. Мозг у современного представителя рода *Homo* в 4 раза больше, чем у его знаменитого предка Люси. *[Сноска]* По-видимому, с

²¹ Odent M. Primal Health. Century-Hutchinson 1986 (first edition). Clairview 2002 (second edition).

²² Odent M. Prematurite et creativite. In: Les cahiers du nouveau-né no. 6. Un enfant, prematurement. *Le Vaguerese ed. Stock*. Paris 1983.

момента, когда человек отделился от других приматов, и на протяжении всей эволюции гоминидов [*Сноска*] существовало противоречие между прямохождением, с одной стороны, и тенденцией к росту объема головного мозга с другой. Противоречивость «устройства» homo sapiens заключается в том, что малый таз приспособленного к ходьбе на двух ногах человека должен быть узким, чтобы ноги располагались на возможно меньшем расстоянии одна от другой: так облегчается передача усилия от ног к позвоночнику при ходьбе и беге. Прямохождение — важная предпосылка развития головного мозга. Когда мы ходим на двух ногах, мы можем нести на голове тяжелый груз. Млекопитающие, ходящие на четвереньках, к этому не приспособлены. Вот почему для того, чтобы появилась «обезьяна с большим мозгом», эволюции пришлось искать другие решения, нежели увеличение объема таза женщины, ведь чем быстрее могли бегать наши предки, тем больше у них было шансов выжить.

Есть и другие основания полагать, что увеличение размеров мозга достигло конечного предела. Когда мы говорим о развитии и увеличении головного мозга, мы не вполне точны. Подчеркнем, прежде всего, что значительно увеличился не весь мозг, а лишь его часть, неокортекс. Неокортекс, или кору головного мозга, можно представить как своего рода мощный суперкомпьютер, который некогда был зависим от древнейших структур мозга, отвечавших за выживание. Для нас сейчас важно то, что «новый мозг» стал одерживать верх и подавлять активность этих древних отделов, особенно в процессе родов. Но несмотря на это, современные женщины пока не потеряли способности выделять необходимые гормоны и рожать собственными силами — при условии, что деятельность их мощного неокортекса будет существенно ограничена. Здесь мы снова приходим к выводу, что развитие человеческого мозга достигло своих пределов. Дальнейшее развитие коры головного мозга может сделать процесс родов невозможным.

Снова бескрайние горизонты?

С появлением безопасного кесарева сечения все жесткие, на первый взгляд, пределы, которые были положены развитию головного мозга, разбиты в пух и прах. До сих пор младенцы со слишком большой головкой, неспособной пройти через малый таз матери, были обречены, и тенденция к увеличению размеров мозга не могла передаться по наследству их потомкам. Сегодня продолжение эволюции мозга в этом направлении снова стало возможным.

Мы как представители вида *Homo sapiens* в значительной степени отличаемся от других приматов, в частности, от наших близких родственников, шимпанзе, особенностями метаболизма жиров. Для человека характерна исключительно развитая способность доставлять молекулы жира и жировые частицы к таким органам, как кожа и мозг. Также для людей характерны наличие подкожного жирового слоя и способность накапливать липиды в таких местах, как молочные железы и ягодицы у женщин и живот у мужчин. При современном образе жизни у людей образуется все более толстый слой подкожного жира.

Уникальная способность доставлять к головному мозгу в больших количествах особые молекулы жирных кислот, которые необходимы для его развития — характерная особенность человека. Растущий мозг остро нуждается в жирной кислоте, называемой

Люси — женщина-австралопитек, скелет которой в 1978 году нашел в Эфиопии Доналд Джохансон. — *Прим. перев.*

ДГК (докозагексаеновой кислоте, ДНА): пятьдесят процентов молекул жирных кислот, которые служат «строительным материалом» для развивающегося мозга, — это ДГК. Длинноцепочечные молекулы этой полиненасыщенной жирной кислоты из группы омега-3 образуются и содержатся практически только в цепи питания обитателей моря. Чтобы понять один из ключевых моментов человеческой природы, нужно помнить, что фермента десатурации [*Сноска*] дельта-4 в нашем организме вырабатывается мало, а ДГК является продуктом той самой десатурации. Иными словами, *люди, с их огромным мозгом, слабо приспособлены к тому, чтобы самостоятельно синтезировать молекулу, отвечающую за питание нервной системы.* [*Сноска*] То есть человеческий организм просто запрограммирован на то, чтобы включать это вещество в свой рацион питания, а говоря практически — употреблять морепродукты. Итак, можно утверждать, что тенденция к увеличению размеров головного мозга неожиданно обрела второе дыхание в век безопасного кесарева сечения, особенно в странах, где население в избытке получает готовую ДГК из даров моря.

То, что эпоха кесарева сечения — поворотный пункт в эволюции человеческого мозга, впервые осознал не специалист в области эволюционной антропологии и не акушер. Джейн Инглиш родилась в 1942 г. классическим кесаревым сечением, произведенным до начала родов. Когда ей было около 30 лет, она стала воспринимать свое рождение через кесарево сечение как призму, сквозь которую можно смотреть на мир и самое себя. Так она пришла к мысли, что изменения, которые раньше могли происходить только в результате мутаций и естественного отбора, теперь могут быть продуктом человеческой изобретательности. Результатом ее интереса к тому, как на человека влияет факт рождения кесаревым сечением, стала книга «Войти через другую дверь», изданной в 1985 году²³.

Мне посчастливилось встретиться с Джейн Инглиш в 1980-е годы. Это помогло мне осознать, почему в истории деторождения настал переломный момент, почему история человечества — на крутом повороте, и даже — почему наступил переломный момент в эволюции человека.

Глава 7 Подходы для XXI века

Два ответа

Может быть, тем, кто думает о будущем, следует равняться на Бразилию? В культурной среде таких городов, как Рио-де-Жанейро и Сан-Паулу, кесарево сечение становится все более популярно. Этим способом рождает большинство женщин, под чьим влиянием слагается общественное мнение — актрисы, знаменитые спортсменки и прочие.

8

Десатурация — процесс превращения насыщенных жиров в ненасыщенные. Соединения с несколькими двойными связями «углерод — углерод» химики называют ненасыщенными: они способны к присоединению других веществ — сатурации, или насыщению. Процесс же, обратный насыщению, называется десатурацией. — *Прим. ред.*

9

Поэтому такие вещества получили название — незаменимые полиненасыщенные жирные кислоты. — *Прим. перев.*

²³ Jane English. Different doorway: adventures of a cesarean born. Earth Heart 1985.

Подобную тенденцию можно наблюдать и во многих других странах мира. На Тайване — а это еще один мировой лидер по числу родов кесаревым сечением — многие считают, что выбор момента, астрологически благоприятного для рождения ребенка, может стать залогом его будущего счастья. Есть ли серьезные основания, чтобы повернуть эту тенденцию вспять?

Нет на то оснований, если принимать во внимание только научные критерии XX века. Это те критерии, которыми я пользовался выше, говоря о внедрении безопасной техники кесарева сечения. Чтобы оценить качество акушерской помощи, в основном принимают во внимание такие распространенные критерии, как процент новорожденных, живых к моменту окончания родов, процент здоровых новорожденных, уровень материнской смертности и количество осложнений у женщин (последние включают возможность развития недержания мочи, недержания кала и опущения стенок влагалища). Наши рассуждения относительно эволюции размеров головного мозга также основаны на устоявшихся критериях XX века, поскольку в прошедшем веке дарвиновскую теорию эволюции поддерживали и развивали.

Да, несомненно, есть основания бороться с этой тенденцией, *если* мы будем учитывать и критерии XXI века. Здесь я, прежде всего, имею в виду стремительное развитие одного из важнейших аспектов нынешней научной революции — «науки о любви[*Сноска*]»²⁴. Любовь традиционно была делом поэтов, художников, романистов и философов. К началу XXI века ее стали изучать и с точки зрения самых разных научных дисциплин. Появление научного подхода к любви — факт, важность которого легко не заметить или недооценить. Тому есть несколько причин. Одна из них заключается в том, что наука чрезвычайно специализировалась: ученые, открывшие малозаметные, но важные детали в одной очень узкой области, не в состоянии связать их с другими исследованиями в иных, столь же узких областях.

Есть и еще одна причина, по которой мы оказались не готовы признать исследования в области «научного познания любви» важнейшими достижениями современной науки. Она заключается в том, что новейшие исследования *дают ответы на вопросы, которые никогда ранее не ставились*.

Три вопроса

Первый пример простого, важного и актуального вопроса, которым почему-то никогда никто не задавался: *«как развивается способность любить?»*. Веками бесчисленные гиганты духа, религиозные вожди, философы, поэты, моралисты и филантропы превозносили любовь, воспевая все ее грани. Для этого нашлось немало слов: сочувствие, альтруизм, самоотверженность, милосердие, великодушие, доброта, человечность, жалость, сострадание, взаимопонимание, всепрощение... Однако, глядя на то, как ведут себя люди XXI века, едва ли кто станет спорить, что эти мудрые слова никак не смогут нам помочь. Сейчас гораздо насущнее разобраться в том, как развивается способность любить, чем неустанно прославлять любовь или задаваться банальными негативными вопросами, например, *«как не допустить жестокости и насилия?»*

Нынешняя эпоха научного подхода к любви побуждает нас формулировать вопросы позитивно. Данные, полученные в самых разнообразных областях науки, дают ответ

10

Здесь автор употребляет термин, который не может быть дословно переведен на русский язык — *Scientification of Love*. Этот термин послужил названием для известной книги М. Одена, в русском переводе — «Научное познание любви». — *Прим. ред.*

²⁴ Odent M. *The Scientification of Love*. Free Association Books 1999.

именно на такие вопросы. Эти данные заставляют нас осознать, какая огромная роль принадлежит раннему опыту, и в особенности периоду, ближайшему к моменту рождения. Исторически первой путь к научному познанию любви проложила этология — наука о поведении животных и человека. С момента зарождения этой науки предметом особого интереса этологов всегда была взаимная привязанность матери и малыша. Каким бы видом млекопитающих ни занимались исследователи, они неизменно убеждаются в том, что сразу после рождения наступает короткий, но чрезвычайно важный период, который никогда не сможет повториться в будущем. Особенно следует отметить работы Харлоу, ибо он наблюдал за поведением матерей и младенцев у одного из видов обезьян — близких родственников человека. Более того, он проследил за развитием обезьян до их взрослого состояния, и ему удалось обнаружить связь между всевозможными помехами в момент первого контакта матери и новорожденного детеныша и отклонениями в сексуальном и материнском поведении в зрелом возрасте.

Идеи, высказанные этологами, ныне нашли подтверждение в исследованиях, посвященных влиянию на поведение ряда гормонов, участвующих как в процессе родов, так и в различных проявлениях любви. Как нам теперь известно, рожая, женщина непременно должна выделить в кровь настоящий «коктейль» из гормонов любви. Гормоны, выделяемые матерью и плодом во время схваток и собственно родов, не исчезают из организма сразу же — каждый из них играет свою особую роль во взаимоотношениях матери и ребенка в течение первого часа после родов. Эти идеи этологов подтверждаются и при изучении истории жизни тех людей с той или иной формой «нарушения способности любить» (других или самого себя). Такие работы — пример нового подхода, который я называю «изучением первичного здоровья». Результаты этих исследований мы собираем в «Банк данных изучения первичного здоровья».

Вот еще один пример простого вопроса, которым люди никогда раньше не задавались: *«как связаны между собой различные ипостаси любви?»* Мы обозначаем одним и тем же словом множество самых различных ситуаций, но каковы связи между любовью материнской, отцовской, сыновней; плотской, романтической, платонической, духовной, братской, не говоря уже о любви к родине, к природе, к Матери-Земле? Это еще один случай, когда биология дает нам ответ на еще не заданный вопрос.

Наши сегодняшние знания позволяют утверждать: о какой бы ипостаси любви мы ни говорили, к ней причастен гормон окситоцин. Еще совсем недавно считалось, что этот гормон, выделяемый задней долей гипофиза, оказывает сугубо механический эффект. Хорошо известно, что благодаря окситоцину происходят сокращения мышцы матки при рождении ребенка и плаценты, сокращение особых клеток молочных желез («рефлекс выброса молока»), сокращение простаты и семенных пузырьков у мужчин («рефлекс выброса семени»), а также сокращения матки во время женского оргазма, которые облегчают доставку семени к яйцеклетке. Оглядываясь назад, нетрудно догадаться, почему ученые и клиницисты долго не могли обнаружить столь значительного влияния окситоцина на поведение. Причина в том, что этот гормон не попадает в мозг, если его вводить внутривенно. Переломным моментом стали исторические опыты Пранге и Педерсена, которые догадались ввести окситоцин прямо в мозг нерожавших самок крыс²⁵. Этого было достаточно, чтобы стимулировать у них материнское поведение: если рядом были детеныши другой крысы, они старались собрать их вместе и заботились о них. После этого не стало большой неожиданностью обнаружение в головном мозгу молекул, чувствительных к окситоцину («мозговых рецепторов»). У крыс во время родов увеличивается количество рецепторов к окситоцину в зоне мозга, которую принято

²⁵ Pedersen CA, Prange JR. Induction of maternal behavior in virgin rats after intracerebroventricular administration of oxytocin. *Pro Natl. Acad. Sci. USA* 1979; 76: 6661-5.

называть опорным ядром терминальной полоски (bed nucleus of the stria terminalis, BNST). В эксперименте разрушение этой зоны подавляло материнское поведение, не влияя при этом на процесс родов, значит, можно сделать вывод, что окситоциновые рецепторы этой зоны играют важную роль в материнском поведении. Есть много оснований полагать, что у человека количество мозговых рецепторов к окситоцину также возрастает во время родов. Это еще один повод считать, что у женщины рождающей на свет ребенка, возрастает способность любить.

Важно подчеркнуть, что гормон любви всегда является одной из составляющих сложного гормонального баланса. Когда происходит выброс окситоцина, возникает потребность любить, и предмет этой любви может быть разным в зависимости от того, какие еще гормоны при этом выделяются. Вот почему существует много разновидностей любви. Если, например, одновременно выделяется пролактин, то любовь, скорее, будет направлена к детям, так как пролактин — типичный гормон материнства. Это как раз то, что происходит сразу после родов в физиологически благоприятных условиях, в тот момент, когда уровень окситоцина достигает наивысшего пика (если в помещении достаточно тепло, если нет помех для зрительного и телесного контакта матери и младенца, если никакие посторонние навязчивые запахи не мешают им ощущать запах друг друга)^[3.]²⁶. В других ситуациях внезапный выброс окситоцина не сопровождается существенным выделением пролактина. Это любовь в иной ипостаси — например, любовь к сексуальному партнеру. Поскольку пик выброса окситоцина может составлять с прочими гормонами почти бесконечное разнообразие сочетаний, существует почти бесконечное число всевозможных проявлений любви. Но окситоцин присутствует всегда.

Не забудем и последний из простых и ранее не поднимавшихся вопросов, на который наводит современная наука: *почему во всех сообществах принято мешать первому контакту матери и ребенка?* Невозможно не задать этот вопрос в эпоху, когда целым рядом научных дисциплин установлено, что короткий период между рождением ребенка и отделением плаценты, скорее всего, играет первостепенную, решающую роль в развитии способности любить. Самый распространенный и поразительный способ вмешиваться в так называемый третий период родов — это внедрить в сознание женщины убеждение, что молозиво — нечистое, вредное для малыша вещество, которое нужно удалить и уничтожить²⁷. Напомним, что, по данным современной биологии, молозиво, которое новорожденный может получить из материнской груди сразу после родов, бесценно. Обратим также внимание на то, что новорожденный ребенок способен искать и находить сосок уже в течение первого часа после рождения⁴. Различные предубеждения могут накладываться, усугубляя друг друга. Например, у некоторых народностей Бенина (Западная Африка) бытует поверье, что мать в течение суток после родов не должна глядеть в глаза своего ребенка — иначе «злые духи» могут вселиться в его тело. Первому контакту также могут помешать действия, отвлекающие мать. Примеров таких ритуальных процедур немало: поспешно перерезают пуповину, немедленно моют, растирают, туго пеленают младенцев, бинтуют им ноги, прокалывают уши новорожденным девочкам, распахивают двери жилища (у народов Крайнего Севера), окуривают младенца дымом.

3

Russell JA, Douglas AJ, Ingram CD. Brain preparations for maternity: adaptive changes in behavioral and neuroendocrine systems during pregnancy and lactation. *Progress in brain research* 2001; 133:1-38.

²⁶ Odent M. The early expression of the rooting reflex. *Proceedings of the 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, Rome 1977. London: Academic Press 1977:1117-19.

²⁷ Odent M. 'Colostruih and civilization'. In *The nature of birth and breastfeeding*. First edition Bergin and Garvey 1992. Second edition (*Birth and breastfeeding*) Clairview 2003.

Сегодня не только уместно задать такой вопрос — мы уже в состоянии найти ответы на него. Для этого нелишне вспомнить, что тысячелетиями основной стратегией выживания большинства человеческих сообществ было установление господства над природой и группами других людей. Эволюционное преимущество получали не те, кому дан потенциал любви, а те, в ком развивался потенциал агрессии, те, кому он был передан посредством подобных верований и ритуалов. Если мы будем сравнивать различные сообщества, то заметим: чем более необходимо обществу развивать агрессию и способность лишать жизни других, тем агрессивнее ритуалы и верования вмешиваются в ближайший к рождению период жизни человека.

Наши рассуждения приобретают особенное звучание в XXI веке и должны рассматриваться в его контексте. Мы живем в эпоху, когда человечеству нужно вырабатывать принципиально новые стратегии выживания. Мы все острее чувствуем, что традиционные стратегии изжили себя. Мы должны ставить вопросы, которых еще никто не касался, например: как развить в человеке любовь к Матери-Земле? Для того чтобы остановить разрушение планеты, мы обязаны ввести единые принципы существования в нашей «большой деревне». Любовь нам нужна более чем когда-либо. Все верования и ритуалы, взывающие к материнскому инстинкту защиты и агрессии, теряют свои эволюционные преимущества.

Эра безопасного кесарева сечения — это, прежде всего, эра научного познания любви. Приоритеты очевидны.

Глава 8

Мыслить перспективно

Люди не запрограммированы мыслить о далеком будущем. Миллионами лет наши предки жили одним днем, питаясь тем, что дарилла природа. Одни кормились, вылавливая на мелководье ракушки или мелких рыбешек, другие собирали растения или плоды, третьи занимались охотой. Когда, относительно недавно, появились земледелие и скотоводство, людям пришлось развить в себе способность предвидеть будущее. Жизнь заставляла задумываться хотя бы о временах года. Сегодня в нашем распоряжении оказались такие мощные технологии, что у нас возникла необходимость мыслить на десятилетия, и даже на столетия вперед. То же касается и других сфер человеческой деятельности, в частности, рождения детей.

Что поможет нам перепрограммировать себя?

Трудно изменить человеческую природу, выйти за ее пределы. Вот и профессионалам акушерского дела нелегко заглянуть за пределы короткого периода родов и послеродового периода. До наступления эпохи индустриализации родовспоможения у них не было ни причин, ни поводов для того, чтобы интересоваться возможными долгосрочными последствиями того, каким образом мы рождаемся. Ведь все рождались вагинальным путем, роды начинались самопроизвольно, а матери и ребенку в этой ситуации приходилось полагаться лишь на собственные физиологические ресурсы. Одни роды проходили легче, другие — тяжелее, вот и все. Теперь же у нас много способов рождения детей как «нижним» путем, так и «верхним». А средняя продолжительность жизни, которая ожидает новорожденного на сегодняшний день — порядка 80 лет.

Подспорье, которым можно воспользоваться, чтобы обучить себя мыслить долгосрочными категориями в сфере здоровья — Банк данных о первичном здоровье (Primal Health Research Data Bank, www.birthworks.org/primalhealth). Созданный нами Банк содержит сотни ссылок и выдержек из исследований, опубликованных в авторитетных

медицинских и научных журналах. Все эти работы посвящены тому, как события, произошедшие в «первичный период», связаны со здоровьем и поведением человека в последующие годы жизни (под первичным периодом мы подразумеваем период внутриутробного развития, роды и первый год жизни). Отыскать такие исследования нелегко, так как понятия «первичное здоровье» в современных классификациях нет. Для этого и был создан наш Банк данных. При обзоре сведений, собранных в нем, мы сразу увидим, что во всех разделах медицины велись исследования, имеющие целью установить, как связаны болезни взрослого человека с тем, что происходило с его матерью во время беременности. Из подобных исследований можно даже сделать вывод, что наше здоровье в значительной степени формируется в утробе²⁸. Например, мы читаем о том, что мужчина не рискует заболеть раком простаты, если его мать страдала преэклампсией.^[Сноска] Или о том, что вынашивание ребенка во время эпидемии коклюша повышает вероятность, что он заболеет болезнью Паркинсона. Благодаря подобной информации мы учимся задумываться о долгосрочной перспективе.

Что такое — родиться через кесарево сечение

Как ни странно, поиск научных работ по ключевому слову «кесарево» дает немного. Самые существенные и надежные данные, которые мы найдем таким способом, касаются связи факта рождения кесаревым сечением и *риска развития астмы* у детей и взрослых.

Финские ученые исследовали факторы риска возникновения астмы и аллергических заболеваний у 31-летних взрослых (родившихся в 1966 году). Оказалось, что у родившихся кесаревым сечением риск развития астмы в 3,23 раза больше, чем у тех, кто родился вагинальным путем²⁹. С другой стороны, частота случаев аллергических заболеваний, таких как поллиноз и экзема, а также склонность к аллергии, выявленной кожными пробами, не превышала «фоновой». Та же группа исследователей изучала риск астмы у семилетних детей³⁰. Было обнаружено, что осложнения в родах вообще и кесарево сечение в частности — факторы риска. Другая группа ученых из Финляндии изучала данные по астме у рожденных в 1987 году, сопоставляя данные национальных органов регистрации рождений с различными документами отчетности государственного здравоохранения. Это исследование, объектом которого стали около 60 тысяч детей, подтвердило, что у рожденных посредством кесарева сечения выше риск стать астматиками в детстве³¹. Датские ученые также отмечают, что кесарево сечение — фактор, повышающий риск заболевания астмой, но не аллергическим ринитом³², а работа

²⁸ Odent M. Primal Health. 1st edition *Century-Hutchinson* 1986. 2nd edition *Clairview* 2002.

11

Понимание термина «преэклампсия» в англоязычной и русскоязычной медицинской литературе не равнозначно. См. Словарь терминов. — *Прим. ред.*

²⁹ Xu B, Pekkanen J, Hartikainen AL, Jarvelin MR. Caesarean section and risk of asthma and allergy in adulthood. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2001; 107 (4): 732-3.

³⁰ Xu B, Pekkanen J, Jarvelin MR. Obstetric complications and asthma in childhood. *J. Asthma* 2000; 37(7): 589-94.

³¹ Kero J, Gissler M, Gronlund MM, Kero P, Koskinen P, Hemminki E, Isolauri E. Mode of delivery and asthma — is there a connection? *Pediatr. Res.* 2002 Jul;52(1):6-11.

³² Bager P, Melbye M, Rostgaard K, Stabell Benn C, Westergaard T. Mode of delivery and risk of allergic rhinitis and asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2003 Jan;111-1(1):51-6.

британских исследователей подтвердила, что аллергии с кесаревым сечением не связаны³³.

Когда я пытаюсь интерпретировать эти вполне согласующиеся друг с другом данные, я не могу не вспомнить один хорошо известный науке факт: нарушения дыхания у новорожденных возникают гораздо чаще при плановом кесаревом сечении, произведенном до начала родовой деятельности, чем при вагинальных родах или кесаревом сечении в родах. К сожалению, в нашем Банке данных нет ни одной работы, в которой бы сравнивалась статистика для кесаревых сечений, произведенных во время родов и до их начала. Сегодня нам известно, что плод, скорее всего, участвует в запуске процесса родов. Один из способов — подать сигнал, выделяя в амниотическую жидкость вещество, свидетельствующее о том, что легкие «созрели». Более того, есть основания полагать, что гормоны, выделяемые матерью и плодом во время родов, могут способствовать завершению созревания легких³⁴. Таким образом, нетрудно предугадать, что у младенцев, рожденных кесаревым сечением до начала родов, будут чаще возникать респираторные нарушения — и не только сразу после рождения, но и в дальнейшей жизни³⁵. Подчеркнем в этой связи, что кесарево сечение выступает в качестве фактора, повышающего риск развития астмы как заболевания дыхательной системы, но не как аллергического заболевания.

Кесарево сечение не является существенным фактором риска собственно аллергических заболеваний (так называемых атопических форм: поллиноза, аллергического ринита и экземы), но зато оно, по имеющимся данным, увеличивает число аллергий, вызываемых пищевыми продуктами. Как показывает исследование норвежских ученых, дети, родившиеся путем кесарева сечения от матерей, которые страдают аллергией, чаще имеют аллергию на яйца, рыбу и орехи³⁶.

В эпоху, когда каждый год «верхним путем» рождается около миллиона американцев и несколько миллионов китайцев, странно видеть, что поисковик на сочетание «кесарево сечение» выдает меньшее количество работ, чем многие другие слова.

Первая, очевидная причина в том, что исследования в области первичного здоровья (Primal Health Research) — новая дисциплина. Ей нелегко завоевывать позиции: ученым ничто человеческое не чуждо, и способность мыслить в категориях долгосрочной перспективы в них, как и в остальных людях, не заложена генетически. Любопытно, что все работы, где обращается внимание на связь между кесаревым сечением и астмой, опубликованы уже в XXI веке.

Вторая причина в том, что большинство авторов, изучавших факторы риска в ближайший к родам период, использовали протоколы, имеющие в основе не вполне отчетливые критерии: «осложнения в родах» или «оптимальность родов» (показатель, отражающий, насколько благополучно родился человек — сравнительно с тем, что принято за оптимум). Результаты этой группы работ свидетельствуют: то, как мы

³³ McKeever TM, Lewis SA, Smith C, Hubbard R. Mode of delivery and risk of developing allergic disease. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2002 May;109(5):800-2.

³⁴ Faxelius G, Hagnevik K, Lagercrantz H, Lundell B, Irestedt I. Catecholamine surge and lung function after delivery. *Arch. Dis. Child.* 1983; 58 (4): 262-66.

³⁵ Hook B, Kiwi R, Amini SB, Fanoroff A, Hack M. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labour. *Pediatrics* 1997; 100: 348-53.

³⁶ Eggesbo M, Botten G, Stigum H, et al. Is delivery by cesarean section a risk factor for food allergy? *J. Allergy Clin. Immunol.* 2003; 112(2): 420-6.

родились, влияет на всю нашу дальнейшую жизнь. Тут открывается перспектива для нового поколения научных работ, которые пролили бы свет на проблемы, волнующие тех, кто имеет представление об исследованиях в области первичного здоровья (Primal Health Research).

На нынешнем этапе развития акушерства срочного ответа требуют следующие вопросы: «каковы долгосрочные последствия искусственного возбуждения родов?», «какие долговременные последствия ожидают детей, рожденных посредством кесарева сечения до наступления родов?» Пожалуй, исследователи не осознали, что уже сегодня огромная часть населения Земли — люди, рожденные кесаревым сечением вне родов. Тот, кто задумывается о долгосрочной перспективе, пока мало что может почерпнуть из медицинской литературы. Так, мне недавно попала работа, где изучались дети, чьи матери страдали депрессией в течение шести месяцев после родов. В возрасте 11 лет их дети проявляли более выраженную склонность к насильственным действиям: чаще дрались в школе, чаще применяли в драках оружие. Мне сразу же захотелось выяснить, не увеличивает ли кесарево сечение риска развития послеродовой депрессии? Я нашел всего пару работ, свидетельствующих о том, что депрессия чаще развивается у матерей после экстренного кесарева сечения (по данным австралийских ученых, в семь раз)³⁷, а найти данные о негативных последствиях кесарева сечения, произведенного не в родах, оказалось пока просто невозможно.

Нарушение способности любить

Пока не появились работы нового поколения, нам остается делать выводы из тех, что опубликованы на сегодняшний день. При обзоре Банка данных выясняется, что у людей, у которых в той или иной форме нарушена способность любить (других людей, или самого себя), в прошлом непременно обнаруживаются неблагоприятные факторы в родах или ближайшем к ним периоде. «Нарушение способности любить» — удачное выражение, подчеркивающее то общее, что есть между всеми этими состояниями, отклонениями в поведении, болезнями. Сюда же относятся и различные виды аутодеструктивного поведения. Исходя из этих данных, я рассматриваю исследования в области первичного здоровья (Primal Health Research) как дисциплину, вносящую вклад в процесс научного познания любви. Тем более что, когда ученые обнаруживают какие-либо факторы риска в ближайший к родам период, это всегда имеет отношение к какой-либо злободневной проблеме современности, будь то состояние, которое можно отнести к «нарушениям способности любить» или вполне определенная болезнь, например, астма.

Вот несколько типичных форм поведения или болезней, которые я отношу к «нарушениям способности любить»: детская и подростковая преступность, самоубийство, токсикомания и наркомания, нервная анорексия, аутизм. Все эти аномалии стали предметом изучения в рамках исследования первичного здоровья (Primal Health Research).

В качестве примера исследований, которые уже были проведены, можно взять работы, посвященные аутизму. Проблема чрезвычайно актуальна, и ее можно относить к разделу «нарушения способности любить». Я заинтересовался проблемой аутизма в 1982 году, когда мне довелось встретиться с Нико Тинбергеном, одним из родоначальников этологии, удостоенным Нобелевской премии 1973 года вместе с Конрадом Лоренцем и Карлом фон Фришем. Будучи этологом, наблюдавшим поведение животных, он, в частности, занимался особенностями невербального поведения детей, страдающих аутизмом. Имея обширный опыт «полевого этолога», он наблюдал детей в их привычной

³⁷ Hay D, Pawlby S, Angold A, et al. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev. Psychol.* 2003; 39:1083-94.

домашней обстановке и не только подробно описал свои наблюдения, но и привел перечень факторов, предрасполагающих к аутизму или усиливающих его симптомы³⁸.

В родах и ближайшем к ним периоде Тинберген выделил следующие факторы: искусственное возбуждение родов, роды с применением анестезии, наложение «высоких» щипцов, реанимация после родов. Он первым отметил среди факторов разного рода искусственное родовозбуждение. Когда мы с ним познакомились, он пытался выяснить, не связаны ли между собой затруднения в установлении зрительного контакта у детей-аутистов и отсутствие зрительного контакта матери и ребенка после родов. Работы Тинбергена (и его жены) стали первой попыткой изучать аутизм с позиций «исследования первичного здоровья» (Primal Health Research).

Может быть, именно благодаря встрече и переписке с Нико Тинбергеном я с таким интересом прочитал в июне 1991 года небольшую статью Риоко Хаттори — психиатра из Кумамото (Япония)³⁹. Она исследовала вероятность возникновения аутизма в зависимости от места рождения. Среди детей, родившихся в одной из больниц, процент аутистов был существенно выше среднего. Оказалось, что в этой самой больнице было принято искусственно вызывать роды за неделю до ожидаемого срока и давать седативные и обезболивающие препараты во время родов. Однако в этой работе не рассмотрено отдельно влияние искусственного родовозбуждения и применения медикаментозных препаратов.

Лишь в 2002 году в медицинской литературе были опубликованы результаты масштабного исследования⁴⁰, в котором ученые воспользовались официальными списками детей, рожденных в Швеции за 20 лет (с 1974 по 1993 годы); Им также были предоставлены медицинские карты 108 шведских детей (21 мальчика и 87 девочек), которым в 1987-1994 годах в соответствии с весьма строгими критериями был поставлен диагноз — аутизм. Была также изучена контрольная группа из 2020 детей. Вероятность развития аутизма в значительной степени увеличивали следующие факторы: роды кесаревым сечением, состояние на 5 минуте после рождения ниже 7 баллов по шкале Апгар (то есть не лучшее состояние ребенка после родов), рождение матери за пределами Европы и Северной Америки, кровотечения во время беременности, ежедневное курение в первые месяцы беременности, задержка внутриутробного роста и врожденные пороки развития. К сожалению, авторы не смогли провести различия между кесаревым сечением в родах и плановым. Кроме того, в этой работе невозможно было принять во внимание такой фактор риска, как искусственное возбуждение родов, поскольку, как мне сообщил один из авторов исследования, до 1991 года в национальном реестре рождений этот пункт не значился.

По-новому осмыслить факторы, обуславливающих развитие аутизма позволил отчет о работе австралийских ученых, где отдельно рассматривались случаи кесарева сечения вне и во время родов, а также учитывались факты искусственного возбуждения родов⁴¹. В исследуемой группе было 465 человек, родившихся в Западной Австралии в 1980-1995 годах и страдающих различными формами аутизма (именуемыми «расстройствами

³⁸ Tinbergen N, Tinbergen A. Autistic children. *Allen and Unwin*. London 1983.

³⁹ Hattori R, et al. Autistic and developmental disorders after general anaesthetic delivery. *Lancet* 1991; 337:1357-8.

⁴⁰ Hultman C, Sparen P, Cnattingius S. Perinatal risk factors for infantile autism. *Epidemiology* 2002; 13:417-23.

⁴¹ Glemma EJ, Bower C, Petterson B, et al. Perinatal factors and the development of autism. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61: 618-27.

аутистического спектра»). Этим детей сравнили не только с контрольной группой из 1313 случайно выбранных здоровых людей, но и с 481 братом и сестрой из тех же семей, но не страдающих аутизмом. В сравнении с контрольной группой частота случаев аутизма у родившихся кесаревым сечением до наступления родов была выше в 2,05 раза (статистически вполне значимый результат), а у родившихся в результате экстренного кесарева сечения — в 1,57 раза (также статистически значимый показатель). Среди других значимых предпосылок развития аутизма оказались также эпидуральная анестезия, задержка первого вдоха и состояние ниже 7 баллов по шкале Апгар. При сравнении с братьями и сестрами статистически значимыми факторами также оказались искусственное возбуждение родов, задержка первого вдоха и оценка ниже 7 баллов по Апгар. Также было отмечено, что аутисты чаще рождались кесаревым сечением, чем их здоровые братья и сестры, но эта тенденция не была статистически значимой. Отметим, что по срокам беременности (и по количеству преждевременных родов), по соотношению срока беременности и веса новорожденных, частоте преэклампсии, размерам головки и росту две группы практически не отличались. Так как различий, связанных с условиями внутриутробной жизни, замечено не было, особое значение приобретает именно то, что происходит во время родов и в ближайший к ним период.

В ряде других исследований (все они были гораздо менее масштабными, чем шведское) оценивалась частота осложнений в родах в анамнезе детей-аутистов, для чего использовались различные шкалы параметров «оптимальности». Из этих работ также следует, что у детей с так называемыми «расстройствами аутистического спектра» осложнения в родах встречаются несколько чаще. Есть ли здесь причинно-следственная связь? Отметим, что и в этих работах не учитывался такой фактор, как искусственное возбуждение родов, а случаи кесарева сечения до и после начала родовой деятельности отдельно не рассматривались^{[15],[16],[17]}⁴².

Пищу для размышлений дают также результаты исследования, где предполагается, что симптомы аутизма появляются, когда головной мозг ребенка после рождения вдруг начинает расти по-особому. В течение первого года жизни ребенка наблюдается резкое и чрезмерное увеличение размеров мозга⁴³. Нельзя забывать, что перинатальный период — это время перестройки роста и развития мозга. Следует также очень внимательно относиться к работам, в которых показано, что у детей-аутистов имеются нарушения в системе, ответственной за выделение окситоцина, то есть сбои в секрети «гормона любви»⁴⁴. С этой точки зрения роды и ближайший к ним период также можно

15

Zwaigenbaum L, Szatmari P, et al. Pregnancy and birth complications in autism and liability to broader autism phenotype. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 2002;41:572-79.

16

Lord C, Mulloy C, et al. Pre— and perinatal factors in high-functioning females and males with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 1991; 21 (2):197-209.

17

Wilkerson DS, Volpe AG, et al. Perinatal complications as predictors of infant autism. *Int. J. Neurosci.* 2002; 112 (9): 1085-98.

⁴² Iuul-Dam N, Townsend J, Courchesne E. Prenatal, perinatal and neonatal factors in autism, pervasive developmental disorders, and the general population. *Pediatrics* 2001; 107 (4): E63.

⁴³ Courchesne E, Carper R, Akshoomoff N. Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. *JAMA* 2003; 290: 337-44.

⁴⁴ Green L, Fein D, et al. Oxytocin and autistic disorder: alterations in peptides forms. *Biol. Psychiatry* 2001; 50 (8): 609-13.

представить как этап перестройки.

Из тупика — на широкую дорогу

Рассмотренные нами исследования долгосрочных последствий того, как мы рождаемся, медицинское сообщество и средства массовой информации до сих пор зачастую обходят вниманием, хотя эти работы печатались в авторитетных медицинских и научных журналах и касались очень актуальных вопросов. Их редко цитируют, а многие из них не переиздавали даже сами исследователи.

Поскольку я встречался с авторами некоторых публикаций, позволю себе несколько комментариев относительно подобных исследований. Я пришел к выводу, что научное исследование может быть неполиткорректным. Большинство исследователей, взявшись за изучение долгосрочных последствий того, как рождаются люди, вынуждены были столкнуться с огромными бюрократическими трудностями. Создается впечатление, что они посягают на самые устои общества, ведь процесс родов всегда был обставлен всяческими ритуалами. К тому же большинство людей не обладает способностью мыслить перспективно, а значит, и понимать важность этой передовой области исследований, которая является новой отраслью эпидемиологии. (Эпидемиологи изучают влияние окружающей среды и образа жизни на возникновение заболеваний, состояние здоровья и поведение). Недавно я предложил для обозначения вышеупомянутых исследований ввести термин «тупиковая эпидемиология» («cul-de-sac epidemiology») ⁴⁵ в противоположность тому, что называется «эпидемиологией замкнутого круга» (то есть эпидемиологии, которая ходит по кругу). Приверженцы последней грешат тем, что еще и еще раз повторяют исследования, в результатах которых и так уже никто не усомнится.

Если глядеть на вещи пессимистически, то напрашивается упрощенческий вывод: политкорректные исследования толкают нас к «эпидемиологии замкнутого круга», а неполиткорректные — ведут к «тупиковой эпидемиологии». Я предпочитаю не терять оптимизма и настаиваю на том, что можно пробить стену в конце тупика и открыть новую широкую дорогу. Иными словами, пора перестать считать незыблемыми рамки политкорректности. Если ученые привыкнут мыслить перспективно, мир благосклоннее отнесется к «эпидемиологии, открывающей горизонты».

Из нового поколения исследований проистекает несколько правил. Одно из них — «жди полового созревания». Эксперименты с животными показывают, что нередко последствия событий, происходивших в самые ранние моменты жизни детеныша, начинают проявляться лишь в период полового созревания. Это касается, в частности, применения в родах медикаментозных средств и родовых повреждений мозга. Здесь напрашивается сравнение с болезнями человека (например (шизофрения, токсикомания, нервная анорексия и другие), обнаруживаются лишь в период полового созревания, но предпосылки для них можно обнаружить во время беременности и в перинатальном периоде. Правило «жди пубертата» требует подходить с осторожностью к результатам исследований там, где наблюдение за участниками велось менее 15 лет. Из этого правила также следует, что в *новой отрасли медицины, специализирующейся на болезнях подростков, предстоит сделать еще очень много.*

Исследования нового поколения, скорее всего, дадут ответы на вопросы о том, чего нам следует ждать в будущем. Некоторые такие вопросы возникнут в ходе наблюдений и экспериментов над млекопитающими, чей жизненный цикл намного короче, чем у человека. Например, английские бульдоги в наши дни в 90% случаев рождаются в

⁴⁵ Odent M. Between circular and cul-de-sac epidemiology. *Lancet* 2000; 355: 1371.

результате планового кесарева сечения. Кроме того, самцы этой породы довольно слабы в сексуальном отношении, и зачастую приходится прибегать к искусственному осеменению. Если между этими явлениями обнаружится взаимосвязь, то нужно будет непременно изучить вопрос о способности к воспроизводству у людей, родившихся плановым кесаревым сечением.

Дополнительный урок

Обзор Банка данных в поисках новых сведений о возможных долгосрочных последствиях рождения кесаревым сечением преподносит нам еще один поучительный урок. Никак нельзя обойти вниманием исследования, из которых следует, что всевозможные осложнения при вагинальных родах тоже, по всей видимости, имеют отрицательные последствия, проявляющиеся через многие годы. К работам, посвященным этой теме, приводят ключевые слова «щипцы», «вакуум-экстракция», «кефалогематома», «реанимация новорожденного». По мере изучения Банка данных появляются все новые доводы за минимальное вмешательство в процесс родов. Для этого надо как можно глубже понять ключевые потребности женщины в родах. Следует также осознать, что одна из главных причин, по которой безопасная современная методика кесарева сечения действительно нужна в наши дни — это необходимость отказаться от такого инструмента, как щипцы. Применение их, помимо всего прочего, грозит серьезными повреждениями тканей матери.

Придем ли мы в конечном счете к *простой стратегии с выбором из двух возможных: или* роды протекают благополучно вагинальным путем, *или* роженице делают кесарево сечение в процессе родов, по возможности, не доводя до экстренной ситуации?

Глава 9 К невиданному разнообразию культур?

Мыслить в масштабах цивилизации

Когда женщина ждет ребенка, ее главная забота — здоровье и благополучие собственного малыша. После рождения младенца ею более чем когда-либо руководит «генетический эгоизм», и нет для нее ничего важнее, чем уберечь свое дитя и удовлетворить все его потребности. *Поэтому беременные женщины и молодые мамы мало расположены смотреть на вещи с точки зрения цивилизации.* И вполне можно понять — у них иные приоритеты.

Врачи уже очень давно руководствуются гиппократовскими этическими принципами. Гиппократову медицину интересует сам больная, в клятве Гиппократа не упоминается об ответственности врача перед обществом. Что касается акушерки, то по традиции она находится в очень близком контакте, в нераздельном единстве с рожаящей женщиной, и для нее важнее всего то, что важно для роженицы. Так что *и врачей, и акушеров редко заботят проблемы цивилизации.*

Посмотрим шире

Как это ни трудно, нам всем нужно смотреть на вещи шире. Взгляд на роды с

позиции «исследований первичного здоровья» (Primal Health Research) и с точки зрения статистики побуждает нас выйти за рамки индивидуального и даже в отдельных случаях пренебречь им, и шире пользоваться понятиями «тенденция», «фактор риска», а также использовать то, что принято называть «статистически значимыми данными». Чтобы осознать, какая пропасть пролегла между человеком и прочими млекопитающими, чтобы задать себе осмысленные вопросы, вспомним для начала, что мы знаем о последствиях кесарева сечения для млекопитающих.

Если ребенок родился кесаревым сечением, значит, применялось общее или местное обезболивание. Анестезия уже сама по себе может вызвать серьезные нарушения в материнском поведении. Почти сто лет назад в Южной Африке ученый и поэт Эжен Марэ провел эксперименты, чтобы убедиться в правильности своего интуитивного предположения о возможной связи между родовыми болями и материнской любовью⁴⁶. Он наблюдал за группой из 60 полудиких антилоп, в стаде которых за последние 15 лет ни одна мать не бросила своего детеныша. Марэ давал рожавшим самкам вдохнуть пары хлороформа и эфира и обнаружил, что после этого матери отказывались заботиться о новорожденных. В 1980-х годах Кребиль и Пуэндрон изучали влияние эпидуральной анестезии на рожавших овец⁴⁷. Выводы исследователей просты: когда овцы рожали под эпидуральной анестезией, они теряли интерес к своим ягнятам.

В наши дни кесарево сечение — распространенная практика в ветеринарии, в частности, к нему нередко прибегают при родовспоможении у собак. Эта операция проходит успешно, но потом человеку приходится компенсировать неадекватность материнского поведения, помогать вскармливать малышей и при необходимости давать заменители материнского молока. Подробно описано воздействие кесарева сечения и на приматов, поскольку обезьяны нескольких видов используются как лабораторные животные, в частности, макаки-крабоеды и резусы⁴⁸. У этих видов самки после кесарева сечения не заботятся о детенышах. Персоналу лаборатории приходилось наносить вагинальный секрет матери на тело новорожденного, чтобы хоть как-то пробудить к нему материнский интерес.

Нет нужды перечислять все примеры опытов и наблюдений ветеринаров и ученых, чтобы убедиться, что операция кесарева сечения — или даже только анестезия как неотъемлемая ее часть — способна в корне исказить материнское поведение млекопитающего.

В этом отношении человек — существо особенное. Миллионы женщин во всем мире проявляют заботу о своих детях после кесарева сечения, эпидуральной анестезии или так называемого «акушерского сна[Сноска]». Нам известно, почему поведение человека сложнее и почему его труднее интерпретировать, чем поведение других млекопитающих, в том числе и приматов. Род человеческий придумал сложнейшие способы общения.

⁴⁶ Marais EN. The soul of the white ant. *Methuen*. London 1937.

⁴⁷ Krehbiel D, Poindron P. Peridural anaesthesia disturbs maternal behaviour in primiparous and multiparous parturient ewes. *Physiology and behavior* 1987; 40: 463-72.

⁴⁸ Lundbland E.G., Hodgen G.D. Induction of maternal-infant bonding in rhesus and cynomolgus monkeys after caesarian delivery. *Lab. Anim. Sci.* 1980; 30:913.

Люди говорят, люди создают культуры. На их поведение больше влияет культурная среда, чем гормональный баланс. Когда женщина знает, что у нее скоро родится ребенок, она заранее настраивается на то, что будет проявлять материнское поведение, даже если ей не придется испытать воздействие «гормонов любви». Это, впрочем, не означает, что нам нечему поучиться у прочих млекопитающих. Столь быстрая и яркая поведенческая реакция животных на вмешательства в их физиологические процессы должна заставить нас глубже разобраться, как же устроены мы сами.

Когда речь идет о человеке, должны учитываться понятия цивилизации и культуры. Если другие млекопитающие не заботятся о своих детях после кесарева сечения, то мы должны уже сегодня задать себе вопрос: *что ожидает в будущем цивилизацию рожденных кесаревым сечением?*

«Прирожденные культуры»

По вполне понятным причинам мы пока не в состоянии точно ответить на вопрос о будущем нашей цивилизации. Кесарево сечение как потребительский товар слишком недавно существует в истории человечества — еще не сформировалась культурная модель. Пока же мы можем при помощи специализированных баз данных изучать важнейшие характеристики разных культур, учитывая принятые способы деторождения. Так, мы обнаруживаем, что в обществе, которое больше нуждается в воспитании потенциала агрессии, ритуалы и верования грубее вмешиваются в человеческую жизнь во время родов и в ближайший к ним период. Учтем также то, что нам известно из исследований первичного здоровья (Primal Health Research) о различных формах «нарушений способности любить», не забудем и то, что дают нам дисциплины, вносящие свой вклад в научное познание любви. Тогда мы уже сегодня будем в состоянии предугадать, какие последствия для эволюции культуры может иметь все более широкое применение кесарева сечения. Эти последствия отразятся, прежде всего, на способности общаться и взаимодействовать с другими людьми, на любви к ближнему и к себе (общеизвестные составляющие способности любить себя самого — самоуважение и самооценка).

Доля кесаревых сечений в общем количестве родов настолько отличается в разных странах, что мы, пожалуй, всего через несколько десятилетий сможем сравнить, к чему приведут разные тенденции в эволюции культурных сред. Как, например, голландская культура, стоящая за роды естественным путем, изменится по сравнению с культурой бразильской, уже неразрывно связанной с родами кесаревым сечением? Как японская культура будет развиваться в сравнении с тайваньской или южнокорейской? То, что бесчисленные специалисты в области наук о человеке до сих пор не задались такими вопросами и не уловили этих новых тенденций, следует отнести к ограниченной способности человека мыслить долгосрочными категориями.

Пока научное сообщество не осмыслило новых явлений, давайте вновь обратимся к Джейн Инглиш, которая родилась в 1942 году путем кесарева сечения, произведенного до начала родов. Этот способ появления на свет она превратила в своеобразную призму, через которую стала смотреть на мир. Джейн — человек, знающий, что такое наука, имеет степень доктора наук в области субатомной физики, однако то, что у нее получилось, научной работой не назовешь. Изучив свой собственный опыт и собрав истории из жизни, она заключает, что в результате рождения кесаревым сечением (в особенности до начала родовой деятельности) возникает новая культурная среда. Она вводит понятие «прирожденной» культуры («native» culture), используя буквальное значение слова «native», то есть «связанный с родами». Вот один из ее выводов: такое кесарево сечение дает иное восприятие пространства и времени, изменяет «границы личного пространства и

возможностей»⁴⁹. Вопреки общераспространенной тенденции использовать понятие причинно-следственной связи лишь в одну сторону, она осмеливается утверждать, что не только кесарево сечение порождает некоторые особенности личности, но и само оно является следствием этих личностных черт. Этот подход рождает неожиданные вопросы, например: «Почему кесаревым сечением рожают 10% женщин в Амстердаме, но 80% — в Сан-Паулу?»

Как бы то ни было, путешественнику тоже приходится быть готовым к тому, что между Амстердамом и, скажем, Сан-Паулу — огромная культурная пропасть. Ничто не мешает ему бродить ночью по улицам Амстердама, а в бразильском мегаполисе это будет самоубийственно. Но не следует спешить с выводами.

Возможно, понятие «прирожденной культуры» поможет понять причины стремительного возникновения и развития некоторых культурных аномалий в последние годы. Вспомним, например, как вдруг в *Америке 70-х возникла культура, связанная с употреблением наркотиков* («drug culture»). Примечательно, что это поколение американцев родилось в эпоху «родов в полусне» («twilight sleep»), то есть их матери рожали под воздействием комплекса лекарственных средств, включавшего морфин. Связь между этими двумя фактами выглядит весьма убедительной, если изучить серию работ шведских исследователей Бертила Якобсона и Карин Нюберг, которые можно найти в нашем Банке данных по исследованиям первичного здоровья. Авторы показывают, что если мать во время родов получала определенные обезболивающие препараты (в частности, морфиноподобные вещества), то вероятность, что ее ребенок впоследствии пристрастится к наркотикам, статистически выше.

Обратимся теперь к еще одному примеру. В *Бразилии* на 10-20% в год растет число *пластических операций*. По числу таких операций страна уже занимает второе место в мире после США. Мара Кристина Соуза де Лусия, главный психолог университетского госпиталя Клиникас де Сан-Паулу, предприняла исследование, целью которого было оценить степень удовлетворенности людей своей внешностью⁵⁰. Группа исследователей опросила 346 мужчин и женщин с нормальным весом и выяснила, что 50% недовольны тем, как выглядит их тело, а 67% женщин и 28% мужчин были бы не прочь сделать себе пластическую операцию. «Некоторые ходят от одного врача к другому... и никак не удовлетворятся результатом», — замечает Лусия, комментируя эти цифры. Похожее явление можно наблюдать сегодня и в *Китае* — еще одной стране, где стремительно растет число кесаревых сечений. Газета «Шанхай дейли» опубликовала результаты опроса, которые показывают, что все больше мужчин прибегает к операциям, чтобы стать похожими на Арнольда Шварценеггера. Доктор Лю Чунлонг, ведущий шанхайский специалист по пластической хирургии, считает, что для этих мужчин хирургия играет роль психотерапии⁵¹. Не видим ли мы здесь проявление нарушения способности любить себя?

В наши дни впервые за время существования рода человеческого появилось много способов производить детей на свет. Уже только среди операций кесарева сечения нужно различать хирургические вмешательства, производимые вне родов, в родах и по экстренным показаниям. Каким бы путем ни рождался ребенок, также следует отдельно рассматривать роды, вызванные искусственно и произошедшие спонтанно. Вагинальные роды в иных случаях проходят без введения медикаментов, а часто — под действием эпидуральной анестезии и синтетического окситоцина во всевозможных комбинациях...

⁴⁹ Jane English. Fingers pointing to the moon. Earth Heart 1999.

⁵⁰ Finger C Brazilian beauty. *Lancet* 2003; 362:1560.

⁵¹ Breast implants are not just for women *The Shanghai DaSy*, October 13,2004.

Быть может, человечество развивается по пути небывалого разнообразия «прирожденных культур»?

Глава 10

Добро пожаловать в мир микробов!

Два входа в мир, населенный микроорганизмами

Появляясь на свет, мы неизбежно попадаем в мир микроорганизмов. В тот момент, когда младенец покидает материнское лоно, его пищеварительный тракт и слизистые оболочки стерильны. Уже спустя несколько часов в носу, во рту, в кишечнике новорожденного поселяются миллиарды бактерий, и важнейший вопрос, — *какого рода бактерии первыми колонизируют его организм?*

Это вопрос первостепенной важности, так как одни микроорганизмы для ребенка с самого рождения знакомы и «дружественны», а другие незнакомы и потенциально опасны. Причиной тому человеческая плацента, весьма активно доставляющая к плоду материнские антитела, которые обычно называют IgG.^[Сноска] Уровень содержания таких антител в организме новорожденного тот же, что и в организме матери, поэтому микроорганизмы, привычные для матери, «знакомы» и организму ребенка, пока еще свободному от них. У человека антитела интенсивнее всего поступают к плоду после 38 недель беременности⁵². Подчеркнем, что такой высокий уровень антител в организме новорожденного к моменту родов (часто даже выше, чем у матери) — специфическая черта *homo sapiens*. У низших обезьян, например, беличьей обезьяны саймири, уровень этих антител при рождении далеко не так высок⁵³.

Есть и еще одна причина, почему следует придавать большое значение тому, какие микроорганизмы первыми заселяют организм новорожденного. Бактериологам хорошо известно, что микроорганизмы, первыми «оккупировавшие» новое, стерильное поле, скорее всего, и будут впоследствии господствовать на нем. Из этого следует ряд практических выводов. Во время эпидемий в отделениях для новорожденных было обнаружено, что заражение младенцев стафилококками с высокой вирулентностью^[Сноска] можно предупредить, если вовремя нанести на слизистую носа или пуповинный остаток культуру специально подобранных штаммов стафилококков с ослабленной вирулентностью и высокой чувствительностью к антибиотикам⁵⁴.

Итак, становится ясно, что с точки зрения бактериологии новорожденный нуждается в том, чтобы находиться в контакте с одним-единственным человеком — своей матерью.

13

IgG — иммуноглобулины класса G. — *Прим. ред.*

⁵² Cederqvist LL, Ewool LC, Litwin SD. The effect of fetal age, birth weight, and sex on cord blood immunoglobulin values. *Am. J. Obstet. Gynecol* 1978 Jul 1;131(-5):520-5.

⁵³ Coe CI, Levine S, Rosenberg LT. Effects of age, sex and psychological disturbance on immunoglobulin levels in squirrel monkey. *Developmental Psychobiology* 1988; 21(2): 161-175.

14

Вирулентность — способность микроорганизма вызывать заболевание, степень выраженности его патогенного потенциала. — *Прим. ред.*

⁵⁴ Dubos R. Staphylococci and infection immunity. *Am. J. Dis. Child.* 1966; 105: 643-45.

Ясно также, что с точки зрения бактериологии есть кардинальное, неустранимое различие между вагинальными родами и кесаревым сечением. Человеческому младенцу предназначено появляться на свет через отверстие, расположенное вблизи анального отверстия матери. Это своего рода гарантия того, что организм ребенка, и, прежде всего, его пищеварительный тракт будет сразу же заселен огромным разнообразием полезных микробов, находящихся в организме матери. Рождение кесаревым сечением предполагает совершенно иной путь в мир, населенный микробами. Ребенок в этом случае рождается в стерильной обстановке операционной. Первые микробы, с которыми он встречается, — те, которые находятся в больничном воздухе, и те, носителями которых являются окружающие медики. Довольно мало шансов, что его сразу приложат в груди и он получит первое молоко, содержащее специфические антитела (IgA) и другие вещества, защищающие его от инфекции. Ввиду всех названных причин кишечная флора ребенка, рожденного кесаревым сечением, отличается от той, которая у него была бы, если бы он родился в естественных физиологических условиях. В несвоевременном или ненормальном заселении кишечника новорожденного, возможно, следует искать причину того, что чаще других пищевым аллергиям подвержены дети, родившиеся кесаревым сечением от матерей, страдавших аллергией⁵⁵.

При любых рассуждениях на эту тему нужно иметь в виду вполне доказанный факт: сам по себе естественный процесс родов благотворно влияет на иммунную систему ребенка. К такому выводу пришли исследователи, которые сравнивали активность клеток, отвечающих за иммунитет, в крови у детей, родившихся вагинальным путем и кесаревым сечением⁵⁶. От того, каким из двух путей ребенок появился на свет, зависит его иммунный ответ; у полугодовалых детей, родившихся «верхним» и «нижним» путем, эти различия еще сохраняются⁵⁷. Научные данные свидетельствуют, что от способа появления на свет зависит состав флоры всего пищеварительного тракта, включая полость рта. Американские исследователи обнаружили, что одна из бактерий, повинных в разрушении зубов (*Streptococcus mutans*), обнаруживается у детей, рожденных кесаревым сечением, годом раньше, чем у рожденных через естественные родовые пути⁵⁸.

Кишечная флора и здоровье

То, каким образом формируется кишечная флора в первые несколько часов жизни человека после родов, — очень серьезная тема. Прежде всего, здоровая кишечная флора — это мощный барьер, защищающий ребенка от всевозможных патогенных бактерий. Она также играет первостепенную роль в синтезе витаминов и нейтрализации токсинов. Кроме того, она существенно влияет на развитие и созревание иммунной системы. Когда речь идет об основах будущего здоровья ребенка, непременно следует принимать во внимание, каким образом он был рожден, то есть, как происходил его первый контакт с

⁵⁵ Eggesbo M, Botten G, Stigum H, et al. Is delivery by cesarean section a risk factor for food allergy? *J. Allergy Clin. Immunol.* 2003; 112(2): 420-6.

⁵⁶ Molloy EJ, O'Neill AJ, Grantham JJ, Sheridan-Pereira M, Fitzpatrick JM, Webb DW, Watson RW. Labor Promotes Neonatal Neutrophil Survival and Lipopolysaccharide Responsiveness. *Pediatr. Res.* 2004 May 5.

⁵⁷ Gronlund MM, Nuutila J, Pelto L, Lilius EM, Isolauri E, Salminen S, Kero P, Lehtonen OP. Mode of delivery directs the phagocyte functions of infants for the first 6 months of life. *Clin. Exp. Immunol.* 1999; 116(3): 521-6.

⁵⁸ Li Y, Canfield PW, Dasanayake AL, et al. Mode of delivery and other maternal factors influence the acquisition of *Streptococcus Mutans* in infants. *Journal of dental research*, 2005;84(9): 806-11.

микроорганизмами и как формировалась его кишечная флора. Существует много разновидностей лимфоцитов — клеток, осуществляющих иммунную защиту организма. Здоровое состояние организма предполагает определенный баланс количества лимфоцитов типа ТН1 и ТН2. В момент рождения преобладает действие клеток типа ТН2. Здоровая кишечная флора, как правило, смещает баланс иммунной системы в иную сторону. Если это физиологическое смещение не происходит в нужное время, то теоретически впоследствии повышается опасность проявления той или иной формы аллергии.

Важность родов и ближайшего к ним периода для развития кишечной флоры доказывается не только теоретическими выкладками. Финские ученые проводили анализ каловой флоры 34 детей, родившихся вагинальным путем и 30 родившихся кесаревым сечением с профилактическим назначением антибиотиков. Исследования проводились в возрасте 3-5, 10, 30, 60 и 180 дней. Выяснилось, что у рожденных кесаревым сечением в содержимом кишечника флора обнаруживалась позже, чем у появившихся на свет естественным путем, а в шестимесячном возрасте эта флора все еще не соответствовала норме⁵⁹.

Немногие пока отчетливо осознали, что громадная по объему флора кишечника, масса которой достигает 2 кг, является важной индивидуальной чертой каждого человека. Сегодня много говорят о возможности оказывать воздействие на микрофлору с помощью так называемых пробиотиков — продуктов, содержащих биокультуры: йогуртов, разного рода напитков и пищевых добавок. На самом деле маловероятно, что бактерии пробиотиков способны внести стабильные изменения в состав микрофлоры, который в значительной степени установился вскоре после рождения и на который влияет способ вскармливания ребенка.

Здесь возникает еще один вопрос: легко ли кормить грудью младенцев, родившихся кесаревым сечением?

Глава 11

Добро пожаловать в мир запахов!

Несколько историй из практики

В 1977 году на конгрессе по психосоматике, акушерству и гинекологии в Риме я говорил о том, какие условия могли бы способствовать тому, чтобы новорожденный сам нашел грудь в течение первого часа после рождения⁶⁰. С учетом уровня развития науки тех лет, я мог опираться лишь на свои собственные наблюдения и истории из практики. Я заметил, что новорожденные с трудом находят сосок, если в помещении недавно проводилась уборка и еще не выветрились резкие, навязчивые запахи. Еще меня заинтересовали рассказы коллег, свидетельствующие о том, что у женщин в родах и сразу после родов обостряется обоняние. Вспоминается одна роженица, которая пожаловалась, что чувствует в родильной палате запах сигаретного дыма. Ей вежливо объяснили, что это исключено, однако впоследствии оказалось, что накануне в помещении несколько минут

⁵⁹ Gronlund MM, Lehtonen OP, Eerola E, Kero P. Fecal microflora in healthy infants born by different methods of delivery: permanent changes in intestinal flora after cesarean delivery. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 1999; 28(1): 19-25.

⁶⁰ Odent M. The early expression of the rooting reflex. *Proceedings of the 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Rome 1977.* London: Academic Press, 1977:1117-19.

находился рабочий, заменявший лампочку, и от него пахло табаком. Отсюда практический вывод: нужно устранять все специфические больничные запахи в помещении, где происходят роды, и допускать туда строго ограниченное число людей. У меня в то время уже были основания предполагать, что обоняние — это «один из лучших проводников к материнскому соску и, по-видимому, один из способов, при помощи которых новорожденный опознает свою мать».

Мой доклад тогда мог показаться странным по целому ряду причин. В 1977 году большинство гинекологов, педиатров, акушерок, медсестер, равно как и широкая публика, не имели понятия о том, что младенец может находить материнскую грудь в первый час после рождения. Им никогда не доводилось видеть, чтобы новорожденный постоянно находился в руках у восторженной матери в атмосфере, которую можно назвать священной. По заведенному уставу всегда полагалось «обработать» новорожденного, прежде чем показать его матери. Мы тогда еще пребывали в уверенности, что запахи мало влияют на поведение человека; нами руководили бесчисленные обычаи и убеждения, ради которых мать и ее малыша разлучают сразу после родов.

Научные данные последних лет

Исследования последних лет показывают, что, приходя в мир, новорожденный входит и в мир запахов. В тот самый момент, когда младенец попадает в атмосферу и делает первый вдох, слизистые его носа впервые соприкасаются с летучими веществами. До рождения на чувствительные рецепторы уже воздействовали самые разные вещества, которые содержатся в амниотической жидкости или приносятся кровью, но в этом случае про обоняние в полном смысле слова говорить еще не приходится: для этого раздражители должны соприкасаться с рецепторами в воздушной среде.

Пробки, закупоривающие ноздри ребенка, к середине срока внутриутробной жизни рассасываются. Это знаменует собой начало развития будущего обоняния — одной из наших древнейших сенсорных функций. Отчетливую реакцию на сильные запахи наблюдали у недоношенных детей, родившихся за два месяца до срока⁶¹. Сегодня процесс развития системы обоняния уже подробно изучен.

Есть новые исследования, которые показали, что не менее 1-2% наших генов отвечает за производство специфических рецепторов, связывающих молекулы пахучих веществ⁶². Когда эти рецепторы раздражаются, у нас возникает ощущение запаха. Кроме того, раздражение этих рецепторов вызывает реакцию эндокринной системы. Между обонянием и выделением окситоцина («гормона любви») существует теснейшая связь⁶³. Также тесно связаны система обоняния и центр головного мозга, отвечающий за выделение норадреналина — гормона адреналиновой группы, который помогает новорожденному научиться различать запахи^[5.]⁶⁴. Если учесть, что в первый час после

⁶¹ Sarnat HB. Olfactory reflexes in the newborn infant. *J. Pediatr.* 1978; 92:624-6.

⁶² Axel R. The molecular logic of smell. *Sci. Am.* Oct 1995:130-7.

⁶³ Marchini G, Lagercrantz H, Winberg J, Uvnas-Moberg K. Fetal and maternal plasma levels of gastrin, somatostatin and oxytocin after vaginal delivery and elective cesarean section. *Early Human Development* 1988; 18(1): 73-79.

5

Brennan P, Kaba H, Keverne EB. Olfactory recognition: a simple memory system. *Science* 1990; 250:1223-6.

⁶⁴ Sullivan RM, Zyzak DR, Skierkowski P, Wilson DA. The role of olfactory bulb norepinephrine in early

рождения уровень норадреналина в крови новорожденного в 20-30 раз превышает тот, который впоследствии установится у него как нормальный, то будет проще понять, как физиология готовит младенца к тому, чтобы «учуять» свою мать.

Из этих теоретических соображений следует, что роль обоняния в поведении человека привычно недооценивалась, особенно в родах и в ближайший к ним период.

В последнее время мы наблюдаем вал экспериментальных исследований, в которых доказано, что новорожденные способны различать объекты по запаху. Некоторые опыты подтвердили, что у малыша еще в утробе складываются предпочтения: одни запахи ему нравятся, другие — нет⁶⁵. В других работах показано, что *естественные запахи* существенно влияют на поведение младенцев. В частности, недавно получены данные о том, что новорожденных привлекает специфический запах околоплодных вод^{[8],[9],[10]}⁶⁶. Судя по всему, и матери, у которых обоняние, как правило, обостряется в родах и в ближайший к ним период, проявляют особую чувствительность к этому запаху. Так, мне не раз приходилось слышать, как сразу после родов, еще не вернувшись «с другой планеты», глядя в глаза только что родившемуся малышу, мама повторяла: «Как он чудесно пахнет!» Есть данные о том, что младенцы проявляют интерес в запахе соска⁶⁷ и подмышечной впадины⁶⁸.

Естественные запахи существенно влияют на взаимоотношения между матерью и младенцем, и следует признать, что здесь между родами «верхним путем» в операционной и родами в условиях, приближенных к домашним, без применения медицинских препаратов, существует кардинальное, неустраняемое различие. У нас есть много оснований задаться вопросом, легко ли после кесарева сечения кормить малыша грудью. Если говорить о нас, французах, то на ум приходит и такой необычный вопрос: какими станут гастрономические пристрастия в обществе рожденных кесаревым сечением?

Глава 12

Вскармливание младенца, рожденного кесаревым сечением

olfactory learning. *Develop Brain Research* 1992; 70: 279-82.

⁶⁵ Mizuno K, Ueda A. Antenatal olfactory learning influences infant feeding. *Early Human Development* 2004; 76(2): 83-90.

8

Varendi H, Christensson K, Porter RH, Winberg J. Soothing effect of amniotic fluid smell in newborn infants. *Early Hum. Dev.* 1998 Apr 17;51(1):47-55.

9

Varendi H, Porter RH, Winberg J. Attractiveness of amniotic fluid odor: evidence of prenatal olfactory learning? *Acta Paed.* 1996 Oct; 85(10):1223-7.

10

Schaal B, Marlier L, Soussignan R. Olfactory function in the human fetus: evidence from selective neonatal responsiveness to the odor of amniotic fluid. *Behav Neurosci.* 1998 Dec;112(6):1438-49.

⁶⁶ Marlier L, Schaal B, Soussignan R. Neonatal responsiveness to the odor of amniotic and lacteal fluids: a test of perinatal chemosensory continuity. *Child Dev.* 1998 Jun;69(3):611-23.

⁶⁷ Sullivan RM, Toubas P. Clinical usefulness of maternal odor in newborns: soothing and feeding preparatory responses. *Biol. Neonate.* 1998 Dec;74(6):402-8.

⁶⁸ Cernoch JM, Porter RH. Recognition of maternal axillary odors by infants. *Child Dev.* 1985 Dec;56(6):1593-8.

Женщина устроена так, что рождение ребенка происходит благодаря выделению большого количества гормонов. Те же самые гормоны обеспечивают и кормление малыша грудью. Так как процесс родов и начало лактации тесно связаны между собой, особое значение приобретают вопросы о вскармливании детей, родившихся кесаревым сечением.

Лактация начинается до рождения ребенка

Между физиологией родов и физиологией грудного вскармливания есть очевидная связь, и это подтверждается множеством примеров.

Млекопитающим вообще и женщинам в частности помогают справиться с родовыми болями морфиноподобные вещества эндорфины⁶⁹. Известно, что они, в свою очередь, стимулируют выделение пролактина, ключевого гормона, обеспечивающего лактацию⁷⁰. Сегодня мы можем дать объяснение цепочке событий, которая начинается с физиологически обусловленной боли при схватках и приводит к выделению гормона, который необходим для *секреции молока*.

Один и тот же гормон, окситоцин, обеспечивает сокращения матки во время схваток и сокращение особых клеток в молочных железах — это так называемый рефлекс *выброса молока*, который возникает во время сосания младенцем груди. Возникает вопрос, могут ли женщины, «родившие не рожая», выделять окситоцин так же активно, как те, которые рожали физиологическим путем? Ответ на этот вопрос дает исследование шведских ученых. Они приняли во внимание то, что окситоцин эффективнее всего действует, если выделяется ритмично, в режиме частой пульсации. Исследование показало, что через два дня после вагинальных родов во время прикладывания ребенка к груди, у женщин наблюдалось пульсирующее выделение окситоцина, таким образом обеспечивая эффективность действия гормона. Выделение окситоцина у родивших экстренным кесаревым сечением было менее ритмично⁷¹. Кроме того, ученые обнаружили корреляцию между характером выделения окситоцина через два дня после родов и продолжительностью исключительно грудного вскармливания. Иными словами, продолжительность кормления грудью, по всей видимости, зависит от характера родов. Та же группа шведских ученых обнаружила, что у женщин, рожавших кесаревым сечением, в течение 20-30 минут после начала кормления не происходило существенного нарастания уровня пролактина в крови.

Хотелось бы прокомментировать результаты исследований итальянских ученых, из которых следует, что у матерей, которые рожали вагинальным путем, уровень эндорфинов в молоке в первые дни кормления намного выше, чем у тех, которым было сделано

1

Csontos K, Rust M, Hollt V, et al. Elevated plasma beta-endorphin levels in pregnant women and their neonates. *Life Sci.* 1979; 25:835-44.

⁶⁹ Akil H, Watson SJ, Barchas JD, Li CH. Beta-endorphin immunoreactivity in rat and human blood: Radioimmunoassay, comparative levels and physiological alterations. *Life Sci.* 1979; 24 :1659-66.

⁷⁰ Rivier C, Vale W, Ling N, Brown M, Guillemin R. Stimulation in vivo of the secretion of prolactin and growth hormone by beta-endorphin. *Endocrinology* 1977 ; 100:238-41.

⁷¹ Nissen E, Uvnas-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widstrom AM, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not Cortisol release during breastfeeding in women delivered by caesarean section or by the vaginal route. *Early Human Development* 1996; 45:103-18.

кесарево сечение⁷². По всей видимости, одна из функций морфиноподобных веществ — вызывать своего рода привязанность к материнской груди и грудному молоку. То есть можно ожидать, что чем сильнее тяга младенца к материнской груди, тем продолжительней и легче будет кормление грудью.

Обобщая, можно сказать следующее. Гормоны, выделяемые матерью и младенцем во время родов, остаются в организме или уровень их растет в течение первого часа после рождения. Каждый из них оказывает особое влияние на поведение мамы и малыша⁷³ и на установление взаимоотношений между ними, а, следовательно, и на процесс начала лактации. Именно в этот момент новорожденный ребенок впервые может самостоятельно найти грудь⁷⁴.

Сегодня в нашем распоряжении есть все больше данных, подтверждающих, что ребенок, рожденный кесаревым сечением (особенно до наступления схваток), в целом физиологически отличается от детей, появившихся на свет вагинальным путем. У рожденных кесаревым путем иначе функционируют легкие и сердце⁷⁵, у них, как правило, ниже уровень глюкозы в крови⁷⁶. У рожденных естественным кесаревым сечением в первые полтора часа жизни температура тела обычно ниже, чем у детей, родившихся вагинально или кесаревым сечением во время родов⁷⁷; Помимо этого существуют различия в иммунной реакции [11,][12,][13,]⁷⁸; иначе работает система, регулирующая кровяное давление[15,]⁷⁹; уровень эритропоэтина и масса кровяных

⁷² Zanardo V, Nicolussi S, Giacomini C, Faggian D, Favaro F, Plebani M. Labor pain effects on colostrum milk beta endorphin concentrations of lactating mothers. *Biology of the neonate* 2001; 79 (2): 79-86.

⁷³ Odent M. Birth and Breastfeeding. *Clairview* 2003 (British edition of The Nature of Birth and Breastfeeding. *Bergin and Garvey*. USA 1992).

⁷⁴ Odent M. The early expression of the rooting reflex. *Proceedings of the 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Rome 1977. London: Academic Press, 1977:1117-19.*

⁷⁵ Lundell BP, Hagnevik K, Faxelius G, Irestedt L, Lagercrantz K. Neonatal left ventricular performance after vaginal delivery and cesarean section under general or epidural anesthesia. *Am. J. Perinat.* 1984; 1(2): 152-7.

⁷⁶ Hagnevik K, Faxelius G, Irestedt L, Lagercrantz K, Lundell BP, Persson B. Catecholamine surge and metabolic adaptation in the newborn after vaginal delivery. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1984; 73(5): 602-9.

⁷⁷ Christensson K, Siles C, et al. Lower body temperatures in infants delivered by ca-esarean section than in vaginally delivered infants. *Acta Paediatr.* 1993; 82(2): 128-31.

11

Thilaganathan B, Meher-Homji N, Nicolaides KH. Labor: an immunologically beneficial process for the neonate. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991;171(5): 1271-2.

12

Molloy EJ, O'Neill AJ, Grantham JJ, Sheridan-Pereira M, Fitzpatrick JM, Webb DW, Watson RW. Labor Promotes Neonatal Neutrophil Survival and Lipopolysaccharide Responsiveness. *Pediatr. Res.* 2004 May 5.

13

Gronlund MM, Nuutila J, Peltola L, Lilius EM, Isolauri E, Salminen S, Kero P, Lehtonen OP. Mode of delivery directs the phagocyte functions of infants for the first 6 months of life. *Clin. Exp. Immunol.* 1999; 116(3): 521-6.

⁷⁸ Gasparani A, Maccario R, et al. Neonatal B lymphocyte subpopulations and method of delivery. *Biol. Neonate* 1992; 61(3): 137-41.

15

Fujimura A, Morimoto S, et al. The influence of delivery mode on biological inactive renin level in umbilical

клеток — как правило, ниже⁸⁰; ниже уровень гормона, регулирующего активность щитовидной железы⁸¹; количество энзимов, выделяемых печенью⁸² и кислотность желудка также отличаются от нормы⁸³.

В ожидании научных доказательств

Эти теоретические соображения заставляют меня предположить, что после кесарева сечения, в особенности планового, возникают трудности с грудным вскармливанием, сокращаются его сроки. Это подтверждают бесчисленные случаи из практики и рассказы, передаваемые изустно. Впрочем, полагаться на «истории из жизни» мы не имеем права. Искусно подобрав такие истории, можно доказать любое утверждение. Ведь есть женщины, которые по нескольку лет вполне благополучно кормят грудью после планового кесарева сечения, есть и такие, которые сталкиваются с серьезными трудностями в кормлении после вагинальных родов без медицинских вмешательств.. Что касается статистических данных, то их трудно интерпретировать из-за невозможности случайной выборки — ведь нельзя же с самого начала разделить женщин на две группы по жребию, «прописав» одним кесарево сечение, а другим — вагинальные роды.

По всей видимости, на качество и продолжительность грудного вскармливания влияет и способ обезболивания при родах. Датские ученые сравнили две группы женщин, рожавших кесаревым сечением: 28 женщин рожали под эпидуральной и 28 — под общей анестезией. Женщины в первой группе смогли кормить грудью дольше: до полугода кормили соответственно 71% и 39% матерей⁸⁴.

Обратимся еще раз к реалиям Бразилии — страны, где количество кесаревых сечений выражается астрономическими цифрами, а роды посредством операции стали частью принятого культурного стереотипа. Однако в этой же стране созданы организации поддержки грудного вскармливания. Очевидно, что одно связано с другим, и это наводит на размышления. В 1981 году в стране была принята Национальная программа поощрения грудного вскармливания PNIAM (Programa Nacional o Incentivo ao Aleitamento Materno), которая в 1988 году была включена в бразильскую конституцию. Примечательно, с каким размахом и с какими оригинальными решениями осуществлялась эта программа. В каждом штате были организованы курсы подготовки как для всех категорий профессиональных медиков, так и для народных целителей и других представителей

cord blood. *Am. J. Hypertens.* 1990; 3(1): 23-6.

⁷⁹ Gemelli M, Mami C, et al. Effects of the mode of delivery on ANP and renin-aldosterone system in the fetus and the neonate. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 1992; 43(3): 181-4.

⁸⁰ Asien AO, Towobola AO, et al. Umbilical cord venous progesterone at term delivery in relation to mode of delivery. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 1994; 47(1): 27-31.

⁸¹ Lao TT, Panesar NS. Neonatal thyrotropin and mode of delivery. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1989; 96(10): 1224-7.

⁸² Mongelli M, Kwan Y, et al. Effect of labour and delivery on plasma hepatic enzymes in the newborn. *J. Obstet. Gynecol. Res.* 2000; 26(1): 61-3.

⁸³ Miclat NN, Hodgkinson R, Marx GT. Neonatal gastric pH. *Anesth. Analg.* 1972; 57(1): 98-101.

⁸⁴ Lie B, Juul J. Effect of epidural vs. general anesthesia on breastfeeding. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1988; 67:207-9.

альтернативной медицины. В широкомасштабную кампанию по пропаганде грудного вскармливания включились суперзвезды, были приняты законы, касающиеся рекламы заменителей материнского молока и продолжительности отпуска по беременности и уходу за ребенком. Бразилия также стала активно участвовать в движении за бережное отношение к новорожденным в больницах под названием «Больница улыбается ребенку» (Baby Friendly Hospital Initiative), и в 1998 году уже 103 больницы соответствовали требованиям этой программы. Такое сочетание гигантского количества кесаревых сечений и всеобщего поощрения грудного вскармливания лишь разжигает любопытство: как же теперь вскармливают маленьких бразильцев?

Альмеида и Коуто провели интересное исследование относительно лактации у бразильских женщин-медиков, чья работа заключалась в пропаганде исключительно грудного вскармливания в течение первого полугодия после рождения ребенка⁸⁵. Когда эти консультанты по лактации родили своих собственных детей, средний срок исключительно грудного вскармливания составил всего лишь 98 дней! И это при гарантированном четырехмесячном отпуске по уходу за ребенком! В отчете об этом исследовании есть одна прелюбопытная деталь: *87% специалистов с высшим образованием и 66,7% из числа среднего медперсонала рожали кесаревым сечением*. В целом бразильскую статистику больше интересует общий процент женщин, кормящих детей грудью, нежели продолжительность исключительно грудного вскармливания⁸⁶. Исследование, посвященное вопросу отлучения от груди, проведенное в северо-восточной Бразилии (где 99% женщин корят грудью при выписке из больницы) показало, что средний срок введения докорма составил 24 дня⁸⁷. Эти данные подтверждают выводы, сделанные на основе физиологического подхода. Напрашивается вывод, что продолжительное грудное вскармливание трудно обеспечить в стране, где больше половины детей рождается «верхним путем».

Совершенно иную картину ученые увидели в городе Джидда (Саудовская Аравия), где 40% детей находятся на грудном вскармливании не менее года и где доля кесаревых сечений — всего 13%. Кесарево сечение — один из основных факторов, приводящих к раннему прекращению грудного вскармливания⁸⁸. Следует также упомянуть скандинавские страны, где значительный процент детей вскармливается грудью, а число кесаревых сечений невелико.

В эпоху, когда значительная часть детей на планете рождается кесаревым сечением, есть настоятельная необходимость в детальном исследовании взаимосвязи между обстоятельствами рождения и лактацией. Твердить без конца «Нет ничего лучше груди!» — мало. Сегодня гораздо важнее уяснить, как развивается способность кормить грудью.

Взгляд с практической точки зрения

Кормление грудью после кесарева сечения — практика относительно недавняя.

⁸⁵ Almeida JAG. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. *Editora Fiocruz*. Rio de Janeiro 2001.

⁸⁶ Brasil/MS, 2000. Prevalencia do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Relatorio Preliminar, Versao 3, Brasilia, Ministerio da Saude.

⁸⁷ Marques NM, Lira PI, da Silva NL, et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: longitudinal study. *Pediatrics* 2001; 108 (4): E66.

⁸⁸ Shawky S, Abalkhail BA. Maternal factors associated with the duration of breastfeeding in Jeddah, Saudi Arabia. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 2003; 17(1): 91-6.

Большинство женщин, рожавших «верхним путем» до 1980 года, не кормили грудью. Согласно оценкам британских ученых, в 1975 году лишь 2% женщин, родивших кесаревым сечением, кормили грудью своих детей⁸⁹. Это было время, когда развивалось производство «адаптированных» молочных смесей, грудное вскармливание обесценилось, а кесарево сечение делалось, как правило, под общей анестезией, и число таких операций было относительно невелико. В таких условиях ничто не побуждало опровергать широко распространенное убеждение в том, что женщина не может кормить грудью после полостных оперативных родов.

Сегодня во многих странах большинство женщин кормит грудью своих детей и после кесарева сечения. Механизм «запуска» лактации у них не может быть таким же, как после физиологических родов. В большинстве случаев после вагинальных родов без медикаментозного вмешательства следует как можно меньше вторгаться в процесс начала кормления: гораздо важнее дать матери побыть наедине с малышом в обстановке полного покоя и уединения. Напротив, после кесарева сечения маме и ребенку по вполне понятным причинам нужна помощь.

В экстренных ситуациях легче всего сделать общую анестезию, но в этом случае мама находится без сознания во время родов и испытывает сонливость некоторое время после них. Тем не менее, как показывает мой собственный опыт, многие дети могут сами брать грудь через два часа после кесарева сечения под кратковременным и неглубоким общим наркозом. Сегодня, когда широко распространена эпидуральная и спинальная анестезия, многие женщины могут покормить малыша грудью прямо на операционном столе. Что касается будущей способности мамы кормить грудью, то мой собственный опыт и все то, что я слышал, приводят к следующему выводу: намного важнее, было ли сделано кесарево сечение во время родов или до их начала, чем то, какой вид анестезии при этом применялся. Есть основания полагать, что *кесарево сечение без родовой деятельности* повышает вероятность возникновения трудностей с грудным вскармливанием. Объяснение этому довольно простое: когда время рождения запланировано врачом, ни маме, ни ребенку не дают возможности выделить гормоны, которые отвечают как за роды, так и за лактацию. Как ни странно, мне попалось только одно исследование, посвященное этому вопросу. В этом исследовании, проведенном в Анкаре (Турция), оценивалась связь между временем начала кормления грудью и количеством суточного отделения молока у нескольких групп женщин после повторного кесарева сечения⁹⁰. Было обнаружено, что по сравнению женщинами оперированными во время родов, у рожавших плановым кесаревым наблюдалась как задержка в начале лактации, так и меньший объем вырабатываемого молока. В первые дни после операции большинство женщин нуждается в помощи, по крайней мере, до момента восстановления кишечной перистальтики, которая позволяет отходить газам. Как и после любой операции на органах брюшной полости, это является переломным моментом с точки зрения комфорта и хорошего самочувствия. Женщине необходим помощник, чтобы принести ребенка, поправить подушки, правильно приложить ребенка к груди. Поначалу маме, как правило, удобнее всего кормить лежа. Медсестра или няня, которая приносит ребенка, может помочь маме удобно устроиться, повернуться, чтобы дать другую грудь. По прошествии нескольких дней женщина может отважиться и поискать другие удобные позы кормления. Вероятно, из-за отсутствия боли в промежности после кесарева сечения (это не подразумевает, что боль в промежности неизбежна после вагинальных родов),

⁸⁹ Martin J. Infant feeding 1975: attitudes and practice in England and Wales. OPCS. Social Survey Division. London, HMSO, 1978.

⁹⁰ Doganay M, Avsar E Effects of labor time on secretion time and quantity of breastmilk. *Int.J. Gynaecol. Obstet.* 2002; 76(2); 207-11.

многим женщинам удобно кормить, сидя на низком стульчике или по-турецки. По сравнению с ситуацией после вагинальных родов, для поддержания грудного вскармливания после кесарева сечения и маме, и малышу потребуется больше решимости и настойчивости. Понимание и помощь кормящие после кесарева сечения могут найти в местной группе взаимоподдержки. Расскажите матери, какие возможности для этого имеются в вашем городе.

Глава 13

Тысяча и одно показание для кесарева сечения

Многим женщинам, чьи малыши вот-вот появятся на свет, предложат кесарево сечение. Если мы возьмемся анализировать все возможные ситуации, информация займет тома. Есть несколько способов классификации причин для рождения «верхним путем». Мы постараемся разделить абсолютные и относительные показания к операции.

Абсолютные показания

Будущих мам стоит предупредить о некоторых вполне определенных, не подлежащих обсуждению показаниях к операции, хотя такие ситуации встречаются относительно редко.

К этой группе показаний относится *выпадение пуповины*. Иногда при излитии околоплодных вод — спонтанном или после искусственного вскрытия плодного пузыря — петля пуповины может выпасть через шейку матки во влагалище и оказаться снаружи. При этом она может сдавливаться, и тогда кровь перестает поступать к ребенку. Это является неоспоримым показанием к проведению кесарева сечения, за исключением тех случаев, когда роды уже в той стадии, когда ребенок вот-вот родится. При родах в срок в головном предлежании выпадение петель пуповины происходит крайне редко, если плодный пузырь не вскрывать искусственно. Более часто оно происходит при преждевременных родах или при родах в ножном предлежании. В течение нескольких минут перед проведением экстренного кесарева сечения женщине следует принять позу на четвереньках — это позволит уменьшить сдавление пуповины.

В случае *полного предлежания плаценты* она располагается в области шейки матки и препятствует выходу ребенка. Наиболее яркие симптомы этого состояния — выделение алой крови из половых путей, которое не сопровождается болью и чаще всего происходит по ночам в конце беременности. Расположение плаценты достоверно определяется при ультразвуковом исследовании. Полное предлежание плаценты диагностируется в конце беременности. Оно является абсолютным показанием к кесареву сечению. Если во втором триместре беременности выявляется низкое прикрепление плаценты, весьма вероятно, что за оставшиеся недели она поднимется и займет более *безопасное* положение. Говорить о предлежании плаценты в середине беременности неправомерно.

Отслойка плаценты может произойти как до, так и во время родов. Это означает, что плацента или значительная ее часть отделяется от стенки матки до рождения ребенка. В типичных и очевидных случаях внезапно возникает резкая боль в животе. Эта боль постоянна и не облегчается ни на минуту. Порой — но не всегда — боль сопровождается кровотечением, и женщина может быть в состоянии шока. Часто остается неясным, почему произошла отслойка плаценты, за исключением тех случаев, когда причина очевидна: например, травма (в результате дорожно-транспортного происшествия или бытового насилия) или развитие преэклампсии. При классической форме, когда возникает кровотечение, явное или скрытое (если отток крови невозможен), обычными мерами неотложной помощи являются переливание крови и немедленное оперативное

родоразрешение, пока ребенок жив. В более легких случаях, когда плацента отслаивается с краю, на небольшом участке, обычно возникает безболезненное кровотечение. В наше время такие формы отслойки плаценты диагностируются при помощи ультразвукового исследования. Вообще, если врач предлагает сделать кесарево сечение по причине отслойки плаценты, это показание лучше не обсуждать. Преждевременная отслойка плаценты — одна из основных причин внутриутробной гибели плода.

Лобное предлежание — это такое положение головки плода, когда она находится в среднем положении между полным сгибанием (обычное «затылочное предлежание») и полным разгибанием («лицевое предлежание»). Диагноз лобного предлежания иногда может быть предположительно поставлен при пальпации живота: выступающая часть головки, затылок, располагается вдоль спинки плода. Обычно диагноз ставится в процессе родов при влагалищном исследовании: пальцы акушера находят надбровные дуги с глазницами, уши и даже носик ребенка. При лобном предлежании головка плода проходит через таз наибольшим диаметром (от затылка до подбородка). При сохраняющемся лобном предлежании показания к кесареву сечению абсолютны.

Поперечное положение плода, которое также называется *плечевым предлежанием*, означает, что ребенок лежит горизонтально, ни головкой, ни ягодицами вниз. Если женщине предстоят повторные роды, более вероятно, что ребенок займет продольное положение к концу беременности или в самом начале родов. Если этого не произойдет, роды через естественные пути будут невозможны. Это еще одно абсолютное показание к кесареву сечению.

Относительные показания

Случаи, когда возникают абсолютные показания к кесареву сечению, крайне редки. Более частые относительные показания в значительной степени зависят от столь разнообразных факторов, как личные качества, возраст и профессиональный опыт акушерки и врача; страна, где рождается ребенок, существующие в данной клинике протоколы и принятые нормы; характер, образ жизни, семейное окружение и круг друзей будущей мамы; последние исследования, опубликованные в авторитетных медицинских журналах и освещенные в средствах массовой информации, данные, полученные с популярных веб-сайтов и т.д. Вот почему частота кесарева сечения так сильно варьирует от акушера к акушеру, от клинике к клинике и от страны к стране.

Наличие рубца на матке (обычно после *предшествующего кесарева сечения*) — пример относительного и подлежащего обсуждению показания: частота оперативного родоразрешения по этой причине возрастала и снижалась в различные периоды истории деторождения. Сегодня всеобщее внимание привлечено к опасности мертворождения по необъяснимой причине, хотя его абсолютный риск очень мал⁹¹. Наличие кесарева сечения в анамнезе — настолько частая ситуация и настолько актуальная проблема, что мы рассмотрим ее отдельно.

«Отсутствие прогресса в течении родов» [Сноска] часто указывается в качестве причины первого кесарева сечения. В большинстве случаев отсутствие прогресса в родах

⁹¹ Morris S, Stacey M. Resuscitation in pregnancy. *BMJ* 2003; 327:1277-79.

Этот распространенный в англоязычной литературе термин — *failure to progress* — означает, что роды не развиваются согласно тому, что принято за норму, или чрезмерно затягиваются. Это может означать отсутствие прогресса в раскрытии шейки, в сократительной деятельности, в продвижении плода. В отечественной традиции этому понятию соответствуют слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности (см. Словарь терминов). — *Прим. ред.*

связано с широко распространенным в наше время непониманием физиологии родов. Потребуется десятилетия для того, чтобы вновь уяснить, что человек относится к млекопитающим, а их ключевая потребность в родах — покой и уединение (*privacy*). Потребуется десятилетия, чтобы понять, что акушерка — прежде всего, фигура, подобная матери, то есть человек, рядом с которым чувствуешь себя в безопасности, который не разглядывает нас и не критикует. В нынешних условиях было бы опасно сделать приоритетом снижение частоты кесаревых сечений. Немедленным следствием этого станет рост числа опасных вмешательств в родах через естественные пути и увеличение количества новорожденных, нуждающихся в помощи педиатров. А пока мы должны признать, что в век индустриализации деторождения большинство кесаревых сечений вполне оправданно, и отсутствие прогресса в родах — наиболее частое показание к операции.

Несоответствие размеров таза и головки плода [Сноска] означает попросту, что головка ребенка слишком велика для того, чтобы пройти через кости малого таза. Это расплывчатое понятие, потому что соответствие размеров головки ребенка и таза матери зависит в значительной степени от точного положения головки и от того, как она «skonфигурирует» в процессе родов. В том случае, когда в родах принимается решение произвести кесарево сечение, бывает трудно отличить несоответствие размеров таза и головки плода от «отсутствия прогресса в родах»: в одних и тех же обстоятельствах женщине могут произвольно назвать в качестве причины или первое, или второе.

Страдание (дистресс) плода [Сноска] также является неопределенным понятием, поскольку разные специалисты используют разные критерии для диагностики этого состояния. Страдание плода часто возникает при отсутствии прогресса в родах. В результате бывает трудно разделить эти два показания к кесареву сечению. В настоящее время родовозбуждение является одним из главных факторов риска того комплекса осложнений, который впоследствии будет записан в истории родов как слабость родовой деятельности, несоответствие размеров головки плода и таза матери или дистресс плода.

Миомы матки и кисты яичников не являются абсолютными показаниями, за исключением тех случаев, когда они очень крупных размеров или низко расположены, что препятствует прохождению ребенка через родовой канал.

Разрыв анального сфинктера в анамнезе также является относительным показанием к кесареву сечению. По данным американского исследования, кесарево сечение предотвращает недержание кала лишь у одной женщины из двух, имевших ранее разрыв сфинктера во время родов⁹².

Ягодичное (тазовое) предлежание — типичный пример того, как единственная статья, опубликованная в медицинской литературе, может в одночасье перевернуть весь мир. Можно без преувеличения утверждать, что поворотным моментом в истории родов в ягодичном предлежании стал день 21 октября 2000 года. В этот день в *Ланцете*, одном из самых уважаемых в мире медицинских журналов, были опубликованы результаты

16

Это понятие — *cephalopelvic disproportion (CPD)* — соответствует термину «клинически узкий таз» в отечественной медицинской литературе. — *Прим. ред.*

17

Дистресс плода (англ. *foetal distress*) — относительно новый в русскоязычной литературе термин, соответствующий гипоксии плода или какому-либо иному его страданию, что определяется, в основном, по изменению характера его сердцебиения. — *Прим. ред.*

⁹² Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 2003; 362:1779-84.

крупного исследования, проводившегося в 121 клинике 26 стран⁹³. Оно имеет большую научную ценность, так как было рандомизированным: ученые случайным образом разделили беременных на две группы и смогли сравнить исход планового кесарева сечения и естественных родов.

Изучались только чисто ягодичное и смешанное ягодичное предлежание. Чисто ягодичное предлежание — такое положение плода в матке, при котором ножки ребенка согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах, то есть ножки вытянуты вдоль туловища. При смешанном ягодичном предлежании ножки ребенка согнуты и в коленях, и в тазобедренных суставах, но находятся выше ягодиц, то есть малыш как бы сидит по-турецки. Случаи ножного предлежания, когда одна или две ножки располагаются ниже ягодиц, были исключены из исследования.

Вот какой вывод делают авторы: «Для доношенного ребенка в ягодичном предлежании плановое кесарево сечение имело более благоприятный исход, чем плановые вагинальные роды; тяжелые осложнения у матерей встречались с одинаковой частотой в обеих группах».

С того дня стало трудно найти врача-акушера, который взял бы на себя ответственность вести роды в тазовом предлежании через естественные родовые пути. Общепринятой тактикой является попытка поворота ребенка за 3-4 недели до предполагаемых родов. Если это не удается, рекомендуется плановое кесарево сечение.

С учетом общераспространенного непонимания физиологии родов, придется признать, что сегодня в большинстве случаев лучше пойти на роды кесаревым сечением, чем пытаться родить самостоятельно в окружении напуганных врачей. Так будет до тех пор, пока мы не осознаем ключевые потребности рожавшей женщины, в частности, потребность в покое и уединении (privacy). Есть женщины, которые принципиально не против кесарева сечения, но, интуитивно или разумом чувствуют, что дожидаться начала родов было бы лучше для ребенка. Эту точку зрения разделяют многие педиатры, которые подчеркивают, что риск дыхательных расстройств у ребенка ниже после «кесарева сечения в родах». Мы должны иметь в виду, что одним из декларируемых преимуществ родов в больнице является возможность выполнения операции в любое время, днем и ночью. Часто утверждают, что экстренное кесарево сечение связано с более высоким риском осложнений со стороны матери по сравнению с плановой операцией. Но не следует путать «кесарево сечение в родах» с экстренным кесаревым сечением.

Сегодня мы должны также подумать о тех женщинах, которые, несмотря на все трудности, стремятся избежать кесарева сечения и родить естественным путем⁹⁴. Вот несколько простых полезных правил, которые я постепенно вывел из собственного опыта около 300 вагинальных родов в тазовом предлежании (включая два случая домашних родов):

- Наилучшее место и окружение — то, где нет никого, кроме опытной акушерки — по-матерински заботливой и молчаливой, которая старается не привлекать внимания и не боится принимать роды в тазовом предлежании.

- Первый период родов является диагностическим. Если он проходит легко и без проблем — возможны роды через естественные пути. Но если первый период родов долгий и трудный, следует, не мешкая, выполнить кесарево сечение до наступления того момента, когда уже не будет пути назад.

- Поскольку первый период родов — диагностический, очень важно не пытаться

⁹³ McKenna DS, Ester JB, Fischer JR. Elective cesarean delivery for women with a previous sphincter rupture. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 2003; 189(5):1251-6.

⁹⁴ Hannah ME, Hannah WJ, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.

искусственным образом облегчить его ни с помощью лекарств, ни с помощью погружения в воду.

- После достижения «точки невозвращения» ключевыми словами становятся покой и уединение (privacy). Здесь самое главное — сделать роды максимально легкими и быстрыми. Даже выслушивание сердцебиения может стать вредным, отвлекающим действием. Основной целью должно стать создание условий для мощного рефлекса изгнания плода⁹⁵.

- В случаях чисто ягодичного предлежания можно действовать смелее, чем при других видах тазового предлежания.

Эта тактика ведения родов в тазовом предлежании позволяет существенно снизить общую частоту кесарева сечения, поскольку тазовое предлежание при доношенной беременности встречается в 3% случаев.

Сейчас все больше и больше кесаревых сечений делают в случае *двойни*. Одной из причин является то, что в 40% случаев в тазовом предлежании находится один ребенок из двойни, а в 8% случаев — оба⁹⁶. Еще чаще кесарево сечение назначают в тех случаях, когда один из детей намного крупнее другого: эта ситуация представляется потенциально опасной для ребенка с меньшим весом, особенно если дети одного пола. Идея планового кесарева сечения в случае двойни может обескуражить тех, кто больше всего озабочен опасностью рождения недоношенного ребенка. Также изредка возникают ситуации, когда второму ребенку приходится помочь появиться на свет с помощью кесарева сечения уже после того, как первый родился естественным путем. Рождение второго ребенка из двойни часто представляется более рискованным, чем первого. Одна из причин — нездоровая суматоха, всякий раз возникающая в родовом зале сразу после рождения первого ребенка, в то самое время, когда так важно поддерживать атмосферу благоговения, по крайней мере, до тех пор, пока не родятся второй ребенок и плацента. Это еще одна современная тенденция, связанная с общераспространенным непониманием роли покоя и уединения (privacy).

В настоящее время *тройни* почти всегда рождаются путем кесарева сечения, хотя эта практика время от времени подвергается сомнению. Описаны случаи самостоятельных родов тройней... в том числе дома после предыдущего кесарева сечения!⁹⁷

Также наблюдается тенденция к увеличению частоты кесарева сечения среди *ВИЧ-инфицированных* женщин. Ставится задача снизить риск передачи вируса от матери к ребенку. Это показание является еще одним примером того, как в одночасье в наш век доказательной медицины может измениться рутинная практика. С 1994 по 1998 годы в США ВИЧ-инфицированным женщинам кесарево сечение делалось примерно в 20% случаев. В 1998 г было опубликовано исследование, в котором было показано, что риск инфицирования ребенка существенно снижается, если избегать вагинальных родов. После этого, в период с 1998 по 2000 г частота кесарева сечения в данной ситуации выросла до 50%⁹⁸. Вероятно, она будет увеличиваться и далее с приходом новой техники, предохраняющей ребенка от любого контакта с материнской кровью.

Вирус герпеса также может передаваться ребенку при родах через естественные пути. Чаще всего герпетическая инфекция носит рецидивирующий характер. Это

⁹⁵ Odent M. Home breech birth. *The Practising Midwife* 2003; 6(1): 11.

⁹⁶ Odent M. The fetus ejection reflex. *Birth* 1987; 14:104-5.

⁹⁷ Elizabeth Noble. *Having twins — and more*. Third edition. Houghton Mifflin Company 2003.

⁹⁸ Dominguez K, Lindegren ML, LAlmada PJ, et al. Increasing trend of cesarean deliveries in HIV-infected women in the United States from 1994 to 2000. *Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2003; 33(2): 232-8.

означает, что у женщины уже были обострения до беременности. В этом случае риска заражения почти нет, так как у матери успели образоваться антитела, проникающие через плаценту (IgG), которые способны защитить ребенка. Риск более существенен в тех редких случаях, когда первичное заражение матери произошло в период беременности, когда у нее успевают образоваться только антитела класса IgM, которые не проходят через плаценту. В этом случае кесарево сечение позволяет уменьшить риск передачи вируса.

А как насчет *ослабленных детей*, особенно *недоношенных*, и тех, кого называют «*маловесными*», «*не соответствующими сроку гестации*»? Опубликовано столько противоречивых данных, что любой доктор всегда сможет найти статью в поддержку своей точки зрения.

А как насчет «*особенных детей*», появившихся на свет в результате длительного лечения бесплодия с применением новейших методов искусственного оплодотворения? А как насчет других «особенных» детей, родившихся вскоре после необъяснимой внутриутробной гибели плода в предыдущую беременность?

В будущем, если мы не вернемся к осознанию ключевых потребностей женщины в родах, пожалуй, будет проще и быстрее рассмотреть оставшиеся основания решаться на естественные роды, чем пытаться анализировать тысячу и одно возможное показание для кесарева сечения.

Глава 14

После кесарева сечения — всегда кесарево сечение?

В 1916 году Эдвин Крейгин в своем выступлении перед Нью-Йоркским медицинским обществом изрек знаменитую заповедь: после кесарева сечения — всегда только кесарево сечение, «Once a Caesarean always a Caesarean»⁹⁹. Эта фраза была вполне уместна в годы, когда такие операции были редкостью и производились через классический доступ. В таких случаях при последующих самостоятельных родах опасность разрыва матки с опасным для жизни кровотечением была порядка 12%.

После 1950 года

В 1950-е годы, когда операция в нижнем маточном сегменте стала постепенно вытеснять классическую, эту прежде незыблемую акушерскую истину можно было бы пересмотреть, поскольку одним из заявленных преимуществ новой техники была надежность послеоперационного рубца на матке. Однако врачи в большинстве своем продолжали относиться к этому вопросу с осторожностью и не спешили пересматривать устоявшиеся правила. Следствием этого закона было неписаное правило: за свою жизнь женщина может родить кесаревым сечением не более трех раз. Стоит заметить, что, по крайней мере, одна женщина пренебрегла этим правилом. Этель Кеннеди, жена Роберта Кеннеди, с 1951 по 1968 год родила кесаревым сечением одиннадцать детей! До 1980 года у считанных женщин благополучно завершались роды через естественные пути после кесарева сечения (VBAC — vaginal birth after cesarean). В 1980 году в США таких родов было всего лишь 3,4%. Тогда еще не появилось течение, которое мы сейчас называем «доказательной медициной» (evidence-based medicine). Вагинальные роды после кесарева сечения, VBAC — еще не стали так актуальны, как теперь. Доктора полагались на рассказы коллег, случаи из практики и свои собственные убеждения. Когда количество

⁹⁹ Craigin EB. Conservatism in obstetrics. *NY Med. J.* 1916; 104:1-3.

кесаревых сечений стало резко расти, и когда все больше женщин захотело избежать повторной операции, тема стала насущной, особенно в США. Зачастую трудно было найти врача, которой был бы готов поддержать женщину в попытке родить через естественные пути. Так движение VBAC стало ассоциироваться, как это ни парадоксально, с домашними родами и домашними акушерками, перенимавшими опыт путем ученичества.

Так обстояли дела до момента, когда Национальный институт здоровья США в 1980 году выступил в числе организаторов конференции, посвященной кесареву сечению¹⁰⁰. Участники конференции пришли к выводу: VBAC — разумное решение, которое поможет сдерживать рост числа кесаревых сечений. Интерес к VBAC стал расти, появился целый ряд работ, в которых авторы попытались оценить безопасность нового подхода^{[3,][4,]}¹⁰¹. Вскоре процент успешных вагинальных родов после кесарева сечения в США вырос с 3,4% (1980 г.) до 21,3% (1991 г.) и достиг максимума к 1996 году — 28,3%-женщин¹⁰². Затем этот уровень стал падать: 16,4% в 2001 году, 12,7% в 2002¹⁰³. Спад стал еще заметнее после того, как Американская коллегия акушеров и гинекологов рекомендовала, чтобы акушер-гинеколог «в случае попытки вагинальных родов после предшествующего кесарева сечения находился в пределах ближайшей досягаемости, имел в распоряжении аппаратуру для мониторинга родов и был готов произвести в экстренном порядке операцию кесарева сечения»¹⁰⁴. Подобные колебания статистики VBAC отмечаются сегодня почти во всех странах мира.

Часто задаваемый вопрос

Когда женщина решается родить вагинальным путем после кесарева сечения, она прежде всего задает вопрос: «Каков шанс, что это получится?» Меня часто поражало, как легко проходят роды после предшествующего кесарева сечения, произведенного по причине затяжных родов, отсутствия прогресса родовой деятельности или страдания плода. Один из самых типичных и поучительных примеров VBAC в больничных условиях — это случай с 43-летней первородящей женщиной, поступившей к нам в клинику в

¹⁰⁰ National Institutes of Health. Cesarean childbirth. NIH publication no. 82-2067. Washington (DC): Government Printing Office, 1981.

3

Flamm BL, Newman LA, Thomas ST, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: Results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet. Gynecol.* 1990; 76: 750-4.

4

Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff FCL. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; 77:465-70.

¹⁰¹ Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospective multicenter study. *Obstet. Gynecol* 1994; 83:927-32.

¹⁰² Menacker F, Curtin SC. Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean, 1991-99. *National Vital Statistics Reports* 2001; 49 (13): 1-15.

¹⁰³ *Nat. Vtt. Stat. Rep.* 2003; 51 (11): 1-20.

¹⁰⁴ American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Practice Bulletin No.* Washington (DC): ACOG, 1999.

1970-е годы. После нескольких часов неэффективных схваток мы пришли к выводу, что разумнее сделать кесарево сечение. Через два года она снова поступила в наше родильное отделение в фазе активных родов. Она довольно легко родила второго ребенка вагинальным путем, и весил он на двести граммов больше первого.

Моим первым опытом VBAC во внебольничных условиях был случай с молодой мамой, которая намеревалась родить первого ребенка дома, но в результате отправилась в больницу, послушавшись совета «умных людей», которые в один голос твердили об опасности первых родов в домашних условиях. Это были затяжные роды, и из-за слабой родовой деятельности пришлось сделать ей кесарево сечение. Готовясь ко вторым родам, она решила доверять себе, а не советчикам. Мне она позвонила около десяти часов вечера, еще до начала активных схваток. Я решил, что лучше буду спать в свободной комнате у нее дома, чтобы не ехать на роды глубокой ночью. Едва заснув, я был разбужен тем специфическим звуком, который сопровождает «рефлекс изгнания плода»! Есть правдоподобное объяснение тому, что такие роды нередко проходят легко: если предшествующее кесарево сечение было сделано *в родах*, то в матке успели образоваться рецепторы к окситоцину. Иными словами, во время вторых родов матка становится чувствительнее к действию того самого гормона, который делает схватки эффективными.

Когда настала эпоха доказательной медицины, в нашем распоряжении появились точные данные для ответа на этот пресловутый вопрос. Большинство исследований, заслуживающих доверия, показало, что шансы на успех имеют 70-80 женщин из ста^{9,105}. В нескольких работах дается шкала, в соответствии с которой каждой женщине можно составить индивидуальный прогноз^{9,10,106}. Два исследования принимали во внимание исключительно факторы, характеризующие течение беременности. В самом масштабном исследовании разработана система, учитывающая в баллах также и факторы, которые могут быть определены при поступлении в больницу (например, состояние шейки матки). Количество баллов отражает вероятность успешных родов. Степень вероятности успешных VBAC колеблется от 49% у женщин, набравших 0-2 балла, до 95% у тех, что набрали 8-10. Вот факторы, увеличивающие число шансов на успех: молодой возраст, уже имевшие место вагинальные роды, предшествующее кесарево сечение по причине слабой родовой деятельности. Авторы не нашли признаков того, что количество предшествующих кесаревых сечений заметно влияет на исход попытки. В США ученые провели по всей стране статистическое исследование в родильных центрах, куда женщины обращались с намерением во второй раз родить вагинальным путем после кесарева сечения. Результаты показали, что из 1453 женщин

9

Troyer LS, Parisi VM. Obstetric parameters affecting success in trial of labor: Designation of a scoring system. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992; 167:1099—1104.

¹⁰⁵ Weinstein D, Benschushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996; 174:192-8.

9

Troyer LS, Parisi VM. Obstetric parameters affecting success in trial of labor: Designation of a scoring system. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992; 167:1099—1104.

10

Weinstein D, Benschushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996; 174:192-8.

¹⁰⁶ Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: An admission scoring system. *Obstet. Gynecol.* 1997; 90: 907-10.

87% успешно родили естественным путем¹⁰⁷. В США было проведено впечатляющее по масштабам исследование в 19 университетских клиниках. Из 17 898 случаев, когда женщины попытались родить вагинальным путем, успешными оказались 73,4% родов¹⁰⁸.

По понятным причинам в упомянутых исследованиях невозможно было учесть то, в какой степени женщине обеспечивали покой и интимную обстановку, а ведь это, пожалуй, следует считать важнейшим слагаемым успеха. В исследованиях VBAC в качестве фактора не учитывалось и использование в процессе родов электронного мониторинга плода (КТГ), хотя есть основания полагать, что его эффект крайне отрицателен.

Часто даваемый ответ

Рассказав докторам о своем желании родить вагинальным путем после кесарева сечения, женщины порой впадали в панику от их ответа: врачи твердили лишь об *опасности разрыва матки*. После этого многих преследовали кровавые картины будущих родов...

Сегодня клиницисты в состоянии достаточно определенно оценить индивидуальную степень риска. Недавно проведенные исследования авторитетных ученых^[13,]¹⁰⁹ показывают, что вероятность разрыва матки во время VBAC составляет *порядка 0,5% при условии, что роды не возбуждались искусственно*. Главный фактор риска разрыва матки — это именно искусственное родовозбуждение. Вот выводы крупномасштабного исследования, опубликованные совсем недавно: *опасность разрыва возрастает в 15,6 раза (!) после родовозбуждения простагландинами* и в 4,9 раза — если оные не применялись¹¹⁰. То, что искусственное родовозбуждение (в особенности с использованием препаратов простагландинов) повышает опасность разрыва матки, подтверждено недавним исследованием более чем 35 тысяч женщин в Шотландии, прежде рожавших кесаревым сечением (одни рожали вагинальным путем, другие — кесаревым сечением в процессе схваток)¹¹¹. О том же свидетельствует и уже упоминавшееся американское исследование в 19 университетских клиниках¹¹². Будущим матерям следует объяснять, что разрыва действительно следует опасаться, если в родах

¹⁰⁷ Lieberman E, Ernst EK, Rooks JP, Stapleton S. Results of the National study of vaginal birth after caesarean in birth centres. *Obstet. Gynecol.* 2004; 104:933-42.

¹⁰⁸ Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351(25): 2581-89.

13

Ravasia DJ, Wood SL, Pollard JK. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000; 183(5): 1176-9.

¹⁰⁹ Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery. *N. Engl. J. Med.* 2001; 345(1): 54-55.

¹¹⁰ Ravasia DJ, Wood SL, Pollard JK. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2000; 183(5): 1176-9.

¹¹¹ Smith GCS, Pell JP, Pasupathy D, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ* 2004; 329: 375-7.

¹¹² Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351(25): 2581-89.

отсутствует продвижение плода или характер его сердцебиения изменяется в худшую сторону. Во время операции участки локального расхождения тканей рубца (так называемые «окна») обнаруживаются чаще, чем истинный разрыв. Женщины также должны знать, что в 0,1-0,2% случаев во время повторной операции кесарева сечения до начала родовой деятельности находят уже существующий разрыв матки^[16,]¹¹³.

Опасность может представлять не только искусственное родовозбуждение. Еще один фактор риска — возраст матери: нам известны два исследования, из результатов которых следует, что у женщин старше 35 лет такие роды протекают менее благополучно^[18,]¹¹⁴. Если послеоперационный период в предыдущих родах сопровождался лихорадкой, это также повышает риск¹¹⁵. В нескольких исследованиях было показано, что шансы на благополучный исход уменьшает слишком короткий — менее чем в полтора года — промежуток между родами¹¹⁶. В последнее время все популярнее становится однослойное ушивание стенки матки, чему способствовала публикация нескольких работ, свидетельствующих о более благоприятных краткосрочных результатах, сокращении времени операции и послеоперационного пребывания в больнице. Однако вопрос о влиянии такой техники на VBAC остается открытым. Надежные результаты дает рандомизированное исследование, но единственная работа такого рода охватывала всего 145 женщин — этого оказалось слишком мало для того, чтобы выявить хотя бы один истинный разрыв матки¹¹⁷. Результаты более масштабного исследования без случайной выборки показывают, что при однослойном ушивании стенки матки риск разрыва может быть выше¹¹⁸. В совсем недавно опубликованной работе показано, что увеличивается лишь риск образования «окон» в маточном рубце¹¹⁹. Моя интуиция хирурга подсказывает, что имело бы смысл провести сравнительное исследование ушивания непрерывным швом и отдельными швами. Как правило, при

16

Gregory KD, Korst LM, Cane P, Piatt LD, Kahn K. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstet. Gynecol.* 1999; 94:985-9.

¹¹³ Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: A risk evaluation. *Obstet. Gynecol.* 1999; 93: 332-7.

18

McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N. Engl. J. Med.* 1996; 335:689-95.

¹¹⁴ Shipp TD, Zelop C, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. The association of maternal age and symptomatic uterine rupture during a trial of labor after prior cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2002; 99: 585-8.

¹¹⁵ Shipp TD, Zelop C, Cohen A, Repke JT, Lieberman E. Post-cesarean delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of labor. *Obstet. Gynecol.* 2003; 101:136-9.

¹¹⁶ Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet. Gynecol.* 2001; 97:175-7.

¹¹⁷ Chapman SJ, Owen J, Hauth JC. One—versus two-layer closure of a low transverse cesarean: The next pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1997;89:16-8.

¹¹⁸ Bujold E, Bujold C, Hamilton EF, Harel F, Gauthier RJ. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 186: 1326-30.

¹¹⁹ Durnwald C, Mercer B. Uterine rupture, perioperative and perinatal morbidity after single-layer and double-layer closure at cesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 189:925-29.

ушивании отдельными швами в один слой любые ткани срастаются с образованием более качественного рубца.

Примечательно, что до сих пор исследователи не пытались выяснить, уменьшается или увеличивается риск, если кесарево сечение было сделано до начала родовой деятельности. Вот почему меня чрезвычайно заинтересовала работа докторов Язилиоглу и Сонмеза из женской клиники Сулеймание в Стамбуле. Они используют технику ультразвукового сканирования для оценки состоятельности рубца на матке. Турецкие ученые обнаружили, что качество рубцовой ткани гораздо выше, если кесарево сечение делается по достижении определенной степени раскрытия шейки матки. Разница была столь значительной, что в своей нынешней практике, прежде чем сделать плановое кесарево сечение, они раскрывают шейку. Сейчас они пытаются оценить эффективность нового подхода.

Еще один часто задаваемый вопрос

Женщинам, рожавшим в прошлом кесаревым сечением, важно оценить и степень риска, которому подвергается ребенок. Ответ на их вопросы дает канадское исследование, в котором ученые проанализировали исход 2233 попыток вагинальных родов после кесарева сечения. Здесь один новорожденный погиб, а у троих отмечена та или иная степень повреждения мозга¹²⁰. Кембриджские и шотландские ученые провели совместное исследование, которое показало, что уровень «перинатальной смертности, связанной с родами» среди 15515 женщин, пытавшихся родить естественным путем после кесарева сечения, составил 12,9 на 10000¹²¹. Это, пожалуй, допустимый уровень риска. Впрочем, следует иметь в виду, что эта цифра в 11 раз больше, чем при повторном плановом кесаревом сечении. То же можно сказать и о результатах исследования в 19 университетских клиниках в США. Там было зафиксировано 12 случаев отставания в развитии, связанного с поражением мозга из-за гипоксии у плода при попытке родов вагинальным путем, и ни одного — при плановом кесаревом сечении¹²². Нужно тщательно изучать подобные данные, взвешивая соотношение риска и преимуществ. В этом вопросе, как ни в каком другом, нужно опираться на статистику. Многие матери способны принимать во внимание как статистические данные, так и свои интуитивные ощущения.

На практике: о чем должны помнить врач и акушерка

В эпоху, когда операцию проводят в нижнем маточном сегменте, обычно недооценивается, насколько успешной может быть попытка вагинальных родов после предшествующего кесарева сечения. Докторам, акушеркам и будущим мамам следует всего лишь помнить, что нельзя искусственно возбуждать роды, и вообще следует избегать применения лекарственных препаратов. В действительности *главную опасность*

¹²⁰ Bujold E, Gauthier RJ. Neonatal morbidity associated with uterine rupture: What are the risk factors? *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 186: 311-4.

¹²¹ Smith GCS, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with delivery after previous caesarean section. *JAMA* 2002; 287:2684-90.

¹²² Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N. Engl. J. Med.* 2004; 351(25): 2581-89.

для жизни ребенка представляет не разрыв матки: согласно еще одному обширному исследованию кембриджских и шотландских ученых, в случаях, когда мать ранее перенесла кесарево сечение, вероятность внезапной внутриутробной гибели плода по необъяснимой причине после 39 недель вдвое выше вероятности гибели по причине разрыва матки¹²³. Это, на первый взгляд, согласуется с результатами исследования в 19 университетских клиниках США¹²⁴. Однако анализ 250 тысяч родов, представленный обществу «Society for Maternal-fetal medicine», не подтвердил предположения о том, что предыдущее кесарево сечение влияло на вероятность внутриутробной гибели плода. Итак, если взвесить риски и преимущества, то станет понятно, что вышеприведенные данные — недостаточное основание для того, чтобы не давать женщинам шанса родить самостоятельно и делать всем подряд плановое кесарево сечение на 39 неделе.

Стратегия, которой я давно придерживался, актуальна и сейчас, в контексте современной науки. Даже когда я был почти уверен, что потребуется повторное кесарево сечение (например, при деформации костей таза вследствие травмы), я старался дождаться первых признаков начала родов и только затем приступить к «не экстренному кесареву сечению в процессе родов» (или, говоря иначе, «плановому кесареву сечению в родах»). Это было гарантией, что ребенок дал знать о готовности к родам, и мама с малышом начали выделять специфический комплекс гормонов. В обычной ситуации, когда самостоятельному течению родов ничто не препятствует, стратегия проста и незамысловата: удовлетворять ключевые потребности женщины в родах (чувствовать себя в безопасности и не на виду у посторонних). Если роды проходят без проблем — можно рожать вагинальным путем, если же нет — следует делать повторное кесарево сечение. Большинство женщин может родить самостоятельно, если отнестись с пониманием к их потребности быть в уединении и покое.

Глава 15

Если вам предстоит кесарево сечение

Каждый год миллионы женщин узнают, что лучшим выходом для них будет кесарево сечение. Одни задают массу вопросов, стараясь заранее подробно узнать, как происходит эта операция, и их вполне можно понять. Другие не хотят и слышать про все эти подробности, потому что у них уже есть сложившееся представление о том, как будут происходить роды, они не допускают и мысли о том, что для них и их ребенка наилучший выход — роды «верхним путем». Многие слышали рассказы подруг или родственниц, прошедших через такую операцию. Как все будет происходить, если придется рожать кесаревым сечением?

От улаживания формальностей до начала операции

В любом медицинском учреждении вас непременно попросят расписаться в документе о согласии на операцию. Порядок подготовки к операции кесарева сечения может несколько различаться от одной больницы к другой. Некоторые детали зависят и от вида анестезии, и от того, какая разновидность операции вам предстоит: решение об

¹²³ Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 2003; 362:1779-84.

¹²⁴ Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N. Engl J. Med.* 2004; 351(25): 2581-89.

операции может быть принято заранее, до схваток, или во время родов; иное дело, когда идет гонка со временем, когда промедление грозит страданием плода.

Женщине бреют волосы на лобке и нижней части живота. Устанавливается система для внутривенного вливания (капельница); в уретру вводится катетер, чтобы мочевой пузырь занимал меньший объем и был менее уязвим. На руку обычно помещают манжету прибора для контроля артериального давления. Вас непременно попросят снять все украшения, за исключением обручального кольца. Если операция проводится не в экстренном порядке, то женщину обычно просят смыть косметику и снять лак с ногтей: во время операции анестезиологам важно отслеживать любые внешние изменения (цвет кожи и т.д.) Помимо прочего, они осведомятся, нет ли зубных протезов, и убедятся, что вы сняли контактные линзы.

Если вам уже установили катетер для эпидуральной анестезии, то дозу обезболивающего начнут увеличивать. Если нет — попросят вас лечь на левый бок и свернуться калачиком или сесть на краю операционного стола, поставив ноги на опору и опершись локтями на колени. Небольшой участок спины обработают раствором антисептика, затем в пространство между двумя позвонками введут иглу для эпидуральной или, чаще всего, спинальной анестезии. Последняя начинает действовать быстрее. Нижняя часть тела постепенно онемеет и потеряет чувствительность.

Если вам предстоит операция под общей анестезией, то препарат для обезболивания введут внутривенно, и через несколько секунд вы уснете. Как только вы заснете, а ваши мышцы расслабятся, анестезиолог введет в трахею трубку, чтобы обеспечить безопасность легких и контролировать дыхание.

За то время, пока начнет действовать анестезия, медсестра обработает антисептическим раствором нижнюю часть живота. Затем место, где будет проводиться операция, огранчат стерильным бельем, и на уровне груди установят экран, чтобы вы не видели операционное поле.

Операция

Акушеру-гинекологу ассистируют один или два помощника, а медсестра и педиатр ожидают, чтобы принять ребенка. Сегодня при операции могут присутствовать отец ребенка, подруга, родственница или доула (естественно, в халатах, масках и бахилах).

В тот момент, когда ребенка будут извлекать из матки, у вас могут быть тянущие или давящие ощущения, но боли быть не должно. В случае если будет применяться эпидуральная или спинальная анестезия, вы, скорее всего, сможете познакомиться со своим малышом прямо в операционной. Вы, вероятно, сможете даже обнять кроху — если вам немножко помогут. После этого, если хирург извлекал матку из брюшной полости для наложения швов, то возможна незначительная боль в тот момент, когда ее будут возвращать на прежнее место.

Во время любой операции на органах брюшной полости может возникнуть застой крови в венах ног и малого таза. Поэтому обязательно принимают меры, предотвращающие образование кровяных сгустков (тромбоз глубоких вен), поскольку частичка тромба может быть занесена в легкие. И хотя сегодня, когда операция занимает минимальное время, легочные осложнения чрезвычайно редки, очень важно не пренебрегать установленными правилами. Вскоре после операции вас попросят шевелить ногами, а затем и пройтись по палате. У нас в клинике применялось бинтование голеней специальными эластичными бинтами прямо на операционном столе. В начале 1970-х годов во время операции у тучных женщин, страдавших варикозным расширением вен, я применял так называемый слендертон — электростимулятор, манжета которого заставляет мышцы ног постоянно сокращаться, способствуя оттоку крови по венам к сердцу.

Сколько времени вы проведете в послеоперационной палате, и сколько в отделении перед выпиской, зависит от правил, принятых в той клинике, где вы будете находиться.

Если при операции растягивание просвета операционной раны производилось только вручную и с осторожностью, то после кесарева сечения вам вряд ли понадобятся обезболивающие средства. Одна из важнейших забот — чтобы в первые дни мама как можно больше находилась в телесном контакте с малышом. Вас с ребенком должны беспокоить как можно меньше.

Вскоре вас выпишут домой... С прибавлением в семействе!

Глава 16

Что об этом говорят матери

Из рассказов матерей о родах можно составить целые библиотеки. Мне нет нужды рассказывать, что чувствует женщина, рожая ребенка: бесчисленные матери уже сделали это до меня. Когда Сара Клемент, в свое время родившая ребенка кесаревым сечением, готовила свою книгу на эту тему, она раздала анкеты 200 женщинам, имевшим аналогичный опыт, и они описали свои роды¹²⁵. Рассказами родивших «верхним путем» проиллюстрирована и книга Мишель Мур — женщины-врача, которая сама рожала кесаревым сечением — и Кэролайн де Коста — акушера-гинеколога и матери семерых детей¹²⁶. Нетрудно найти рассказы о кесаревом сечении и на специальных сайтах в интернете. Среди них много американских (например, www.birthlove.com), есть сайты в других странах и на других языках. Вот адрес одного испаноязычного ресурса: <http://www.elistas.net/lista/apoyocesareas>.

Бесконечное разнообразие

Мне приходилось слышать множество рассказов об операциях кесарева сечения — в самых разных обстоятельствах, в разные эпохи и в разных культурах. Трудно даже сравнивать то, как к этому относилась алжирская крестьянка, чей малыш был спасен экстренной операцией в 1950-е годы, и как — лондонская бизнес-леди, сама выбравшая для себя кесарево сечение на рубеже XX-XXI веков. Совершенно по-разному смотрят на это марокканка и бразильянка. Первая не считает себя «женщиной в полном смысле слова», если не смогла родить «нижним путем», вторая — представительница культуры, приветствующей роды кесаревым сечением, для нее родить «верхним путем» — символ статуса. Чем больше слушаешь рассказы матерей о кесаревом сечении, тем больше убеждаешься, что их опыт бесконечно разнообразен.

Даже в очень частой, почти стандартной ситуации экстренного кесарева сечения после долгих схваток с отсутствием прогресса родовой деятельности, женщины себя чувствуют очень по-разному. Это зависит от очень многих факторов, и их эмоциональная реакция может варьировать от сугубо отрицательной до вполне положительной. Для одних, например, это конец мечтам, разочарование, поражение, а другие только приветствуют такое развитие событий. В книге Сары Клемент одна из матерей признается: «Когда кто-то рядом сказал, что мне, наверное, будут делать кесарево сечение, для меня это был свет в конце туннеля, единственный способ выкарабкаться оттуда, где, казалось, я уже безнадежно увязла». Ясно, что в этом случае кесарево сечение

¹²⁵ Sarah Clement. *The Caesarean experience. Pandora.* London 1991.

¹²⁶ Michele Moore, Caroline De Costa. *Cesarean Section. Johns Hopkins* 2003.

воспринималось как долгожданное избавление. Другие женщины, попавшие в похожую ситуацию, признавались мне, что после операции они не могли отделаться от ощущения, будто это было каким-то жульничеством; такие потом сделают все возможное, чтобы непременно родить следующего ребенка естественным путем. И вот, родив, наконец, самостоятельно, они испытывают ни с чем не сравнимое счастье. В исторической книге Нэнси Вайнер Коэн и Лоуис Эстнер¹²⁷ и в сборнике рассказов о родах, опубликованном Линн Баптисти Ричарде¹²⁸, женщины, сумевшие родить естественным путем после кесарева сечения в предыдущих родах, писали о том, что они себя ощутили «полноценными», «нормальными», «снова женщинами», «сильными» и «исцеленными».

Превосходные степени

Большинство сборников рассказов о родах объединяет какая-либо одна тема. Например, один посвящен вагинальным родам после кесарева сечения, в другом собраны истории из одного и того же родильного отделения¹²⁹. В этом смысле книга Сильвии Донна стоит особняком. Написанная матерью троих детей, рожденных совершенно по-разному, она содержит истории родов, которые происходили в чрезвычайно разнообразных условиях. Тут можно уже проводить сравнения и делать обобщения¹³⁰. Как правило, только женщины, родившие сами, через естественные родовые пути, описывая свои ощущения, пользуются превосходными степенями. Вот и моя мать признавалась, что день, когда родился я, был самым радостным в ее жизни.

Эти истории не противоречат результатам научных исследований. Ученые из Мельбурна опросили 272 женщины на поздних сроках беременности, которые ждали первенца¹³¹. Вместе с анкетами женщинам предлагались психологические тесты, которые оценивали настроение и уровень самооценки. При повторном опросе после родов те матери, которые рожали самостоятельно, чаще отмечали подъем настроения, повышение самооценки в последние дни беременности и в период после родов. Те же, которые рожали кесаревым сечением, наоборот, чаще признавались в ухудшении настроения и снижении самооценки. Стоило бы повторить подобное исследование там, где кесарево сечение поощряется культурной средой: в Шанхае или в Сан-Паулу. Уровень самооценки — это степень любви к самому себе. Так снова встает перед нами вопрос о будущем любви.

Глава 17

Чтобы сохранить промежность

Опасение травмы промежности — один из самых часто обсуждаемых вопросов,

¹²⁷ Nancy Wainer Cohen, Lois Estner. *Silent knife. Bergin and Garvey* 1983.

¹²⁸ Lynn Baptisti Richards. *The Vaginal Birth after Cesarean experience. Bergin and Garvey* 1987.

¹²⁹ Michel Odent. *Birth Reborn. Pantheon*. New York 1984.

¹³⁰ Sylvie Donna. *Baby.. .Be Born! In press*.

¹³¹ Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetrical intervention: a prospective longitudinal study. *Australia New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31(5): 728-38.

когда речь идет о кесаревом сечении по желанию женщины.

Среди женщин-гинекологов, которые предпочли для рождения собственного ребенка плановое кесарево сечение, четыре из пяти признались, что прежде всего они стремились избежать повреждения тканей промежности¹³². Вообще, часто женщины в родах боятся именно разрывов.

Когда в медицинских журналах пишут о «профилактическом кесаревом сечении», в качестве одного из мотивов указывается предупреждение «тазовых расстройств», которые приводят к недержанию мочи и кала, снижению сексуальной чувствительности и опущению органов.

В эпоху кесарева сечения «по заказу» необходимо помнить, что факторы риска относительны.

Опубликованные данные

Вероятность развития недержания мочи и кала у женщин после вагинальных родов действительно существует, и это подтверждают многочисленные исследования. Норвежские ученые обследовали более 15 тысяч женщин, живущих в одном регионе: случаи недержания мочи при физическом усилии или стрессе отмечались у 12,2% родивших вагинальным путем, у 6,9% перенесших операцию кесарева сечения и у 4,7% нерожавших¹³³. Было доказано, что кесарево сечение в случае рождения двойни и вообще при многоплодных родах уменьшало число таких случаев¹³⁴.

О недержании кала женщина редко расскажет сама. Однако опрос 242 матерей, рожавших через естественные родовые пути (и не имевших каких-либо видимых разрывов анального сфинктера) показал, что у двенадцати из них наблюдалась недостаточность сфинктера заднего прохода, которая выражалась, в том числе, в недержании кишечных газов в течение более чем 12 месяцев¹³⁵. Аналогичные результаты были получены при обследовании 1667 женщин, родивших в одной и той же клинике в течение 6 месяцев. Из них у 6% были жалобы на недержание кала в связи с недавними или предшествующими родами¹³⁶.

Ознакомившись с множеством публикаций, посвященных разрывам промежности после родов, мы можем заключить, что с этой точки зрения *наиболее опасными являются случаи наложения щипцов после длительных, трудных родов*. Таков главный вывод из исследования, проведенного в Великобритании и посвященного разрывам анального сфинктера (всего ученые обследовали более 8000 женщин после вагинальных родов)¹³⁷.

¹³² Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996; 347: 544.

¹³³ Rortveit G, Dalveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N. Engl. J. Med.* 2003; 348: 900-7.

¹³⁴ Goldberg RP, Kwon C, Gandhi S, Atkuru LV, Sorensen M, Sand PK. Urinary incontinence among mothers of multiples: the protective effect of cesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 188(6): 1447-50.

¹³⁵ Ryhammer AM, Bek KM, Laurberg S. Multiple vaginal deliveries increase the risk of permanent incontinence of flatus and urine in normal premenopausal women. *Dis. Colon Rectum* 1995; 38:1206-9.

¹³⁶ MacArthur C, Bick DE, Keigley MRB. Faecal incontinence after childbirth. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1997; 104:46-50.

¹³⁷ Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Bartram CI. Third degree obstetric anal sphincter tears: risk factors

В наши дни убедительно доказано, что эпизиотомия (рассечение промежности) не предупреждает разрывов, и что применение вакуум-экстрактора не так опасно для промежности, как наложение щипцов. К тому же выводу пришли австралийские исследователи, которые изучали при помощи ультразвукового метода (translabial ultrasound), как влияет рождение ребенка на подвижность тазовых органов¹³⁸. В частности, измерялась степень «опущения шейки мочевого пузыря», при форсированном выдохе с закрытыми носом и ртом. Оказалось, что опущение шейки мочевого пузыря выражено гораздо сильнее после родов с наложением щипцов (в среднем оно составило 14,5 мм) по сравнению с таковым после родов с использованием вакуум-экстрактора 9 мм), «нормальных» вагинальных родов 7,2 мм), кесарева сечения во втором периоде родов 4 мм) и в первом периоде 2,6 мм).

Недостаточность анального сфинктера после родов изучается сегодня с использованием новых, современных методов. Степень повреждения нервных волокон оценивается при помощи электромиографических исследований, которые позволяют наблюдать за процессами нарушения и восстановления иннервации сфинктера¹³⁹. Ультразвуковой метод (анальная эндосонография) показал, что после рождения первого ребенка повреждения анального сфинктера обнаруживаются у 35% женщин¹⁴⁰.

О чем говорят эти данные

Приведенные выше цифры еще требуют осмысления и обсуждения. Во-первых, по оценкам норвежских ученых, кесарево сечение может предупреждать недержание мочи у женщин лишь до 50 лет. Позже данное нарушение встречается с одинаковой частотой у всех вне зависимости от способа, которым они рожали ребенка. Во-вторых, операция позволяет предупредить повреждения промежности и анального сфинктера только в том случае, если она была выполнена до раскрытия шейки матки на 8 см¹⁴¹.

Однако, что еще более важно — все эти исследования были выполнены на базе обычных крупных больниц. В этих условиях ключевые потребности рожавшей женщины, как правило, игнорируются, а физиологические процессы претерпевают грубые вмешательства.

Рефлекс изгнания плода

Опыт наблюдения за родами в больнице и дома убедил меня в том, что лучший способ защитить промежность и избежать больших разрывов — как можно меньше отклоняться от физиологической модели. Иными словами, создать условия для

and outcome of primary repair. *BMJ* 1994; 308:887-91.

¹³⁸ Dietz HP, Bennett MJ. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. *Obstet. Gynecol.* 2003; 102: 223-8.

¹³⁹ Neill ME, Swash M. Increased motor unit fibre density in the external anal sphincter muscle in anorectal incontinence: a single EMG study. *J. Neurol. Neuro-surg. Psychiat.* 1980; 43: 343-47.

¹⁴⁰ Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal shincter disruption during vaginal delivery. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329:1905-11.

¹⁴¹ Fynes M, Donnelly VS, O'Connell PR, O'Herlihy C. Cesarean delivery and anal sphincter injury. *Obstet. Gynecol.* 1998; 92:496-500.

возникновения истинного рефлекса изгнания плода^[11,]¹⁴².

Меня часто просят объяснить разницу между рефлексом изгнания плода и тем рефлексом, который вызывается давлением головки (или ягодиц) ребенка на мышцы промежности¹⁴³. Настоящий рефлекс изгнания плода может возникать намного раньше опускания подлежащей части или намного позже. Он может возникнуть до того, как шейка матки полностью раскрылась, или, наоборот, после полного раскрытия. Часто его не бывает вовсе, потому что необходимым условием для его возникновения является обстановка полного уединения и покоя (privacy).

Мне этот рефлекс хорошо знаком по домашним родам. Я слышу его характерный звук, сидя в соседней комнате и прислушиваясь к тому, что происходит с роженицей, когда муж отправляется в магазин, и рядом с ней не остается никого, кроме опытной, по-матерински заботливой доулы, *молчаливой* и старающейся не привлекать внимания. В моей практике не так уж часто встречались случаи, чтобы истинный рефлекс изгнания плода возникал в присутствии отца ребенка. Этот рефлекс выражается в короткой серии непреодолимых сокращений, не оставляющих возможности для произвольных движений; женщина может принимать самые неожиданные позы (часто асимметричные, с наклоном вперед). Мне представляется, что он обусловлен резким угнетением функции неокортекса («мозга интеллекта»). Благодаря этому становится возможным выделение сложного гормонального «коктейля». Происходит мощный выброс гормонов группы адреналина, и свидетельство тому — внезапно возникающий сильный страх, предшествующий непреодолимым схваткам (нередко — страх смерти: «Сейчас умру...» «Я умираю!» и т.п.)¹⁴⁴, и стремление женщины ухватиться за что-то, принять вертикальное положение. Самое лучшее, чем здесь можно помочь, — просто не реагировать на этот внезапный приступ страха: увещевая женщину (читай: стимулируя ее неокортекс), мы добьемся подавления рефлекса. Вскоре начинаются сильные и эффективные маточные сокращения — верный признак резкого выброса окситоцина.

Следует иметь в виду, что термин «рефлекс изгнания плода» впервые предложила Найлс Ньютон, изучая факторы, влияющие на течение родов у мышей¹⁴⁵ — млекопитающих, чей неокортекс развит намного меньше, чем человеческий. Этот рефлекс может возникать у женщин при условии, если резко снижается активность неокортекса — то есть когда стирается то сугубо человеческое, что мешает этому процессу. Вот еще один повод упомянуть о том, как похожи роды у человека и у животных.

Весьма поучительным был случай, когда мощный рефлекс изгнания плода возник после бокала шампанского. Это произошло в больнице Питивье примерно в 1980 году. Женщина находилась в двухместной палате, роды шли не слишком активно. Ее соседка, которая уже праздновала рождение своего ребенка, угостила будущую маму бокалом шампанского. В результате одна за другой последовали такие сильные схватки, что ребенок родился прямо по пути в родильный зал. Предполагаю, что пузырьки газа ускорили всасывание алкоголя, и он немедленно подействовал на активность мозга:

11

Odent M. The fetus ejection reflex. *Birth* 1987; 14:104-105.

¹⁴² Odent M. The Second stage as a disruption of the Fetus Ejection Reflex. *Midwifery Today*. Autumn 2002:12.

¹⁴³ Ferguson JKW. A study of the motility of the intact uterus at term. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1941; 73: 359-66.

¹⁴⁴ Odent M. Fear of death during labour. *Journal of reproductive and infant psychology* 1991; 9:43-47.

¹⁴⁵ Newton N, Foshee D, Newton M. Experimental inhibition of labor through environmental disturbance. *Obstetrics and Gynecology* 1967; 371-377.

никакое другое вино не вызвало бы такого эффекта. Так или иначе, свою способность расслаблять, снимать внутренние зажимы шампанское доказывало не раз, когда нужно было создать эротическую обстановку, внести непринужденность. Недавно я разговаривал с Доминик Маркетт, домашней акушеркой родом из Эпернэ, знаменитого винодельческого центра Шампани. Будущим родителям, которые готовятся к домашним родам, она всегда советует поставить в холодильник бутылку шампанского, по официальной версии — чтобы потом отпраздновать рождение ребенка. Но время от времени акушерка использовала его по другому назначению: предлагала бокал будущей маме для снятия напряжения. Я привел эти случаи для того, чтобы объяснить и проиллюстрировать природу данного рефлекса. Только не следует делать вывод, что бокал шампанского следует назначать всем рожающим женщинам!

Я не припомню случая, чтобы после родов с настоящим, без помех, рефлексом изгнания плода мне пришлось зашивать разрывы промежности. Пожалуй, одна из многих возможных причин — то, что женщина чаще всего в этот момент наклоняется вперед, например, встает на четвереньки. В таких позах механизм раскрытия вульвы не такой, как в других положениях. Сначала более быстро открывается передняя часть вульвы; затем обычно несколько замедляется разгибание головки; когда показывается личико ребенка, то подбородок повернут чуть в сторону. Пользуясь случаем, упомяну, что если все-таки произойдет незначительный разрыв (обычно потому, что не было истинного рефлекса изгнания плода), то я не зашиваю его. Если женщина в течение двух недель не будет разводить ноги (избегая осмотра промежности, позы лотоса и т.п.), рана прекрасно заживет.

Одно из преимуществ термина «рефлекс изгнания плода» — в том, что он подчеркивает то общее, что роднит различные явления нашей сексуальной жизни. Как указывает Найлс Ньютон¹⁴⁶, при рефлексе выброса молока, рефлексе семяизвержения и при рефлексе изгнания плода всегда происходит внезапный мощный выброс окситоцина. А выделение окситоцина всегда очень сильно зависит от факторов окружающей среды.

На сегодняшний день, если для нас важнее всего сохранить промежность, то следует признать, что тактика планового кесарева сечения в момент, соответствующий предполагаемому сроку родов, может считаться вполне оправданной. Она и в самом деле будет обоснованной до тех пор, пока условия возникновения рефлекса изгнания плода не будут в должной мере поняты, пока будут приниматься во внимание только критерии двадцатого столетия. Совсем другое дело, если мы введем критерии двадцать первого века, в частности, если мы признаем, что «научное познание любви»¹⁴⁷ — один из важнейших аспектов современной научной революции.

Глава 18

Одно из двух

Стратегии будущего

Для тех, кто усвоил первые уроки научного познания любви (scientification of love), *[Сноска]* и для тех, кто научился мыслить в понятиях цивилизации, основы

¹⁴⁶ Newton N. The fetus ejection reflex revisited. *Birth* 1987; 14:106-108.

¹⁴⁷ Odent M. The Scientification of Love. *Free Association books*. London 1999.

стратегии будущего очевидны. *Цель — сделать так, чтобы как можно больше женщин рожало детей через естественные родовые пути благодаря беспрепятственному излиянию гормонов любви.*

Однако ставить первоочередной задачей снижение числа кесаревых сечений было бы опасно: первым шагом должна быть попытка содействовать более глубокому пониманию физиологии родов, в частности, пониманию ключевых потребностей женщины в родах. В больницах, где единственным приоритетом становится сокращение числа кесаревых сечений, первым отчетливым результатом обычно бывает увеличение количества тяжелых вагинальных родов и опасных экстренных операций кесарева сечения по жизненным показаниям. Это как раз то, чего в эпоху безопасного кесарева сечения нам следует избегать. За последнее время я много раз слышал о родах, во время которых команда медиков-акушеров испробовала «все возможное», чтобы избежать кесарева сечения: капельное вливание синтетического окситоцина, эпидуральную анестезию, наконец, либо щипцы и эпизиотомию, либо даже кесарево сечение после попытки наложения щипцов. Акушерским щипцам место в музее. В последний раз я пользовался ими в феврале 1965 года.

Мы уже упоминали о многих причинах, по которым следует насколько это возможно избегать плановых кесаревых сечений. Когда кесарево сечение назначается до наступления родов, нет никакой гарантии, что младенец (в частности, его легкие) созрел в достаточной степени. Окончательному созреванию легких способствуют гормоны, отвечающие за течение родов, которые выделяют как материнский организм, так и организм плода. То, что при этом повышается риск возникновения дыхательных нарушений — факт, вполне доказанный наукой. Как правило, появление на свет ребенка в результате планового кесарева сечения до начала родов означает, что плод не участвовал в инициировании родов. Это означает также, что ему не дали возможности пустить в ход собственную систему гормонов стресса. Возникновение проблем с грудным вскармливанием в этом случае более вероятно, чем после кесарева сечения во время начавшихся родов. К тому же операция, произведенная в процессе родов, судя по всему, повышает шансы благополучных вагинальных родов после кесарева сечения в будущем.

Итак, мы должны готовиться к осуществлению стратегии двух возможностей по двум основным сценариям. В первом случае роды проходят благополучно через естественные родовые пути. Несмотря на то что несколько поколений появилось на свет при вмешательстве медицины, этот вариант когда-нибудь получит более широкое распространение. Это произойдет, когда мы вновь осознаем, как важно создать обстановку уединения и покоя для роженицы и как важна роль акушерки в исконном, традиционном смысле.

Во втором случае процесс родов протекает патологически. Вот тогда следует прибегать к неэкстренному кесареву сечению в процессе родов. Трудность заключается в том, чтобы вовремя на первом этапе родов принять решение о целесообразности операции. Нам нужны новые тесты, которые помогали бы действовать в согласии со стратегиями XXI века. В последнее время были разработаны шкалы риска, учитывающие множество критериев; их цель — как можно раньше в процессе начавшихся родов выявить женщин, которым показано кесарево сечение.¹⁴⁸

любовь становится предметом научных исследований и требует научного подхода. Об этом его книга «Научное познание любви» (The Scientification of Love, 1999). — *Прим. ред.*

¹⁴⁸ Wilkes PT, Wolf DM, et al. Risk factors for cesarean delivery at presentation of nulliparous patients in labor. *Obstet. Gynecol.* 2003; 102(6): 1352-7.

Бассейн-тест

Тест с погружением в бассейн — прекрасный пример метода, который можно применять в контексте стратегий будущего. В его основе лежит очень простое явление. Когда женщина в периоде частых и интенсивных схваток погружается в бассейн с температурой воды, равной температуре тела, в течение первых одного — двух часов раскрытие шейки матки обычно происходит заметно активнее. Если же раскрытие шло нормально, а потом прекратилось, несмотря на погружение в воду, интимную обстановку (никаких камер!) и приглушенный свет, то, значит, велика вероятность какого-то серьезного препятствия для родов. Здесь медлить неразумно, и лучше сразу прибегнуть к *неэкстренному кесареву сечению в процессе родов*.

До середины 1970-х годов я применял во вполне определенных обстоятельствах метод, который я назвал «люмбальной (или поясничной) рефлексотерапией». Я пользовался им как тестом, призванным как можно раньше выявить необходимость кесарева сечения. Техника проста. Женщине делались одна-две «внутрикожных» инъекции стерильной воды в область спины по обе стороны от позвоночника на уровне углубления, образуемого мышцами чуть ниже последней пары ребер. Нужно, чтобы образовались два маленьких волдыря, как от ожога крапивой.¹⁴⁹ Такая рефлексотерапия помогает очень быстро, если раскрытие шейки матки достигло примерно 5 сантиметров, а схватки сопровождаются болью в пояснице. Когда поясничные боли проходят, то остается лишь дискомфорт в зоне над лобком, в то время как раскрытие шейки продолжается. Если же дальнейшее раскрытие не происходит, это свидетельствует о серьезном механическом препятствии.

С тех пор как в конце 1970-х годов мы стали применять в нашем родильном отделении бассейн для рожениц, про люмбальную рефлексотерапию я вспоминал все реже. В начале 1980-х я уже писал в одном из авторитетных медицинских журналов¹⁵⁰, по какой причине мы в госпитале Питивье стали использовать бассейн для родов. Там же я описал наиболее типичный сценарий:

«Мы обычно используем бассейн в родах, когда схватки особенно болезненны (в особенности, это касается поясничных болей), и когда раскрытие не идет дальше 5 см. В такой ситуации роженицы обычно настойчиво требуют применения обезболивающих препаратов. В большинстве случаев в течение одного — двух часов пребывания в воде шейка матки полностью раскрывается...».

В то время я мог сослаться лишь на *большинство случаев*. Впоследствии я проанализировал результаты тех редких родов, когда час или два, проведенные в бассейне, не способствовали дальнейшему раскрытию. Я понял, что, в конечном итоге во всех случаях было необходимо кесарево сечение, и чаще всего после затяжного и трудного протекания первой и второй стадий родов. Вот так я потихоньку стал принимать во внимание то, что тогда еще не получило названия «теста с погружением в бассейн».

Позже мне случилось упомянуть о бассейн-тесте во время ознакомительных занятий для доул. В ответ из рассказов слушательниц я узнал, как проходят роды в лондонских больницах, и это заставило меня по-новому взглянуть на этот вопрос. Мне стало ясно, что многих трудных и затяжных родов с обычным арсеналом медикаментов и вмешательств и последующим экстренным кесаревым сечением можно было бы избежать, если бы учитывались результаты бассейн-теста. Одна из тех историй особенно примечательна. Женщина в активных схватках в сопровождении своей доулы поступила в родильное

¹⁴⁹ Odent M. La reflexotherapie lombaire. Efficacite dans le traitement de la colique nephretique et en analgesie obstetricale. *La Nouvelle Presse Medicate* 1975; 4(3): 188.

¹⁵⁰ Odent M. Birth under water. *Lancet* 1983: pp. 1476-77.

отделение, когда раскрытие шейки было уже довольно большим. Вскоре после прибытия она вошла в бассейн. Прошло больше часа, а дальнейшего раскрытия не происходило. Доула знала о бассейн-тесте и была абсолютно уверена в том, что эта женщина не сможет благополучно родить естественным путем, поэтому стала убеждать в этом акушерку. Наконец, та позвала опытного доктора, который поставил диагноз: лобное предлежание. Этот вид предлежания, очень трудно выявляемый на раннем этапе схваток, несовместим с вагинальными родами. Доула знала, что понадобится кесарево сечение, хотя и не могла объяснить, почему.

Непосредственно перед погружением в бассейн должно быть проведено влагалищное исследование, чтобы при необходимости через час — два можно было отметить изменения. Это необходимое условие и важный практический момент: об этом нужно помнить акушеркам, привыкшим не вмешиваться в роды и не руководить. Поддерживая обстановку тишины, приглушенного света и интимности, они часто умеют следить за развитием процесса родов, не делая постоянных влагалищных осмотров и полагаясь на другие признаки.

Возможное объяснение

При погружении в воду температуры тела *сокращения матки ста новятся более эффективными, но лишь на короткий период времени*. Сегодня мы можем предложить объяснение этого явления с точки зрения физиологии. Когда женщина оказывается в бассейне в фазе активных схваток, у нее сразу же облегчаются боли, а значит, в крови немедленно снижается уровень гормонов стресса. Так как гормоны стресса и окситоцин — антагонисты, главной *кратковременной ответной реакцией* организма обычно бывает пик выброса окситоцина и, как следствие, заметный прогресс в раскрытии шейки.

Затем следует продолжительная сложная реакция, заключающаяся в перераспределении объема циркулирующей крови. Это — стандартная реакция на любое погружение в воду: кровь приливает к грудной клетке¹⁵¹. При увеличении объема крови в области груди определенный вид специализированных клеток (расположенных, в частности, в предсердиях), начинает выделять гормон, называемый ANP (предсердный натрийуретический пептид, или фактор), который тормозит активность задней доли гипофиза.¹⁵² Нам всем знаком этот эффект снижения гипофизарной активности: после принятия ванны увеличивается выделение мочи. Значит, снижается уровень вазопрессина, гормона, способствующего задержке воды в организме. Современной наукой эта цепочка взаимодействия пока не вполне объяснена.¹⁵³ Не так давно было обнаружено, что *окситоцин — гормон любви — имеет соответствующие рецепторы в сердце (!)* и к тому же принимает участие в регулировании уровня натрийуретического гормона ANP.¹⁵⁴

С практической точки зрения нам достаточно иметь в виду, что при погружении в

¹⁵¹ Norsk P, Epstein M. Effects of water immersion on arginine vasopressin release in humans. *J. Appl. Physiol.* 1988; 64(1): 1-10.

¹⁵² Gutkowska J., Antunes-Rodrigues J., McCann Sm. Atrial natriuretic peptide in brain and pituitary gland. *Physiological Reviews* 1997; 77 (2): 465-515. C-2.

¹⁵³ Mukaddam-Daher S, Jankowski M, et al. Regulation of cardiac oxytocin system and natriuretic peptide during rat gestation and postpartum. *J. Endocrinol.* 2002; 175(1): 211-6.

¹⁵⁴ Gutkowska J, Jankowski M, et al. Oxytocin releases atrial natriuretic peptide by combining with oxytocin receptors in the heart. *Proceedings of the National Academy of Sciences. USA.* 1997; 94:11704-9.

теплую воду за немедленной прямой реакцией выброса окситоцина следует обратная — его спад, в результате чего эффективность сокращений матки через 1-2 часа ослабевает.

Несколько простых советов

В сущности, все рекомендации относительно применения бассейна в родах основаны на описанной выше двухфазной реакции на погружение в воду.

Первая практическая рекомендация — придавать большое значение выбору правильного момента, когда роженице следует входить в воду. В идеале этого не следует делать ранее раскрытия шейки матки на 5 см. У опытных акушерок есть множество хитростей, чтобы помочь женщине потерпеть. Чтобы выиграть время, можно, например, предложить ей принять душ. К тому же душевая кабина или ванная комната — «укромное» место для женщины в родах. Обзор, результаты которого опубликованы в *British Medical Journal*, показал, что многие женщины находятся в воде слишком долго. Одна из причин в том, что многие погружаются в воду задолго до раскрытия на 5 см.¹⁵⁵

Вторая рекомендация — не планировать рождение ребенка в воду. Когда женщина решила рожать в воду, она рискует стать заложницей своего решения и остаться в воде, даже когда сокращения ослабевают. Тогда может затянуться потужной период, не исключены затруднения при рождении последа. Другое дело — когда роды в воду происходят в результате кратковременной серии непреодолимых потуг. Вообще, стоит избегать создания подробного, заранее прописанного сценария рождения ребенка.

Здесь хотелось бы дать еще одну простую *рекомендацию относительно температуры воды*. Нетрудно сделать так, чтобы она никогда не превышала 37° С (то есть температуры тела матери). Есть сведения о двух случаях смерти новорожденных, когда роженицы долго находились в слишком горячей воде (39,7° С в одном из случаев).¹⁵⁶ Одним из объяснений было то, что у плода поднималась температура (она всегда на градус выше, чем у матери), и он не смог удовлетворить возросшую потребность в кислороде. Плоду трудно отводить избыточное тепло.

На пороге новой эпохи в истории деторождения можно ожидать, что при соблюдении нескольких простых рекомендаций погружение в воду — в случае трудных родов — может составить серьезную альтернативу медикаментозным средствам, в частности, эпидуральной анестезии и синтетическому окситоцину. Тогда умение помочь женщине потерпеть и войти в воду в правильный момент станет новой гранью акушерского мастерства, и *еще одним шагом к тому, чтобы все больше женщин давали жизнь своему ребенку, обильно источая гормоны любви*.

Рассказ в антракте

Мы решили проиллюстрировать эту будущую стратегию двух возможностей, поместив рядом на соседних страницах картину «Рычащая львица» и рисунок, который должен ассоциативно напомнить кесарево сечение.

Пэм Инглэнд — автор нашумевшей в Соединенных Штатах книги «Роды: взгляд изнутри» (Pam England, «Birth from within»). Неделю спустя после того как у себя дома, в Нью-Мексико, Пэм произвела на свет сына Люка, она написала картину «Рычащая Львица

¹⁵⁵ Gilbert RE, Tookey PA. The perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water. *BMJ* 1999; 319: 483-7.

¹⁵⁶ Roseneau SK, Fox R, Marlow N, Stirrat GM. Birthing pools and the fetus. *Lancet* 1993; 342:1048-9.

в родах». Пэм захотелось выразить всю животную силу родов.

Своего первого ребенка она родила кесаревым сечением. В 1984 году, после этой операции, она приезжала во Францию и была у меня в Питивье. Вот что она недавно поведала о нашем разговоре и о рождении своих детей:

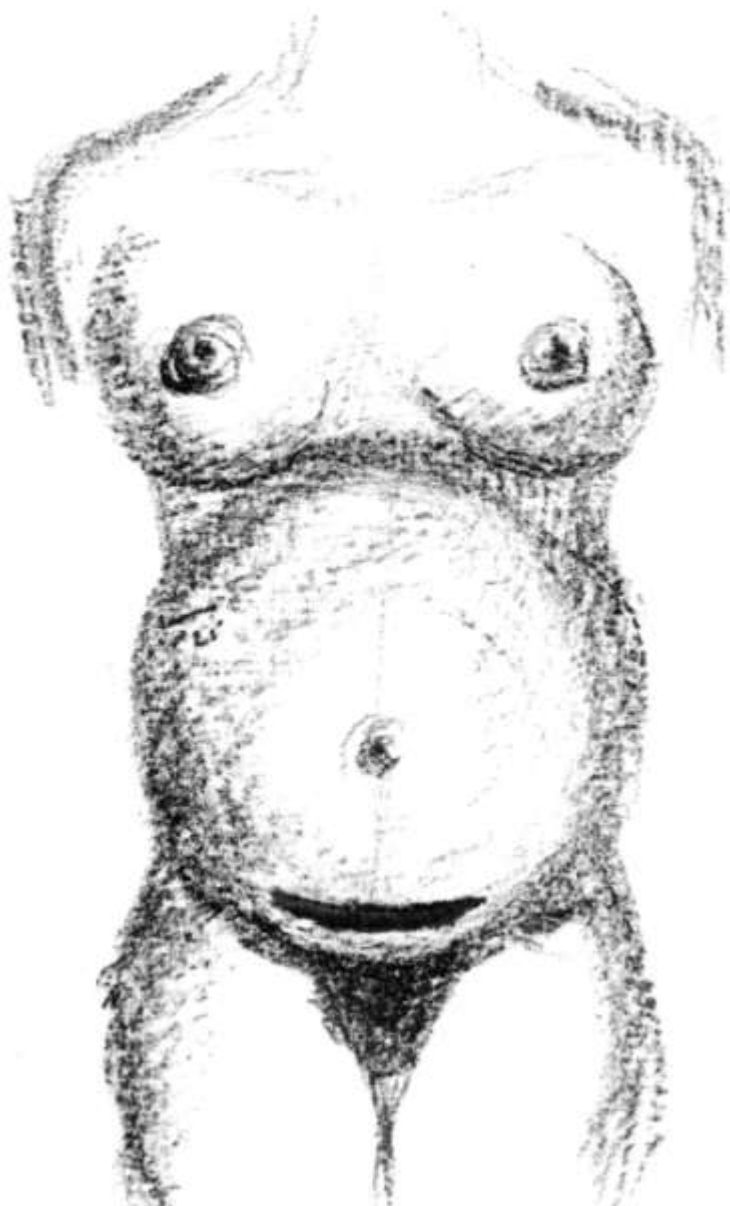
«...Те несколько часов, что я провела в Питивье в октябре 1984 года, навсегда изменили мою жизнь. Прошли годы, а я помню тот простой и гениальный совет, который вы дали мне, когда я вынашивала своего „львенка“. Рассказав вам историю своих первых родов кесаревым сечением, я тогда спросила вашего совета, как мне родить нормально во второй раз. Вы задумались на мгновение и сказали: „Запритесь в ванной и не пускайте туда никого, даже акушерку. Все будет хорошо“. И это было все, что вы мне сказали. Я тогда подумала: „Вот как! И это ваш совет? Ведь я рассказала вам историю родов, которые были для меня такой травмой, а вы просто отшучиваетесь?“

Но я поверила вам. Я послушалась вашего совета. Я заперлась в ванной комнате, замкнулась в кокон своей потаенной женской сущности (эти темные краски там, в нижней части картины). Акушерка делала именно то, о чем я ее попросила: она не делала ничего. Меня никто не тревожил и не вмешивался, я пошла своим путем и не думала о том, как все должно быть... Я словно бродила с завязанными глазами по лабиринту, где потеряться нельзя: нужно лишь почувствовать свою дорогу и исполниться решимости попасть в центр.

Подобно очень многим женщинам, в первый раз я была напичкана знаниями о родах и при этом к ним не готова. Кесарево сечение, конечно, стало великим уроком для меня, но я знала, что он еще не пройден до конца. Когда я забеременела во второй раз, я очень серьезно отнеслась к тому, чему вы учите женщин: я забыла все, что знала о родах. Я обратилась к своей женской сущности, ни на кого не надеялась и не сдерживала себя (на картине первобытная жизненная сила, прорывающаяся сквозь меня, изображена белым зигзагом). Рожая на свет Люка, я изгибала спину и «рычала». Я почувствовала, что воплощаю в себе всю дикую природу рычащего льва. Через несколько минут родился Люк. Нормальные домашние роды были для меня завершением того урока, ради которого я и решила рожать. И я уже никогда не была прежней...»



Или...



Или...

Глава 19 **Ведение беременности, порождающее страх**[Сноска]

Представим себе, что с точки зрения общественного здоровья одна из главных наших забот — добиться, чтобы как можно больше женщин могли рожать естественным путем благодаря беспрепятственному току гормонов любви. Представим также, что мы достигли более основательного понимания физиологии родов и потому решили следовать стратегии выбора «одного из двух».

Тогда нам нужно прежде всего подумать о задачах на ближайшее будущее и задаться вопросом, какие преобразования можно было бы сделать незамедлительно.

Хорошо известно, что минимальный уровень тревожности — залог благополучного

течения родов. Иными словами, чем больше беременная подвергается факторам, вызывающим тревогу, тем труднее будут роды. Минимальный уровень тревожности также необходим для нормального роста и развития малыша в утробе. Итак, предварительный круг практических вопросов должен касаться того, что может влиять на эмоциональное состояние женщины, ждущей ребенка.

Очень многие женщины возвращаются из женской консультации, встревоженные и напуганные. Совершенно ясно, что если постоянно заставлять беременную думать о возможных проблемах, то это неизбежно вызовет так называемый эффект ноцебо (от лат. *posse* «нанесу вред», как антоним *placebo* «принесу пользу, понравлюсь». — *Прим. перев.*). Он выражается в отрицательном влиянии на эмоциональное состояние будущей матери и, опосредованно, ее семьи. Эффект ноцебо возникает всякий раз, когда работник здравоохранения вторгается в сферу воображения, фантазии, убеждений пациента или беременной женщины, принося при этом больше вреда, чем пользы.^{[1],[2]}¹⁵⁷

В идеале

Оберегать эмоциональное состояние беременной — вот что *в идеале* должно было бы стать главной *заботой докторов* и других специалистов, оказывающих помощь женщине до родов.

Специалистам, стремящимся к профессиональному росту, не должно потребоваться много времени и труда, чтобы научиться позитивному мышлению и изменить нынешнее положение вещей. Беременная женщина в наши дни не может быть безмятежно счастлива. У каждой найдется хотя бы один повод для беспокойства: «у вас повышенное (пониженное) давление», «вы слишком быстро (медленно) набираете вес», «у вас низкий гемоглобин», «у вас маловато тромбоцитов — не исключены кровотечения», «у вас низкое расположение плаценты», «ваш ребенок слишком большой (маленький)», «у вас многоводие (маловодие)», «у вас гестационный диабет», «вам всего восемнадцать лет — беременность в таком возрасте связана со специфическим риском», «в ваши 39 лет беременность имеет свои сложности», «ваш малыш никак не повернется головкой вниз», «он лежит спинкой вправо — как бы это не осложнило роды», «судя по анализу крови, не исключено, что у вашего ребенка синдром Дауна», «вы не принимали вовремя фолиевую кислоту, так что есть опасность незаращения спинномозгового канала», «у вас нет прививки от токсоплазмоза и краснухи», «у вас отрицательный резус-фактор», «если схватки не начнутся к среде, придется подумать о родовозбуждении», и так далее, и так далее... Да возможно ли еще быть «нормальной» беременной женщиной?

В идеале будущей маме следовало бы *руководствоваться важнейшим практическим вопросом*: «Что может доктор сделать для меня и моего малыша?» Если в качестве примера взять самый обычный случай, когда женщина узнает, что беременна, знает приблизительно, когда произошло зачатие и чувствует, что все с ней все в порядке, то *ответ может быть прямой и незамысловатый*: «Ничего особенного. Разве только убедиться, нет ли серьезных аномалий, да предложить аборт».

1

Odent M. The Nocebo effect in prenatal care. *Primal Health Research Newsletter* 1994; 2 (2).

2

Odent M. Back to the Nocebo effect. *Primal Health Research Newsletter* 1995; 5 (4).

¹⁵⁷ Odent M. Antenatal scare. *Primal Health Research Newsletter* 2000; 7 (4).

Времена *стандартного* медицинского ведения беременности близятся к концу?

Во многих странах десяток визитов к специалисту — стандартное ведение беременности. Иными словами, большинству женщин с десяток раз предоставляется возможность послушаться о всевозможных осложнениях. На каждом приеме предлагается сделать ряд анализов. Традиционная схема медицинского ведения зиждется на убеждении, что чем больше посещений, тем лучше результаты. Но это убеждение не основывается на научных данных. Вот почему следует пересмотреть и саму концепцию стандартного медицинского ведения, и количество визитов.

Исследования британских ученых не выявили никакой зависимости между поздним началом дородового наблюдения и неблагоприятными исходами для мамы или ребенка¹⁵⁸. Нет также никакой связи между количеством визитов к специалисту и риском развития эклампсии¹⁵⁹. Такие выводы заставляют усомниться в обоснованности и эффективности общепринятой практики. В Великобритании, где все происходит в рамках Национальной системы здравоохранения, число визитов не так сильно зависит от уровня жизни беременной, как в Соединенных Штатах. Следовательно, результаты британских исследований интерпретировать сравнительно легче, чем американских.^[6.]¹⁶⁰

Тем не менее, интересно проанализировать и доклад, опубликованный в 2002 году американским Центром контроля и предупреждения болезней (Center for Disease Control and Prevention). Исследователи выяснили, что женщины, родившиеся за пределами США, склонны позже становиться на дородовой учет, чем беременные той же расы и того же этнического происхождения, рожденные в самой Америке (или вовсе не обращаться за такой помощью). «Несмотря на это» (а может быть, *благодаря этому?*), у женщин, родившихся в пределах страны, выше риск родить ребенка недоношенного или с дефицитом веса. Полезно также проанализировать результаты исследований, где сравниваются различные графики посещений при ведении беременности. Одно из таких исследований было проведено в Калифорнии, в медицинском центре «Kaiser Permanente»¹⁶¹, другое — в юго-восточной части Лондона, где обследовались 2794 женщины¹⁶², третье проводила Всемирная Организация Здравоохранения в 53 медицинских центрах в Таиланде, на Кубе, Саудовской Аравии и Аргентине¹⁶³. Ни в

¹⁵⁸ Thomas P, Golding J, Peters TJ. Delayed antenatal care: does it affect pregnancy outcome? *Soc. Sci. Med.* 1991; 32: 715-23.

¹⁵⁹ Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. *BMJ* 1994; 309: 1395-400.

6

Vintzileos AM, Ananth CV et al. The impact of prenatal care in the United States on preterm births in the presence or absence of antenatal high-risk conditions. *Am.J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187:1254-7.

¹⁶⁰ Vintzileos AM, Ananth CV, et al. The impact of prenatal care on postneonatal deaths in the presence or absence of antenatal high-risk conditions. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187: 1258-62.

¹⁶¹ Binstock MA, Wolde-Tsadik G. Alternative prenatal care: impact of reduced visit frequency, focused visits and continuity of care. *J. Reprod. Med.* 1995; 40: 507-12.

¹⁶² Sikorski J, Wilson J, et al. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal project. *BMJ* 1996; 312: 546-53.

¹⁶³ Villar J, Baaqueel H, et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 2001; 357:1551-64.

одном из исследований не получено свидетельств того, что общепринятое расписание консультаций дает какие-либо преимущества по сравнению с более редкими посещениями специалиста.

Можно также задаться вопросом, способствует ли ведение беременности с большим количеством посещений более легким родам? Исследование, посвященное изучению протекания родов у женщин, употребляющих кокаин, неожиданно показало, что как раз наоборот¹⁶⁴. Здесь ученые приняли во внимание то, что каждая третья из них до родов вообще не обращалась за помощью. Поэтому очень важно было для сравнения определить, какова средняя величина раскрытия шейки матки при поступлении в клинику у женщин, не употребляющих кокаин и не обращавшихся за дородовой помощью. Оказалось, что у этой группы средний показатель раскрытия шейки при поступлении в больницу был более 5 см.

Для чего нужны консультации по ведению беременности

Еще совсем недавно главной целью первого посещения консультации было *установление факта беременности* и определение срока будущих родов. Сегодня, когда вполне надежные тесты на беременность есть в свободной продаже, большинство женщин сами определяют наличие беременности еще до визита к специалисту и довольно точно устанавливают дату зачатия. Зная, что беременность длится около девяти месяцев, большинство женщин в состоянии сами рассчитать наиболее вероятное время наступления родов. Следовательно, отпала главная причина, по которой нужно было на ранних сроках показаться специалисту.

Регулярное ультразвуковое исследование стало атрибутом современного ведения беременности. Это, замечу, и самая дорогостоящая его часть. В нескольких исследованиях проводилось сравнение: как влияет на благополучный исход беременности и родов УЗИ по стандартному расписанию по сравнению с УЗИ по показаниям. Американцы обследовали более 15 тысяч женщин¹⁶⁵. В статье, подытоживающей исследования, заключительная фраза не допускает разночтений: «Результаты исследования однозначно свидетельствуют, что при сложившейся ныне в США практике систематическое УЗИ не оказывает положительного влияния на исход беременности и родов». Примерно в это же время вышла статья в *British Medical Journal*¹⁶⁶, в которой авторы подводят итог еще четырех подобных исследований. Вот что они пишут в заключение:

Систематическое ультразвуковое исследование не оказывает положительного влияния на исход беременности: оно не повышает вероятности рождения живого ребенка и не уменьшает заболеваемости в перинатальном периоде. УЗИ может быть эффективным и полезным средством выявления пороков развития плода. Однако о том, что оно используется именно с этой целью, следует недвусмысленно объяснять, принимая во внимание риск ошибочных диагнозов, а также этические вопросы.

Возможно, новое поколение исследований (в рамках изучения первичного здоровья), поколеблет уверенность в том, что многократное ультразвуковое воздействие абсолютно

¹⁶⁴ Wehbeh H, Matthews RP, et al. The effect of recent cocaine use on the progress of labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1995; 172:1014-8.

¹⁶⁵ Ewigman BG, Crane JP, et al. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329:821-7.

¹⁶⁶ Bucher HC, Schmidt J G. Does routine ultrasound scanning improve outcome in pregnancy? Meta-analysis of various outcome measures. *BMJ* 1993; 307:13-7.

безвредно для плода. Если прибегать лишь к УЗИ по показаниям (то есть в случаях действительной необходимости, а именно — когда нужны сведения, которые могут повлиять на тактику дальнейших действий), то количество обследований значительно сократится, особенно в период наибольшей уязвимости плода — на ранних сроках беременности.

Даже для беременных женщин так называемой «группы высокого риска» польза УЗИ не такова, как принято считать. Результаты нескольких исследований показывают, что выявление отставаний в росте плода не улучшает прогноза, несмотря на более пристальное медицинское наблюдение^[14,]¹⁶⁷. Было показано, что для выявления увеличенного веса плода у беременных, страдающих диабетом, оценка его размеров при помощи УЗИ не точнее, чем клинический осмотр¹⁶⁸. Весьма примечателен заголовок редакционной статьи на эту тему в «*British Journal of Obstetrics and Gynaecology*»: «Угадайте вес младенца».

Во многих странах все беременные женщины регулярно сдают анализ крови на содержание гемоглобина (пигмента, содержащегося в эритроцитах). Широко распространено мнение о том, что это — эффективный способ выявить анемию и дефицит железа. На самом же деле этим анализом недостаток железа определить нельзя, ведь объем крови в течение беременности значительно возрастает, так что концентрация гемоглобина отражает, прежде всего, степень разведения крови вследствие плацентарной активности. Изучая это явление, британские ученые проанализировали данные обследования более 150 тысяч беременных женщин¹⁶⁹. Это масштабное исследование показало, что наибольший средний вес новорожденного отмечается у тех женщин, которые имели показатели концентрации гемоглобина от 8,5 до 9,5.^[Сноска] Более того — если уровень гемоглобина не опускался ниже 10,5 (105 г/л. — Прим. ред.), то возрастала вероятность недостаточного веса при рождении, преждевременных родов и гестоза (преэклампсии). Достойным сожаления следствием рутинно проводимых анализов крови на гемоглобин является тот факт, что во всем мире миллионам беременных женщин напрасно ставят диагноз «анемия» и назначают препараты железа. При этом побочные эффекты от приема железа (запоры, понос, изжога и т.п.) обычно обходят вниманием. Также часто забывают о том, что железо ингибирует всасывание цинка, который, как известно, серьезно влияет на рост ребенка¹⁷⁰. Более того, железо, будучи окислителем, усиливает образование свободных радикалов и даже может увеличивать риск развития

14

Larson T, Falck Larson J, et al. Detection of small-for-gestational-age fetuses by ultrasound screening in a high risk population: a randomized controlled study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1992; 99:469-74.

¹⁶⁷ Secher NJ, Kern Hansen P, et al. A randomized study of fetal abdominal diameter and fetal weight estimation for detection of light-for-gestation infants in low-risk pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1987; 94:105-9.

¹⁶⁸ Johnstone FD, Prescott RJ, et al. Clinical and ultrasound prediction of macro-somia in diabetic pregnancy. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1996; 103:747-54.

¹⁶⁹ Steer P, Alam MA, Wadsworth J, Welch A. Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. *BMJ* 1995; 310:489-91.

20

Эти показатели выражают концентрацию гемоглобина в граммах на децилитр, что соответствует в принятых в России единицах 85 и 95 г/литр. — Прим. ред.

¹⁷⁰ Valberg LS. Effects of iron, tin, and copper on zinc absorption in humans. *Am. J. Clin. Nutr.* 1984; 40:536-41.

гестоза¹⁷¹.

Другая разновидность рутинного исследования (скрининга), проводимого в ряде стран — это *глюкозотолерантный тест*, цель которого — выявить так называемый гестационный сахарный диабет. Если уровень глюкозы в крови (гликемия) после приема сахара превышает определенные значения, результат теста считается положительным. Подобная диагностика бесполезна, поскольку простые рекомендации для женщин, которым приклеят подобный ярлык, в равной степени касаются любой беременной: вести здоровый образ жизни, в особенности, правильно питаться и сохранять физическую активность. Рекомендации, касающиеся диеты, должны в первую очередь касаться качества углеводов. Самый полезный совет — оценивать углеводы в соответствии с их гликемическим индексом (ГИ). Беременным женщинам следует объяснять, что по возможности нужно выбирать продукты с низким гликемическим индексом. Продукт имеет высокий ГИ, если по усвоению он вызывает быстрое и значительное повышение уровня глюкозы в крови (гликемии). На практике это означает, что женщина, ждущая ребенка, должна воздерживаться от бесчисленных сладких напитков, продающихся на каждом шагу, по возможности класть в чай или кофе меньше сахара и меда.

Таблицы гликемических индексов для сотен пищевых продуктов публикуются в авторитетных медицинских изданиях. Эти таблицы стоит изучать внимательно: часто они удивляют тех, кто привык к старому разделению на простые сахара и сложные углеводы. Это связано с тем, что прежняя классификация учитывала только лишь химические формулы.

Из этих таблиц мы, например, узнаем, что у овсяной или ячменной каши, привычных на утреннем столе, низкий ГИ, так же, как и у цельнозернового хлеба или макаронных изделий. Напротив, картофель и пицца — продукты с высоким ГИ, и их стоит есть поменьше. У фруктозы, или фруктового сахара, очень низкий индекс. Корреляции между химической формулой и гликемическим индексом нет, и это показывает сравнение глюкозы и фруктозы. У обоих Сахаров маленькие молекулы с шестью атомами углерода и весьма похожие формулы, однако их ГИ — 100 и 23 соответственно. Вывод — беременной женщине следует есть больше фруктов и овощей.

На консультациях женщинам следует также постоянно напоминать о том, что им необходима регулярная физическая нагрузка, какими бы ни были результаты анализов. Масштабное исследование, проведенное в Канаде, показало: единственным значимым результатом рутинного проведения глюкозотолерантных тестов было то, что три процента обследованных женщин узнали, что у них гестационный диабет, и это никак не повлияло на исход беременности и родов¹⁷².

Даже польза *регулярного измерения артериального давления* небесспорна. Вначале его целью было выявить первые признаки гестоза (преэклампсии), особенно в конце первой беременности. Однако установлено, что повышенное кровяное давление при отсутствии белка в моче в целом положительно влияет на исход родов^{[21],[22],[23]}¹⁷³.

¹⁷¹ Rayman MP, Barlis J, et al. Abnormal iron parameters in the pregnancy syndrome preeclampsia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002; 187 (2): 412-8.

¹⁷² Wen SW, Liu S, Kramer MS, et al. Impact of prenatal glucose screening on the diagnosis of gestational diabetes and on pregnancy outcomes. *Am. J. Epidemiol.* 2000; 152(11): 1009-14.

21

Symonds EM. Aetiology of pre-eclampsia: a review. *J. R. Soc. Med.* 1980; 73: 871-75.

22

Naeye EM. Maternal blood pressure and fetal growth. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1981; 141: 780-87.

23

Поводом заподозрить гестоз может служить наличие более 300 мг белка в суточном объеме мочи. Получается, что лучше полагаться на регулярное определение наличия белка в моче при помощи специальных тест-полосок, которые легко купить в аптеке. «Померить давление», стало быть, не самое главное.

Итак, сам принцип стандартного медицинского ведения беременности вызывает сомнения, и содержание консультаций для беременных нуждается в пересмотре. Теперь можно взглянуть на этот вопрос с третьей стороны. Посмотрим, *что может сделать доктор* для того, чтобы после зачатия ребенка способствовать наилучшему исходу. Поскольку одна из важнейших проблем — недоношенность, попробуем перечислить все то, что медицина в состоянии предложить, чтобы преждевременных родов было меньше. В последние годы большие надежды возлагают на профилактическое применение антибиотиков. На этот счет проведено множество исследований. Изучив более 6000 женщин, ученые не нашли подтверждения результативности этого подхода¹⁷⁴. Более того, лечение вагинальных инфекций на ранних стадиях беременности также не уменьшает риска преждевременных родов¹⁷⁵. Некоторое время назад стали широко применять наложение на шейку хирургических швов, особенно в случаях короткой или «несостоятельной» шейки матки. Данные о результативности этого метода противоречивы, но исходя из данных одного исследования, наложение швов на шейку вдвое увеличивает риск развития послеродовой лихорадки¹⁷⁶. Медицинские вмешательства также не снижают риска рождения ребенка с отставанием по массе и размеру. Даже соблюдение постельного режима не только бесполезно, но даже и вредно.

Будущее

Сегодня мы получаем все больше данных, доказывающих, что стандартное медицинское ведение беременности — малополезная трата огромного количества времени и денег. Поэтому у нас все больше причин *сосредоточиться на том, что можно сделать еще до зачатия*. Сегодня уже нет сомнений в том, что предупредительные меры против таких аномалий, как незаращение спинномозгового канала (spina bifida), эффективны, если их предпринимать еще до зачатия — о значении фолиевой кислоты наслышаны почти все. Что касается питания, то мы уже упоминали выше об исследованиях, касающихся употребления рыбы. Можно сравнить результаты, полученные в Дании, с нашими собственными. Группа датских исследователей показала, что вероятность преждевременных родов или рождения маловесного ребенка гораздо выше у женщин, которые никогда не едят рыбу, по сравнению с теми, которые едят ее регулярно, то есть не

Kilpatrick S. Unlike pre-eclampsia, gestational hypertension is not associated with increased neonatal and maternal morbidity except abruptio. SPO abstracts. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1995; 419:376.

¹⁷³ Curtis S, et al. Pregnancy effects of non-proteinuric gestational hypertension. SPO Abstracts. *Am. J. Obst. Gynecol.* 1995; 418: 376.

¹⁷⁴ Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W. Broad spectrum antibiotics for spontaneous preterm labour: the ORACLE II randomized trial. *Lancet* 2001; 357:989-94.

¹⁷⁵ Guise JM, Mahon SM, et al. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy. *Am. J. Prev. Med.* 2001; 20 (suppl 3): 62-72.

¹⁷⁶ MRC/RCOG Working party on cervical cerclage. Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomized trial of cervical cerclage. *BJOG* 1993; 100: 516-23.

реже одного раза в неделю¹⁷⁷. Наши данные, на первый взгляд, не вполне согласуются с выводами, которые получили датчане. Побудив группу беременных употреблять в пищу морскую рыбу, мы не смогли выявить значимого воздействия такой диеты в перинатальный период на вес плода и длительность его вынашивания (если не считать статистически значимого увеличения средних размеров окружности головы новорожденных)¹⁷⁸. Следует, однако, подчеркнуть, что датские ученые изучали гастрономические привычки, которые в значительной степени сформировались задолго до начала беременности. Вероятно, чтобы получить заметный эффект, советы по правильному питанию следует давать не во время консультаций в перинатальный период, а до наступления беременности^[30,]¹⁷⁹.

Все большее количество данных, полученных в самых разных областях медицины, указывает, перед какой главной угрозой стоят будущие, еще не зачатые поколения детей. Это внутриутробное загрязнение синтетическими жирорастворимыми веществами, годами накапливающимися в жировой ткани организма человека. Первоочередной задачей любых программ подготовки к зачатию — таких, как предложенный нами «аккордеон-метод» — должно стать выведение из организма будущей матери синтетических загрязняющих веществ еще до наступления беременности¹⁸⁰. Такие программы стоило бы распространить и на будущих отцов, ведь, как выясняется в последнее время, опасность возникновения некоторых болезней и пороков развития возрастает, если мужчина подвергнется воздействию определенных загрязняющих веществ (согласно ныне разрабатываемой концепции «токсического воздействия на развитие, передающегося через мужские клетки»^[Сноска]).

Из вышесказанного не стоит делать вывод, что медицинские консультации во время беременности вовсе не нужны. Трудно даже перечислить все причины, по которым будущей матери может понадобиться совет или помощь квалифицированного специалиста. Что следует исключить из обихода, так это слова «систематическое», «стандартное». Легко объяснить, почему сложившаяся ныне практика — это потеря времени и денег, нетрудно также показать, какой она в себе таит вред. Опасно ложно истолковать результат стандартного анализа и сообщить вполне здоровой беременной женщине, что у нее анемия и ей нужны препараты железа. Опасно бить в колокола, если при однократном измерении обнаружилось повышение кровяного давления. Опасная ошибка — сообщить беременной, что у нее «гестационный диабет».

Эпоха постепенного отказа от стандартного медицинского ведения беременности должна в то же время стать эпохой нового обретения понимания ключевых потребностей беременной женщины. Мы не можем рассматривать физиологические изменения, которые

¹⁷⁷ Olsen S, Secher NJ. Low consumption of seafood in early pregnancy as a risk factor for preterm delivery: prospective cohort study. *BMJ* 2002; 324:447.

¹⁷⁸ Odent M, McMillan L, Kimmel T. Prenatal care and sea fish. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reproduct. Biol.* 1996; 68: 49-51.

30

Odent M, Colson S, De Reu P. Consumption of seafood and preterm delivery — Encouraging pregnant women to eat sea fish did not show effect. *BMJ* 2002; 324:1279.

¹⁷⁹ Odent M. Preterm delivery. *Lancet* 2003; 361: 436.

¹⁸⁰ Odent M. How effective is the accordion method? *Primal Health Research Newsletter* 2001; 9 (2).

происходят во время беременности, в отрыве от физиологии родов: процесс рождения ребенка физиологически подготавливается задолго до самих родов. Следует очень внимательно отнестись к факту, установленному исследователями: во время беременности существенно сокращается кровоток в крупных артериях, направляющихся к головному мозгу¹⁸¹. Быть может, это для того, чтобы снизилась активность неокортекса и роды стали возможными?

У беременной женщины есть еще одна потребность — общаться, делиться своими впечатлениями и опытом. Прекрасным поводом служат групповые занятия плаванием, йогой, специальной гимнастикой... Не могу не вспомнить атмосферу счастья, которая царила на занятиях по пению для будущих мам в госпитале французского города Питивье. Пожалуй, это хоровое пение сказалось на развитии малышей в утробе и на будущих родах гораздо благоприятнее, чем десяток самых совершенных и дорогих ультразвуковых исследований¹⁸².

Глава 20

Об общепринятых идеях

В сознании людей прочно укоренились идеи, отражающие глубокое непонимание ключевых потребностей женщины в родах и потому срочно нуждающиеся в пересмотре. Одни происходят из среды сторонников «естественных родов», другие — из медицинских кругов. Все они способствуют тому, чтобы женщин, способных родить ребенка, источая гормоны любви, становилось все меньше. В разных странах эти идеи имеют свои особенности. Они зачастую прочнее утверждаются там, где сильны и хорошо организованы группы влияния, отстаивающие принципы естественных родов, например, в Соединенных Штатах. Свойство американской культуры — экспортировать самое себя и распространяться по всему миру. Поэтому еще до того, как это влияние укрепилось в других странах, нам важно проанализировать примеры подобных общепринятых идей, владеющих умами американского «истэблшмента естественных родов» и/или американских медицинских кругов.

«Вам нужны силы!»

Женщин в родах привычно сравнивают со спортсменами, которым рекомендуется поглощать в огромных количествах углеводы и белки, а также много пить, когда им предстоит максимальное напряжение сил¹⁸³. Авторы статей, посвященных питанию во время родов, полагают, что нам следует заимствовать опыт спортивной медицины¹⁸⁴. Вдохновившись подобными советами, многие акушеры убеждают женщин, у которых роды только начались, подкрепиться, например, макаронами. Затем, в активной фазе, им дают сладкое питье: «Вам нужны силы!»

¹⁸¹ Zeeman GZ, Hatab M, Twickler DM. Maternal cerebral blood flow changes in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 189(4).

¹⁸² Odent M. *Birth Reborn. Pantheon* (NY). 1984.

¹⁸³ Odent M. Laboring women are not marathon runners. *Midwifery today* 1994; 31:23-26.

¹⁸⁴ Cram Elsberry C, Shulman J, Moore DS. Nutrition in labour. Paper presented at the International Confederation of Midwives 23rd Congress in Vancouver, 1993.

Подобные идеи резко расходятся с современным пониманием физиологии родов. Первая фаза родовой деятельности идет успешно — значит, в крови роженицы низок уровень гормонов группы адреналина. Если низок уровень адреналина и успешно протекает первый период родов, то *скелетные мышцы (произвольная мускулатура) отдыхают*, ведь низкий уровень адреналина и расслабление — это почти синонимы. Когда роды протекают максимально физиологично, роженица во время первой фазы родов стремится занять неподвижное положение. Если все скелетные мышцы расслаблены и женщина, скажем, лежит на боку или стоит на четвереньках, то она расходует мало энергии, и ее потребность в углеводах минимальна, ведь глюкоза — лучший источник энергии для скелетных мышц.

Когда роды протекают легко, это, помимо прочего, говорит о том, что *отдыхает неокортекс* — часть головного мозга, чрезвычайно развитая у человека. Неокортекс — еще один орган человеческого тела, основным источником энергии которого служит глюкоза. Итак, когда снижается активность произвольных мышц и неокортекса, остаются только два органа, которые по-настоящему работают: мышца матки и небольшая, но древнейшая часть головного мозга. Это гипоталамус и гипофиз — образования, которые имеются у всех млекопитающих, в том числе и у человека. Одна из их функций — выделять гормоны, участвующие в процессе родов.

Эта часть мозга расходует ничтожное количество энергии. Что же касается мышцы матки, то она относится к так называемой гладкой (непроизвольной) мускулатуре. Гладкие мышцы расходуют энергию в 20-400 раз экономнее, чем поперечнополосатые, к тому же они легко могут использовать в качестве ее источника жирные кислоты (и предпочитают их глюкозе). Поскольку в человеческом организме много жировых запасов, опасность остаться без источника энергии гладким мышцам практически не грозит. Очень важно понимать, что гладкие мышцы, а иногда и скелетные тоже, могут использовать в качестве источника энергии жирные кислоты. В этом смысле весьма показательны результаты исследования Патерсона и его коллег¹⁸⁵. Чтобы объяснить их значение, напомним, что наличие в моче кетоновых тел означает всего лишь, что в качестве источника энергии организм воспользовался жирными кислотами.

Патерсон показал, что у женщин, которые голодали двенадцать часов перед плановой операцией кесарева сечения, проводимой под общей анестезией, уровень кетоновых тел в моче был выше, чем у женщин в процессе родов. Следовательно, *рожающие женщины расходуют меньше энергии, чем те, которым предстоит операция до начала родовой деятельности*.

Сравнение роженицы с марафонцем не только сбивает с толку, но может быть даже опасным. То, что применение сахара во время родов дает побочные эффекты, доказано во многих исследованиях¹⁸⁶. Акушерам должно быть известно, что сахара в чистом виде обычно снижают болевой порог и уровень максимально переносимой боли¹⁸⁷. Более того, есть сведения о том, что когда матерям во время родов внутривенно вводили глюкозу, интенсивность желтухи новорожденных была больше¹⁸⁸.

¹⁸⁵ Paterson R, Seath J, Taft P, Wood C Maternal and foetal concentrations in plasma and urine. *Lancet* 1967; ii: 862-5.

¹⁸⁶ Lawrence GF, Brown VA, Parsons RJ. Foetal maternal consequences of high dose glucose infusion during labour. *Br. J. Obstet. Gynaecology* 1982; 89:27-32.

¹⁸⁷ Morley GK, Mooradian AD, Levine AS, Morley J. Mechanism of pain in diabetic peripheral neuropathy. *Am. J. Med.* 1984; 77: 79-82.

¹⁸⁸ Kenepp NB, Shelley WC, et al. Fetal and neonatal hazards of maternal hydration with 5% dextrose before caesarean section. *Lancet* 1982; ii: 1150-52.

Сравнение роженицы с марафонцем чревато и другими ошибками. Например, нередко переоценивают ее потребность в жидкости. Часто пишут о том, что во время родов необходимо восполнять огромные потери воды, чтобы избежать обезвоживания и его последствий. На самом же деле потери жидкости во время родов не столь значительны благодаря повышенной секреции гипофизом антидиуретического гормона вазопрессина (задерживающего воду), а также из-за расслабления произвольных мышц. Когда начинаются роды, материнский организм имеет более чем достаточный запас воды — следует скорее опасаться водной интоксикации и пониженного содержания натрия в крови^{[7,]189}. Женщине также доставляет неудобство полный мочевой пузырь — дополнительная расплата за то, что роды стали сравнивать с марафонским бегом.

Эти теоретические соображения нужно сопоставить с практикой. Посмотрим, как ведут себя женщины в родах. В течение нескольких десятилетий в больнице и в домашних условиях у меня была возможность наблюдать за поведением тысяч женщин, которых не уговаривали и не отговаривали пить или есть во время родов. Бывают и исключения, но можно вывести несколько простейших закономерностей. *Первая:* роды редко начинаются, если беременная женщина голодна. Это и понятно: от голода в крови обычно повышается уровень гормонов группы адреналина. *Вторая закономерность:* когда роды вступили в активную фазу, женщине, как правило, не до еды. Если ей хочется есть, то у меня возникают серьезные сомнения в том, что она действительно рождает. Роды трудно диагностировать. Когда у женщины схватки каждые 5 минут и ей говорят, что раскрытие шейки — 1-2 см, у нее возникает уверенность, что она рождает. Такая диагностика зачастую ведет к затяжным родам, при этом повышается и вероятность хирургического вмешательства, понадобится наркоз. Если женщине действительно хочется есть, значит, ее нужно накормить, чтобы уровень адреналина снизился, и роды в самом деле могли начаться. Часто будущие матери отправляются в больницу в период предвестников, но роды никак не начинаются, так как им не разрешают утолить голод. *Третья закономерность:* как показывает мой опыт, женщины, которые действительно чувствуют себя раскованно и которым никто не внушал, что им «нужны силы», предпочитают выпить лишь немного воды, но никак не сладкого питья. Часто у них возникает острое желание сделать глоток воды прямо перед непреодолимыми последними потугами, которые вызваны так называемым рефлексом изгнания плода (это признак резкого выброса адреналина).

Следует напомнить, что во многих больницах долгое время действовал строгий запрет принимать пищу и питье во время родов. Целью запрета было предотвратить тяжелые осложнения на фоне общей анестезии, когда при полном желудке обратный заброс твердой пищи может перекрыть просвет дыхательных путей, а заброс кислого содержимого желудка в легкие (аспирация) — вызвать тяжелую пневмонию. Теперь же, когда кесарево сечение чаще делается под эпидуральной, или спинальной анестезией, благотворное воздействие более либеральных правил перевешивает риск осложнений. Как следствие, сокращается число операций. Примечательно, что единственный случай аспирации, зарегистрированный за десять лет в больнице Северного центрального Бронкса (штат Нью-Йорк) пришелся как раз на те полгода, когда запрещалось давать еду и питье во время родов¹⁹⁰. Также заслуживает внимания тот факт, что в Голландии, где

7

Hazle NR. Hydration in labour: is routine intravenous hydration necessary? *Journal of nurse-midwifery* 1986; 31(4): 171-76.

189 Singhi S, Kang EC, Hall J.St.E. Hazards of maternal hydration with 5% dextrose. *Lancet* 1982; ii: 335-6.

190 Ludka L. Fasting during labour. Paper presented at the International Confederation of Midwives 21st Congress in The Hague, August 1987.

30% родов происходит на дому (и женщина имеет свободный доступ к холодильнику), уровень материнской смертности — менее 10 на 100 000 родов, а количество кесаревых сечений — около 10%.

Даже если в ближайшем будущем возродится интерес к физиологии родов, нам нужно будет все же признать, что *пищевые по потребности рожавшей женщины слишком сложны, чтобы их мог контролировать* помогающий в родах специалист. Вообще говоря, родами управлять нельзя. Женщины должны полагаться на свои ощущения, а не на то, что они прочитали в книгах или от кого-то услышали. Советовать рожавшей женщине поест макароны или добавить меда в чай так же неразумно, как вводить запреты. Единственная рекомендация, которую мы можем дать — избегайте давать рекомендации!

«Вам нужно ходить!»

Однажды я был дома у женщины, у которой только начинались роды. Мы сидели с ее мужем за столом на кухне, и тут неожиданно вышла будущая мама. Она обратилась ко мне, словно прося о милости: «Я устала!» Мой ответ был самым простым: «Если устала — иди, приляг». Казалось, я удивил ее таким немудреным советом. Как многие женщины в англоязычных странах, она читала или слышала, что роды будут легче, если ходить — ведь тогда сила тяжести помогает! Такое упрощенное понимание совсем не ново. Уже в 1833 году Вильям Де Вис (William De Wees) писал, что «надо отказаться от нелепого обычая заставлять рожавшую женщину ходить для усиления вялых схваток»¹⁹¹.

Это еще один пример распространенного стремления управлять родами, в основе которого — недопонимание физиологии родов и ключевых потребностей роженицы. То, что женщина во время родов не испытывает необходимости вставать и ходить — хороший знак. Ведь ее уровень адреналина, вероятнее всего, низок, а это необходимое условие легких родов. В первую фазу родов, протекающих быстро и легко, женщины часто принимают расслабленные позы: на четвереньках или лежа. Побуждать женщину в это время к какой бы то ни было мышечной активности — добиваться результата, обратного желаемому, да это и жестоко. Правда, часто в физиологически благоприятных условиях, когда женщина чувствует, что за ней никто не наблюдает и никто ею не руководит, во время последних непреодолимых потуг (рефлекса изгнания плода) ей внезапно хочется принять более вертикальное положение¹⁹². Одной при этом захочется повиснуть на ком-нибудь или на чем-нибудь, другая неожиданно встанет и наклонится вперед, опершись о что-либо. Третья, до того стоявшая на четвереньках, внезапно распрямится, стоя на коленях. Это связано с кратковременным мощным выбросом адреналина¹⁹³.

Поверье, что женщина в родах должна ходить, широко распространено как среди адептов «естественных родов», так и в медицинских кругах. Отсюда — популярность термина «амбулаторная», или мобильная эпидуральная анестезия («walking epidural»^[Сноска]), отсюда же и публикация в самых престижных медицинских изданиях результатов исследований, в которых авторы пытаются оценить эффекты ходьбы во время родов. Разумеется, ни в одном из этих исследований, проводившихся с использованием

¹⁹¹ DeWees WP. A compendious system of midwifery. Philadelphia: Carey, Lea, and Blanchard. 1833:188.

¹⁹² Odent M. The fetus ejection reflex. *Birth* 1987; 14:104-05.

¹⁹³ Odent M. Position in delivery. *Lancet* 1990 (May 12): 1166.

достоверных методов (обследование случайной выборки из достаточно больших групп женщин), никакого эффекта отмечено не было [13,][14,]¹⁹⁴. Примечательно, что в самом авторитетном из таких исследований 22% женщин, наугад выбранных в группу «родов на ногах», все-таки рожали лежа¹⁹⁵. Здесь существенную роль играет гормональный баланс. Именно он определяет, в каком положении предпочитает рожать женщина, если родами никто не руководит.

«Вам нужна поддержка!»

Благодаря физиологии мы поняли, что ключевые потребности женщины в родах — чувствовать себя в безопасности и быть вдаль от чужих глаз («privacy»). Чувство опасности обеспечивает повышение уровня адреналина, также как ощущение, что за ней наблюдают: при этом активность неокортекса не позволяет «отправиться на другую планету». Чтобы удовлетворить эти потребности, женщины часто предпочитали рожать рядом со своей матерью или с кем-то, кто может выступить в ее роли.

Сегодня, с небольшими вариациями от страны к стране, общепринятый лексикон навязывает представление о том, что присутствие при родах другого человека есть ключевая потребность. То, что изначально было одним из возможных способов помощи, теперь представляется как обязательное, неременное условие благополучных родов. Будущим матерям крепко-накрепко внушили, что родить без посторонней помощи им не по силам. Даже разные языки содержат в себе намеки на это. Во франкоговорящих странах женщины не могут рожать без того, кто «ведет» или «сопровождает» роды. О «совместной работе» говорил Ламаз, распространивший во Франции практику «родов без боли». [Сноска] Вот его слова: «Мы будем работать вместе в одной команде: вы, ваша наставница и я». В англосаксонском лексиконе, связанном с родами, чрезвычайно распространены слова «поддержка», «помощь», «эмоциональная поддержка», «личная помощница». Повсюду сам язык отнимает у женщин уверенность в своих силах, дееспособность. Эти слова повсеместно множатся в книгах, посвященных «естественным родам». Ими пестрят заголовки статей, публикуемых в медицинской литературе [16,][17,][18,][19,][20,][21,][22,][23,]¹⁹⁶. «Поддержка» — это значит, что

13

Hemminki E, Saaarikoski S. Ambulation and delayed amniotomy in the first stage of labor. *Eur.J. Obstet. Gynecol Reprod Biol* 1983; 15:129-39.

14

McManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. *Lancet* 1978; 1: 72-4.

¹⁹⁴ Bloom SL, McIntire DD, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N. Engl. J. Med.* 1998; 339: 76-9.

¹⁹⁵ Bloom SL, McIntire DD, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N. Engl. J. Med.* 1998; 339: 76-9.

23

Займствованную, по словам самого Ламаза, в 1952 году из практики советского врача А.П.Николаева. — *Прим. перев.*

16

Sosa R, Kennell J, et al. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N. Engl. J. Med.* 1980; 303: 597-600.

17

Kennell J, Klaus M, et al. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA* 1991; 265:

женщина не может родить ребенка без некой энергии, которую должен привнести кто-то другой. Это слово подразумевает активную роль помощника в родах. *[Сноска]*

Чтобы понять, как вводят в заблуждение и потому вредят новомодные слова, нам придется еще раз обратиться к ключевым потребностям роженицы. Женщине в родах нужно чувствовать себя в безопасности вдали от посторонних глаз и без чьих-либо критических оценок. Это — необходимое условие снижения активности неокортекса — «мыслящего мозга». Тут может быть полезной аналогия «погрузиться в сон» — «войти в роды»¹⁹⁷. В обоих случаях неокортекс должен отключаться — ключевые потребности одни и те же. Представим себе маленькую девочку, которой, чтобы уснуть, нужна мама рядом. Ей нужно почувствовать себя в безопасности, нужно, чтобы никто не смотрел на нее и не критиковал. Ее мать никогда не скажет: «Чтобы заснуть, моей девочке нужна поддержка». Здесь еще раз будет уместно напомнить, что подлинная акушерка — это прежде всего фигура, подобная матери.

Понятие «поддержка» не просто сбивает с толку, оно еще и вредит. Оно затеняет, заслоняет собой ключевую потребность любого млекопитающего в покое и уединении (privacy). Тут полезно вспомнить одну историю, отчетливо показывающую, как это может быть опасно. Акушерка, практикующая домашние роды, рассказывала своим коллегам, какими неожиданно долгими и трудными оказались роды, которые ей пришлось принимать. Она никак не могла взять в толк, почему так получилось, ведь помощников было предостаточно: «Ее так замечательно поддерживал муж, и старая подруга Дженни хорошо помогала, и доула тоже...» Мне кажется, что женщина родила бы гораздо легче,

2197-2201.

18

Zhang J, Bernasko JW, et al. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.* 1996; 88:739-44.

19

Lindow SW, Hendricks MS, et al. The effect of emotional support on maternal oxytocin levels in labouring women. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reproduct. Med.* 1998; 79: 127-29.

20

Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Res. Nurs. Health* 1989; 12: 289-97.

21

Klaus M, Kennell J, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support on maternal and infant morbidity. *BMJ* 1986; 293: 585-87.

22

Keirse MJNC, Enkin M, Lumley J. Social and professional support during labor. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and child birth*. New York: *Oxford University Press*; 1989; 2: 805-814.

23

Bertsch TD, Nagashima-Whalen L, et al. Labor support by first-time fathers: direct observations. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* 1990; 11: 251-260.

¹⁹⁶ Gordon NP, Walton D, et al. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstet. Gynecol.* 1999; 93(3): 422-6.

24

Ср. в русском языке: «родовспоможение». — *Прим. перев.*

¹⁹⁷ Odent M. Falling asleep and falling in labour. In: *The Farmer and the Obstetrician* (chapter 11). *Free Association Books* 2002.

если бы в доме не было никого, кроме опытной и молчаливой акушерки.

О «поддержке» стали слишком много говорить после публикации результатов известного исследования Джона Кеннелла и Маршалла Клауса, проведенного в Гватемале в 1970-е годы. В двух больших больницах, где каждый день появлялись на свет 50-60 младенцев, и где стандарты ведения родов были разработаны врачами и медсестрами с американским образованием, ученые проанализировали статистические данные о том, как влияет на течение родов присутствие местных женщин без медицинского образования (так называемых «доул»). Авторы обнаружили, что присутствие доулы существенно снижало процент всякого рода хирургических, инструментальных и медикаментозных вмешательств и положительно влияло на благополучие исхода. Выражение «сопровождающая спутница, оказывающая поддержку» (*supportive companion*) было поставлено в само заглавие статьи¹⁹⁸. Ученые повторили свое исследование в Хьюстоне, штат Техас, в районе, где население преимущественно испаноязычное, а уровень жизни низкий. Коллективом медиков в отделении на двенадцать коек руководили англоязычные специалисты. Доулами были женщины с материнским опытом, которые могли говорить по-испански. Как и в Гватемале, присутствие даул при родах оказывало заметное положительное воздействие¹⁹⁹. Интерпретируя результаты, авторы снова воспользовались словом «поддержка». Мое собственное объяснение этих результатов таково: в столь непривычном и чуждом окружении *доула* воспринималась как защитница. Такой же, какой могла бы быть мать. Она становилась *защитным экраном* между роженицей и персоналом в белых халатах.

Следует, однако, подчеркнуть, что в больницах, где рожали представительницы американского среднего класса, полученные результаты не подтвердились. Особо отметим, что в этой совершенно иной среде присутствие отца ребенка при родах — вполне обычное дело²⁰⁰. Было даже проведено дорогостоящее исследование, в котором приняли участие около 70 тысяч матерей и их детей в тринадцати больницах США и Канады²⁰¹. Целью этой работы было оценить «эффективность медсестер как специалистов, оказывающих поддержку в родах». Эти медсестры прошли «специализированное обучение техникам оказания поддержки в родах». Вот вывод исследователей: постоянная поддержка в родах «не сказалась на статистике кесаревых сечений, а также других последствий медицинского и психосоциального плана». Эта научная работа подтверждает, что «женщинам в родах поддержка не нужна»²⁰². Им нужно чувствовать себя в безопасности и не быть объектом наблюдения.

Необходимо как можно скорее пересмотреть термины, которые отражают и, грозя опасностью, передают другим глубоко укоренившееся непонимание физиологии родов.

¹⁹⁸ Sosa R, Kennell J, et al. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N. Engl. J. Med.* 1980; 303: 597-600.

¹⁹⁹ Kennell J, Klaus M, et al. Continuous emotional support during labor in a US hospital. *JAMA* 1991; 265: 2197-2201.

²⁰⁰ Gordon NP, Walton D, et al. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstet. Gynecol.* 1999; 93(3): 422-6.

²⁰¹ Hodnett ED, Lowe NK, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. *JAMA* 2002; 11:1373-81.

²⁰² Odent M. Why labouring women don't need support. *Mothering* 1996; 80:46-51.

Древо и плод

Согласно западноевропейской древней деревенской мудрости, ребенок во чреве матери подобен плоду на дереве. Не все плоды на одном и том же дереве созревают одновременно. Плоды, собранные до наступления зрелости, никогда не будут достаточно хороши, а кроме того, они скоро портятся. То же касается и ребенка²⁰³. Иначе говоря, давно известно, что некоторым младенцам нужно больше времени, чтобы «созреть», то есть подготовиться к рождению.

В наше время женщинам, ожидающим ребенка, напротив, сообщают точную дату будущего рождения. Все время беременности они пунктуально посещают специалиста-медика по заранее установленной схеме. В эпоху медикализованного ведения беременности продолжительность вынашивания ребенка исчисляют с повышенной точностью: в неделях от начала последней менструации, а не в месяцах от зачатия. Задолго до родов женщину предупреждают, что если роды не начнутся к определенной дате, их будут «стимулировать». Первое следствие такого подхода — то, что во многих больницах более четверти родов вызываются искусственно. Второе следствие — все больше становится женщин, которые сомневаются, что способны начать рожать сами, без помощи врачей.

Искусственно вызванные роды протекают труднее, чем спонтанные. Как правило, при таких родах приходится применять эпидуральную анестезию и внутривенное введение окситоцина, вслед за которыми вмешательства зачастую множатся лавинообразно: вакуум-экстракция, щипцы, экстренное кесарево сечение... Эпидемия искусственного возбуждения родов — один из факторов, за счет которых растет количество операций кесарева сечения по всему миру.

Эта эпидемия разразилась из-за статистики. Если рассмотреть очень большое число родов, то становится очевидным, что наибольший процент благополучных исходов приходится на сроки от 38 до 40 недель. Для родов, наступивших на 41-й неделе и позже, статистика хуже. Из этих статистических данных делают примитивный вывод: «Если мы будем, не мудрствуя, возбуждать роды всякий раз, когда беременность длится дольше определенного срока (для многих больниц — 41 недели), то мы тем самым исключим возможность страдания плода и даже избежим летальных исходов у переносенных детей».

Действительно, возможность фатальных последствий при перенашивании — не домысел, но ее обычно переоценивают. Ее нужно сопоставлять с последствиями, которыми чревато искусственное возбуждение родов. Разумно ли стимулировать каждые четвертые роды, чтобы спасти одного ребенка из тысячи? Возможны ли более избирательные стратегии? Да, возможны.

Чтобы постепенно вытеснить господствующие ныне убеждения и подходы, абсолютно применима аналогия с деревом и плодами. Не все плоды созревают в один день. То же самое относится к детям. Следует отдать предпочтение *индивидуальному, избирательному подходу*. Мой опыт убеждает меня в том, что такой подход не утопичен. Принцип его прост. После определенной даты (например, с 41-й недели) *день за днем* отслеживается состояние ребенка. Пока он чувствует себя хорошо, можно подождать. С того момента, когда начались эти ежедневные наблюдения, в расчет принимается только самочувствие малыша — каким бы ни был срок беременности. В подавляющем большинстве случаев наступает день, когда роды начинаются самопроизвольно и появляется на свет совершенно здоровый малыш. Если кожа у него шелушится, значит, он был переносен.

²⁰³ Jacques Gelis. *L'arbre et le fruit. Fayard*. Paris 1984 (the English translation of the title does not refer to the analogy: 'History of childbirth: Fertility, Pregnancy and Birth in early modern Europe).

Чтобы удостовериться, что плод находится вне опасности, можно сочетать ряд методов. Беременной женщине не составит труда каждый день приблизительно оценивать частоту шевелений малыша. Если имеет место резкое изменение по сравнению с предыдущим днем, это тревожный сигнал. Медикам, со своей стороны, нетрудно будет проводить повторные клинические исследования и ультразвуковое сканирование. Пока количество околоплодной жидкости в полости матки достаточное, это почти гарантия, что плод вне опасности. Мы живем во времена, когда большинству будущих мам за время беременности без необходимости многократно назначают УЗИ. Они малоинформативны в сравнении с тем, что может извлечь опытный практикующий специалист из клинического осмотра и беседы с будущей мамой. Парадоксально, но в период близящихся родов многие врачи как раз, напротив, неохотно проводят повторные УЗИ, даже когда прошел срок. А ведь как раз в это время УЗИ могло бы давать неоценимую информацию, имеющую огромное практическое значение. Индивидуальный подход можно прекрасно сочетать с ныне мало применяемой простой и недорогой процедурой амниоскопии (визуального исследования околоплодных вод. — *Прим. перев.*) и в дополнение к этому активнее использовать после так называемой даты предполагаемых родов гормональные исследования [*Сноска*], интерес к которым тоже постепенно снижается.

Что предпринять, если внезапно околоплодные воды стали убывать, и ребенок, явно начинает страдать, а роды так и не начались? На мой взгляд, самое разумное — это без промедления делать кесарево сечение. Главная задача — избежать необходимости хирургического вмешательства по неотложным показаниям в последнюю минуту. При описанном подходе искусственное родовозбуждение станет явлением исключительно редким, а число кесаревых сечений по причине перенашивания будет неизмеримо меньше, чем если всем женщинам рутинно провоцировать роды на 41-й неделе.

Одно из отрицательных последствий господствующих в наши дни методов — то, что женщине не дают спокойно прожить последние дни беременности. Ее преследует угроза того, что если роды не начнутся самопроизвольно к указанной дате, то их будут возбуждать искусственно. Такое эмоциональное состояние, пожалуй, будет еще больше отдалять начало родов. Некоторые женщины пытаются ускорить наступление родов немедицинскими способами, не всегда отдавая себе отчет в том, что любое ухищрение, которое приведет к желаемому результату (от акупунктуры до коитуса), вызовет родовую деятельность до того, как младенец подаст сигнал о том, что он «созрел». Некоторые методы однозначно неприятны и даже опасны, как, например, касторовое масло.

Преодоление укоренившихся идей, порождающих такие методы, могло бы стать первым шагом к увеличению числа родов, сопровождаемых излиянием коктейля из гормонов любви.

Глава 21

Взаимоотношения между врачом и акушеркой в будущем [*Сноска*]

25

Для диагностики обычно определяется содержание в крови эстриола, плацентарного лактогена и прогестерона, уровень которых при истинном перенашивании достоверно снижается по сравнению с нормой для данного срока, указывая на плацентарную недостаточность и нарушения состояния плода. — *Прим. ред.*

26

В оригинале название этой главы — «Future of Midwifery-Obstetrics Relationship». В английском языке для обозначения двух видов акушерства существуют два слова, в русском — одно. Поэтому авторы перевода позволили себе назвать акушерство как отрасль медицины (obstetrics) — клиническим акушерством, а акушерство, каким оно было искони (midwifery) — традиционным акушерством. — *Прим. ред.*

Человечество встало перед неожиданным выбором. В начале XXI века значительная часть населения планеты рождается иначе, чем задумано природой. Пришло время задуматься о том, как может отразиться на будущем нашей цивилизации это неожиданное изменение в истории деторождения.

Мы немедленно должны озаботиться тем, чтобы как можно больше женщин *самостоятельно рожало* ребенка и послед, а не *подвергалось родоразрешению* при посредстве медиков. Обсуждая задачи ближайшего будущего, мы уже упоминали о необходимости обеспечить беременной женщине покой, по возможности избавив ее от страха, который почти гарантирован при заведенном порядке родового наблюдения («эффект ноцебо»). Мы также говорили о необходимости отказа от некоторых широко распространенных, «общепринятых идей».

Задачи отдаленного будущего

Перед нами стоит трудная задача, настоятельно требующая решения в отдаленном будущем: пересмотреть взаимоотношения между врачом и акушеркой. Для начала следует разобраться, для чего нужна акушерка в исконном, традиционном понимании этого слова. Глядя на процесс родов с точки зрения физиологии, мы ясно понимаем, что женщине в родах нужно чувствовать себя в безопасности, быть уверенной, что за ней не наблюдают и ее не судят. Поэтому акушерку следует воспринимать как образ матери, замену матери, ведь в идеале наша мать — прототип человека, с которым спокойно, который никому не позволит нас разглядывать или критиковать. Тогда легче будет понять и пределы компетенции медицинского учреждения. Вообще говоря, в задачу врача не входит непосредственное вмешательство в физиологические процессы. Его роль — быть специалистом, приходящим на помощь в случае непредвиденной, патологической ситуации.

Выводы, к которым мы приходим, глядя на процесс родов с физиологической точки зрения, подкрепляются сравнением разных стран. В Бразилии и большинстве других стран Латинской Америки, в Китае, на Тайване, в Южной Корее, Индии, Турции, Греции, Италии количество кесаревых сечений огромно, и во всех этих странах врачей акушеров-гинекологов гораздо больше, чем акушеров, за ведение беременности и родовспоможение отвечает врач. Напротив, там, где статистика кесаревых сечений более скромная — акушеров больше, чем врачей, и за помощь женщине отвечают они. К этой группе стран относятся Голландия, Швеция и Норвегия. Промежуточное положение занимают Соединенные Штаты, Британия, Франция, Германия, Япония, Австралия и Новая Зеландия.

Долой политкорректность!

Только глубокие и решительные реформы помогут вернуть традиционному акушерству его первоначальную роль. Чтобы акушеров в истинном смысле этого слова стало гораздо больше, требуются радикальные изменения существующей системы.

Первый важный момент — соотношение *числа акушеров и врачей в каждом сообществе*. Необходимым условием для возвращения к традиционному акушерству должно стать резкое сокращение числа акушеров-гинекологов. У настоящего врача-акушера не должно быть времени вести каждые роды — он должен появляться только по вызову. Сегодня многим врачам этой специальности катастрофически недостает опыта. В США, например, на 40 тысяч акушеров-гинекологов приходится порядка 4 миллионов родов в год — в среднем по сто на одного врача! Этот среднестатистический американский врач в год принимает одну — две пары близнецов, ему раз в несколько лет

встречается случай предлежания плаценты (плацента, лежащая на пути ребенка, не дает ему выйти), а эклампсия — может быть, один раз за всю профессиональную карьеру! Однажды, когда он столкнется, скажем, с поперечным положением плода, ему придется применять особую технику кесарева сечения, сверяясь с учебником, так как с подобным случаем он, скорее всего, никогда не сталкивался. Многие годы я принимал около тысячи родов в год, и у меня сложилось впечатление, что это как раз то количество, которое позволяет поддерживать достаточный опыт. Безусловно, сокращение количества акушеров-гинекологов должно сопровождаться соответствующим увеличением числа акушеров.

Переход к традиционному акушерству не сводится к арифметике. *Первостепенный вопрос, от которого мы не сможем уйти, — вопрос о том, как отбирать женщин, способных стать хорошими акушерками.* Иными словами — те, кто отвечает за подготовку акушеров в школах и училищах, должны установить критерии отбора, опираясь на следующий простой вопрос: как дать *гарантию*, что именно эта женщина сможет «стать родной матерью» роженице, что ее присутствие в родильной палате или комнате не будет мешать будущей маме в родах? Здравый смысл и клиническая практика подсказывают столь же простой ответ: принимать в акушерскую школу следует только матерей с опытом самостоятельных родов без медицинского вмешательства. Вспомним — в большинстве традиционных сообществ роды принимала женщина — мать или бабушка, которая сама родила нескольких детей. Женщины, у которых много детей — это, как правило, те, кто рожали легко. Программа проста и сводится всего к одной фразе, но ее осуществление столкнется с вполне предсказуемыми препятствиями.

Первым препятствием станет обычная реакция: «почему настоящая акушерка должна непременно быть матерью?» — и почти каждый вспомнит пример замечательной акушерки, не имеющей собственных детей. Всем нам известны такие акушерки, однако, заботясь о будущем, нужно научиться оперировать долгосрочными категориями, мыслить в масштабах человеческой цивилизации. Важно осознать, что речь идет о *гарантии*, которой не даст никакой другой способ отбора. Возьму на себя смелость поручиться, что в тот день, когда акушерками будут только матери с опытом самостоятельных родов без вмешательств и лекарств, нынешняя статистика кесаревых сечений канет в Лету.

После нескольких десятилетий «индустриализированного родовспоможения» такие радикальные критерии отбора столкнутся и с еще одним препятствием. Нужно отдавать себе отчет в том, что в большинстве стран женщин, имеющих опыт самостоятельных родов вагинальным путем, уже не так много. Именно в этих странах нужно срочно открывать во множестве школы традиционного акушерства, чтобы выявить как можно больше женщин, способных стать настоящими акушерками. Чтобы разорвать этот порочный круг, нужно будет настойчиво призывать тех немногих, которые рожали самостоятельно, к тому, чтобы стать акушерками, пусть даже на какое-то время.

Во время неизбежного *переходного периода* нужно внимательнее отнестись и к *феномену доулы*. Доул становится все больше (даже в странах, где много акушеров, отобранных и обученных так, как это заведено в наши дни). Стоило бы задуматься — почему? Если доула сможет играть роль матери, на которую молодая женщина может положиться до, во время и после родов, то феномен доулы станет явлением, которое облегчит и ускорит возвращение настоящего, исконного акушерства. Если же доула — просто еще один человек, присутствующий при родах, наряду с врачом, акушеркой и отцом ребенка, то она будет только мешать. Если обращать слишком много внимания на обучение доул практическим приемам, упуская из виду, кто она как личность и каков ее жизненный уклад, то феномен доулы будет лишь упущенной возможностью.

Поскольку проект возрождения традиционного акушерства не вписывается в рамки политкорректности, я рискну пойти немного дальше и поставить еще один вопрос: не стоит ли и при отборе врачей на специальность акушера-гинеколога выдвигать аналогичное требование: обязательный опыт материнства с родами без вмешательств?

Если проявить благоразумие и пренебречь политкорректностью, то доля кесаревых сечений ниже 10% перестанет быть утопией.

Если пересматривать взаимоотношения между традиционным и клиническим акушерством, то человечеству придется переоценивать некоторые сложившиеся приоритеты. Однако возрождение традиционного акушерства пока не стоит на повестке дня у тех, кто хочет изменить мир к лучшему.

Для оптимизма есть основания... Ситуацию можно переломить... *если* за пределами узкого круга специалистов возникнет понимание важности того, каким образом мы рождаемся на свет. *Если* такого понимания не возникнет — есть основания для глубокого пессимизма...

Глава 22 Горе от ума?

Стремление выжить, воля к жизни не относятся к сфере рационального. Вне этой сферы лежит и желание иметь потомство и заботиться о нем. Разнообразные ипостаси любви также иррациональны. Человек сам по себе или как представитель группы или вида способен выжить именно потому, что он не в полной мере рассудочное существо.

Наша рассудочность связана с деятельностью неокортекса (новой коры головного мозга), который только у человека развился до таких огромных размеров. Изначально неокортекс возник как инструмент, обслуживающий инстинкты, необходимые для выживания вида. Homo sapiens — человек разумный — это единственное млекопитающее, у которого неокортекс оказался настолько мощным, что «перерос» свою роль вспомогательного инструмента. Порой он вмешивается в те виды деятельности, которые, по всей видимости, выходят за границы его компетенции.

В культурах всех народов различные аспекты сексуальной жизни контролируются рассудком, рационализируются. Культурная среда направляет в заданное русло половое влечение и соитие посредством ритуалов и института брака. Она всегда стремится поставить под контроль общества деторождение и начало кормления грудью. Однако такое доминирование над природой, тысячелетиями составлявшее основу человеческих цивилизаций, вдруг обрело иные масштабы. Мы делаем шаг через черту.

Грозит ли человечеству излишняя рациональность?

В наши дни зачатие ребенка все больше становится вопросом принятия рационального решения, что доказывают многочисленные социологические опросы. Авторы одного из них пришли к выводу: решение о том, заводить ли ей ребенка, женщина сегодня принимает «таким же образом, как решает вопрос — брать ипотечный кредит на новый дом или нет». Здесь идет в ход логика, взвешиваются все «за» и «против». Аргументы в пользу материнства довольно легко обретают смешной оттенок, становятся похожими то на самовнушение («пока я не рожу себе ребенка, я не буду полноценной женщиной»), то на рассуждения подростка («буду любить свою деточку — и она меня полюбит», «у меня будет настоящая живая куколка»).

Это превращение в человека, все более руководимого рассудком, происходит в то самое время, когда развитие электроники и компьютерных технологий побуждает неокортекс работать все больше и интенсивнее. Сегодня мы прибегаем к помощи искусственного интеллекта, а еще совсем недавно назначением большинства машин было придавать новую силу нашим рукам и ногам или заменять их. Мы изобрели всевозможные средства транспорта, чтобы меньше работать ногами, создали рычаги и краны — могучую замену рукам. Движение в сторону все большего рационализма происходит в то время, когда все более широкое использование надежной техники кесарева сечения может сокрушить прежде существовавшие барьеры, ограничивавшие эволюцию головного мозга, и облегчить передачу будущим поколениям тенденции к росту его объема.

Преобладание рассудка не таило бы в себе угрозы, если бы в людях одновременно развивались способность любить и воля к жизни. Пока же все свидетельствует о том, что нас ожидает дальнейшее ослабление и нарушение способности любить... *если* мы не очнемся.

Следует очень внимательно отнестись к данным, подкрепляющим эволюционную теорию человеческого суицида Катансаро²⁰⁴. Суть этой теории в том, что по достижении определенного уровня интеллекта в человеке начинает проявляться стремление к саморазрушению (а ведь это не что иное, как нарушение способности любить себя). Исследователи изучили статистику самоубийств в 85 странах: оказалось, что средний уровень интеллекта у населения пропорционален числу самоубийств²⁰⁵. Кроме того, повышенный уровень суицидальных наклонностей наблюдается у людей с выдающимися способностями.

Сегодня совершенно необходимо, осмысливая возможные последствия распространения удобного, безопасного и поощряемого обществом кесарева сечения, учитывать уроки так называемого «научного познания любви»²⁰⁶.

Мы обязаны как можно скорее найти ответы на вопросы, которых никогда еще себе не задавали:

Как развивается способность любить?

Сможет ли «Человек сверхразумный» выжить без любви?

ПЕРЕЖИВЕТ ЛИ ЧЕЛОВЕЧЕСТВО ЭПОХУ БЕЗОПАСНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ?

Словарь специальных терминов

Акушерка — специалист, успешно прошедший курс обучения акушерству, получивший соответствующую квалификацию для работы в качестве дипломированной акушерки и/или имеющий право на получение лицензии для акушерской практики. Акушерка — специалист по материнству, она помогает женщине на протяжении всего периода беременности, родов и послеродового периода, следит, чтобы новорожденный в первые недели жизни получал необходимый уход, включая грудное вскармливание.

Амниотическая жидкость (околоплодные воды) — жидкость, которая заполняет полость одной из плодных оболочек (амниотической) и окружает плод; она секретируется амниотической оболочкой, содержит белки, жиры, глюкозу, гормоны, соли, витамины, а также продукты жизнедеятельности плода.

Анамнез — история жизни и/или болезни пациента.

Анемия — уменьшение в крови количества эритроцитов и гемоглобина, осуществляющего перенос кислорода и углекислого газа кровью. Основные симптомы: повышенная утомляемость, одышка во время физической нагрузки, бледность кожи, плохая сопротивляемость инфекции, тяга к несъедобным продуктам и необычным запахам. Возникновение железодефицитной анемии связано с недостатком в организме

²⁰⁴ De Catanzaro D. Suicide and self-damaging behavior: a sociobiological perspective. New York: Academic Press, 1981.

²⁰⁵ Voracek M. Risk of suicide in twins. *Lancet* 2003; 327:1168.

²⁰⁶ Odent M. The Scientification of love. Free Association Books. London 1999.

железа, необходимого для выработки гемоглобина.

Апгар шкала — метод оценки физического состояния новорожденного на первой и пятой минуте после рождения. Каждый из пяти симптомов этой шкалы оценивается в баллах (0-2). Мы приводим эти симптомы с английскими эквивалентами, начальные буквы которых образуют слово APGAR, что облегчает запоминание: 1) окраска кожи (Appearance), 2) частота сердцебиения (Pulse), 3) рефлекторная возбудимость (Grimace), 4) мышечный тонус (Activity) 5) дыхание (Respiration). Оценка 8-10 баллов указывает на хорошее состояние новорожденного. Шкала названа по имени автора — Вирджинии Апгар (1909-1974).

Выпадение пуповины — состояние, при котором петля пуповины опускается в родовую канал до рождения плода и таким образом в процессе родов возникает риск пережатия сосудов пуповины и страдания плода.

Гестационный диабет (диабет беременных) — нарушение углеводного обмена, впервые диагностированное во время беременности и исчезающее после родов. Это состояние является следствием пониженной чувствительности тканей к инсулину из-за высокого содержания в крови гормонов, отвечающих за состояние беременности. Выявляется тестом на толерантность к глюкозе, при котором определяется повышенный уровень сахара в крови.

Гестоз (в англоязычной литературе pre-eclampsia) — общее название состояний, вызванных беременностью, сопровождающихся повышенным артериальным давлением (гипертензией), наличием значительного количества белка в моче (более 300 мг/сут.) и/или отеками. Гестоз может проявляться во второй половине беременности и в первую неделю после родов (преимущественно в течение первых 48 часов). Тяжелые формы сопровождаются судорогами (*эклампсия*).

Гликемический индекс продукта — показатель его способности повышать уровень сахара в крови. Продукты с высоким гликемическим индексом обеспечивают быстрое повышение уровня сахара в крови. Они легко перевариваются и усваиваются организмом. Продукты с низким гликемическим индексом медленнее поднимают уровень сахара в крови, потому что углеводы, содержащиеся в этих продуктах, усваиваются не сразу. Таким образом, гликемический индекс показывает, с какой скоростью данный продукт превращается в глюкозу и оказывается в крови. За точку отсчета (ГИ = 100) в некоторых случаях берется белый хлеб, а в некоторых — глюкоза. Относительно этих величин и рассчитывается ГИ всех остальных продуктов.

Дискоординация родовой деятельности — характеризуется бессистемным сокращением отделов матки (дна и нижнего сегмента). Схватки регулярные, но очень болезненные и неэффективные; раскрытие шейки матки замедлено. Продвижения предлежащей части плода не происходит. Может сопровождаться внутриутробной гипоксией плода вследствие расстройства маточно-плацентарного кровообращения.

Дистресс (страдание) плода — состояние, при котором плод испытывает кислородную недостаточность (гипоксию) или имеет иные осложнения. Определяется преимущественно по частоте и ритму сердцебиения плода. В случае возникновения страдания плода может потребоваться экстренное родоразрешение.

Доказательная медицина (медицина, основанная на доказательствах, англ. evidence-based medicine) — это добросовестное, корректное и разумное использование в медицинской практике имеющихся на сегодняшний день надежных научных доказательств приемлемости и эффективности различных диагностических тестов, лечебных методов и т.д. Результаты научных исследований хранятся в специальных базах данных — практические врачи пользуются этими надежными сведениями, проводя поиск по ключевому слову.

Доула (реже — даула, дула) — женщина, оказывающая разнообразную поддержку (эмоциональную, психологическую, информационную) женщине во время беременности и родов. Доула не заменяет врача или акушерку и не выполняет никаких медицинских

процедур. Опыт показывает, что ее присутствие может оказать заметное положительное влияние на течение и исход родов.

Желтуха новорожденных — физиологическая желтуха, возникающая у большинства здоровых новорожденных в первые дни жизни, вследствие того, что эритроциты плода содержат другой вид гемоглобина (гемоглобин F), который после рождения разрушается. Желтоватая окраска кожи и белков глаз новорожденного обусловлена увеличенным содержанием в сыворотке крови желчных пигментов (преимущественно билирубина).

Кардиотокография (КТГ) — электронный мониторинг частоты сердечных сокращений плода, выполняемый специальным ультразвуковым датчиком. Данное обследование также включает измерение силы и частоты маточных сокращений при помощи внешнего датчика.

Кефалогематома — кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа новорожденного, проявляющееся в виде мягкого образования с жидкостным содержимым, чаще всего в теменной области; возникает в результате разрыва кровеносного сосуда в процессе родов; обычно проходит самостоятельно в течение 2-3 недель.

Конфигурация головки плода — процесс изменения в ходе родов формы головки плода сообразно с формой и размерами родового канала. Конфигурация возможна благодаря тому, что кости черепа плода соединены пластичными тканями (швы, роднички). Форма головки возвращается к исходной через несколько часов после родов.

Материнская смертность — смертность женщин после 28 недель беременности (кроме случаев смерти от аборт и внематочной беременности), а также во время родов и в послеродовом периоде.

Молозиво — секрет молочных желез, выделяемый во второй половине беременности и в первые 2-3 дня после родов; имеет желтый цвет, более высокий удельный вес, чем грудное молоко, содержит мало жиров, много углеводов, белков и защитных факторов (антител, лейкоцитов и др.). Молозиво имеет большую питательную ценность, легко переваривается, способствует быстрому опорожнению кишечника от первородного кала (мекония) и тем самым облегчает течение физиологической *желтухи новорожденных*.

Первичный период (англ. *primal period*) — период времени, охватывающий внутриутробное развитие, перинатальный период и раннее детство. В этот период созревают адаптивные системы, отвечающие за здоровье. Это время, когда человек находится в максимальной зависимости от матери. Все события, которые случаются в это время, существенно влияют на физическое и психическое благополучие человека в дальнейшем.

Первичная адаптивная система — включает подкорковые отделы центральной нервной системы, эндокринную систему и иммунную систему, которые следует рассматривать как единое целое (поскольку мозг — железа, инсулин — нейромедиатор, лимфоциты могут выделять эндорфины и т.д.). Здоровье есть показатель того, насколько хорошо работает первичная адаптивная система (а не отсутствие болезни).

Первичное здоровье (англ. *primal health*) — базисный уровень здоровья, установившийся к концу первичного периода.

Перинатальный период — охватывает временной промежуток от 28 недели беременности до 7 дней послеродового периода включительно.

Плацента — орган, который образуется на время беременности; через нее проходит обмен веществ между организмами матери и плода. В заключительный период родов изгоняется вместе с оболочками и пуповиной.

Потуги — сочетание сокращений матки (*схваток*) с сокращением мышц передней брюшной стенки и диафрагмы; возникают рефлекторно, при давлении подлежащей части плода на тазовое дно; характерны для второго периода родов — периода изгнания плода.

Плод — человеческий зародыш с девятой недели внутриутробного развития до момента рождения.

Предлежащая часть — та часть тела плода, которая расположена ближе к входу в малый таз и в процессе родов первой опускается в малый таз. Отсюда предлежание плода может быть головным, тазовым или ягодичным, ножным и др.

Предлежание плаценты — неправильное расположение плаценты в матке (полное или неполное), при котором она находится в нижнем маточном сегменте, то есть на пути рождающегося плода. В случае полного предлежания роды через естественные родовые пути невозможны, в начале родовой деятельности может возникнуть кровотечение.

Преэклампсия — тяжелая форма *гестоза*, характеризующаяся головной болью, нарушением зрения (мелькание, затуманивание), тошнотой, болями в животе и поносом; может предшествовать возникновению припадка эклампсии. Понятия преэклампсии в отечественной и зарубежной литературе не совпадают. В англоязычной литературе (в том числе в данной книге) преэклампсии соответствует понятие *гестоз* (см.).

Промежность — совокупность мягких тканей, расположенных между заднепроходным отверстием и наружными половыми органами, ограниченная по бокам седалищными буграми.

Рандомизация — распределение объектов по группам исследования случайным образом (от англ. *gandom* — случайный).

Рандомизированное исследование — исследование с использованием случайного выбора элементов статистической совокупности.

Раскрытие шейки матки — происходящее в процессе *схваток* (см.) расширение отверстия шейки матки. На практике раскрытие шейки матки обозначается в сантиметрах; при полном раскрытии (10-12 см) шейка не определяется, матка и влагалище представляют собой единый «канал».

Родничок — неокостеневший участок свода черепа на стыке швов его костей (у ребенка).

Родовые пути — канал, образуемый костями малого таза и расположенными в нем мягкими тканями, через который проходят плод и плацента во время родов.

Роды — физиологический процесс изгнания плода и последа из матки через естественные родовые пути.

Слабость родовой деятельности — недостаточная сократительная способность мускулатуры матки, клиническим проявлением которой является замедленное раскрытие шейки матки и отсутствие продвижения плода по родовому каналу.

Схватки — периодически повторяющиеся сокращения матки в родах, в результате которых шейка матки сглаживается и раскрывается, плод продвигается вниз по родовому каналу.

Цервикальный — (от лат. *cervix*) — относящийся к шейке матки.

Шейка матки — нижняя суженная часть матки, вдающаяся во влагалище.

Шейка мочевого пузыря — нижняя суженная часть мочевого пузыря, переходящая в мочеиспускательный канал.

Щипцы акушерские — инструмент, предназначенный для извлечения предлежащей части плода из родовых путей.

Эклампсия — тяжелая форма гестоза, проявляющаяся судорожными припадками на фоне повышенного артериального давления и/или отеков.

Электронный мониторинг плода — см. *Кардиотокография*.

Эпизиотомия — акушерская операция: рассечение кожи и мышц промежности на 2-3 см для ускорения рождения плода или предупреждения разрывов.

Список литературы, использованной при составлении словаря:

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов в 3-х томах. М.: Советская энциклопедия, 1983.
2. И. С. Сидорова, Физиология и патология родовой деятельности.
3. Michel Odent, Primal Health. London: Century-Hutchinson (1986).
4. Seymour-Reichlin, Neuroendocrine-immune interactions. New England J. Medicine, 329,1246-1253 (1993).
5. Материалы La Leche League: www.lalecheleague.org/Lang/russian/FAQcolostrum.pdf.
6. Медицинский словарь OXFORD: <http://www.neuro.net.ru/bibliot/b007/>.
7. М. Энкин с соавт. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перев. с англ. под ред. А.В. Михайлова, Санкт-Петербург: «Петрополис», 2003.