

Домашние роды: взгляд специалиста на проблему

Мальгина Г. Б., доктор медицинских наук, руководитель отделения антенатальной охраны плода ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Давыденко Н. Б., кандидат медицинских наук, и.о. руководителя организационно-методического отдела ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Шихова Е. П., перинатальный психолог ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий»

Жукова И. Ф., акушер-гинеколог заочный аспирант ФГУ «НИИ ОММ Росмедтехнологий», г. Екатеринбург

House labors: the view of the expert on the problem

G.B.Malgina, д.м.н., N.B.Davydenko, к.м.н., E.P.Shihova, I.F.Zhukova

Резюме

Цель работы: привлечь внимание акушеров-гинекологов к проблеме домашних родов. Выделены 3 типа домашних родов: незапланированные («штурмовые»), криминальные и запланированные. Изучена статистика домашних родов в Свердловской области. Выявлено, что статистические данные по домашним родам не отражают полноты картины в этом вопросе. Обсуждены аргументы сторонников домашних родов. В настоящее время на территории России система здравоохранения не приспособлена к родам в домашних условиях и не существует организованной системы транспортировки рожениц в больницы, а также подстраховки со стороны врачей. Альтернативой домашних родов могут считаться партнерские роды в стационаре, при которых реально снижается относительный риск агрессивных акушерских манипуляций и осложнений для матери и плода, особенно у первородящих женщин. Проведенный социологический опрос 83 беременных показал, что, по мнению большинства опрошенных (78%), женщины, решающиеся на домашние роды, безответственны по отношению к ребенку и к своему здоровью.

Ключевые слова: статистика домашних родов, акушерская агрессия, семейно-ориентированные технологии в акушерстве.

Resume

The work purpose: to draw attention of accoucheurs-gynecologists to a problem of house sorts. 3 phylums house родов: "assault", criminal and planned are secured. The statistics of house sorts in Sverdlovsk range is studied. It is taped, that statistical data on house sorts do not reflect completeness of a picture in this question. Arguments of supporters of house sorts are discussed. Now in terrain of Russia the public health services system is not fitted for sorts in house conditions and there is no organised system of transportation of parturient women in hospitals, and also secures from doctors. Partner labours in a hospital at which the relative risk of aggressive obstetric manipulations and complications for mother and a foetus really decreases, especially at primipara women can be considered as alternative of house sorts. The spent sociological interrogation of 83 pregnant women has shown, that, according to the majority interrogated (78 %), the women daring at house labours are irresponsible in relation to the child and to the health.

Key words: statistics of house sorts, the obstetric aggression, the is family-focused technologies in obstetrics.

Актуальность проблемы

Домашние роды – явление далеко не новое, это своего рода «возврат к традициям», что показывает история акушерства. Роды до 1900 года были общественным событием, происходившим в стенах дома. До начала двадцатого века почти на всех родах присутствовали повитухи, искусством родовспоможения они овладевали, обучаясь у других повитух, а также на собственном опыте, основой которого было представление о родах как о естественном процессе. Повитухи приглашали врача лишь в тех случаях, когда возникали осложнения. Врач делал кесарево сечение только для того, чтобы спасти ребенка, когда мать уже умерла или должна была умереть.

Присутствие врачей, которыми в основном были мужчины, при родах впервые стало практиковаться в европейских странах, при этом роды неизбежно подверглись механизации (щипцы, эпизиотомия).

Женщины-акушерки помогали при несложных родах (дома или в больнице), а врачи принимали роды, требовавшие специальных знаний. В некоторых странах, например, в Голландии, такая ситуация сохранилась до наших дней, обеспечивая самую лучшую в мире статистику безопасности матери и ребенка [1]. До 1900 года в больницах появлялись на свет менее 5 % детей; а к 1970 году – до 99 %.

Однако, к концу 50-х годов двадцатого века женщины стали ставить под сомнение тенденцию придать родам медицинский характер [2]. Поворотным пунктом в истории родов стали 60-е годы, когда матери, наконец, стали брать на себя ответственность за выбор варианта родов, некоторые из них стали выбирать роды в домашних условиях.

Ответственный за ведение переписки -

Мальгина Галина Борисовна.,

620118, г. Екатеринбург, ул. Циолковского д.84, кв. 8.

e-mail: malgina1@r66.ru

Цель данной работы: привлечь внимание специалистов акушеров-гинекологов к проблеме домашних родов.

Можно выделить три варианта домашних родов:

1. Незапланированные – «штурмовые роды», которые стремительно начинаются и заканчиваются, когда женщина просто не может позвать на помощь медицинский персонал и быть транспортирована в родильный дом. При этом она вынуждена воспользоваться той минимальной неквалифицированной помощью близких людей, окружающих ее. Как только появляется возможность, прибывает медицинская помощь и пациентка транспортируется в ближайшее родовспомогательное учреждение. Как правило, при этом послед находится в матке, пациентка и близкие в состоянии стресса, имеются серьезные разрывы мягких тканей, невозможно уточнить характер и величину кровопотери. Недоношенный ребенок часто охлажденный и, возможно, травмированный из-за быстроты своего появления на свет. Чаше других, таким образом родоразрешаются социально-неблагополучные женщины, многорожавшие, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения, что создает дополнительные трудности при их выхаживании.

2. Криминальные домашние роды у пациенток, которые не желают появления младенца, тщательно скрывали беременность от окружающих. Как правило, это девочки-подростки, которые боялись признаться родителям в наличии беременности. Однако, известны случаи таких родов у относительно социально-благополучного контингента женщин, по поводу чего можно привести несколько примеров:

20-летняя жительница г. Челябинска, зная о своей беременности, решила это скрыть и отказалась от квалифицированной медицинского наблюдения и сопровождения беременности и родов. В ночь на 22 февраля 2008 года у себя дома она родила жизнеспособного младенца, вынесла пакет с ребенком и выбросила в мусоропровод. Младенца обнаружил дворник, который уже не мог спасти жизнь ребенка. Мамаша проживала в четырехкомнатной квартире с мужем, двумя детьми, своими родителями, а также семьями брата и сестры. Но никто из взрослых ее беременности не заметил. Ее муж утверждал, что не заметил беременность жены. В ночь родов он был на работе.

Случай, произошедший в г. Ирбите Свердловской области: Родив нежеланного ребенка, 27-летняя незамужняя инспектор ПДН Наталья Н. сунула своего малыша в полиэтиленовый пакет и утопила в раковине гостиничного номера. За все девять месяцев, пока Наталья вынашивала ребенка, она даже ни разу не появилась в женской консультации. (Источник: ИА Новый Регион).

Сообщения о таких диких варварских домашних родах постоянно появляются в СМИ, к сожалению, часть подобных дел остается нераскрытой.

Очень трудно предвидеть такие ситуации, поскольку женщины к медработникам не обращаются, но оправдать таких матерей невозможно. Как правило, женщины находятся в глубокой депрессии, неадекватно воспринимают окружающую действительность и не видят другого выхода из положения. Несомненно, пациентки нуждаются в социальной, психологической и, естественно, в акушерской помощи. К сожалению, в условиях кризиса подобные ситуации могут участиться.

3. Осознанные, запланированные домашние роды.

На этой проблеме следует остановиться особо. Статистика домашних родов в Свердловской области отражена в таблице (табл.1).

К сожалению, в данном варианте статистики отражены только те пациентки, которые попали в поле зрения медработников, так что приведенные цифры – это «вершина айсберга», подводная часть которого всегда значительно шире.

При этом в некоторых зарубежных странах имеется достаточно полная и четкая статистика домашних родов: Нидерланды [3], Британская Колумбия (Канада)[4,5], Калифорния (США) [6], Швеция [7]. По нашей стране четких статистических данных нет, хотя есть некоторые приблизительные. Чтобы понять всю картину, нужно опрашивать не роддома, куда эти женщины попадают фактически только с осложнениями, а ЗАГСы: сколько зарегистрировано младенцев не с роддомовскими справками и свидетельствами, а по талонам скорой помощи, по свидетельским показаниям. Но таких данных нет. В практике каждого родовспомогательного учреждения проходят случаи оказания медицинской помощи при домашних родах в экстремальных ситуациях.

Таблица 1. Статистика домашних родов в Свердловской области

Год	2005	2006	2007	2008
Не состояли на дисп. учете (чел)	1765	1810	1580	1649
Роды вне родильного отделения	371	324	265	273

Очень часто защитники домашних родов ссылаются на опыт Голландии, где довольно большой процент родов происходит на дому. Но, во-первых, на этапе вынашивания все женщины там очень тщательно наблюдаются. Сначала у акушерок, а если возникают какие-то изменения в анализах или состоянии женщины, то подключаются специалисты. Примерно 30-40% женщин с физиологически протекающей беременностью изъявляют желание рожать дома, и они могут это делать. Около 25% из этого контингента в процессе родов транспортируются в стационар, когда принимающая роды акушерка замечает какие-либо отклонения от физиологического течения родового акта. Таким образом, примерно 70% женщин рожают в стационарах в присутствии врачей. Сегодня у нас нередко можно услышать: «Почему в Голландии можно, а у нас нельзя?»

В Голландии расчетное время транспортировки в медицинский центр, где женщине в случае какого-то осложнения могут в любой момент оказать специализированную помощь, исчисляется минутами. В наших условиях эти минуты превращаются в часы, что может стоить жизни матери и младенцу. Голландская система акушерства совершенствовалась веками. Принимают роды только сертифицированные и лицензированные специалисты – акушерки, которые обучены, прежде всего, четко отличать норму от патологии, адекватно реагировать на любое отклонение от физиологического течения родов. Они ежегодно повышают свою квалификацию и сдают лицензионные экзамены. Существует установленный порядок направления рожениц с осложнениями в больницы, отлаженная система транспортировки, а также надежная медицинская связь между домом и больницей. Экономическая выгода домашних родов часто служит мотивацией для их проведения [3, 8]. Голландская система уникальна в своем роде. Во всех прочих индустриализированных странах количество домашних родов — не более 2%.

В Екатеринбурге в последнее время обострилась проблема домашних родов. Директор ФГУ НИИ ОММ В. Ковалев в интервью представителю СМИ сообщает: «Проблема в том, что в Екатеринбурге сегодня действуют более 10 недобросовестных фирм, предлагающих свои услуги по сопровождению родов. При этом они не имеют права на подобную деятельность, серьезно угрожая здоровью матери и новорожденного. Подобные компании получают лицензию лишь на образовательную деятельность - для проведения психологической подготовки будущих рожениц. Затем, в процессе этой подготовки, "специалисты" агитируют мать на рождение ребенка дома, предлагая медицинское сопровождение и, конечно, получая за это немалые деньги. Сегодня показатель перинатальной смертности на Среднем Урале составляет около 7 новорожденных на 1 000. В домашних же условиях этот показатель возрастает до 46 случаев на 1 000».

«Отношение к домашним родам у меня и моих коллег категорически отрицательное, и мы будем продол-

жать борьбу с этими фирмами», - подчеркнул Владислав Ковалев (источник: ИА Новый регион).

Лицензии на оказание таких услуг, как роды на дому, в Российской Федерации не выдаются, то есть данный вид услуг является незаконным.

Однако, почему растет популярность домашних родов? Однозначно можно сказать, что система оказания акушерской помощи в стране далека от совершенства не только из-за экономических проблем, но и из-за широкого распространения агрессивных акушерских технологий [9,10,11].

Недостатки родов в стационаре, которыми мотивируют сторонники домашних родов:

- Отсутствие свободы передвижения в процессе родов, незнакомая и некомфортная окружающая обстановка.
- Страх при пребывании в больнице, который провоцирует тревога, зачастую исходящая от персонала, а также связанная с больничными правилами и процедурами.
- Роды происходят в окружении чужих, незнакомых людей.
- У женщин часто не спрашивают согласия на те, или иные медицинские манипуляции.
- В родах проделываются неприятные для пациентки рутинные больничные процедуры, а чувства женщины приглушаются медикаментозными препаратами.
- Некоторые пациентки стесняются свободно выражать свои эмоции, беспокоясь о недовольстве со стороны персонала.
- Излишняя отягощенность медикаментозными воздействиями и дискомфорт от постоянно работающей следящей аппаратуры.

• Опасность внутрибольничных инфекций.

Безусловно, в таких аргументах есть рациональное зерно, способное склонить к проведению родов в домашних условиях любую пациентку, чем и пользуются непрофессиональные, недобросовестные и нелегализованные помощники, которые берутся принимать роды в домашних условиях, естественно, за вознаграждение.

Те минусы, которые сопровождают домашние роды, часто замалчиваются.

Самый главный – отсутствие возможности обеспечить безопасность домашних родов для матери, плода и новорожденного, поскольку отсутствует какая-либо следящая аппаратура, препараты и квалифицированный персонал. В настоящее время на территории России система здравоохранения не приспособлена к родам в домашних условиях и не существует организованной системы транспортировки рожениц в больницы, а также подстраховки со стороны врачей.

• Могут возникнуть непредвиденные осложнения, требующие экстренной помощи, которую можно оказать лишь в больнице, оснащенной соответствующим оборудованием. Например, аспирация мекония новорожденным, выпадение петель пуповины, преждевременная отслойка плаценты, послеродовое кровотечение, эмболия околоплодными водами и другие.

• В процессе транспортировки из дома в больницу может отсутствовать адекватная неотложная помощь.

Начинать нам, акушерам-гинекологам, нужно с себя! Для того, чтобы избежать материнских и перинатальных потерь, связанных с домашними родами, необходимо реформирование существующей системы родовспоможения. И эти реформы уже успешно происходят. Современные родильные дома все больше заботятся о комфорте роженицы, об участии в родах членов семьи. В УРФО особенно преуспела в этом направлении Тюменская область, которая активно включилась в совместный Российско - Американский проект РОУС (родовспоможение, основанное на участии семьи), которому в 2009 году исполнилось 10 лет. Работа проекта началась с двух пилотных территорий, а в настоящее время опыт участия в проекте имеют 24 региона [12]. При этом, на пилотных территориях, внедривших РОУС, на 50-60% увеличилась доля несложных родов, в 2-3 раза уменьшилось количество инвазивных вмешательств и медикаментов во время родов, количество детей с низкой оценкой по Апгар уменьшилось в два раза, исключительно грудное вскармливание получают более 95% детей. Например, в Тюмени число «партнерских» родов за 2 года возросло в 3 раза и составило в 2005 году 20%. 15,4% женщин подтвердили, что муж или другие члены семьи оказывали им поддержку во время родов. Уменьшилось количество неоправданных запретов в родильных домах. Показатель заболеваемости новорожденных уменьшился за 2 года с 471,8 на 1000 родившихся живыми до 361,7 перспективных [13]. Значительно уменьшились затраты лечебного учреждения на медикаменты (до 7,2%), сократился ассортиментный перечень используемых препаратов на 31 позицию. В 2,3 раза реже применялись анестезиологические пособия. Назначение наркотических анальгетиков для обезболивания родов сократилось в 2 раза, число женщин, выбравших метод эпидуральной анестезии, уменьшилось в 3 раза. За 3 года перинатальная смертность уменьшилась на 13,9% до уровня 8,3% на 1000 родившихся живыми и мертвыми, на 14,9% снизился показатель младенческой смертности.

Наш опыт внедрения семейно-ориентированных технологий несколько скромнее: статистика партнерских родов в нашем учреждении свидетельствует о том, что частота партнерских родов в перинатальном центре нестабильна – частота партнерских родов от 6,38% до 14,96%, средневзвешенный показатель за 3,5 года 10,5%.

Нами были проанализированы особенности течения, ведения и перинатальные исходы 230 партнерских родов (основная группа, включавшая 200 первородящих и 30 повторнородящих) в сравнении с 230 родами без присутствия партнера (контрольная группа, включавшая 200 первородящих и 30 повторнородящих). Использовался метод ретроспективного анализа «случай-контроль». Установлено, что при родах без присутствия партнера у первородящих увеличивается относительный риск аномалий родовой деятель-

ности (ОР 2,59, 95% ДИ 1,74-3,86), родовозбуждения (ОР 2,0, 95% ДИ 1,08-3,68), применения родоусиления (ОР 1,85 95% ДИ 1,21-2,83), кесарева сечения (ОР 2,4 95% ДИ 1,17-4,88), родов с применением обезболивания (ОР 2, 95% ДИ 1,61-2,48), гипоксии плода (ОР 4, 95% ДИ 1,36-11,75), осложнений послеродового периода у мамы (ОР 4, 95% ДИ 1,36-11,75). У повторнородящих, рожаящих без партнера, получено достоверное увеличение относительного риска родов, требовавших обезболивания (ОР 1,26, 95% ДИ 1,02-1,55), инфекционных осложнений у новорожденных (ОР 2,8, 95% ДИ 1,15-6,79). Таким образом, присутствие партнера на родах несет несомненную пользу для первородящих и весьма желательна на повторных родах. Это значимая альтернатива домашним родам.

С целью выяснения отношения к домашним родам у пациенток проведен одномоментный социологический опрос 83 беременных женщин. Результаты опроса следующие: 30% опрошенных женщин не знают о практике домашних родов, и в их окружении нет женщин планирующих или прошедших через роды на дому. При этом 2,4% респонденток с уважением относятся к женщинам планирующим домашнее родоразрешение, 3,6% сочувствуют их ситуации, 22,9% опрошенных переживают за жизнь и здоровье женщины, 48,2% опасаются за жизнь и здоровье малыша. Не понимают такого решения, и не приемлют для себя - 45,8%. 4% из числа опрошенных считают, что здоровая женщина может, без всяких осложнений родить в домашних условиях, но при условии, что принимать роды будет профессионал (82%). 14% убеждены, что при прочих равных условиях, родить на дому без медицинских осложнений не представляется возможным. Считают такую ситуацию новшеством и прогрессом 15,7%, но 33,7% считают это преждевременным явлением для нашего общества. В противовес этому 27,7% респонденток полагают, что подготовкой к домашним родам занимаются безответственные люди и 22,9% считают их авантюристами, преследующими корыстные цели обогащения и наживу. По мнению опрошенных (78%), женщины, решающиеся на домашние роды безответственны по отношению к ребенку и к своему здоровью. Такое решение не соответствует реальной действительности - считает 22% респонденток. Практически все женщины отметили, что средства массовой информации не предоставляют объективную информацию по этому вопросу, если одни стимулируют интерес к этой теме, то другие - полное отвержение и неприятие этого явления. На наш вопрос: «Как Вы считаете, ситуацию о домашних родах стоит замалчивать, или активно обсуждать с различных позиций, в различных СМИ?» – 26% считают, что не стоит об этом говорить, 74% - за то, чтобы активно обсуждать это явление.

Это явление присутствует в нашей современной жизни и его нужно профессионально освещать и мониторировать всеми службами, занимающимися вопросами современной семьи на стадии ожидания ребенка.

Выводы:

1. Выделены 3 категории домашних родов: незапланированные (штурмовые), криминальные и запланированные.

2. Мотивациями сторонников домашних родов является статистика некоторых Европейских стран, где данная технология отработана до мелочей и лицензирована на государственном уровне. По нашему региону четкая статистика домашних родов отсутствует, чем пользуются недобросовестные сторонники и пропагандисты этого направления.

3. В нашей стране отсутствует лицензия на прием родов в домашних условиях, роды принимает нелицензированный персонал без соответствующей подготовки и оборудования.

4. Домашние роды нельзя считать безопасными для матери и новорожденного

5. Для снижения числа домашних родов необходима серьезная перестройка системы родовспоможения, повсеместное внедрение технологий РОУС.

В заключение хотелось бы привести высказывание М.Одена:

«Возможно, в будущем мы придем к тому, что исчезнет граница между домашними родами и родами в больничных условиях. ... Вместо того, чтобы противопоставлять больничные и домашние роды, нужно соединить обстановку покоя и уединения, которая достигается дома, и те условия, которые предлагает больничная родильная палата. Это вопрос сегодняшнего дня, важный для современного урбанизированного общества».■

Литература:

1. Домашние роды и перинатальная смертность." (Midwifery Today.com, E-news, volume 1, issue 29: Homebirth. July 16, 1999) Статистика по домашним родам в Германии, Великобритании, Голландии, Дании.
2. Радзинский В.Е., Кнзев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца. М: Эксмо; 2009.
3. Maassen MS, Hendrix MJ, Van Vugt HC, Veersema S, Smits F, Nijhuis JG. Operative deliveries in low-risk pregnancies in The Netherlands: primary versus secondary care. Birth. 2008 Dec;35(4):277-82.
4. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, Klein MC. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia. : CMAJ. 2002 Feb 5;166(3):315-23
5. Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. Birth. 2007 Jun;34(2):140-7.
6. Sibley LM, Sipe TA, Brown CM, Diallo MM, McNatt K, Habarta N. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. Obstet Gynecol. 2007 Nov;110(5):1017-8.
7. Lindgren HE, Redestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(8):797
8. Walker PH, Stone PW. Exploring cost and quality: community-based versus traditional hospital delivery systems. J Health Care Finance. 1996 Fall;23(1): 23-47.
9. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения. Материалы VI Российского форума «Мать и дитя»; 2004 октябрь; Москва, Россия : 183-184.
10. Радзинский В.Е., Кнзев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца. М: Эксмо; 2009.
11. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему. М: Международ. шк. традиц. Акушерства; 2006
12. Вартапетова Н.В. Пути улучшения качества медицинской помощи женщинам и детям. Современные медицинские технологии 2009; 2: 100 - 102.
13. Брынза Н.С., Грибоедова В.В., Трушков А.Г., Степанова Т.Ф., Корначев А.С., Башмакова Н.В. Взаимосвязь между частотой осложнений, характерных для агрессивного ведения родов, возникновением внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности у пациенток с различной тактикой родовспоможения. Журнал акушерства и женских болезней. 2009; Т. LYIII.(1): 24-31.