

Информированный выбор

Говоря о «системе», я всегда подразумеваю стандартный и общепринятый уход, предоставляемый беременным женщинам. Разумеется, эти стандарты могут варьироваться в системе попечительства каждой страны: в Великобритании, например, частная медицинская страховка не распространяется на рождение детей, если не требуется специальное оперативное вмешательство, в то время как забота о материнстве в таких странах, как США или Швейцария, включается в страховую премию. Но в целом тенденция такова, что деторождение находится в ведении медицины, а стандартный уход сводится к процедурам, которые целесообразны для практикующего врача с точки зрения его медицинской практики, но не отражают потребности каждой будущей матери.



Перемены в деторождении

Время не стоит на месте, и многие события оказали влияние на здоровье и социальное обеспечение

беременных женщин и их детей. Среди наиболее значимых событий стоит назвать осознание в течение XX века того, что инфекционные заболевания можно контролировать. До этого роды были в высшей степени опасными, послеродовой сепсис уносил жизни тысяч матерей. Но, к сожалению, тогда акушерки еще не могли использовать результаты научных изысканий, чтобы пополнить свои базовые навыки и умения, к тому же не было дородовых и послеродовых вспомогательных служб.

Образованные акушерки умели заботиться о беременных женщинах, и с течением времени каждая из них приобретала знания, навыки, опыт, укрепляя собственное природное чутье. Местная акушерка была достаточно известной фигурой для проживающих в округе семей. Она пользовалась заслуженным уважением, поскольку поистине была профессионалом-практиком — экспертом во всем, что касалось нормальной беременности и родов. С начала XX в. до начала 70-х гг. у акушерок во всем мире были прекрасные условия для того, чтобы применять свои уникальные опыт и навыки, развивать интуицию. Все это, вместе с обширной программой обучения, шло на пользу в деле ухода за матерями. Акушерка считалась не просто наставницей в беременности и экспертом в родах, но и специалистом в вопросах кормления и даже консультантом по семейным отношениям. И если первого ребенка женщины обычно благополучно рожали в клиниках, то последующие дети зачастую появлялись на свет уже дома. Процент домашних родов был достаточно велик.

Роды в истории

Английское слово «акушерка» («mid-wife») происходит от англосаксонского «mid-wif», что означает «связанный с женщинами». Это древняя профессия, поскольку при родах женщинам всегда была нужна помощь. В Древней Греции для того, чтобы стать повивальной бабкой, женщина должна была родить

сама, и вплоть до XX века никаких других требований со стороны закона к акушеркам не предъявлялось. Впервые в английской истории акушерка упоминается в хронике XII века «История Англии» («*Historia Anglorum*»), где повествуется о женщине из древнего племени бриттов, которая во время трудных родов оборачивала животы рожениц поясом, обладавшим сверхъестественной силой. Постепенно и мужчины стали принимать участие в родах. В викторианскую эпоху большинство женщин из среднего и высшего класса стали пользоваться услугами докторов, а те всегда были мужчинами. Считается, что желание Луи XIII Французского присутствовать при родах стало причиной негласного обычая европейских женщин рожать ребенка, лежа на спине.

На Руси на помощь роженицам приходили так называемые повитухи, повивальные бабки (от слова «повивать», то есть «пеленать»), называли их и по-другому – приемницами, пупорезками, пуповязницами, парилками. Повитухи были не просто умелыми в родовспоможении женщинами — они обладали особым знанием и силой: умели колдовать, лечить, снимать порчу, а иногда и, наоборот, насыщать ее. Вовсе не каждая женщина могла стать повитухой. Во-первых, ей надо было быть первым или последним ребенком в семье (считалось, что это наделяет человека особыми, сверхчеловеческими, колдовскими способностями), во-вторых, ей самой следовало иметь детей — здоровых, красивых, удачливых. Чаще всего свои знания повитухи передавали по наследству и бережно хранили от чужих. Передавая на протяжении всей жизни одной из своих дочерей тайны ремесла, все самое сокровенное мать-повитуха открывала приемнице только перед собственной смертью. И еще один интересный факт: ремеслом повитухи женщина могла заниматься только тогда, когда сама уже утрачивала способность рожать.

Государственная политика в сфере деторождения

Политика оказывает непосредственное влияние на то, как медицинские работники подходят к охране материнства, и, как следствие, на то, где женщины рожают детей.

В частности, в Великобритании и США второй половины XX века рост доли родов в больницах был обусловлен распространяемой правительством и медицинскими работниками информацией. Множество новых идей и подходов к деторождению впервые возникло в Америке. Там медицинское страхование и частное финансирование ориентировались на развитие акушерского дела, и в результате в Америке появилось множество новых инструментов и технологий, которые затем экспортировались в Европу.

Современные исследования и развитие акушерского дела в странах Запада принесли много хорошего. Многие возможности, о которых нельзя было и мечтать 20 лет назад, в наши дни стали обычным явлением, как, например, выхаживание детей, рожденных на 24-й неделе беременности и имеющих весьма малые шансы выжить. К достижениям медицины можно отнести операции, выполняемые в матке или сразу же после рождения ребенка для корректировки физических аномалий, выявленных стандартным ультразвуковым исследованием. Уход за новорожденными постоянно совершенствуется, и благодаря этому сохраняется все больше и больше новых жизней. Поистине поразительно, как мы научились обращаться с нашими знаниями и технологиями, и этот прогресс надо, без всякого сомнения, приветствовать. В наш век более открытых и доступных коммуникаций ученые разных стран тесно сотрудничают, невзирая на географические границы. Результатом этого служит и взаимодействие акушеров-гинекологов всего мира. В результате создается бесценная копилка знаний, в которую каждый из специалистов привносит собственный исследовательский и экспертный опыт, и все это укрепляет универсальную базу знаний, которая заключает в себе многостороннюю информацию. Это и наиболее эффективное использование технологий, и открытые каналы связи, и обеспечение всеобщего доступа к информации. Современные акушеры-гинекологи во многом зависимы от современных чудо-технологий,

но, к сожалению, постепенно исчезают женская интуиция и заложенные в ней знания, которые делали рождение ребенка удивительным событием, спланированным самой природой.

Использование технологий

Если мы полагаемся в период подготовки к родам на технологии, то используем мониторы и сканеры (так же, как и делаем обязательные анализы крови). Технологическое вмешательство — это и эпидуральная анестезия, и кесарево сечение, и использование медикаментов для сохранения беременности и стимуляции родов. Обо всем этом мы поговорим подробнее в главе 7.

Использование мониторов показывает, как быстро проникают в нашу практику технологические достижения и как они влияют на ее развитие. Мониторы начали использоваться в США в начале 60-х годов, и в то время все были уверены, что они будут применяться только для женщин категории высокого риска. Спустя несколько лет практически все матери стали обследоваться с помощью мониторов; в наиболее крупных больницах установлены главные терминалы, которые отображают информацию, получаемую с индивидуальных мониторов, расположенных непосредственно рядом с пациентами. За информацией на этих центральных терминалах могут наблюдать акушерки и доктора, вследствие чего отпадает необходимость личного наблюдения каждой беременной. Неминуемый результат этого: пациентки становятся все более изолированными от непосредственного общения с медперсоналом, а акушерки — менее опытными.

Однако же квалифицированная и опытная акушерка может, в некоторых случаях, оказаться лучше аппарата, снимающего ЭКГ. Аппараты могут ошибаться, их данные

только тогда верны, когда их интерпретирует опытный практикующий специалист, который присутствует при исследовании. Неверная интерпретация нередко становится причиной запоздалого адекватного вмешательства или же ненужного кесарева сечения. Довольно часто проследить за монитором просят будущих отцов, и мне не раз приходилось слышать, как они зовут на помощь.

Если мониторинг определенно необходим для контроля над ситуациями высокой степени риска, то во время текущих проверок здоровых женщин, беременность которых развивается нормально, лучше бы эту технику не применять. Однако ограничить использование мониторинга не позволяет и эпидуральная анестезия, которая применяется все чаще. Единственный способ удостовериться, что у женщины, находящейся под эпидуральной анестезией, происходит сокращение матки, — пронаблюдать реакцию с помощью монитора. Одно неизменно влечет за собой другое.

Я уже говорила, что целиком и полностью поддерживаю адекватное использование технологий — без них многие беременности могли бы иметь катастрофический исход для матери или ребенка и даже для обоих. Однако очень важно обратить внимание на слово «адекватное», и оно тем более уместно, когда рассматривается вопрос применения ультразвукового исследования (УЗИ).

Ультразвуковое исследование

Ультразвуковое исследование, или эхография, производится путем проникновения ультразвуковых волн в мягкую материю, в данном случае — в ваше тело и тело вашего ребенка. Так, в Великобритании «стандартное» УЗИ проводится дважды в течение нормальной одноплодной беременности. В настоящее время первое ультразвуковое исследование проводится на 11–13-й неделе,

когда растущий плод уже можно видеть на экране. В большинстве медицинских учреждений первое УЗИ называют «затылочным». В ходе эхографии специалист исследует определенную область шеи — затылочную область. Полученное изображение и замеры этой области, сопоставленные с возрастом матери, позволяют определить вероятность отклонений на хромосомном уровне и синдрома Дауна. Исследование выявляет самые ранние признаки такой угрозы. С помощью УЗИ нельзя поставить точный диагноз, но, получив приблизительные статистические показатели степени риска рождения ребенка с болезнью Дауна, вы имеете основания выбрать более инвазивные (с использованием специальных инструментов) методы исследования. И если вы попали в категорию риска, перед вами встает дилемма: что теперь делать, смириться ли с фактом, что ребенок может родиться больным, или подвергнуть себя более точным методам диагностики? К ним относятся биопсия ворсин хориона (будущей плаценты) или амниоцентез (пункция плодного пузыря). Однако эти исследования небезопасны, поскольку могут спровоцировать выкидыш, их успешность зависит от профессионализма врача и его навыков.

Второе УЗИ обычно называют «УЗИ аномалий». Оно выполняется для подтверждения нормального развития плода. Ребенок измеряется со всех мыслимых углов, и результаты строго фиксируются. Также определяется положение плаценты. Это помогает и врачу, и будущей матери убедиться в том, что беременность протекает нормально и ее состояние не является потенциально опасным.

Я считаю, что лоно женщины священно, и нельзя врываться в него без уважительной причины. Семейные пары должны внимательно рассмотреть и тщательно обдумать каждую рекомендуемую процедуру — даже те, которые считаются абсолютно безопасными, — прежде чем согласиться на нее. Однако каждая пара по-своему определяет, что для них «обоснованно». Большинство считает, что обнаружение отклонений в матке может привести

к спасительному решению, и это может считаться веским доводом в пользу ультразвукового исследования. Затылочное УЗИ как способ установить сроки беременности и оценить риски также отчасти спорно. Но если пара убеждена в своем желании иметь ребенка вне зависимости от наличия или отсутствия отклонений на хромосомном уровне, это УЗИ не будет иметь особого значения. Разумеется, в наши дни все хотят и надеются иметь совершенных детей, поэтому затылочное УЗИ весьма актуально.

УЗИ беременных в России

Оптимальные сроки и число исследований рекомендованы как обязательные приказом Министерства здравоохранения России. При нормальном течении беременности проводится три УЗИ.

Первое УЗИ делается на сроке 12–14 недель. Врач фиксирует размеры ребенка, определяет, как прикрепилась плацента, уточняет срок беременности, выявляет возможные пороки развития брюшной полости, нервной системы, конечностей.

Второе УЗИ проводится на сроке 24–26 недель. Обследуется строение тела малыша, определяется пол, исследуются околоплодные воды (количество и качество), изучается состояние плаценты и место ее прикрепления к матке. Кроме того, врач исследует плод на возможные пороки внутренних органов.

Третье плановое УЗИ проводится в 35–36 недель беременности. Если все в норме, то это будет последнее УЗИ. Оценивается состояние плаценты, степень ее зрелости, определяется приблизительный рост и вес ребенка, его положение в матке. Исследуются околоплодные воды.

Дополнительные ультразвуковые исследования могут быть назначены лечащим врачом при следующих условиях: угроза прерывания беременности, гестоз, плацентарная недостаточность, неправильные положения плода (тазовое и поперечное предлежание), многоплодие, патологии развития.