



© Г. И. Брехман

Междисциплинарный клинический центр  
университета, Хайфа, Израиль;  
Ивановская государственная медицинская  
академия, Иваново, Россия

## ДОМАШНИЕ РОДЫ КАК СПОСОБ ЗАЩИТЫ ЖЕНЩИНОЙ СЕБЯ И СВОЕГО РЕБЕНКА

УДК: 618.4

■ **Возрастающая «акушерская агрессия»** в виде стремления врачей активно управлять родами в сочетании с формальными отношениями между женщиной и ассистирующими в родах дали импульс появлению и нарастанию в мире альтернативного движения за домашние роды. С позиции перинатальной психологии это можно было бы рассматривать как проявление *самозащиты женщины и защиты ею своего неродившегося ребенка*. Автор обсуждает значение психического фактора в родах, а также при выборе места родоразрешения и приходит к заключению о возможности *параллельного функционирования двух форм сопровождения женщин в родах: в родильном отделении больницы и дома при условии законодательно утвержденного Положения об их взаимодействии*.

■ **Ключевые слова:** домашние роды; психический фактор.

### Введение<sup>1</sup>. Исторический аспект

В древние времена, вероятно, не было такого понятия как «домашние роды», поскольку все роды были домашними. В мало цивилизованных уголках Земли до сего времени сохранился этот «странный» обычай. В средние века в Европе по мере формирования городов расширилось такое явление как внебюрокрратные беременности, увеличилась частота рождения нежелательных детей, а вслед за ними — детоубийство. Для прекращения этого явления и сохранения жизни родившихся детей в городах стали создаваться приюты, где такие женщины могли бы родоразрешаться и оставлять своих детей на попечение монахинь. При нежелательных беременностях роды бывают тяжкими и осложненными, что требовало частого вызова врачей в приюты. В такой ситуации целесообразным было иметь в приютах постоянного врача, который оказывал бы помощь при родоразрешении. Врачи, работающие в приютах, оказывая помощь при осложненных родах, приобретали достаточно высокую квалификацию, и их стали приглашать для оказания помощи при осложненных домашних родах. Постепенно отношение к приютам у населения изменилось: если раньше их рассматривали как место, где родоразрешается простой народ, то наличие там опытных специалистов-врачей сделало их местом для безопасного родоразрешения. Увеличение в них числа рожавших привело к строительству специальных родильных домов, где стали родоразрешаться и состоятельные граждане. Появившиеся родильные дома с опытными специалистами в них постепенно превратились в базы университетов, где шла подготовка врачей. Но здесь появилась новая, никому непонятная, напасть — родильная лихорадка, от которой многие рожавшие женщины погибали. Поскольку такая ситуация длилась около двухсот лет, роды стали рассматривать как болезненный процесс, который несет с собой смерть. В середине XIX столетия венгерский врач-акушер И. Земмельвейс открыл пути перенесения смертельных «миазм», а последующие исследования подтвердили микробную причину родильной лихорадки[4]. С этого времени родильные дома стали превращаться в закрытые лечебные учреждения с особым стилем работы. Появилось представление о том, что рождение не естественная функция, о болезненный процесс, родильные дома стали рассматриваться как больницы, в которых требуется соблюдение строгого санитарно-эпидемиологического режима. Постепенно в цивилизованных странах такой порядок был принят как наиболее разумный, поскольку смертность от родильной лихорадки была сведена до нуля, и с этой позиции

<sup>1</sup> Поводом для написания этой статьи явились приглашения принять участие в конференциях, посвященных домашним родам в России (2011, 2012), и в Голландии «Права человека при рождении человека» (2012).

роды стали безопасными. В этих условиях домашние роды начали рассматриваться как анахронизм, низкая культура, нарушение общественного порядка, а родоразрешение в родильных домах было признано единственно возможным (Германия, Великобритания, СССР и др.).

В некоторых странах (Венгрия, Россия) родоразрешение в домашних условиях даже стали квалифицировать как криминальное деяние. Те, кто оказывал помощь при домашних родах, особенно в случае осложненных и окончившихся неблагоприятно, подвергались (ются) судебному преследованию. Причем ответчиками становятся не малоопытные акушерки или доулы, а квалифицированные врачи-акушеры, специализирующиеся на оказании помощи при родах, происходящих дома: в 2009 году в России (Е. Ермакова, С-Петербург)<sup>2</sup>, в 2010 — в Венгрии (Á. Geréb, Будапешт)<sup>3</sup>. То что роды, проведенные в родильных домах, также могут быть осложненными и завершаться смертью ребенка обычно не шокирует общественность. Специалисты хорошо знают, что существуют состояния и обстоятельства, неизбежно приводящие к смерти рождающего или родившегося ребенка. Участники неудачного родоразрешения в стенах лечебного учреждения, как правило, судебному преследованию не подвергаются, однако каждый случай смерти врачи профессионально изучают и обсуждают на клинико-анатомических конференциях, что является своеобразным способом учебы и профилактики от повторения. В каждом роддоме свои показатели перинатальной смертности (ПС). В идеале ее не должно быть, но специалисты знают, что это явление многофакторное, не всегда известны все причинные факторы и потому в реальной жизни они стремятся к снижению ПС.

Определенной неожиданностью оказались результаты сопоставительных статистических исследований, проведенных в Голландии и Дании [15], США [10], Великобритании [12], Германии [9], России [3], которые показали, что по многим показателям домашние роды безопаснее, чем проведенные в родильных домах, в т.ч. по показателям ПС. Так, в Великобритании (1986) у тех, кто *планировал* домашние роды ПС была 9,5/1 000, тогда как в роддомах она была 22,9/1 000 [7], в Голландии (1988) — 0,09/1 000 и 0,9/1 000 соответственно [8].

В некоторых из этих стран, с хорошо организованной системой родовспоможения, общественные движения женщин добились права при же-

лании родоразрешаться в домашней обстановке. В этом отношении показателен опыт Германии. Там в 50-х годах XX века институт акушеркоповитух упразднили, поскольку медики убедили население, что беременность и роды непременно требуют высоко квалифицированной помощи. Вскоре стало понятно, что такое решение было ошибочным. По требованию общественности с 1994 года вновь законодательно было закреплено за домашними акушерками право вести беременность и принимать роды у женщин на дому. Более того, Министерство здравоохранения и одна из ведущих медицинских страховых компаний Германии профинансировали в городе Гессене 18-месячное исследование 1148 беременностей и родов, планировавшихся как домашние. В исследовании участвовало 35 акушерок из независимых медицинских центров и 50 акушерок, специализирующихся на домашних родах. Особое внимание было уделено оценке квалификации акушерок, включая владение ими методами, позволяющими своевременно выявлять при беременности степень риска. Выводы, сделанные на основании этого исследования, говорят о том, что при *подготовленных домашних* родах значительно реже возникает потребность в экстренных медицинских вмешательствах, и эти роды требуют меньше затрат: Страховая компания при желании женщины рожать с независимой акушеркой оплачивает ей половину суммы, причитающуюся за роды. На сегодняшний день независимых акушерок в Германии — около 5 тысяч, а женщины имеют право выбора — наблюдаться у акушерки или сразу идти к врачу [9, 15].

В Англии история с домашними родами была почти такой же. В 1972 году медики запретили деятельность домашних акушерок и взяли беременность и роды полностью под свой контроль. Женщины вышли с протестом на демонстрацию и отвоевали право выбора наблюдаться — у врача или у акушерки. Для повышения квалификации, всех акушерок периодически направляют на практику в роддома. Обязательной является здесь и регулярная практика экзаменационной аттестации акушерок, подтверждающая их квалификацию. Если возникают сложности в родах, акушерка везет женщину в клинику. При этом, в Англии, как и в других странах, акушерка имеет право в роддоме помогать «своей» роженице в родах и в послеродовом периоде [9, 12].

В чем же суть конфликта? Почему часть женщин стремится родить своего ребенка дома? Почему государственные органы настаивают на рождении детей только в условиях официальных родильных домов? Эти вопросы не замыкаются в границах какой-то одной страны, а являются ак-

<sup>2</sup> <http://www.kolybelka.spb.ru/hystory.php>

<sup>3</sup> [www.change.org/petitions/please-grant-full-clemency-to-dr-midwife-agnes-geréb](http://www.change.org/petitions/please-grant-full-clemency-to-dr-midwife-agnes-geréb)

туальными для многих стран мира. Ответы на эти вопросы — не только поиск причин, но и обнаружение подходов к созданию оптимальных условий для рождения нового поколения людей.

Не предполагая дать исчерпывающие ответы, излагаю свою точку зрения на эту проблему. Мой опыт включает в себя профессиональный анализ неблагоприятно завершившихся родов во время моих неоднократных поездок в различные регионы России как эксперта по заданию Министерства здравоохранения РФ. В своих аргументах я буду опираться также на сведения, полученные мной во время многочисленных личных бесед с женщинами, у которых роды завершились потерей детей. Это сопоставлялось с результатами исследований (патологоанатомические, лабораторные, др.) и с отчетами врачей, родоразрешавших этих женщин, во время клиничко-анатомических конференций.

### Очевидные факты

*Роды — это психо-социо-биологический процесс*, в котором психологический компонент играет выдающуюся роль, но, к сожалению, еще недооцениваемую специалистами. Возможно поэтому организация общественного родовспоможения в родильных домах большинства цивилизованных стран, как правило, связана с формальным, обезличенным отношением к рожаящим женщинам. Тому есть объективные *причины*:

#### А. Организационные.

1. При большом круглосуточном потоке поступающих в городской родильный дом женщин и нехватке персонала, порой создается впечатление, что акушерки «как на пожаре» торопятся от одной рожаящей женщины к другой. Где уж тут до тонкостей индивидуального подхода... Нехватка персонала связана с определенным ритмом начала и развития родов, зависящим не только от предполагаемой даты родов, а, например, от состояния окружающей среды: изменения солнечной активности, и последующего изменения геомагнитного поля в регионе. Дежурящие акушеры хорошо знают, что 1–2 суток с большим числом родов сменяются сутками с единичными родами, тогда как расчет количества дежурного персонала этот феномен не учитывает.

2. Отсутствие возможности у женщины предварительно познакомиться с той акушеркой, которая будет оказывать помощь во время родов, а уж тем более быть подготовленной этой акушеркой, уже не говоря о выборе акушерки, которую хотелось бы иметь рядом.

#### Б. Контингент женщин.

1. Рожаящие женщины разные по возрасту, жизненному опыту, социальному статусу, числу

предшествовавших родов, состоянию здоровья, функционированию иммунной и других систем.

2. В условиях сексуальной революции и свободы, имеет место различная инфицированность женщин, в т. ч. инфекциями, передающимися половым путем, что увеличивает риск внутриутробного инфицирования и заболевания еще не родившегося ребенка и ведет к неблагоприятному исходу родов.

3. Особо отмечу большое разнообразие женщин по психологическим особенностям (стыдливость, мнительность, повышенная тревожность, др.), с идеей страха болей в родах, боящихся уколов и различных манипуляций, не переносящих командного тона, грубого обращения, со своими неразрешенными психическими травмами и личными тайнами, с различными проблемами межличностных отношений, иногда рожаящих нежелательного ребенка вообще, или по полу, в частности.

4. Следует иметь в виду, что помимо страха болей в родах у ряда женщин существует *страх роддома*. У таких женщин (с высокой личностной тревожностью, высоким уровнем невротизма) появляется стремление уйти от родоразрешения в роддоме. Для таких женщин возможность родить дома, рядом с родными, которые всегда были реальной или символической защитой — своеобразный психотерапевтический ход уменьшающий уровень тревожности.

Когда речь идет о *страхе*, пусть даже мнимом, поиск путей к спасению от него не останавливает человека ни перед чем. Страх пробуждает желание спрятаться, стремление уйти от суеты, подталкивает к поиску того единственного человека, которому можно довериться, который, не отвлекаясь, будет рядом и поможет решить проблему: в обсуждаемом случае — рождению ребенка.

Даже в условиях тоталитарного режима (в СССР), когда уголовно преследовались аборт, а тем более сделанные вне лечебного учреждения, женщины добровольно шли на них, находя тех, кто соглашался им помочь за определенную плату, и которые нередко были крайне невежественны, даже в вопросах анатомии половых органов. Эти аборт наносили огромный ущерб здоровью женщины, а иногда лишали их жизни. Они умирали, и не выдавали тех, кто им помогал и столь неудачно. Но даже когда для того, чтобы снизить уровень материнской смертности аборт были разрешены (и в любом сроке до 27 недель беременности), определенная часть женщин не шла в больницы, а по разным причинам пыталась прервать беременность в домашней обстановке. Самая изощренная пропаганда вреда аборта не смогла на

100% преодолеть желание женщин избавиться от беременности вообще и в домашней обстановке в частности. То же можно было бы отнести к домашним родам. Чтобы остановить этот процесс, специалисты даже выдвинули идею психиатрического (!) освидетельствования женщин, желающих рожать дома, не думая при этом о моральном ущербе, наносимом беременной женщине, ее семье, и психической травме ее неродившемуся ребенку. Между тем исследования, проведенные в Англии [14], показали, что основными причинами, побуждающими женщин обратиться к домашней акушерке, состоят в потребности непрерывного квалифицированного наблюдения во время беременности одним специалистом, потребности в активном участии в родах мужа, желании избежать медицинских вмешательств во время родоразрешения, у некоторых — негативное впечатление от предыдущих родов в роддоме.

*В. Акушерки, врачи-акушеры* имеют свои психологические особенности, свои актуальные, отвлекающие проблемы, порой элементарная усталость, свой акушерский опыт, но что не менее важно — недостаточные знания общей психологии и ее разделов, связанных с рождением человека. Они мало знакомы с проблемой страха и паник и возможностями их устранения. Психологическое совпадение рожавшей женщины и акушерки представляется счастливой случайностью. А несовпадение — чревато нарушением эмоционального состояния женщины, результатом чего становится нарушение естественного течения родового процесса и как следствие этого — травма рождения как у женщины, так и у ребенка.

*Г. Психологическая атмосфера роддома.* Существующий порядок работы родильного стационара, различные диагностические и лечебные мероприятия, частые осмотры, длительное использование следящей аппаратуры (КТГ), заставляющее женщину лежать в постели часами, специалисты воспринимают привычно, как само собой разумеющееся. Тем более, что все направлено на благо женщины и ребенка. В общественном родовспоможении считается (и вполне справедливо) обязательное исследование физиологических параметров (артериальное давление, анализ крови, бактериальная обсемененность половых путей, др.). Однако специалисты не представляют себе, что не менее, если не более важным является знание социально-психологической ситуации в семье, психологических особенностей беременных, понимание воздействия на них атмосферы больницы. Есть еще один аспект в общественном родов-

споможении, о котором говорят сами акушеры (проф. В. Е. Радзинский, др.) — это «акушерская агрессия»<sup>4</sup> [6], чрезмерная активность врачей по управлению родами (родовозбуждение и родостимуляция, амниотомия, эпидуральная анестезия, эпизиотомия, кесарево сечение, др.). При этом почти полное игнорирование психологического фактора в родах.

По-моему мнению, именно увеличение акушерской агрессии дало импульс появлению и нарастанию альтернативного движения за домашние роды. Идею о безопасности домашних родов поддержали опубликованные эмоциональные книги [11, 13]. Анализ статистических данных показал преимущество домашних родов в виде уменьшения частоты осложнений и вмешательств. Домашние роды стали дополняться новыми элементами: роды в воде, роды с мужем, др. В любом таком случае супруги все же ищут опытную акушерку или ее заместителя (доулу), которая могла бы ассистировать им в родах.

Появился спрос! Когда появляется спрос — появляется предложение. А предложение, как правило, сопровождается коммерческим интересом со стороны оказывающих помощь. Следующим этапом является конкурентная борьба, и ненавязчивая реклама домашних родов (см. Интернет). Жизнь показывает, что иногда оказание помощи в родах на дому предлагает не дипломированная акушерка, а доула, которой кажется, что ее личного опыта родов достаточно для оказания помощи.

В данной статье идет речь о профессионально подготовленных специалистах (врач-акушер, акушерка), для которых сопровождение женщин при домашнем родоразрешении является, прежде всего, способом их самореализации. Будучи нацеленными на родоразрешение через естественные родовые пути без какого-либо вмешательства, они знакомятся со своими подопечными и их семьей и тщательно готовят женщин к родам. Они открыты к повышению своей квалификации и обмену опытом, являются обязательными участниками семинаров и конференций. Но и они не застрахованы от ошибок, от внезапно изменяющейся акушерской ситуации, особенно в случае внезапных вызовов к неподготовленным женщинам, нередко инфицированным, находящимся в состоянии эмоционального стресса, паники и т. д. У них не всегда имеется достаточно мужества и мудрости, чтобы убедить роженицу

<sup>4</sup> Акушерская агрессия — это «ятрогенные, ничем не обоснованные действия, направленные якобы на пользу, а в результате приносящие только вред: увеличение осложнений беременности и родов; рост перинатальной, младенческой, материнской заболеваемости и смертности» (Радзинский В. Е. 2011).

направиться в стационар. Можно предположить, что женщины легче соглашались бы подчиниться этому разумному требованию, если бы эти акушерки имели право сопровождать их родоразрешение в стационаре. Клинический опыт показывает, что именно такие случаи завершаются неблагоприятно. Невольно появляется вопрос: помешала бы определенная пластичность организаторов здравоохранения в таком многофакторном процессе как роды и родоразрешение? Особенно в условиях дефицита персонала и невозможности обеспечить индивидуальное сопровождение? Правда, есть вещи намного более сложные — это психологическая подготовка персонала, изменение психологической атмосферы в родильных домах. Мой опыт повышения квалификации акушерок, работающих в родильных домах Израиля, в вопросах психологии беременности и родов позволяет с оптимизмом смотреть на эту проблему. Акушерки — участницы Курса пренатальной и перинатальной психологии оказались очень восприимчивыми к вопросам психологии и во время очередных семинаров докладывали об успешном применении знаний в своей практической работе. Это позволяет рассматривать систему родовспоможения, по которой акушерка сопровождает женщину, семью во время беременности и сама родоразрешает ее в роддоме — идеальной.

Изучение психики беременных [5] и клинические наблюдения показали: малейшая неуверенность, усиление страха, внезапная паника может нарушить течение родового процесса, состояние плода и матери. Тогда может потребоваться срочная помощь, которую в домашних условиях оказать невозможно, и она может запоздать. Автор неоднократно выражал свое отношение к домашним родам формулой: *«я против домашних родов, но я за то, чтобы в родильных домах была создана обстановка близкая к домашней»*. Высказанная идея не является столь неосуществимой.

В Иерусалиме, в одном из роддомов (по инициативе акушерок и с согласия руководителей) создан Центр и введена система — «роддом без врачей». Акушерки готовят своих подопечных и сами их родоразрешают. Вначале акушерки родоразрешали только своих подопечных. Однако поскольку роды начинаются и проходят в любое время суток, последовали частые вызовы акушерок в роддом, они стали уставать, домашние стали роптать, и вскоре от этой затеи пришлось отказаться и перейти на несколько другую систему. Они готовят женщин к родам и предупреждают, что родоразрешать их, возможно, будет дежурная акушерка, тоже опытная, подготовленная по одной системе. Для работы в этом роддоме при-

влечены самые опытные акушерки (11 из 40). С началом схваток женщина звонит дежурной акушерке и получает рекомендации как себя вести и когда они обе приедут, чтобы встретиться в роддоме. Иногда дежурной оказывается та акушерка, которая готовила женщину: счастливое совпадение! В любом случае приехавшая акушерка будет находиться *только* около этой роженицы, не покидая ее до рождения ребенка. Это очень важный момент в родах. Этот Центр отделяет от роддома, работающего по обычной схеме, дверь. Если нужен врач — он будет в Центре за считанные секунды. Это «домашние роды» по атмосфере, но с возможностью получить мгновенно помощь квалифицированных врачей. Конечно, эта форма работы связана с определенными финансовыми затратами семьи, но она востребована женщинами, поскольку окупается снижением уровня тревоги женщины, ее уверенностью в благополучном родоразрешении и действительно благополучными родами через естественные родовые пути.

Такая организация сопровождения и помощи — мощная альтернатива родам в домашней обстановке. Но даже создание обстановки в роддоме близкой к домашней — не является 100% гарантией против домашних родов. А поскольку домашние роды могут сохраниться несмотря ни на что, необходимо этим процессом управлять. Анализ неблагоприятно закончившихся домашних родов уже сейчас выявил противопоказания к ним. Он также показал, что акушерки, оказывающие помощь на дому, должны иметь возможность легально родоразрешать своих подопечных в роддоме, что определенно будет оказывать положительное влияние на результаты родоразрешения. Как видно из опыта работы Иерусалимского Центра, акушерки могут даже состоять в штате роддома. Это позволит систематически повышать их профессиональный уровень, контролировать их работу. Такая система работы акушерок является напряженной и должна соответственно оплачиваться. Но, как показал опыт Германии — это вполне разрешимая проблема.

## Дискуссия

Возрастающая «акушерская агрессия», связанная со стремлением врачей активно управлять родами, игнорируя генетическую обусловленность этой функции и значение психической составляющей, дала импульс появлению и нарастанию в мире народного движения за домашние роды. Это альтернативное движение можно рассматривать как *способ интуитивной самозащиты женщины и защиты ею своего ребенка*. Не исключено, что это желание продиктовано *бессознательными*

(интуитивными) мотивами, и психологическими особенностями беременных женщин. В основе этого стремления могут лежать ряд факторов: (на бессознательном уровне) генетический страх родов и роддома, собственные перинатальные впечатления, сохранившиеся в памяти; (на сознательном уровне) восприятие негативной информации из окружающего социального поля, предшествующий опыт родов и т. д. Все это определяет высокую личностную тревожность со стремлением защиты себя и своего ребенка, а позитивная информация окружения об альтернативном способе родоразрешения становится определяющим в принятии решения о родах дома.

Сегодня мы находимся на новом витке в понимании родового процесса. Он, как и все, что связано с рождением, генетически обусловлен и обеспечивается многокомпонентной системой регуляции родовой деятельности и преобразования родовых путей при исключении активного участия психики. Изучение процесса раскрытия шейки матки в родах и ее послеродового восстановления обнаружило потрясающую сложность и тонкость молекулярно-генетических преобразований в шейке матки [2]. Природа мудро предусмотрела и создала *естественную антистрессовую (противоболевую) систему защиты матери и ребенка в родах* [1]. Она позволяет женщине родить своего ребенка самостоятельно без чьей-либо помощи. Это происходит и в наши дни в мало цивилизованных сообществах.

В цивилизованном же мире мы вынуждены особое значение у беременных и рожаящих женщин придавать *психической составляющей*, функционирующей на сознательном и бессознательном уровнях. Значение этой составляющей еще недооценено. Клинические наблюдения показывают насколько это хрупкое звено: изменение психики, внезапно появившаяся паника может заблокировать функцию систем организма и тем самым нарушить нормальное течение родов. Современная женщина, обремененная «генами страха» и перинатальной памятью своего собственного рождения, житейскими проблемами и огромным объемом негативной информации, в т. ч. о родах, должна быть подготовлена к ним психологически. А посему для акушеров и акушерок, сопровождающих роды в роддоме ли, на дому ли важны знания психологии, включая разделы, связанные с репродуктивным процессом. Можно ожидать, что с возрастанием у специалистов этих знаний проявления акушерской агрессии уменьшатся, и то лучшее, что имеется, в хорошо организованном общественном родовспоможении, будет сохранено. При этом нельзя исключить, что стремление некоторой части женщин к домашнему родоразрешению будет всегда.

Отсюда, логичнее было бы этим процессом управлять, и при принятии решения о допустимости родов дома следовало бы разработать *систему защиты* ребенка и матери, а также *акушерки*. Такая система с учетом мирового опыта (см. Интернет) могла бы включать в себя следующие положения:

1. К сопровождению домашних родов должны быть допущены *только* опытные дипломированные врачи-акушеры и акушерки.
2. Подготовка акушеров и акушерок, оказывающих помощь при домашних родах, должна включать психологические знания.
3. Сертификацию домашних акушерок следовало бы проводить 1 раз в 3 года, при этом всякий раз после курса повышения квалификации. При сертификации акушерки должны представить реферат с анализом своей работы, включающим 1–2 случая проблемных родов. Это позволило бы изучать опыт домашних родов, чтобы сделать их максимально безопасными.
4. Домашних акушерок следовало бы приписать к роддому, в который они имели бы возможность направлять *подготовленных ими женщин*, если, по их мнению, родоразрешение в домашних условиях опасно и им должна быть предоставлена возможность родоразрешать или участвовать в родоразрешении, курируемых ими женщин.
5. Должны быть определены показания к завершению родов в роддоме в случае появления отклонений в клиническом течении родов, проводимых дома.
6. Должны быть определены *противопоказания* к домашним родам, которыми акушерки будут руководствоваться в своей работе. При анализе домашних родов, завершившихся неблагоприятно, уже сейчас наметились противопоказания к их проведению: у женщин со сниженной функцией иммунной системы, высоко инфицированных, включая инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ, Стрептококк группы В, тазовое предлежание плода, неблагоприятная социально-психологическая обстановка дома (гражданский брак, возражения кого-то из домашних, отсутствие гигиенических условий) и у *неподготовленных к родам*.
7. Особое место в определении возможности домашних родов должны занять обязательная и своевременная *подготовка к родам и психологическая атмосфера* (доверие, искренность, авторитет) *в команде* (женщина, муж, акушерка, возможно, кто-то из домашних). Иными словами, *успех домашних родов* во многом связан с психологической и физической подготовкой к ним женщины и социально-психологической обстановкой вокруг них.

## Заключение

На современном этапе развития акушерства в родовспоможении доминирует «акушерская агрессия» (В. Е. Радзинский, 2011). По-нашему мнению, домашнее родоразрешение может рассматриваться как протестное движение. В основе его лежит интуитивная *самозащита женщины и защита ею своего ребенка* от возможной акушерской агрессии. Это проявление бессознательного женщины, и возможно, коллективного бессознательного. Опыт ряда стран (Голландия, Германия, Англия, США, др.), где разработан регламент работы домашних акушерок, свидетельствует о возможности *параллельного функционирования двух форм* сопровождения женщин в родах: в родильном отделении больницы и дома при условии законодательно утвержденного Положения об их взаимодействии. Не исключено, что современное движение в защиту домашних родов явится побудительным мотивом к изменению ситуации в родильных домах в сторону гуманизации, гармонизации, индивидуального подхода, в сторону психологической подготовки персонала. Необходимо иметь в виду, что общественное родовспоможение обладает огромным опытом, является хорошо отлаженной системой помощи в роддомах, услугами которых пользуется подавляющее большинство рожаящих женщин, а с учетом высокой частоты осложнений в родах именно в роддомах оказывается высоко квалифицированная помощь.

## Литература

1. *Брехман Г. И.* Существует ли природная противоболевая система защиты женщины и ребенка в родах? // *Жіночий лікар*. — 2011. — № 4(36). — С. 19–23.
2. *Брехман Г. И.* Шейка матки: преобразования в связи с родовым процессом // *Жіночий лікар*. — 2010. — № 6. — С. 77–83.
3. Домашние роды в России / Хасанов А. А. [и др.] // *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии*. Т. 1, вып. 1. — Казань, 1992.
4. *Пахнер Ф.* За жизнь матерей. Трагедия жизни И. Ф. Земмельвейса: пер. с чешск. — М., 1963. — 223 с.
5. Позиция пятого цвета у беременных женщин / Брехман Г. И. [и др.] // *Журнал практического психолога*. — 2003. — № 4–5. — С. 250–260.
6. *Радзинский В. Е.* Акушерская агрессия. — М.: Status Praesens, 2011. — 210 с.

### ■ Адрес автора для переписки

*Брехман Григорий Иосифович* — д. м. н., научный консультант, профессор, Междисциплинарный клинический центр Хайфского университета. Гора Кармель, Университет, Хайфа, Израиль.  
E-mail: grigorib@013.net.

7. *Campbell R., MacFarlane A.* Place of delivery: a review // *Br. J. Obstet Gynaecol.* — 1986. — Vol. 93, N 7. — P. 675–683.
8. *Eskes T. K.* Home deliveries in the Netherlands — perinatal mortality and morbidity // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* — 1992. — Vol. 38, N 3. — P. 161–169.
9. *Midwifery Today. Com., E-news, V. 1, Issue 29: Homebirth.* July 16, 1999. URL: [www.midwifery.ru/st/home\\_birth.htm](http://www.midwifery.ru/st/home_birth.htm). (дата обращения 05.09.2012).
10. *Goer H.* Obstetric myths versus research realities, a guide to the medical literature. — N. Y.: Bergin & Garvey, 1995.
11. *Kitzinger Sh.* Birth Your Way. Dorling Kindersley. — N. Y., 2002. — 208 p.
12. *Korte D., Scaer R.* A Good Birth, a Safe Birth. — London: Harvard Common Press, 1999.
13. *May Gaskin Ina.* Spiritual Midwifery. — N. Y.: Book Publishin Co, 1975. — 480 p.
14. Outcomes for births booked under an independent midwife and births in NHS maternity units: matched comparison study / Symon A. [ et al.] // *BMJ*. — 2009. — Vol. 338. — P. b 2060.
15. *Tew M.* Place of birth and perinatal mortality // *J. R. coll. Gen. Pract.* — 1985. — Vol. 35 (277). — P. 390–394.

Статья представлена Э. К. Айламазяном  
ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отта» СЗО РАМН,  
Санкт-Петербург

## HOME BIRTH AS A WAY OF PROTECTION BY WOMAN ITSELF AND OF HER CHILD

Brekhman G. I.

■ **Summary:** The growing obstetrical aggression as aspiration of the doctors actively to operate by labor in a combination with formal attitudes between the woman and accompanying man in labor have given a pulse to occurrence and increase in the world of alternative movement for home birth. From a position of perinatal psychology it could be considered as a display of a woman self-defence and her protection of the unborn child. The author discusses the significance of the mental factor in labor, and also in a choice of a place of delivery. He comes to the conclusion about an opportunity of parallel functioning of two forms of support of the women in labor: in maternity branch of hospital and home under condition of the legislatively authorized Rules about their interaction.

■ **Key words:** home birth; mental factor.

*Brekhman Grigori Iosifovich* — Doctor of Science, Scientific Consultant, Professor, Interdisciplinary Clinical Center of Haifa University, Israel. Mount Carmel, University, Haifa, Israel.  
E-mail: grigorib@013.net.