

Э.К.АЙЛАМАЗЯН

## РОДЫ В ВОДЕ

Кафедра акушерства и гинекологии  
Санкт-Петербургского государственного  
медицинского университета  
им. акад. И.П. Павлова

**Автор разделяет точку зрения,  
что люди - наземные  
млекопитающие и  
предназначены природой  
рожать на суше.**

О благотворном влиянии теплых ванн, оказывающих расслабляющее и обезболивающее действие, известно с античных времен. Давно известно и то, что погружение в теплую ванну может принести облегчение болей женщине, вступающей в роды. Однако понятие "роды в воде" появилось сравнительно недавно.

В России история "родов в воде" связана с именем И.Б.Чарковского, практикующего этот вариант родоразрешения с середины 60-х годов. В основе его деятельности лежит убеждение о меньшей травматизации головного мозга плода при родах в воде в связи со снижением градиента давления. Сведения о результатах И.Б.Чарковского и его последователей периодически публикуются в научно-популярных изданиях и в средствах массовой информации, как и отзывы женщин, рожавших своего ребенка (а некоторые и 2-3-х детей) в воде.

Около 30 лет пропагандирует роды в воде французский акушер М.Р.Оден, предлагая беременным женщинам рожать в бассейне клиники Питивье. Ему принадлежит первая на этот счет краткая публикация в научном журнале [Lancet, 1983, ii, 1476-1477]. М.Р.Оден считает роды в воде "более естественными" и "близкими к природе". Вряд ли можно с этим согласиться. Среди млекопитающих рождают потомство в воде киты, дельфины, гиппопотамы, т.е. виды, обитающие исключительно или преимущественно в водной среде и потому хорошо к ней адаптированные, чего нельзя сказать о человеке. С

этой точки зрения, роды в воде скорее следует назвать "неестественными". Можно привлечь во внимание и тот факт, что мы не знаем примеров родов в воде в какой-либо этнической группе или в племенах, сохранивших многие реликтовые обычаи. Нет таких примеров и в биологии близких к человеку видов животных, ареалом которых является суша.

Наиболее широкое распространение получили роды в воде в Великобритании, которая по числу родившихся таким образом детей (около 20000 в год) опережает другие страны. Бассейны для родов установлены почти в 80 английских стационарах, открыт специальный родильный дом с бассейном в каждой палате, организован прокат небольших резервуаров, предназначенных для родов на дому. Вместе с тем в некоторых странах Западной Европы, в том числе в Англии, многие местные власти наложили запрет на роды в воде после того, как стало известно о смерти нескольких новорожденных.

Публикации по вопросам родов в воде в научной периодике немногочисленны, нерепрезентативны, бездоказательны. Исключением является, по-видимому, единственная работа U. Aitweiber и G. Eldering, в которой проведено сравнение 250 родов в воде и 250 обычных родов. При оценке ряда показателей, характеризующих течение родов и их осложнения, достоверной разницы между группами авторы не выявили. Другие опубликованные работы отражают опыт проведения ро-

Журнал  
акушерства  
и женских  
болезней



дов в воде без какой-либо научной оценки материала.

Однако именно в силу скандально-сенсационной окраски интереса к родам в воде, достаточно широкой вовлеченности в дискуссию об их "пользе" и "вреде" средств массовой информации, научное исследование любого аспекта этого варианта ведения родов должно быть методологически и методически безупречным.

Выбор темы настоящей статьи обусловлен прочтением статьи проф. Н.А.Жаркина с соавт. «Водные роды - допустимость и целесообразность», с которой я познакомился в редакции журнала «Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов», где авторы с удивительной настойчивостью, достойной лучшего применения, доказывают целесообразность родов в воде.

У нас нет никаких сомнений в том, что авторы статьи руководствовались искренним желанием с научной точки зрения разобраться в проблеме, которая в последние 20-25 лет будоражит умы и эмоции значительный части населения.

Авторы взяли на себя труд обсуждать акушерские, перинатологические, анестезиологические и психологические стороны проблемы на основе результатов, которые нельзя признать научными ни при каких обстоятельствах. Учитывая, что Н.А.Жаркин и его коллеги продолжают начатое исследование, считаем необходимым высказаться по этому поводу более подробно.

Первое, что подрывает всю информационную базу статьи, это несопоставимость выделенных авторами групп рожениц и недостаточное обследование женщин, плодов и новорожденных.

Совершенно очевидно, что женщины, "настойчиво и осознанно" стремящиеся к более чем нетрадиционному способу родоразрешения, должны обладать существенными особенностями психоэмоциональной сферы, особым душевным настроением, с немалой в

ряде случаев долей фанатизма, полной или частичной утратой объективности восприятия. В работе нет указаний на результаты психологического тестирования беременных и рожениц, как, впрочем, нет указаний на его проведение в какой-либо из групп сравнения.

Судя по тексту публикации, в отделении для женщин, рожавших в воде, "были созданы специальные условия". Кроме ванны, сюда отнесены "мягкий приятный интерьер", спокойная музыка, иногда проведение гидромассажа, а также, надо полагать, наличие специально подготовленного и заинтересованного персонала. Все эти элементы физического, психического, эмоционального комфорта в контексте статьи следует оценивать как компоненты суггестивной терапии, которую в полном объеме получала одна группа женщин и которой была лишена группа сравнения. То же можно сказать о погружении в ванну (с гидромассажем или без него) как одним из эффективных методов физиотерапии.

Авторы указывают на проведение "предварительной теоретической и физической подготовки по специально разработанной программе" женщин, сделавших выбор в пользу родов в воде. Собственно, вся подготовка к ним у женщин соответствующего склада психики и личности это не что иное как оптимистическая суггестия. Какие приемы и способы психопрофилактической подготовки беременных к родам были использованы в группе сравнения осталось не известным.

При сравнении различных способов и/или вариантов родоразрешения все это может иметь первостепенное значение. Применительно к работе Н.А.Жаркина и др. недооценка принципов формирования групп сравнения привела к разрушительным последствиям: лишила материалы доказательной силы. Положение усугубилось и отсутствием должного обследования беременных и

рожениц, их плодов и новорожденных. Сыграл свою негативную роль и тот факт, что авторы не приводят сведений о проведенной терапии в группах обследованных женщин. Между тем крайне важным было бы знать, какие анальгетические средства использовали авторы, пути их введения, применялись ли только наркотические препараты (промедол) или они сочетались с бензодиазепинами, нейролептиками, спазмолитиками, при каком раскрытии шейки матки проводили обезболивание и по каким показаниям.

Для работы, целью которой является "оценка влияния водной среды на родовую деятельность, состояние матери, плода и новорожденного", абсолютно необходимы сведения о продолжительности родов и отдельно каждого периода, динамике раскрытия маточного зева, частоте, силе и форме схваток, характере родовой деятельности. Этих данных в статье не приводится.

По данным авторов, анальгетики назначали и женщинам, рожавшим в воде. Указано, в частности, что "использование анальгетиков ... сократилось на 22%". В таком случае, у женщин обеих групп следовало оценить реакцию гемодинамики на боль и обезболивание, провести соответствующие вегетативные и психологические тесты, в динамике определить уровни "гормонов стресса", опиатных пептидов, оценить боль по общепринятой 4-балльной шкале, оценить аффекторную, эффекторную, миоплегическую, седативную, анальгетическую и другие составляющие обезболивания. Сравнив все полученные данные, можно было бы вполне обоснованно судить о влиянии родов в воде на антиноцицептивную систему, о механизмах возможного обезболивающего эффекта пребывания роженицы в воде.

Работа, имеющая такую цель и такие задачи, которые поставили перед собой авторы, немыслима без сравнительной оценки параметров центральной и пери-

ферической гемодинамики, вентиляции и газообмена, кислотно-основного состояния крови и состояния маточно-плацентарного комплекса и, разумеется, внутриутробного плода, а затем новорожденного.

Справедливости ради надо сказать, что в статье есть указания на контроль "за состоянием плода во время нахождения роженицы в воде", однако результаты такого контроля практически отсутствуют. Не поддается осмыслению указание авторов на декомпенсированную гипоксию у 4 плодов, выявленную у них перед погружением матери в воду. Из текста следует, что одно только погружение женщины в воду (с температурой 36,5-37°C) привело к коррекции гипоксии у 3-х плодов и рождению их с оценкой 8-10 баллов по шкале Апгар. Что случилось с четвертым плодом и новорожденным осталось неизвестным.

Многие "технические" вопросы ведения родов в воде изложены крайне невнятно, что дискредитирует те немногочисленные цифровые материалы, которые приведены в статье.

Результаты проведенного исследования, вопреки утверждению авторов, нельзя признать удовлетворительными, т.к. они получены в работе, не обеспеченной методологически и методически. Ни один из приведенных в статье фактов научным фактом не является. Заключение о том, что "теплая вода оказывала благоприятное воздействие как на процесс родов, так и на состояние плода" носит эмоционально-умозрительный характер, ничем не доказано и свидетельствует только об увлеченности авторов "данной технологией". Н.А.Жаркин и др. предполагают продолжить свои наблюдения, считая роды в воде "перспективным направлением профилактики и лечения аномалий родовой деятельности и гипоксии плода". Их результаты можно будет обсудить, если работа будет отвечать требо-

ваниям, которые предъявляются к научным исследованиям (выделение репрезентативных групп обследования, адекватность методов обследования и контроля, их соответствие поставленным задачам, фактическая и статистическая достоверность).

Позволю себе несколько соображений по сути вопроса "роды в воде - допустимость и целесообразность".

Роды в воде - допустимы. Запретить их невозможно, при попытке это сделать они попадут в разряд акушерского андеграунда со всеми соблазнами "запретного плода".

Роды в воде женщин с особым складом личности возможны при их соматическом здоровье, физиологическом течении беременности, в условиях стандартной акушерской ситуации, в полностью оборудованном и обеспеченном стационаре с хорошо подготовленными кадрами, готовыми оказать всю необходимую медикаментозную и хирургическую помощь роженице, родильнице в случае возникновения экстремальных отклонений в ходе всех периодов родов. Иными словами, такие роды - далеко не для всех. В нашей стране речь может идти о 1,5-2 тысячах женщин в год, которые явочным порядком отвоевали право самим решать, каким образом они собираются рожать, и нашли акушера, акушерку или "духовную акушерку", согласившихся оказывать роженице помощь (а чаще - активно ее предложивших).

В ряде городов появились родильные дома, выдвигающие коммерческие предложения принимать роды в воде и оборудованные соответствующим образом.

К сожалению, безусловно большую часть рожениц составляют женщины, заведомо нацеленные на роды в воде в домашней ванне. Женщин, настроенных экстремистски и рожаящих в море, к счастью, было очень немного, буквально единицы за все годы существования "метода".

Женщины, рожаящие вне ста-

ционара, вызывают особую тревогу: свои решения они принимают в условиях дефицита или искажения информации. В силу склада своего характера и психики они отсекают от себя любую негативную или сдерживающую информацию. Это происходит даже тогда, когда она поступает к ним от тех самых медиков, которые предлагают свои услуги по родам дома, от обеспокоенных родственников, друзей и т.п.

Абсолютно противопоказаны роды в воде женщинам с клиническим несоответствием размеров головки плода и таза матери, с узким тазом, страдающим сахарным диабетом, болезнями сердечно-сосудистой системы, при наличии гестоза, выявлении предлежания плаценты, при наркотической зависимости. Вне воды должны быть завершены роды при дистонии шейки матки, риске развития гипоксии плода, крупном плоде, у неуравновешенных в психоэмоциональном отношении женщин.

Роды в воде - нецелесообразны. Такое заключение неизбежно следует за оценкой всех "за" и "против" родоразрешения в теплой воде. Здесь нелишним будет напомнить, что в специализированных учреждениях, поддерживающих методику родов в воде и оказывающие роженицам соответствующую помощь, меньше 30% женщин рожают непосредственно в воде. Абсолютно большая часть женщин находится в ванне/бассейне лишь до начала периода изгнания - для них декларируемые преимущества родов в воде исчерпываются анальгетическим и седативным эффектом теплых ванн (обычно в дополнение к медикаментозному обезболиванию) и безусловно положительным влиянием на родовую акт комфортной, индивидуально ориентированной обстановки, равно как и предварительной подготовки женщины к родам. Это действительно важные моменты для любой рожаящей женщины, но причем здесь "роды в воде"?

С другой стороны, длительное пребывание в воде с температурой 37°C может приводить к дилатации сосудов кожи и нижних конечностей, что чревато циркуляторным перераспределением крови в других органах, снижением системного АД и риском уменьшения плацентарной перфузии. Последняя может усугубляться нарушением теплоотдачи в связи с повышением потоотделения, потерей жидкости и - как следствие - увеличением вязкости крови. Крайне важно, что длительная гипертермия матери приводит к повышению температуры тела плода, которая в норме, как известно, на один градус выше материнской. Т.о., казалось бы, несущественное для матери повышение температуры тела может (особенно при нарушении теплового режима пребывания в ванне) нести серьезную опасность для жизни плода.

Важным аргументом в пользу родов в воде является снижение риска воздействия на плод наркотических анальгетиков, традиционно используемых для обезболивания родов. Это справедливо. Но и это преимущество реализуется достаточно редко - многие женщины, рожаящие в воде, судя по публикациям, все-таки получают медикаментозную поддержку, в том числе наркотические анальгетики.

Что касается гидравлической теории защиты плода от перепада давления на головку в родах и о продлении существования плода как бы в амниотической жидкости, то она в высшей степени механистична и критики не выдерживает. Достаточно сказать, что давление на головку плода при родах в воде снижается незначительно - на 30-40 мм вод.ст. Кроме того, органы брюшной полости перемещаются в результате гидростатического давления к диафрагме, что затрудняет дыхание.

Сторонники родов в воде, как правило, отрицают возможность первого вдоха ребенка под водой.

Мотивация проста - в своей практике они не наблюдали подобных случаев. Теоретическое обоснование этому они видят в том, что после рождения головки грудная клетка и легкие плода еще сжаты в родовом канале. При этом игнорируется реакция дыхательного центра на гипоксию, которая более чем возможна при нахождении новорожденного под водой даже в течение нескольких минут после рождения, при обвитии пуповины. Никогда нельзя исключать и риск начавшейся внутриутробной гипоксии во втором периоде родов.

Риск аспирации воды при родах в воде признается всеми - и сторонниками, и противниками метода. Известно, что внутриутробная аспирация амниотической жидкости плодом в результате "дыхательных" движений происходит всегда, она физиологична и является обязательным условием адекватного развития легких и их постнатальной функции. Во время нормальных родов амниотическая жидкость "выжимается" из бронхиального дерева плода. Даже при кесаревом сечении, когда этот процесс отсутствует, существенно нарушается последующая адаптация новорожденного к окружающей среде. В литературе описаны случаи расстройств дыхания и судорожные припадки у новорожденных после родов в воде. Их принято связывать - и справедливо - с попаданием водопроводной воды в организм младенца и развитием гемодилуции и гипонатриемии. Этот феномен получил название "fresh water drowning". Во избежание риска дыхательной депрессии при аспирации водопроводной воды С. N. Barry (1995) предложил заполнять ванны/бассейны физиологическим раствором. К настоящему времени экспериментальные обоснования этого предложения отсутствуют, результаты родов в физиологический раствор не опубликованы.

Мнение о возможности про-

длить адекватную плод-плацентарную циркуляцию при родах в воде надо признать глубоко ошибочным. Доказано, что оксигенация крови в плацентарных сосудах прекращается немедленно после рождения ребенка и сокращения матки, даже при продолжающейся пульсации пуповины.

В литературе, освещающей роды в воде, ставится, но должным образом не обсуждается вопрос о риске инфицирования матери и плода. А priori можно полагать, что такой риск есть, и он выше, чем при обычных родах. Соблюдение правил асептики и антисептики в родах в воде проблематично.

Важным моментом в обсуждении положительных и отрицательных сторон родов в воде является оценка кровопотери. Некоторые сторонники метода настаивают на том, что при родах в воде кровопотеря уменьшается. Мы затрудняемся объяснить такой эффект пребывания роженицы в теплой воде. Напротив, тепловое воздействие приводит к общей и локальной гипертермии, релаксации мускулатуры матки, что увеличивает вероятность кровотечения. Они считают также, что для опытных акушера и акушерки оценить объем кровопотери при родах в воде - не проблема. С этим трудно спорить. Но ведь и проблема состоит в другом: не упустить момент для своевременной диагностики гипотонического состояния матки с самыми грозными последствиями.

Риск возникновения редкого, но очень опасного осложнения - водной эмболии осознают практически все адепты родов в воде. Не случайно наиболее ответственные акушеры и акушерки рекомендуют покидать бассейн до рождения последа.

Вопрос вопросов любой дискуссии относительно родов в воде - невозможность обеспечить постоянный мониторинг за состоянием плода, адекватное объективное наблюдение за состо-

нием матери и динамикой родовой деятельности.

При возникновении многих осложнений в ходе родового акта "промедление смерти подобно". Пребывание роженицы в бассейне (и тем более в домашней ванне) при развитии экстремальных обстоятельств в родах может стать роковым или во всяком случае опасным и для нее самой и для плода. В нашей клинике только в 1997 году мы наблюдали двух родильниц, доставленных после родов в домашней ванне. У одной из них в послеродовом периоде развился тяжелый метрэндометрит, а ребенок серьезно пострадал от внутриутробной гипоксии и умер через несколько часов. У второй женщины произошла интранатальная гибель плода. Анализ событий показал, что при обычном ведении родов исход мог быть иным.

Мы полагаем, что роды в воде - это вид акушерской помощи, при которой опасность неблагоприятного исхода может превышать риск осложнений для матери и плода при обычном ведении родов. Его положительные стороны просто не сопоставимы с теми отрицательными последствиями, которые они могут за собой повлечь (и влекут).

Есть другой аспект проблемы, из-за которого мы считаем объявленную дискуссию полезной и своевременной.

При ближайшем рассмотрении причин "спроса" на роды в воде (по некоторым оценкам, интерес к ним существует у 5% женщин, планирующих беременность) оказывается, что среди них доминирует надежда на особое к себе отношение, постоянную поддержку со стороны медицинского персонала, родных и близких, в первую очередь мужа, во время родов. Большую роль играет и стремление избежать родовой боли, страха перед предстоящими событиями. Многие женщины указывают на то, что реальная возможность целые часы проводить в практическом одиночестве

в предродовой палате, куда доносятся звуки металлических инструментов, не всегда сдержанные замечания персонала родильного отделения, крики рожениц оказывает на них парализующее действие.

Все сказанное не имеет никакого отношения к родам в воде и всякого рода другим "акушерским новациям". Но это имеет самое прямое отношение к совершенствованию системы оказания всесторонней помощи беременной женщине, роженице и родильнице. Требуется повсеместное возрождение неформальной психопрофилактической подготовки женщины к родам. Необходимо более широкое использование физиотерапии, музыка- и цветотерапии, приемы которых хорошо известны, а в последнее время получили развитие и детализацию. Следует поощрять поиск и внедрение других способов положительного воздействия на психоэмоциональную сферу беременной и роженицы, повышающих комфортность ее пребывания в стационаре. Наконец, делом первоочередной важности надо считать повышение квалификации, в том числе в области психологии, всех, кто работает с рожаящей женщиной - акушеров, акушерок, медицинских сестер, санитарок. Формирование доверия к системе родовспоможения, освобождение женщин от обоснованных или необоснованных страхов - цели, далеко выходящие из руслу сугубо организационных мероприятий. Они включают в себя и внедрение новых научно обоснованных диагностических и лечебных акушерских и перинатальных технологий, и достойное содержание родильных домов, и воспитание медицинского персонала, и жесткий отбор кадров на самых первых, начальных этапах обучения в вузе, колледже, училище, и совершенствование их теоретической и практической подготовки.

Что касается родов в воде, то это, по нашему убеждению, ухо-

дящая, во всяком случае, преходящая мода, но никак не альтернатива классическому акушерству. Мы совершенно разделяем точку зрения президента немецкой Ассоциации перинатальной медицины J.Dudenhausen: "Люди - наземные млекопитающие и предназначены природой рожать на суше".