

Элисон Томпсон, Алина и Михаил Титовы

ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДЫ И НЕЖНАЯ МАТЕРИНСКАЯ ЗАБОТА

**МУДРОСТЬ И НАУКА О ВЫБОРЕ ЕСТЕСТВЕННЫХ ПУТЕЙ
БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ВОСПИТАНИЯ**



Михаил ТИТОВ

**Естественные роды
и нежная материнская
забота. Мудрость и наука
о выборе естественных путей
беременности, родов и воспитания**

«Издательские решения»

Титов М.

Естественные роды и нежная материнская забота. Мудрость и наука о выборе естественных путей беременности, родов и воспитания / М. Титов — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-858687-3

Единственным оправданием применения методов, ограничивающих автономию женщины, ее свободу выбора или ее доступ к ее ребёнку, явилось бы очевидное доказательство того, что эти нарушающие свободу практики приносят больше пользы, чем вреда. Если бы все вовлечённые в роды люди отнеслись к вышеизложенному серьёзно, то в отношении к родам могли бы произойти глубокие изменения. Роды — это дело женщины; это — дело нашего тела.

ISBN 978-5-44-858687-3

© Титов М.

© Издательские решения

Содержание

| | |
|---|----|
| Правовая информация | 7 |
| Что говорят люди | 8 |
| Важная информация | 10 |
| О книге | 11 |
| Предисловие | 12 |
| Введение | 14 |
| Глава 1. Поговорим о родах | 17 |
| Глава 2. Восторженные роды | 21 |
| Естественные роды и сопутствующий им вызывающий экстаз гормональный коктейль | 21 |
| Окситоцин | 23 |
| Синтетический окситоцин | 24 |
| Бета эндорфин | 25 |
| Адреналин и норадреналин | 26 |
| Пролактин | 28 |
| Оптимизация экстаза | 29 |
| Глава 3. Концепция инстинктивных родов и инструментарий | 30 |
| Роды как инстинктивный акт | 31 |
| Помощь нашим инстинктам | 32 |
| Соединение с землёй | 33 |
| Использование нашего тела | 34 |
| Движение внутрь | 35 |
| Инстинкт и энергия | 36 |
| Доверие нашим инстинктам | 37 |
| Танец рождения | 38 |
| В заключение | 39 |
| Глава 4. Исцеление родов – исцеление земли | 40 |
| Страсть | 41 |
| Любовь | 43 |
| Смирение | 44 |
| Сила | 45 |
| Глава 5. Роды лотос – ритуал для наших дней | 47 |
| Глава 6. Рождение Джейкобса в воду – нежное начало | 49 |
| Рождение Джейкоба | 51 |
| Глава 7. Рождение Эммы – сладкое и океаническое | 53 |
| Глава 8. Рождение Майи – семейный праздник | 56 |
| Глава 9. Домашние роды в Австралии – личный и политический аспект | 59 |
| Политические перспективы | 62 |
| Глава 10. Похвала нормальным родам | 64 |
| Глава 11. Предродовой диагноз – технологический триумф или ящик пандоры? | 67 |
| Ящик пандоры | 68 |
| Скрининг против диагностических тестов | 69 |
| Раннее обнаружение – раннее облегчение? | 71 |
| Ультразвук и затылочная полупрозрачность | 73 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| «Дивный» новый мир | 77 |
| Диагностика и рекомендации | 78 |
| Конец ознакомительного фрагмента. | 79 |

Естественные роды и нежная материнская забота

Мудрость и наука о выборе естественных путей беременности, родов и воспитания

Михаил Титов
Алина Титова
Элисон Томпсон

Дизайнер обложки Наталия (Vxagavat) Бабяк

© Михаил Титов, 2018

© Алина Титова, 2018

© Элисон Томпсон, 2018

ISBN 978-5-4485-8687-3

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Внимание: Информация в данной книге не подтверждена официальной медициной, а также администрацией по контролю продуктов и медикаментов, и она не призвана заменить услуги врачей и рекомендации квалифицированных медицинских специалистов. Все утверждения носят информативный характер. Беременным женщинам, а так же лицам, имеющим проблемы со здоровьем, настоятельно рекомендуется проконсультироваться со своим лечащим врачом перед тем, как начать приём любых натуральных препаратов, пищевых добавок или соблюдения какой-либо диеты. Авторы и издатели не несут никакой ответственности за неправильное использование предоставленной в книге информации.

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена, сохранена в поисковой системе или передана в любой форме, или каким-либо образом – электронным, механическим или другим – без предварительного письменного разрешения авторов.

Правовая информация

При создании этой книги мы пытались дать максимально полную и точную информацию, но мы не можем гарантировать её актуальность на данный момент, так как каждый день появляется всё более новая информация о лечении и профилактике заболеваний.

Авторы и издатели не несут никакой ответственности за ошибки, упущения или противоречивые толкования данного материала.

Любые обнаруженные неточности, неверные характеристики конкретных лиц, людей или организаций, опубликованных материалов – непреднамеренны и носят чисто информационный характер.

Эта информация не предназначена для использования в качестве источника медицинских, юридических, деловых, бухгалтерских или финансовых консультаций.

Всем читателям рекомендуется обращаться за консультацией к квалифицированным специалистам в соответствующих областях. Предлагаемые БАДы не являются лекарственными средствами.

Эта информация не обязывает читателя выполнять приведённые рекомендации или использовать предлагаемые методы, стратегии и идеи. Скорее, она носит информационно-популярный характер. Авторы не несут никакой ответственности за действия читателей, относящиеся к этой информации. При принятии любых решений в отношении собственного здоровья и благополучия используйте собственные суждения в сочетании с консультацией профессионалов.

Любые замечания, комментарии или упоминания организаций, или людей, совпадения с любыми персонажами – умершими или ныне живущими, реальными или вымышленными – являются непреднамеренными и используются только в качестве примера. Авторы не гарантируют никакой пользы для здоровья, роста доходов, получения трафика и прочих подобных ожиданий.

Читатели предупреждены о том, что должны иметь собственные суждения о своих конкретных обстоятельствах, чтобы действовать соответствующим образом.

Что говорят люди

«Я не встречал более глубокого анализа с полным документированием на основе научной литературы. Я хотел бы, чтобы каждый акушер, семейный врач и акушерская медсестра прочитали бы эту книгу. Кроме того, эта книга была бы замечательным учебником для женщин и семей, ищущих возможности улучшить роды». – Доктор Василий Грегг (перинатолог).

«Михаил и Алина – одни из немногих людей в этом мире, говорящих правду о беременности и родах. В этой книге представлено их детально разработанное исследование. Работа Школы Здоровья – настоящий подарок домашним акушерам и сообществу всех, кто имеет отношение к родам». – Карл Дрезден (акушер).

«Захватывающее, проникновенное и всестороннее исследование различных аспектов родов и материнской заботы, с привлечением доказательств и яркого личного опыта». – Алина Мерзлякова (автор, социальный антрополог).

«Я люблю эту книгу! Она восхитительно легко читается, вдохновляет и невероятно информативна. Вы говорите с женщинами нежным, но всё же убедительным голосом. В книге блестяще сочетаются мудрость ума и духа с медицинской информацией, возвращается осознанность и предоставляется путь к пробуждению. Ваши собственные личные истории создают мягкое любящее прикосновение. Спасибо». – Анна.

«Вы обеспечили нежную, и всё же сильную структуру для изменений, и я благодарна Вам». – Анжелика.

«Алина и Михаил собрали медицинский ум и мудрость рождающей женщины. Эта работа представляет собой целостную интеграцию этих „часто полярных“ реальностей. Данная работа открывает новые возможности для тех, кому посчастливилось её постичь». – Татьяна Васильевна (педагог; домашняя акушерка).

«Работа Алины и Михаила уникальна: как мать, Алина изящно демонстрирует, как наука подтверждает интуитивную мудрость материнской любви, так же как нежное воспитание работает практически, а не только в теории». – Лиза Мунелли.

«Эта книга – захватывающее чтение для всех акушеров, студентов-медиков и студентов акушеров, и для любого, кто заинтересован врождённой способностью женщин переносить беременность, схватки и роды, предоставляя им существенную информацию и представляя её таким путём, который возвращает женщинам мудрость и даёт знание тем, кто заботится о них». – Робин Томпсон (акушерка, Мельбурн)

«Ваша информация оказала решающее воздействие на принятие многих решений, которые мы сделали для нашей семьи, и мы очень благодарны Вам, как источнику нашего знания». – Юлия Кузнецова (духовная акушерка и мать двоих детей).

«Я первый раз в жизни рожала по всем правилам. До самых родов была на учете в женской консультации, доктор, которая меня вела, всегда говорила, что все идет благополучно и ребеночек нормально развивается. Но, в итоге, малыш родился мертвым. Это было такое горе, что не передать словами. Я уверена, что это врачебная ошибка, хотя доказать я этого не смогла. Тогда я решила действовать кардинально по другому. Мы купили книгу „Нежные роды“ и начали готовиться к зачатию, исходя из изложенных в книге рекомендаций. Ими же я пользовалась и во время беременности. Рожала дома и роды принимал муж. В результате нашей доченьке уже полгода и она полностью здорова». – Наталья.

«Очень познавательная книга, помогла нам с мужем полностью подготовиться к родам в домашних условиях. В ней приведены советы и рекомендации по разным вопросам. Благодаря этому мой страх исчез и все прошло отлично». – Татьяна Горемыкина.

Оставить свой отзыв и прочитать другие Вы можете на [этой странице](#).

Важная информация

Автор приложил все усилия, чтобы обеспечить точную информацию, но могут быть ошибки, упущения, и сведения, которые уже стали или скоро станут устаревшими. Эта книга не предлагается, как единственный источник информации, или замена акушерской или медицинской помощи. Хотелось бы, чтобы читатели расширяли свой кругозор в отношении этой проблемы и консультировались со специалистами, которые могли бы предоставить индивидуальную информацию и совет.

Автор и издатель не берут на себя обязательств и ответственности перед любым человеком или юридическим лицом относительно любой потери или повреждения, вызванными, или о которых утверждают, что они вызваны, прямо или косвенно, информацией, содержащейся в этой книге.

О книге

Беременность и роды могут быть восторженными, инстинктивными, удовлетворяющими и безопасными для Вас и Вашего ребёнка. Нежные роды и нежное воспитание обеспечивают прочную основу для здоровья и благополучия для всей семьи.

В этой книге доктор Элисон Томпсон и Школа Здоровья соединяет лучшие медицинские свидетельства с нежной материнской мудростью. Эти статьи, изданные на международном уровне, дают Вам достоверную информацию, вдохновение и поддержку, отвечая на Ваши важные вопросы:

- Действительно ли безопасно подвергать моего ребёнка воздействию ультразвука?
- Какие современные методы родовспоможения могут быть опасными для моего ребёнка и меня?
- Действительно ли естественные роды могут быть безопасными и экстатическими?
- Могут ли лекарственные препараты, используемые при родах, оказать воздействие на мозговое развитие моего ребёнка?
- Действительно ли это – хорошая идея консервировать пуповинную кровь моего ребёнка?
- Могу ли хорошо спать с маленьким ребёнком?
- Могу ли я действительно заботиться о своём ребёнке, не используя подгузники/пелёнки?
- Приносит ли пользу кормление грудью моему ребёнку старшего возраста?
- Как нежная дисциплина может помочь мне воспитать ответственных детей?

Элисон делится своими собственными историями родов, кормления грудью, сна и нежного воспитания, и её захватывающее исследование в области пользы и безопасности естественных, непотревоженных родов поддержано обширным медицинским исследованием.

«Элисон Томпсон – изумительна, потому что она – двуязычна. Она может говорить на языке матери, которая родила четверых детей дома. Она может также говорить, как врач. Смешивая язык сердца и научный язык, она приводит историю родов к радикальному и вдохновляющему новому руководству». – Мишель Одент, хирург, пионер естественных родов.

Предисловие

Её глубоко осведомлённое, авторитетное суждение невероятно необходимо в нашем тяжёлом времени, когда так много страха, невежества и путаницы окружает роды и принятие решения и организацию заботы о материнстве. Никогда не было так много поставлено на карту для рожавшей женщины, с точки зрения старого знания и мудрости, которые были забыты на протяжении многих десятилетий или более, если современные тенденции не будут поставлены под сомнение.

Во многих странах только люди средних лет и пожилые помнят то время, когда только у четырёх или пяти женщин из 100 – младенцы появлялись на свет посредством кесарева сечения.

– Как будущие поколения узнают, что невмешательство в роды более безопасно, чем хирургическое рождение?

– Женщины будущего будут верить сегодняшним активистам движения в поддержку естественных родов, или они будут верить акушерам, которые больше доверяют хирургическому вмешательству, чем физиологическим процессам, у которых есть свой собственный ритм?

Страх может подтолкнуть к принятию нерационального решения, и здесь мы имеем хороший пример этого явления в действии. Во многих частях мира женщины так боятся плана природы относительно схваток и родов, что они буквально требуют хирургического вмешательства, когда нет никакой медицинской причины, оправдывающей дополнительный риск для них и для их младенцев, обуславливающий такой хирургией. Нет никакого исторического прецедента для подобного явления. Мы наблюдаем массовую истерию, распространяющаяся по планете – довольно странное развитие, с учётом того, что оно наступило после второй волны женского движения, так как оно вовлекает женщин, которые боятся своих собственных маток.

Как ни странно, этот широко распространённый страх принуждает бесчисленное количество женщин соглашаться на умышленное *повреждение* своих маток кесаревым сечением, хотя мы обычно не говорим об этих действиях таким жёстким языком, который я только что использовала. Женщины, как и большая остальная часть нашего общества, не получают необходимого количества информации, чтобы полностью осознать риски многих из решений, которые они принимают относительно родов. В то время, как всё это продолжается, неразбериха становится ещё более глубокой, и молодым женщинам становится ещё труднее узнать о дарах и способностях своего тела.

Ужасные истории о родах можно теперь рассылать по всему миру со скоростью молнии через спутниковое телевидение и фильмы, так что в итоге установки, основанные на недостаточной информированности (многие из которых возникли первоначально в США), которые способствуют ещё большему количеству медицинского вмешательства в роды, переживаемые здоровыми женщинами, угрожают рассматривать древний способ родов, как эгоистичные или безответственные действия со стороны женщины, намеревающейся сделать этот выбор.

Большинство женщин не осведомлены, насколько важна независимость акушерской профессии, когда дело доходит до сохранения старой мудрости об истинных женских способностях в схватках и родах. Когда акушерки больше не могут уважать женское право переживать схватки, так долго, сколько они естественно продолжают, и когда основные показатели жизнедеятельности их и их младенцев хороши, в том месте, которое они выбрали для родов; когда акушерки в больнице вынуждены разделять своё внимание на нескольких женщин, переживающих схватки, в оживлённом подразделении, предназначенном для материнства; когда студенты – акушеры и врачи имеют возможность наблюдения нормального физиологического

процесса схваток во время их обучения – мы теряем значимость родов, шаг за шагом, и мифы становятся ещё более приоритетными по сравнению с физиологической реальностью.

Вот то, что делает работу Элисон Томпсон и Школы Здоровья настолько авторитетной и интригующей. Они знают медицину, благодаря медицинскому образованию и опыту. Но в отличие от 99% медицинских коллег они также знают роды без применения лекарственных препаратов так, как может знать только тот, кто испытал это. Они оживили своё образование самым реально возможным способом – рожая дома четыре раза. Один только этот факт говорит красноречивее всяких слов.

Это знание находится в душе, но они также знают, где оно подтверждается научными исследованиями, на которые Вы можете положиться. Вы найдёте изобилие источников информации в этой книге по каждому предмету, обсуждаемому в связи с беременностью, дородовым диагностическим тестированием, родами, различными практиками родовспоможения, кормлением грудью, отниманием от груди, заботой о детях и нежной дисциплиной.

Молодые феминистки, Вы слышите? Помните, здесь у нас есть врач, который фактически знает больше, и имеет более широкий диапазон опыта, чем таковые из её профессии, кто не соглашается с нею, те, кто самостоятельно никогда не испытывал способность своего тела рожать. Феминизм о храбрости и силе, и праздновании женской власти. Истинный феминизм уважает женщину, которая находит в себе силы рожать без применения лекарств или ненужного вмешательства. Немного женщин, у которых есть такой опыт, уйдут, не поддержав веру в создателя, который, как утверждают некоторые, сознательно создал женские тела, плохо спроектированные для того, чтобы родить. Скорее, намного более вероятно, они получают новое уважение к прежде скрытым и таинственным способностям своего тела.

Ина Мей Гаскин, для матерей, младенцев, отцов и семей всюду.

Введение

Семена для этой книг были посеяны в блаженные дни и недели после рождения моего сына, Джейкоба Патрика. Рождение Джейкоба, мои третьи роды дома, было интенсивным и всё же обычным, стимулирующим, но радостным, и в конечном счёте восторженным и удовлетворяющим. Когда я держала моего новорождённого в своих руках, мне было жаль, что каждая мать, ребёнок, отец и семья не могут быть также благословлены родами.

С этим желанием я начала писать. Моя первая статья, «Поговорим о родах» была опубликована в «Эидж», Мельбурне, в 1996, и была обновлена как первая глава этой книги. В этой статье задаётся вопрос: почему роды рассматриваются в нашей культуре в таком негативном свете, и как может мы, как женщины и как культура, извлечь пользу от исправления отношения к родам?

В те годы, которые последовали за рождением Джейкоба, я надолго отошла от своей работы как семейный врач, получив больше возможностей исследовать свой путь, как матери, и описать свой опыт. Я стала особенно интересоваться исследованиями связи между биомедицинскими перспективами и нежными подходами к родам и материнской заботе, и это стало краеугольным камнем моего труда.

Я была взволнована, обнаружив, что многие нежные роды и методы воспитания, которые я инстинктивно выбрала – например родив дома и приняв моего ребёнка, и выбрав направляемое ребёнком кормление грудью – подтверждались доказательствами от науки, антропологии, психологии и эволюционной медицины. Я чувствовала, что родители имеют право знать это, так, чтобы они могли отличить общественное неодобрение от подлинных рисков, когда они будут оценивать свой выбор воспитания и родов.

Я также узнала, что все ещё стоят главные вопросы, например, о безопасности ультразвука в отношении долговременных последствий; и что не хватает глубоких исследований в отношении долговременных последствий почти любой медицинской процедуры в период беременности и родов. Я узнала, что вопреки убеждениям медиков переживания и опыт матери во время беременности и родов могут иметь решающие и, возможно, оказывающие воздействие на всю жизнь последствия для самой матери и её ребёнка, что выдвигает на первый план важность нежной, любящей заботы о женщине в период беременности, родов и материнства.

В ходе моих исследований я также узнала об эволюционной мудрости совместного сна и долгосрочного кормления грудью, и врождённой способности младенцев сообщать их своих потребностях, и всё это вдохновляло и поддерживало меня как мать. Также я выяснила из прочитанного и из моих наблюдений и собственного опыта, насколько глубокий отпечаток оставляют роды и ранее материнство на развитии ребёнка и семейных отношений.

С рождением моего четвёртого ребёнка Майи Роуз в 2000, я получила опыт родов такой, какой, возможно, имели наши праматери: роды – как чистый инстинкт и наслаждение. Этот удивительный опыт вдохновил меня посмотреть на экстаз рождения с научной точки зрения, и я начал разрабатывать материал по восторженным и безмятежным родам, который Вы найдёте здесь, и который был первоначально опубликован в журнале Мадеринг.

В этой книге Вы найдёте сборник моих лучших статей, написанных с 1996 до 2005. Почти все эти статьи были ранее представлены в профессиональных публикациях и публикациях по воспитанию, и я был тронута мощным потоком обратной связи. Многие из Вас, моих читателей, связались со мной, чтобы сообщить мне, насколько моя работа поддержала Вас в Вашем путешествии к статусу родителя. Профессионалы родов были благодарны за то, что они могут теперь ссылаться на позитивные доказательства своих нежных подходов, и многие попросили разрешения распространить мои статьи их клиентам и контактам.

Каждая статья была обновлена для публикации в этой книге. По этой причине Вы можете обнаружить некоторые повторения из моих любимых тем в книге, особенно в отношении информации о гормональных родовых системах, которую я рассматриваю как один из самых сильных аргументов за нежные роды.

Вы можете также заметить в этих обновлениях, что я использовала смесь австралийского, британского и американского правописания и терминов, что отражает мою международную аудиторию, и что, я надеюсь, по крайней мере, покажется Вам разумно терпимым.

Первая часть книги сосредотачивается на нежных подходах к беременности и родам. Информация, представленная в этом разделе содержит описание некоторых моих собственных событий в период беременности и родов. Здесь описаны домашние роды Эммы, моего первого ребёнка, которая родилась почти на месяц раньше срока (так же, как и следующий), роды в воду Джейкоба, моего третьего ребёнка, который родился почти на три недели позже предполагаемого срока, и рождение без помощи (и также удивительное) (наполовину в воду) Майи, моего четвёртого ребёнка. Рождение Майи легло в основу статьи «Экстатические Роды», также представленной в этом разделе.

Рождение моего второго ребёнка Зои, потребовавшее самого большого напряжения сил, сфокусировало все мои размышления об инстинктивных родах. Эта статья включает много идей и инструментов, помогающих подготовиться к родам. Моё вдохновение реализовалось в создании популярного эссе «Исцеление родов, исцеление Земли». Рождение Зои также упомянуто в моих статьях о практике родов в позе лотоса и домашних родах.

В середине книги «Нежные Роды – Доказательства» рассмотрены беременность и роды с медицинской и научной точек зрения, обеспечивая существенную и обеспеченную многочисленными ссылками информацию, поддерживающую осведомлённый и нежный выбор. Я включаю статьи об ультразвуке и предродовой диагностике, потому что я чувствую, что родителям вообще не дают достаточно точную информацию, которая позволила бы сделать осведомлённый выбор в отношении этих новых технологий. Я также выражаю своё беспокойство по поводу возможных отдалённых физических и эмоциональных побочных эффектов как для родителей, так и для потомства. В эссе по аналогичной тематике «Оставление без вмешательства» исследуется возможность осложнений в результате раннего зажима пуповины (включая операцию с пуповиной), которая опять же редко обсуждается с родителями, но может оказать решающее влияние на мать и ребёнка.

Основной темой этого раздела и книги в целом является моя статья «Безмятежные Роды: проект Матери природы безопасных, лёгких и экстатических родов». Это – расширение моего ранее опубликованного материала по экстатическим родам, и характеризуется обилием научных исследований, которые подтверждают экстаз и эволюционную мудрость нежных родов. Я также детально описываю некоторые из возможных последствий потревоженных родов с интенсивным контролем и с медицинскими вмешательствами. Сила этой статьи заключается в обширном материале (и я постоянно нахожу ещё больше!) и в его резонансе со многими женскими глубинными воспоминаниями о родах, и с опытом тех, кто поддерживает безмятежные роды.

Мой собственный опыт снова вдохновил меня рассмотреть медицинские заключения о рождении ребёнка ножками вперёд и о домашних родах и прийти к заключению, что доказательства поддерживают женщин, которые хотят сделать нежный выбор в этих областях. В этом разделе представлены подтверждённые ссылками факты о кесаревом сечении, которые помогут женщинам сделать информированный выбор, когда им будет предложено это серьёзное вмешательство в роды.

В заключительном разделе, «Нежная материнская забота», представлены мои любимые статьи о выборе нежного воспитания. Для родителей – новичков есть введение о воспитании привязанности к родителям и совместном сне, с информацией, которая гарантирует безопас-

ный сон в любой обстановке. Я также исследую такие варианты, как управляемый крик в статье «Обретение Хорошего Ночного Сна», и делюсь своим собственным опытом, как совместно с ребёнком спящий родитель.

Вы можете также прочитать о моём почти 15 летнем (в сумме) опыте кормления, и о преимуществах длительного кормления грудью для матери и ребёнка. «Материнство, Внимательность и Попочка Ребёнка» описывает удивительный процесс выращивания моего четвёртого ребёнка без подгузников/пелёнок. Я также делюсь сведениям о том, как йога помогла мне в беременности и материнстве, и надеюсь вдохновить и поддержать больше мам, занимающихся йогой!

«Нежная материнская забота» заканчивается практической информацией о воспитании, о том, как поддерживать нежную дисциплину. Этот материал может быть применён к детям любого возраста, но он особенно релевантен в возрасте двух – десяти лет.

Роды и материнство действительно благословили меня, и в свою очередь я передаю это благословение Вам через эту книгу. Может быть Вы станете вдохновлёнными, информированными, питаемыми и поддержанными тем, что Вы читаете, и может быть Ваше родительское положение приобретёт прочный и нежный фундамент, основанный на инстинкте, мудрости и любви.

Глава 1. Поговорим о родах

Роды – это женская проблема, роды – проблема власти, поэтому роды – феминистская проблема. Моя логика может быть правильной, но проблема родов была на последнем месте в феминистской повестке дня в странах Запада в течение нескольких лет, далеко позади вопросов, таких как равные возможности, сексуальное домогательство, политика секса, аборт и обнажённое изображение тела (называю только некоторые).

Феминизм выступал поборником решения множества других женских проблем со здоровьем и сопротивлялся медикализации менопаузы, другому главному ритуалу, свойственному развитию нашей культуры. Однако, как мне кажется, не было никакого эквивалентного анализа родов.

Всё же большинство женщин в нашей культуре рожают в определённое время своей жизни, и для большинства это их первый опыт в качестве пациента больницы, с потерей независимости, предполагаемой наличием этой роли. Многие будут испытывать конфликт между собственными желаниями, потребностями и представлениями, и подходом «лучше делать так», который производит медикализация родов.

Этот медицинский подход, который, я верю, отражает безумное увлечение нашей культуры технологиями вообще, не принёс пользу рожаящим женщинам.

В Австралии один из самых высоких показателей хирургических родов (кесарево сечение, щипцы или вакуумные роды) в мире: в 2002, 37.8% рожаящих женщин испытали хирургические роды¹. В России показатель кесарева сечения около 20%² и эта цифра постоянно растёт³:

«В результате роды кесаревым сечением делают больше, чем у половины женщин в России. (кое где до 2/3) Причём, не спрашивая рожениц. Объяснение одно: „по медицинским показаниям!“ Всё! А если у кого не делали кесарево, так это упущение акушеров. Слишком быстро сама родила».

В США в 2002 году 32% – приблизительно одна из трёх – женщин родили с помощью хирургии⁴, и этот показатель был почти идентичен (33%) в Великобритании⁵ и в Канаде (34.9%)⁶ в 2002—3. В Квинсленде, Австралия, показатели кесарева сечения в частных больницах (которые обслуживают приблизительно одну треть рожаящих женщин) приближаются к 50%⁷, в то время, как рекомендации всемирной организации здравоохранения – 10 – 15%⁸.

Даже женщины, у которых были так называемые нормальные роды, испытывали существенные вмешательства. В одном исследовании первородящих матерей в Мельбурне в 1997 было обнаружено, что только девять женщин из 242 родили совершенно без любой медицинской помощи во время схваток и родов⁹. В США, согласно авторам обзора 2002:

¹ Laws PJ, Sullivan EA. Australia's mothers and babies 2002. Perinatal statistics series no.15. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit; 2004.

² Как беременные разучились рожать. В Европе и Америке все больше женщин рожают путем кесарева сечения не по состоянию здоровья, а по личному выбору. Алина Маркова.

³ О пагубном влиянии медицинской экономики на демографию в РФ.

⁴ Martin JA, et al. Births: Final data for 2002. National vital statistics reports. Hyattsville MD: National Center for Health Statistics, 2003.

⁵ Department of Health. Statistical bulletin: NHS maternity statistics, England: 2002—3. London: DoH, 2004.

⁶ Canadian Institute for Health Information. Giving Birth in Canada. Ontario: CIHI, 2004.

⁷ Queensland Health. Perinatal data collection quarterly report, Anonymous Private Hospital, Jan to March 02. Brisbane: Queensland Health, 2001.

⁸ World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2 (8452):436—7.

⁹ Fisher J, et al. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. Aust N Z J

«... не было фактически никаких „естественных родов“ среди матерей, которых мы обследовали. Даже матери, у которых были вагинальные роды, испытали огромное количество медицинских вмешательств¹⁰».

И всё это происходит там, где население считается чрезвычайно здоровым, где по крайней мере 70—80% женщин должны рожать без вмешательства.

Как врач и мать, я спросила себя, почему женщины допускают подобную ситуацию. Почему образованные, ясно излагающие свою точку зрения женщины, которые умеют бороться за свои права в своей личной и профессиональной жизни, всё-таки принимают столь высокие уровни вмешательства, которые характеризуют эту группу в особенности?

Почему мы, по крайней мере, не защищаем себя и своих младенцев, в то время, когда наука обнаруживает то, что матери знали в течение многих лет: то, что новорождённый ребёнок – очень разумное существо, обострённо чувствительное к своему эмоциональному и физическому окружению; и то, что ребёнок испытывает во время схваток и родов – например, воздействие лекарств – могут иметь пожизненные последствия¹¹?

Возможно, женщины полагают, что в этой сфере необходимы улучшения. В конце концов, во многих странах есть теперь центры родов; даже при том, что они политически сомнительны почти по каждой позиции, спрос на общественные центры родов опережает предоставление больше, чем в семь раз¹², и до двух третей женщин, использующих центры родов, может быть переданы опеке во время схваток до родов¹³.

Опека над схватками выглядит более удобной и домашней, с позволяемым присутствием отцов – даже желаемым – во время схваток и родов. Однако, косметические изменения не гарантируют обеспечение низко-технологической философии, и присутствие отца при родах может вызывать смешанные чувства.

Некоторые мужчины могут быть встревожены и напуганы, видя своих партнёров в изменённом эндорфинами состоянии, которое является естественным для испытывающей схватки женщины, и возникает из-за высоких уровней этих естественно производимых анестезирующих химических веществ. Было даже высказано предложение, что увеличение использования эпидуральной анестезии для облегчения боли происходило параллельно появлению мужчин в родовой комнате, что является тонким отражением давления на женщин, заставляя их вести себя более «обычно» в процессе схваток.

Возможно, нехватка энтузиазма в отношении родов также отражает наши малочисленные семьи и нашу занятую работой жизнь, которые не вызывают каждому из нас достаточных побуждений к усовершенствованию. О плохом опыте родов можно забыть в интенсивности ранних месяцев, и затем мы снова возвращаемся к своим карьерам, где мы чувствуем себя безопасно, и жизнь кажется более предсказуемой. Все же я чувствую огромное разочарование и боль, которые испытывают матери в связи с родами. Когда я была беременна, я заметила, что другие женщины рассказывали мне только негативные истории о своём собственном опыте родов. Также меня удивляла послеродовая депрессия, которая случалась с каждой пятой жен-

Psychiatry 1997; 31 (5):728—38.

¹⁰ Eugene R. Declercq et al. Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. Conducted January—February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive® in partnership with Lamaze International. 2007.

¹¹ Jacobson B, et al. Opiate addiction in adult offspring through possible imprinting after obstetric treatment. Br Med J 1990; 301 (6760): 1067—70.

¹² Health Department Victoria. Having a Baby in Victoria: Final Report of the Ministerial Review of Birthing Services in Victoria. Melbourne: Health Department Victoria, 1990.

¹³ Hodnett ED, et al. Home-like versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Syst Rev 2005 (1):CD000012.

щиной, и которую австралийские исследователи связывали с щипцами, кесаревыми сечениями¹⁴ и ранним разделением матери и ребёнка¹⁵.

Однако, я не защищаю один какой-либо особый тип хороших родов, даже роды без вмешательства. Удовлетворение женщины своим опытом родов связано больше с её причастностью к принятию решения, чем с результатом¹⁶. Но женщины нуждаются во всей информации, чтобы принять обоснованное решение, и поэтому необходимо, чтобы доктора и акушерки уделали время выслушиванию и объяснению, и чтобы женщины и их партнёры взяли на себя свою долю ответственности.

Этот информированный подход к родам – предписание для более низких уровней гражданских судебных разбирательств, которые в настоящее время пугают акушеров, заставляя их прибегать к практике обороны и вмешательства, что не приносит пользы ни докторам, ни женщинам.

Этот подход также подразумевает, что родителям можно доверять в принятии правильных решений, и является принципиально новым уходом от патерналистских отношений, распространённых в акушерстве. Это приветствуется также потому, что множество современных акушерских методов не подтверждены доказательствами эффективности или соотношением затраты-выгода. Например, анализ на основе фактических данных, основанный на результатах лучших международных исследований, показывает, что модели заботы, приоритетные в женском выборе, такие как домашние роды и попечение только акушерки, столь же безопасны, как и обычная акушерская забота, показывая высокие показатели удовлетворения^{17, 18}.

Потребители теперь имеют доступ к информации на основе фактических данных благодаря работе находящегося в Великобритании Кокрейн Коллэборэйшн. Эта группа производит регулярно обновляемую книгу Справочник по Эффективной Заботе о Беременности и Родах¹⁹, и их информация доступна на веб-сайте библиотеки Кокрейн²⁰, который находится в бесплатном доступе во многих странах. Оба ресурса обеспечивают превосходную основу, с которой можно сделать выбор пути родов, где угодно в мире.

Возможно, самый захватывающий аспект акушерского ухода на основе фактических данных – это возможность институциональных изменений. Мюррей Энкин, один из авторов Справочника по Эффективной Заботе о Беременности и Родах, заявляет:

«Единственным оправданием применения методов, ограничивающих автономию женщины, ее свободу выбора, или ее доступ к ее ребёнку, явилось бы очевидное доказательство того, что эти нарушающие свободу практики приносят больше пользы, чем вреда.

Если бы все вовлечённые в роды люди отнеслись к вышеизложенному серьёзно, то в отношении к родам могли бы произойти глубокие изменения²¹».

Роды – это дело женщины; это – дело нашего тела. И наши тела действительно удивительны, начиная с наших ежемесячных циклов до нашей приводящей в трепет врождённой

¹⁴ Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. Med J Aust 1992; 157 (3):172—4.

¹⁵ Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother—infant interaction. Br J Obstet Gynaecol 2001;108 (10): 1068—75.

¹⁶ Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynaecol 2002; 186 (5 Suppl Nature): S160—72.

¹⁷ Waldenstrom U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105 (11):1160—70.

¹⁸ Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. Cochrane Database Syst Rev 2000 (2):CD000352.

¹⁹ Enkin M, et al. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2000.

²⁰ Cochrane Collaboration. The Cochrane Library: John Wiley, 2005 www.thecochranelibrary.org

²¹ Enkin M, et al. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2000, p 486.

способности рожать. И все же в нашей культуре я не вижу уважения к этим экстраординарным функциям: вместо этого мы соблюдаем диеты, делаем упражнения, злоупотребляем, скрываем, и вообще наказываем наши тела за то, что они не приближаются к нереалистичному и недоступному идеалу.

Эта нехватка доверия и заботы о наших телах может отнять у нас уверенность в нашей способности рожать. Наоборот, опыт феноменального потенциала наших рожаящих тел может дать нам устойчивое понимание нашей собственной силы, как женщины.

Рождение – начало жизни, начало материнства и отцовства также. Все мы заслуживаем хорошего начала.

Глава 2. Восторженные роды

Естественные роды и сопутствующий им вызывающий экстаз гормональный коктейль

Женщина рождает своего второго ребёнка – быстрые роды на заднем сидении автомобиля по пути к больнице. «Это был», – она говорит, «абсолютный восторг».

Четвёртый ребёнок рождается, неожиданно ножками вперёд, в семейной ванне. Мать, которая ловит своего собственного ребёнка, описывает минуты после родов, как «самое чистое счастье».

Четвёртый ребёнок рождается, неожиданно ножками вперёд, в семейной ванне. Мать, которая ловит своего собственного ребёнка, описывает минуты после родов, как «самое чистое счастье».

В небольшой клинике во Франции молодая мать рождает своего родившегося ногами вперёд ребёнка без лекарств или вмешательства. Оператор Би-би-си спрашивает ее, полчаса спустя, как она себя чувствовала, когда вытолкнула своего ребёнка. Она отвечает решительно в камеру: «Это было похоже на оргазм».

Эти правдивые истории отражают аспект родов, который почти неизвестен нашей культуре; тот, который противоречит убеждению нашей культуры, что роды – это травмирующий опыт. Экстаз, который испытали эти впервые рождающие матери, не только возможен: это – часть процесса родов, внутренне присущая ему. Восторженные роды сохраняли процветание нашего вида больше двух миллионов лет, связывая матерей и младенцев в любви и наслаждении, и вознаграждая новых матерей за их важную роль в воспроизводстве.

В небольшой клинике во Франции молодая мать рождает своего родившегося ногами вперёд ребёнка без лекарств или вмешательства. Оператор Би-би-си спрашивает ее, полчаса спустя, как она себя чувствовала, когда вытолкнула своего ребёнка. Она отвечает решительно в камеру: «Это было похоже на оргазм».

Эти правдивые истории отражают аспект родов, который почти неизвестен нашей культуре; тот, который противоречит убеждению нашей культуры, что роды – это травмирующий опыт. Экстаз, который испытали эти впервые рождающие матери, не только возможен: это – часть процесса родов, внутренне присущая ему. Восторженные роды сохраняли процветание нашего вида больше двух миллионов лет, связывая матерей и младенцев в любви и наслаждении, и вознаграждая новых матерей за их важную роль в воспроизводстве.

Экстаз – опыт, который переводит нас в область вне (экс) нашего обычного состояния (статус) – является генетическим проектом родов каждой женщины. Этот проект включает выделение экстатического коктейля гормонов, химических посыльных нашего организма, которые высвобождаются из средней части мозга во время схваток, достигая максимума в момент рождения. Эти гормоны включают окситоцин, гормон любви; бета – эндорфин, гормон удовольствия и трансцендентности; адреналин и норадреналин (эпинефрин и артеренол), гормоны возбуждения и борьбы-или-бегства; и пролактин, гормон нежной материнской заботы.

Вызывая чувства любви, удовольствия, трансцендентности, возбуждения и нежности, этот гормональный коктейль также ответственен за многие из фактических процессов схваток.

Окситоцин, например, является гормоном, который заставляет матку испытывающей схватки женщины сокращаться, и адреналин/норадреналин катализирует заключительные сильные сокращения в конце естественных схваток. Гармоническое сочетание этих гормо-

нов также предоставляет важные гарантии безопасности матери и ребёнку. Например, адреналин/норадреналин обеспечивает защиту ребёнка от сильных сокращений последнего этапа схваток и, после рождения, окситоцин действует таким образом, чтобы предотвратить маточное кровотечение.

ОКСИТОЦИН

Окситоцин известен как гормон любви, потому что он выделяется нашей гипофизарной железой, находящейся глубоко в нашем среднем мозгу, во время секса, оргазма, родов и кормления грудью, также, когда мы дотрагиваемся друг до друга, обнимаемся и вместе едим. Когда наши уровни окситоцина высоки, мы чувствуем любовь и позитивное отношение к другим.

Во время естественных схваток уровень окситоцина в организме женщины постепенно увеличивается, достигая пика в момент рождения. Этот пик окситоцина – самый высокий в ее жизни – происходит из-за растяжения ее более низкого влагалища, по мере того, как ее ребёнок спускается вниз, и вызывает сильные сокращения, которые помогут ей родить её ребёнка настолько эффективно, насколько это возможно.

В организме ребёнка также увеличивается количество окситоцина в процессе схваток, также достигая максимума в момент рождения. В минуты после рождения, и мать, и ребёнок насыщаются окситоцином, гормоном любви. И будут наслаждаться увеличенными уровнями окситоцина через контакт кожа-к-коже и контакт глаза в глаза и посредством первых попыток ребёнка сосать грудь. Высокие уровни окситоцина в это время также помогут матери в высвобождении от плаценты ее ребёнка, и защитят ее от кровотечения, сохраняя ее матку сокращённой. Окситоцин – важный гормон соединения для всех млекопитающих, и уровни окситоцина в организме ребёнка остаются повышенными в течение, по крайней мере, четырёх дней после рождения.

При кормлении грудью окситоцин вызывает усиление рефлекса отторжения (или выделения молока), и уровни окситоцина, выделяемого гипофизарной железой матери, пульсируют пока ребёнок сосёт грудь. В течение месяцев и лет кормления грудью, окситоцин продолжает сохранять мать хорошо упитанной и расслабленной. Антистрессовые эффекты окситоцина, которые становятся заметны в период беременности, как выяснилось, сохраняются в течение нескольких месяцев после отнятия ребёнка от груди.

Синтетический окситоцин

Окситоциновый комплекс, разработанный, чтобы помочь схваткам и способствовать возникновению любви и связи после родов, больше всего страдает в результате медикализации родов. В Австралии почти половине переживающих схватки женщин вводят синтетический окситоцин (Синтоцинон/Питоцин), чтобы вызвать или усилить (ускорить, увеличить) их схватки. В США 38 процентов женщин имеют индуцированные или усиленные лекарством схватки, и приблизительно 20 процентов женщин в Великобритании имеют схватки, вызванные действием препаратов; большинство индуцирующих препаратов имеют в своём составе Синтоцинон.

Это может создать существенные проблемы для матери и ребёнка. Во-первых, когда женщина получает Синтоцинон внутривенно каплями (IV), уровни окситоцина в ее кровотоке могут стать намного выше, чем она естественно произвела бы в процессе схваток. К тому же Синтоцинон вводят непрерывным IV вливанием, тогда как естественный окситоцин выпускается пульсациями. По обеим из этих причин IV Синтоцинон делает сокращения матки женщины более длительными, более сильными и сближенными, чем она испытывала бы при естественном процессе, и все эти факторы могут обеспокоить ребёнка.

Американская активистка движения за естественные роды Дорис Ер говорит:

«Ситуация походит на удерживание младенца под поверхностью воды, разрешая младенцу выходить на поверхность, чтобы хватать воздух, но не дышать».

По этим причинам каждая женщина, получающая Синтоцинон, является объектом непрерывного контроля, чтобы диагностировать патологическое состояние плода. Патологическое состояние плода подразумевает, что ребёнок не получает достаточно кислорода и должен немедленно получить помощь – обычно посредством кесарева сечения – чтобы избежать повреждения головного мозга и смерти.

Вторая проблема с Синтоциноном состоит в том, что он не может, по физиологическим причинам, поступить из кровотока назад в мозг. Это означает, что он не может достичь среднего мозга испытывающей схватки женщины, и поэтому не может действовать как гормон любви. Однако, он может вмешаться в естественную систему окситоцина матери и ребёнка другими способами.

Например, существуют убедительные доказательства того, что у женщины, которой вливали Синтоцинон в период схваток, повышается риск кровотечения после родов. Это происходит из-за сверхвозбуждения рецепторов окситоцина в ее матке, что вызывает их количественное уменьшение и неспособность ответить соответственно (прекратить кровоточить) в критические минуты после родов.

Пионер движения за естественные роды Мишель Одент полагает, что функционирование системы окситоцина, которая все ещё развивается в ребёнке во время рождения, отражает нашу способность любить себя и других. Одент предположил, что корни многих из проблем нашего современного общества – наши эпидемии наркомании и подросткового самоубийства, например – могут быть прослежены до широко распространённого и беспрецедентного вмешательства посредством введения окситоцина матерям и младенцам во время родов. Его теория, мощный обвинительный акт таким методам, как стимулирование и усиление схваток, все более и более поддерживается научными исследованиями окситоциновой и других гормональных систем мозга. (Для получения большей информации об этом, см. главу 13, «Непотревоженные роды».)

Бета эндорфин

Бета эндорфин – природный опиат, со свойствами, аналогичными свойствам других опиатов (препаратов, полученных из опийного мака), таких как героин, морфий и петидин (меперидин, Димерол), и, как известно, действует в тех же самых областях мозга. Бета эндорфин, подобно окситоцину, выделяется гипофизарной железой, расположенной в средней части мозга, и его уровни высоки во время секса, беременности, родов и кормления грудью.

Бета эндорфин, как и другие опиаты, вызывает естественное облегчение боли (обезболивание) так же, как и чувства удовольствия и близости. Уровни бета эндорфина увеличиваются в процессе схваток и достигают своего пика в момент рождения. Бета эндорфин помогает испытывающей схватки женщине трансцендентировать боль и войти в изменённое состояние сознания, которое свойственно естественным родам. После рождения высокие уровни бета эндорфина усиливают взаимосвязь и наслаждение от общения между матерью и ребёнком. Бета эндорфин также выделяется во время кормления грудью.

Системы бета эндорфина также подвергаются вмешательству посредством медикализации родов, особенно с помощью препаратов, оказывающих воздействие на схватки. Как и в случае с окситоцином, уменьшающие боль лекарства могут быть даны в качестве компенсации недостатка гормонов, которые испытывающая схватки женщина естественно выделила бы, если бы она чувствовала себя в безопасности и спокойно. Использование опиальных препаратов, таких как петидин, уменьшает естественную секрецию женщиной бета эндорфина, уменьшая помощь, которую её организм мог бы ей оказать в момент стресса, создаваемого схватками, и уменьшения ее чувства удовольствия и трансцендентности в момент родов.

Долгосрочные осложнения такого вмешательства плохо исследованы, но то, что мы знаем наверняка, вызывает серьёзную озабоченность. Шведский исследователь доктор Бертил Джэйкобсон изучил отчёты о родах 200 опиальных наркоманов и сравнил их с отчётами родов, их не употребляющих наркотики родных братьев. Он нашёл, что если матери получали опиаты, барбитураты (которые больше не используются при схватках) и/или газ окиси азота во время схваток, особенно в многократных дозах, то их потомство, скорее всего, будет наркотически зависимым во взрослой жизни. Например, если мать получила три дозы опиатов в схватках, ее ребёнок, почти в пять раз более вероятно, станет зависимым от опиальных наркотиков, когда станет взрослым. Подобное исследование было недавно проведено с американским населением, с очень подобными результатами.

Адреналин и норадреналин

Адреналин – гормон борьбы-или-бегства и норадреналин (эпинефрин и артеренол) являются частью семьи гормонов, названных катехоламинами (СAs), и они выделяются организмом в ответ на стрессы, такие как голод, страх и холод. Стимулируя симпатическую нервную систему для борьбы или бегства, СAs также вызывают чувства возбуждения, такие, которые мы могли бы испытать во время экстремальных видов спорта, или поездки на американских горках в парке с аттракционами.

Во время естественных схваток уровни СА в организме женщины постепенно повышаются. Однако, если она будет бояться, ей будет холодно, она будет голодна или ей будет чрезмерно больно, то её организм выделит противоестественно высокие уровни СА, которые могут подействовать на ее мозг, уменьшая секрецию окситоцина. Это заставит сокращения её матки замедлиться или даже остановиться. Высвобождение СА также заставит кровоток отклониться от ее матки и ребёнка, к её многочисленным группам мышц в подготовке к борьбе или бегству. Такая реакция СА увеличивает безопасность животных, рождающих в дикой местности, которые, чувствуя угрозу, нуждается в задержке схваток и в мускульной энергии, чтобы убежать.

Инстинктивная реакция СА продолжает действовать в современной обстановке родов. Например, когда испытывающую схватки женщину перевозят из её собственной знакомой домашней обстановки в больницу, то непривычность окружения может вызвать чувство беспокойства. Она может ощутить, на инстинктивном уровне, что она (или ее ребёнок) – в опасности, и ее схватки могут замедлиться или даже остановиться. Это реагирование по типу борьба-или-бегство может также уменьшить кровоснабжение ее матки, ухудшая состояние её ребёнка.

Однако, задача этих гормонов – приносить пользу и матери, и ребёнку на заключительном этапе схваток, когда уровни СА естественно увеличиваются, особенно уровень норадреналина. У матери этот гормональный скачок может активизировать то, что назвали рефлексом отторжения эмбриона. Это отторжение начинается во время перехода первой стадии схваток во вторую, и это даёт матери всплеск энергии; она станет настороженной и обычно стремится принять вертикальное положение. У неё могут быть сухость во рту и частое дыхание и возможно, желание схватить что-нибудь. Она может выражать страх, гнев или возбуждение, и скачок СА в это время будет, как это ни парадоксально, увеличивать секрецию окситоцина.

С высокими уровнями окситоцина, и СА, матка матери сможет произвести несколько очень сильных сокращений, и женщина родит своего ребёнка быстро и легко. Такие драматические, но все же лёгкие роды необычны в нашей культуре, потому что реакция отторжения эмбриона возникнет только, если женщина чувствует себя в уединённой, безопасной обстановке, и её схватки не нарушены. Эмбриональное отторжение часто происходит, например, с матерями, которые рожают прежде, чем приезжают в больницу.

Для ребёнка схватки – также возбуждающее и стрессовое событие, и уровни СА в организме ребёнка повышаются в то время, когда схватки прогрессируют. Высокие СА – особенно норадреналина – на последнем этапе схваток гарантируют ребёнку защиту от нехватки кислорода (гипоксии), которая возникает, когда сокращения матки достигают пикового значения. Высокие уровни СА помогают сохранять кровоток направленным к самым важным органам ребёнка – мозгу и сердцу – и сделать все ткани ребёнка более устойчивыми к низким уровням кислорода.

Уровни СА достигают своего пика как раз перед рождением ребёнка; это называется скачком катехоламинов. Этот гормональный скачок обеспечивает хорошую подготовку ребёнка к жизни вне матки, поднимая в крови ребёнка уровни сахара и жира, которые являются важным топливом для мозга новорождённого. Высокие СА также очищают лёгкие

ребёнка от жидкости; способствуют повышению температуры; стимулируют функционирование сердечной и дыхательной систем и делают ребёнка более бдительным и отзывчивым при первом контакте с матерью. Гормон норадреналин, как известно, является важным гормоном взаимосвязи у других млекопитающих, и почти наверняка у человеческих матерей также.

Пролактин

Пролактин, гормон нежной материнской заботы, также достигает максимума в момент рождения и в организме матери, и в организме ребёнка. Пролактин, как известно, играет важную роль в реорганизации мозга матери, гормонов и поведения при подготовке к материнству. Согласно Мишелю Оденту, присутствие пролактина в экстагическом гормональном коктейле гарантирует, что чувства любви, удовольствия, трансцендентности и возбуждения будут направлены к ее ребёнку.

После родов пролактин – главный гормон синтеза грудного молока. Пролактин также присутствует в грудном молоке и предполагается, что он важен для оптимизации мозгового и нейроэндокринного (мозгового гормонального) развития растущего ребёнка. Поскольку наш человеческий мозг не достигает полного развития на протяжении нескольких лет, то это новое открытие даёт научное обоснование длительному кормлению грудью.

Оптимизация экстаза

Испытывающая схватки женщина должна чувствовать себя находящейся в уединённой, безопасной и спокойной обстановке, так чтобы она могла войти в изменённое состояние сознания, которое гарантирует гладкое и безопасное гармоничное сочетание её экстатический родильных гормонов. Идеальные условия для родов подобны таковым для любовных ласк или медитации, но любое место можно заблаговременно преобразовать (много подушек и ткани) в удобное гнездо для родов.

Экстастические роды также более вероятны, когда выбранная сиделка понимает эти главные потребности и будет уважать выбор женщины. Это подразумевает установление доверительных отношений с целостно мыслящей сиделкой во время беременности, схваток и родов. Акушерка – идеальный человек, способный оказать такую высококачественную и персонифицированную заботу.

Осуществление выбора, который увеличивает наши возможности для ощущения экстаза, как описано, увеличивает безопасность и лёгкость родов. Такой выбор также оптимизирует наш переход к материнству, потому что он увеличивает секрецию гормонов материнской заботы.

Наши младенцы также получают пользу, испытывая более нежный и безопасный переход из матки в мир, к тому же полные процессы схваток и родов важны для включения их собственных физических и гормональных функций.

Роды являются, в конечном счёте, таинственным и непредсказуемым процессом, хотя так же, как и наши женские тела, заслуживающим доверия. Результат родов не может быть гарантирован ни в какой ситуации, но «роды», как говорится, «столь же безопасны, как жизнь». И так же, как мы доверяем нашим лёгким, чтобы сделать следующий вдох, и нашему сердцу, продолжающему качать кровь, так же мы можем доверять нашим инстинктам, телам и нашим младенцам в процессе родов.

Глава 3. Концепция инстинктивных родов и инструментарий

инстинкт [instinkt] *сущ.* – врождённые и необъяснимые способности к специфическим реакциям, поведению и т.д.; сложный шаблон действий, происходящих в целом в ответ на стимул; естественный, непродуманный импульс или ответ.

инстинктивное [instinktiv] *прил.* осуществляемое инстинктивно; ненамеренно²².

Концепция Родов ясно представилась мне в период в несколько месяцев после того, как я родила Зою, моего второго ребёнка. Когда я размышляла о проблемах, с которыми я столкнулась во время схваток и увидела свой опыт, и сами Роды, как огромный многогранный кристалл. Я увидела, что различные аспекты рождения Зои, как грани кристалла, не будут составлять в целом одну ясную картину, но будут отражаться под многими различными углами.

Для меня каждый из этих изящных аспектов был достоин многих месяцев размышления, или альтернативно я могла отступить и оценить красоту и цельность Родов и моего собственного опыта. Я также увидела, что можно перефразировать поэта Уолта Уитмана:

«Роды могут противоречить себе, потому что они обширны, они содержат множество», и что я не могу ожидать рациональности или даже последовательности, когда я стараюсь объединить мой опыт.

Это видение возвращается ко мне, когда я думаю о некоторых более сложных и спорных аспектах родов. Я вижу всех нас, с нашими уникальными событиями, верованиями и навыками, как различные части – аспекты, если Вам нравится – этого кристалла родов. Хотя мы, возможно, не разделяем один и тот же самый взгляд на роды, различия в наших суждениях необходимы и наши диалоги – важны.

²² Garmonsway G. The Penguin English Dictionary. 2nd edn. Middlesex: Penguin, 1969, p 390.

Роды как инстинктивный акт

Когда я думаю об инстинктивных родах, я представляю себя захватывающей один или более аспектов этого кристалла родов. С моей точки зрения, как семейного врача и автора книги о нежных и безмятежных родах, я могу сказать, что роды, по существу, – инстинктивный акт; то есть,

«...сложный образец действий, происходящих в целом в ответ на стимулы».

Как врач я знаю, что важные гормоны, такие как окситоцин, гормон любви; эндорфины, гормоны удовольствия и трансцендентности; эпинефрин/норадреналин (адреналин/артеренол), гормоны возбуждения; и пролактин, гормон материнской заботы, все естественно производятся и конструируют «тщательно продуманный образец действий» в родах и инстинктивном поведении материнства у людей, так же как у млекопитающих.

Как и другие млекопитающие, человеческие матери, также, нуждаются в безопасном и личном пространстве, так чтобы наши инстинктивные схватки и роды могли развернуться с непринуждённостью. Иногда я представляю, насколько трудно было бы беременной кошке или обезьяне родить в большой, ярко освещённой комнате, окружённой незнакомцами, как это делает сегодня большинство испытывающих схватки женщин.

Превосходные результаты в клинике Мишеля Одента в Писивересе, Франция, где женщины рожали в тихих, полутёмных и частных условиях, выдвигают на первый план важность безмятежной окружающей среды²³. При этих обстоятельствах, испытывающая схватки женщина может пренебречь своей охраной, отключая свою высшую мозговую деятельность и открываясь «непродуманным импульсам» её инстинктов.

Но если я взгляну под другим углом, я могла бы также спросить:

«Намного ли роды менее инстинктивны, чем, например, питание или занятия любовью?»

Мы все жёстко запрограммированы, чтобы выполнять эти приятные действия, но наша жёсткая запрограммированность не гарантирует лёгкое пищеварение, экстагический секс или инстинктивные роды. И существует много женщин, у которых была идеальная окружающая среда – дом, полный любви и поддержки, например – которые всё-таки столкнулись с трудностями и нуждались в помощи в процессе родов. (Это, может быть, явилось следствием негативных представлений нашей культуры и отсутствия нормальных родов более, чем у нескольких поколений). Так что, когда я заявляю, основываясь на одной точке зрения, что роды являются инстинктивным, я нахожу противоречия.

²³ Odent M. Birth Reborn. 2nd edn. London: Souvenir Press, 1994.

Помощь нашим инстинктам

Я могу вообразить свой диалог с моей подругой Винтергрин, наставницей по работе с телом и разработчицей Розового Комплекта²⁴, у которой другой ценный ракурс в рассмотрении этой проблемы. Винтергрин сказала бы мне, что роды, может быть имеют и инстинктивную природу, как секс, но мы можем научиться рожать так же, как мы можем научиться быть хорошими любовниками.

Она согласилась бы, что важно учитывать внешние обстоятельства родов, но она также сказала бы, что мы можем влиять и на наши внутренние обстоятельства, учась работать с нашим рожаящим телом. Она могла бы упомянуть важность внутренней работы Розового Комплекта – мультимедийного комплекта, который помогает нам изучить наши собственные тела, постигая нашу анатомию, массировать себя внутренне в процессе подготовки к родам, и чувствовать своё влагалище во время последних стадий беременности и схваток.

Эти инструменты неоценимы, помогая нам поддерживать связь с нашим собственным телом – которое, даже в момент родов, может рассматриваться, как область профессионалов – и способствует развитию инстинктивного характера родов в любой обстановке, которую мы выберем.

Я вижу и другие уровни, которые необходимо очистить, чтобы быть в состоянии родить инстинктивно. Этот аспект родов – который я могу приписать своему другу, директору Международного Колледжа Духовного Акушерства Шивам Рачана²⁵, и который был подтверждён опытом многих женщин – внимательно всматриваться в наш прошлый опыт и верования, все из которых сохранены в наших телах, и концентрироваться на освобождении нас эмоционально, физически и духовно для родов.

Здесь мы можем использовать телодвижение, консультации/психотерапию, перерождение, работу с телом, йог и другие методы воздействия, чтобы убрать все эмоциональные и психологические проблемы, которые могут возникнуть у нас в процессе схваток и родов. Например, консультация/психотерапия была моим союзником при рождении моего первого ребёнка, Эммы; и компакт-диск с медитацией Ошо: Дыхание Чакр, которое комбинирует дыхание и движение, был превосходной подготовкой к моим последующим родам. Очищение было очень сильным аспектом в моих родах Зои, и я поняла, ретроспективно, насколько травмирующее воздействие на мой собственный детский опыт оказало рождение моей младшей сестры, сместив меня на второй план.

²⁴ Common Knowledge Trust. The Pink Kit; Essential preparations for your birthing body. Nelson New Zealand: Common Knowledge Trust, 2001.

²⁵ International College of Spiritual Midwifery. Melbourne: www.womenofspirit.asn.au.

Соединение с землёй

Мы – также существа Земли, и наши тела нуждаются в земном питании, чтобы быть эффективными в любом инстинктивном действии. Хорошая пища – очень важный аспект инстинктивных родов, что подтвердит Вам любой животновод.

Австралийский натуропат и автор Франческа Найс приписывает большую часть наших современных трудностей в схватках и родах к «плохой» пище, и, конечно, верно, что наши современные диеты совершенно не полезны и не переполнены питательными веществами, в которых нуждаются наши тела и наши младенцы. Её книги, написанные совместно с Джанет Робертс, включая Естественный Путь к Лучшим Младенцам²⁶; Естественный Путь к Лучшим Родам и Соединению²⁷; и в США – Здоровые Родители, Лучшие Младенцы²⁸, содержат ценную информацию о том, как помочь нам улучшить наш опыт родов и долговременное здоровье наших младенцев посредством оптимизации питания.

Существуют также более глубокие уровни нашей связи с Землёй. Некоторых женщин беременность побуждает работать в саду или совершать пешие прогулки, путешествовать или просто пристально смотреть на пейзаж земли и неба. Все эти действия помогают нам стать сонастроенными Земле, нашей великой матери, и учат нас уважению и любви к естественному порядку.

Если мы хотим родить инстинктивно, мы можем подготовиться, начиная жить более инстинктивно. Мы можем, например, приложить усилия, чтобы меньше привязывать свою жизнь к часам, что британская активистка движения за естественные роды Шейла Кицингер называет

«... неоценённым технологическим вмешательством, которое оказывает главное нарушающее воздействие на поведение во время родов²⁹».

Когда мы живём без часов – или просто прекращаем носить часы – нам легче быть созвучными нашим собственным инстинктивным и сонастроенным с Землёй ритмам, которые намного более мягкие у матерей и младенцев.

Духовные веры и практики – другой важный аспект беременности и родов. В практическом смысле, вера помогает нам верить в наши тела и в роды, и молитва – красивый способ подготовиться к родам и материнству. У систем верований, которые уважают женский так же, как и мужской принцип, есть специальное место в моём сердце, поскольку я вижу, с духовной точки зрения, какой большой вред женщинам может нанести религия, которая не в состоянии уважать женское тело и женские права. История также дала нам наших богинь родов и святых, от Артемиды до Марии (которая родила без помощи и в окружении млекопитающих), чтобы напомнить нам, что роды – естественный и инстинктивный акт для всех женщин.

²⁶ Naish F, Roberts J. The Natural Way to Better Babies: Preconception Health Care for Prospective Parents. Sydney: Random House, 1996.

²⁷ Naish F, Roberts J. The Natural Way to Better Birth and Bonding. Sydney: Doubleday, 2000.

²⁸ Naish F, Roberts J. Healthy Parents, Better Babies: A Couple's Guide to Natural Preconception. Freedom CA: The Crossing Press, 1990.

²⁹ Kitzinger S. Sheila Kitzinger's letter from Europe: the clock, the bed, the chair, the pool. Birth 2003; 30 (1):54—6.

Использование нашего тела

Что можно сказать в отношении того, как мы используем наши тела? Можем ли мы действительно рожать инстинктивно, если мы не можем использовать наши тела свободно? Если мы не можем сесть на корточки; если наши задние мышцы слабы от слишком длительного сидения; и если наши младенцы не будут иметь оптимальное положение из-за нашего образа жизни и неправильных способов, с помощью которых мы обычно используем наше тело, то как мы можем ожидать, что роды будут гладкими и инстинктивными?

Физическая подготовка – жизненный и важный аспект подготовки к инстинктивным родам, который помогает нам открыться «специфическим реакциям» наших инстинктов через, например, различные позы и положения.

Упражнения Активные Роды Джанет Бэлэскас³⁰, оптимальное расположение эмбриона³¹, Розовый Комплект и/или предродовая йога, например, являются превосходными инструментами для этого. У этих форм подготовки к родам есть общие черты техники работы над телом; когда мы потягиваемся, мы также «потягиваем» наши внутренние верования и чувства, потому что наше тело и наш ум неотделимы.

Может быть трудно вне родильной комнаты понять, насколько глубоко мы можем войти в тело во время родов. Для меня было одной из самых сильных вспышек осознанности рождение моего первого ребёнка, Эммы, и я была очень благодарна [своей йоге](#), которая так красиво учила меня «хомуту» (как переводится слово «йога»), то есть соединению моего тела и ума.

Обращение с нашим телом нежно во всём, что мы делаем, доброжелательное общение с нашим телом, и удаление, очень тщательное, отрицательных суждений о женских телах, которые настолько распространены в нашей культуре – эти простые методы помогут нам сохранить веру в нашу способность родить инстинктивно, поддерживая нас в беременности и в течение тяжёлого периода схваток.

³⁰ Balaskas J. Active Birth: The new approach to giving birth naturally. Revised edn. Boston: The Harvard Common Press, 1992.

³¹ Sutton J, Scott P. Optimal Foetal Positioning. Tauranga New Zealand: BirthConcepts, 1996.

Движение внутрь

Во время беременности мы должны войти глубже в наш ум, наше тело и наше настроение, чем когда-либо прежде. Мы можем обнаружить, что появятся воспоминания, отношения и события, которые мы раньше не осознавали. Это может вызвать замешательство и бросить нам вызов. К счастью, они обычно возникают постепенно на протяжении беременности, давая нам время, чтобы мы могли рассмотреть их, переварить и переработать. Посвящать время нашей внутренней работе во время беременности важно, поскольку это очистит нас для схваток и родов.

Эта внутренняя работа может быть такой простой, как ведение журнала, размышления о своём эмоциональном состоянии. Сны могут также быть неоценимым ресурсом для нашей внутренней жизни, и наши сны во время беременности могут быть особенно яркими и конкретными. Я рекомендую записывать и размышлять над любыми запомнившимися Вам снами; Вы можете даже усложнить их своей фантазией (придумать историю, или «задремав» далее со сном) или нарисовать, разукрасить или вылепить их. Юнговская методика состоит в том, чтобы взять каждый элемент сна, от живых до неодушевлённых объектов, и обдумать, какой аспект Вас представлен каждым элементом.

Так же, как проводить уединённую внутреннюю работу, мы также должны общаться с нашим партнёром, если это уместно, сохраняя сонатроенность и гармонию. Партнёр может оказать нам ценную поддержку и дать обратную связь – и иногда это очень полезная проверка, как обстоят дела в реальности! Близкий друг, врач или акушерка могут предложить подобную поддержку или, если мы настолько удачливы, круг общения (или мастерская) с подругами или разумными женщинами может обеспечить нас пространством, в котором мы сможем разделить и испытать наши самые глубокие чувства. Например, Рачана и её Женские семинары Мистерий (Мельбурн, Австралия)³² оказывают превосходную поддержку в исследовании внутренней работы в период беременности.

Я также использовала художественные работы во время своей беременности Зоей, заполнив пять книг огромными пастельными мандалами (рисунки, основанные на круге). Они теперь – замечательный отчёт, и Зоя может видеть картины, которые я нарисовала, с ней в моем животе, и они гораздо более личный – и более красочный – отчёт, чем ультразвуковые фотографии. Удивительно сравнивать рисунки моих четырёх младенцев и видеть, как в моих простых картинах часто точно отразились мои размышления об их характере и развитии. Например, я обнаружила себя, рисующей.

Майю с тщательно нарисованным сердцем, на начальных стадиях беременности, во то время, когда развивалось её физическое сердце.

Вы можете прочитать больше об этом подходе в замечательной книге Роды Изнутри³³, и также есть некоторые красивые и вдохновляющие доступные журналы, посвящённые беременности. Я предлагаю Вам избегать фактических отчётов о Вашем теле и о ребёнке, и прислушаться, как это ощущается – исследовать и учиться доверять Вашему собственному внутреннему знанию.

³² Women's Mysteries 5 day workshops. www.humantransformation.com.au

³³ England P, Horowitz R. Birthing From Within: An extraordinary guide to childbirth preparation. Albuquerque NM: Partera Press, 1998.

Инстинкт и энергия

Многие умные женщины (и мужчины) заметили, что наши отношения с нашими любимыми – мощные факторы, и аспекты, родов. Ина Мей Гаскин, например, верит, что:

«...если женщина не похожа на Богиню в момент родов, то кто-то неправильно с ней обращался».

В её книге Духовное Акушерство³⁴, есть много историй об акушерках, изменяющих энергию родов, часто между матерью ребёнка и отцом, чтобы помочь процессу родов.

Другое озарение Ины Мей, в отношении родильной энергии, – это то, что энергия, которая привела к возникновению ребёнка, может помочь вывести ребёнка. Мы можем использовать её мудрость и позволить нам свободное выражение эмоций, особенно любви и сексуальности, с нашими партнёрами в процессе схваток, если чувствуем, что это правильно. Как я описываю в части 2 и 13, «Экстатические Роды» и «Безмятежные Роды», роды и занятия любовью способствуют выделению больших количеств окситоцина, гормона любви, и этот гормон (и всё, что пробуждает наслаждение, чтобы он был выделен), может, конечно, активизировать медленные или заторможенные схватки.

Другими основными отношениями, которые могут повлиять на энергию родов и на нашу способность рожать инстинктивно, являются отношениями между матерями и дочерьми, особенно если мать присутствует при родах. Я слышала, что женщины рассказывали, что они не могли родить, пока их мать не покинула комнату – и есть другие, для которых верно противоположное.

Наконец, в своей книге «Предродовая йога и естественные роды³⁵», Джиннайна Парвати Бейкер советует нам выбирать наших помощников тщательно, потому что (она уверена) роды не пройдут легко, если у кого-нибудь из присутствующих в родильной комнате нет веры в способность женщины родить.

³⁴ Gaskin IM. Spiritual Midwifery. 4th edn. Summertown TN: The Book Publishing Co, 2002.

³⁵ Baker JP. Prenatal Yoga and Natural Childbirth. 3rd edn. Berkley: North Atlantic Books, 2001, p 90.

Доверие нашим инстинктам

Я открыла ещё один мощный аспект инстинктивных родов во время рождения моего четвёртого ребёнка без помощи, и это – перспектива, отражённая во многих историях о родах без помощи или свободных родах. Во время схваток при родах Майи у меня было тонкое осознание её тела во мне и того, на какой стадии схваток я нахожусь. Для меня это было ясно, потому что у меня не было никаких наблюдателей или помощников, и поэтому я доверяла своим собственным инстинктам и знанию тела. Многие женщины рассказывали подобные истории о том, как они следовали своим инстинктам и интуиции, когда не было никакой доступной помощи. Например, во сне во время беременности Лора Шэнли узнала, как ей родить её младенца, выходящего ножками вперёд без помощи³⁶; и сын Леилы Маккрэкен застрял в плечиках на несколько минут, но после этого легко родился с одним огромным сокращением³⁷.

Многие женщины рассказывали мне, много лет спустя, о том, что они сожалеют, что они не действовали в соответствии со своими инстинктами во время беременности и родов, а соглашались с мнением эксперта. Я прихожу к заключению, что, так же, как мы были естественно избраны для осуществления нашей физической способности рожать, мы – и все наши праматери – были наделены избранными точными инстинктами и интуицией в родах.

Это делает роды настолько безопасными, насколько это возможно, и также говорит нам, что мы должны внимательно прислушиваться к своим женским внутренним чувствам во время беременности, схваток и родов. Этот интуитивный аспект родов может быть легко затуманен, особенно когда мы обусловлены получать информацию с внешней стороны – медицинские и технологические тесты – загромождающую наши собственные внутренние знания.

Также мы можем лучше ощущать инстинкты нашего тела, когда мы полностью населяем его. Это может быть вызовом нашей чрезмерно интеллектуальной культуре; однако, простое осознание того, что эти интуитивные мощности существуют, может способствовать пробуждению наших инстинктов и интуиции.

³⁶ Shanley LK. Unassisted Childbirth. Westport CT: Bergin & Garvey, 1994.

³⁷ McCracken L. Resexualizing Childbirth. Coquitlam BC: Birthlove, 2000.

Танец рождения

Роды – также инстинктивный акт для всех младенцев млекопитающих. Другими словами, наши младенцы знают, как вести себя. Это верно для младенцев во всех положениях, активное участие которых в процессе родов удивительно наблюдать. Например, в статье «Женщина, Рождающая младенца вперёд ножкам³⁸» акушерка из Новой Зеландии Мэгги Бэнкс представила фотографии рождающегося вперёд ножками ребёнка, который, родившись до талии, делал движения ножками, как при езде на велосипеде, в промежутках между схватками, что помогало ему опускаться устойчиво и легко.

Мой третий ребёнок, Джейкоб, когда ему было два года, показал мне, как он отталкивался ножками, чтобы «родить себя [в] воду». Некоторые люди называют это «танцем рождения», и это напоминает нам, что есть два партнёра, и инстинктивно нацеленных на роды, и оба двигаются вместе в этом самом изящном из танцев.

Мы можем принять во внимание, что «роды столь же безопасны, как и жизнь» и нет ничего, будь то полноценный инстинкт или полная уверенность в технологии, что могло бы гарантировать прекрасный результат, прекрасный танец, для каждой матери и ребёнка. Трагедия и горе – также главные аспекты родов, и это мы знаем интуитивно. Мы признаем это с нашими родовыми ритуалами, которые во всех культурах разработаны так, чтобы содержать наш естественный и адекватный страх перед этим экстраординарным и сверхъестественным процессом.

³⁸ Banks M. Breech Birth, Woman Wise. Hamilton New Zealand: Birthspirit Books, 1998.

В заключение

Роды – обширны и многогранны, сияющие и таинственные. Роды содержат множества, и посредством них мы рождаем наши множества. Мы рождаем наши надежды и страхи, наши экстазы и наши муки, к нашей радости и нашему разочарованию. Мы рождаем наших младенцев, каждый из которых – прекрасный и сияющий. Мы рождаем с нашими инстинктами, и мы рождаем против наших инстинктов. Мы рождаем нашу способность к инстинкту, который будет способствовать нашему взаимопониманию с нашими младенцами, которые являются, и всегда будут, инстинктивными существами.

Нас всех могут благословить инстинктивные роды.

Глава 4. Исцеление родов – исцеление Земли

Рожая, она умирает. Это основная и невыразимо сильная инициация, единственная дорога к материнству для наших предков, была лишена своего достоинства и цели в наше время. Роды стали опасной медицинской болезнью, которую будут лечить с возрастающими уровнями и типами технологических вмешательств.

Что, возможно, ещё хуже, – это то, что экстаз Родов – их способность вывести нас за (экс) пределы нашего обычного состояния (статус) – забыт, и мы входим в священную область материнства – послеоперационно, даже посттравматично, а не трансформационно. Эти отклонения от естественного порядка, глубоко генетически закодированного в наших телах, приводят к чудовищным последствиям.

Мы живём в обществе, где молодые матери испытывают беспрецедентные уровни расстройств и депрессии, и где нашим младенцы, с их коликами, флегмой и проблемами со сном, также испытывают страдания, которые пытается облегчить медицина. Мы живём в обществе, где депрессия и беспокойство – среди самых распространённых болезней во всём мире, согласно Всемирной организации здравоохранения, и детям в возрасте четырёх лет уже ставят эти диагнозы; и где массы молодых людей в начале своей жизни стремятся устраниться из реальности с помощью изменяющих сознание наркотиков, или уходят навсегда, совершая самоубийство.

Более того, мы поставили себя, как вид, на путь самоуничтожения посредством ограбления нашей коллективной матери, Земли. Опустошение, которое мы производим посредством расточительства и жадности, имеет много параллелей с нашим отношением к матерям и младенцам, и к нашей первоначальной окружающей среде – матке наших матерей.

И так же, как мы противопоставляем себя Земле, забывая, что мы – взаимозависимы, также мы начинаем противопоставлять права ребёнка правам матери; воображая разделение, соревнование, которых на самом деле нет и не может быть.

Раны Родов и Земли тяжелы, но, как Богиня Гигиена говорит нам, «рана показывает, как лечить³⁹». Я верю, что мы страдаем в родах от нехватки страсти, любви, готовности уступить и от того, что мы не осознаём наших собственных способностей, и я полагаю, что эти качества могут предоставить нам способ излечить роды и, в то же самое время, излечить Землю.

³⁹ Baker JP. Hygieia College Mystery School. www.birthkeeper.com

Страсть

Все мы начали свою жизнь в страстном акте. Наши человеческие тела жаждут интенсивности и удовольствия, что и приносит секс, и многие культуры распознали исцеляющие свойства, которыми обладает половой акт. Почему секс настолько силён? Позволяя нам создавать новую жизнь – конечная цель – секс вовлекает пиковые переживания и пиковые гормональные уровни – любви, удовольствия, возбуждения и нежности. Эти гормоны (химические послыльные наших тел) и их действия являются теми же самым, что и те, которые выделяются в процессе родов.

Другими словами – роды, неотъемлемо и гормонально, страстный и сексуальный акт. С точки зрения гормональных уровней и у матери, и у ребёнка, мы могли бы сказать, что роды – самые страстные переживания из всех, которые мы когда-либо можем испытать.

Уровень окситоцина, гормона любви, растёт во время схваток, достигая пиковых уровней в момент рождения и создавая любовные, альтруистические чувства между матерью и ребёнком. Эндорфины, гормоны удовольствия и трансцендентности, также достигают максимума при рождении, так же, как и гормоны борьбы-или-бегства адреналин и норадреналин (эпинефрин и артеренол). Эти гормоны борьбы-или-бегства защищают ребёнка от нехватки кислорода на заключительных этапах родов и обеспечивают воодушевлённый и взволнованный первый контакт матери и ребёнка. Пролактин, гормон материнской заботы, помогает нам сдаться нашим младенцам, давая нам самое нежное из материнских чувств, как награду.

Но эти страстные гормоны не только добавки для приятных ощущений. Они фактически организуют физические процессы родов (и сексуальной активности) и увеличивают эффективность, безопасность и непринуждённость и для матери, и для ребёнка. Этот гормональный коктейль также вознаграждает рожаящих матерей опытом экстаза и удовлетворённости, возбуждая в нас желание рожать снова и снова. Все млекопитающие испытывают фактически то же самое, гормональное крещендо в процессе родов, и это – необходимая предпосылка для материнства у большинства видов, включающая инстинктивное материнское поведение.

Страстные роды не обязательно означают безболезненные роды (хотя это и может быть у некоторых женщин). Роды – огромное событие, и с эмоциональной, и с физической точек зрения, и оно потребует от тела напряжения, эквивалентного, например, марафонскому бегу. Но когда женщина чувствует себя уверенно в своём теле, имеет хорошую поддержку и способна выражать себя без ограничений, то боль, которую она может чувствовать, может стать вполне терпимой, и будет рассматриваться только, как одна их составляющих процесса. Тогда она сможет реагировать инстинктивно, используя свои собственные ресурсы, включая самые основные и доступные инструменты: дыхание, звук и движение.

Проблема в наше время состоит в том, что страсть при родах и не признана, и не приспособлена. Роды стали беспристрастным медицинским случаем, обычно происходящим в обстановке, которая препятствует эмоциональному самовыражению. Если мы должны использовать нашу страсть, мы должны дать себе разрешение рожать неистово, и мы должны выбрать для себя обстановку и акушеров, имея это в виду. Роды при этих обстоятельствах будут более непосредственными, с меньшей потребностью во вмешательстве, помогая нам вступить в материнство с уверенностью и изяществом.

Страсть, по моему мнению, является противоположностью и противоядием для отчаяния и депрессии. Это ясно с физиологической и гормональной точки зрения. Если мы рожаем и были рождены в страсти, почему наш основной эмоциональный отпечаток будет другим? И что можно сказать по поводу химизма нашего мозга, который устанавливается, как раз, когда мы рождаемся? Некоторые исследования связали применение лекарств и медицинских процедур в процессе родов с увеличенным риском наркомании, самоубийства и антиобществен-

ного поведения в будущем, и другие обозреватели предположили, что современные проблемы, такие как нарушение способности к обучению и ADHD, могут также быть связаны с применением лекарств и вмешательствами при рождении.

Как рожаящая мать я и была очевидцем, и испытала огромную страсть, которая может быть высвобождена при родах, и она может напитать и страстное материнство, и посвящение целой жизни работе ради матерей, младенцев и Земли, и я спрашиваю: «Можем ли мы позволить себе, как виду, быть рождены и родить бесстрастно?»

Любовь

Страсть и любовь – такое же сильное сочетание при родах, как и в сексе. И в процессе родов, как и в сексе, мы выделяем окситоцин, гормон любви, в огромных количествах. Здесь снова, наши гормоны направляют нас к оптимальным и восторженным событиям, и так же эта система чрезвычайно уязвима для вмешательства.

Например, производство окситоцина у испытывающей схватки женщины резко уменьшается при использовании эпидурального облегчения боли; в этом – причина, почему эпидуральная анестезия продлевает схватки. И даже когда эпидуральная анестезия выработалась, пик окситоцина в организме женщины, который вызывает сильные заключительные сокращения, которые разработаны для того, чтобы ребёнок родился быстро и легко, будет всё ещё значительно уменьшен, и, скорее всего, в результате ребёнка вытащат щипцами.

Препарат Синтоцинон (Питоцин), которым наиболее сильно злоупотребляют в акушерстве, также вовлечён в деструктивный процесс. Это – синтетическая форма гормонального окситоцина, и используется для индукции и увеличения (или ускорения) схваток. Очень много женщин, рожаящих в развитых странах, получают большие дозы этого препарата во время схваток по одной из этих причин. Например, в Австралии это число приближается к 50 процентам.

Когда испытывающей схватки женщине вводят Синтоцинон каплями, для индукции или увеличения, рецепторы окситоцина её организма могут потерять свою чувствительность и способность отвечать на этот гормон. Мы знаем, что женщины в этой ситуации становятся уязвимыми для маточного кровотечения после родов, и ещё большее количество Синтоцинона становится необходимым, чтобы противостоять этому риску.

Мы не знаем, однако, какими могут быть долговременные последствия такого вмешательства в систему окситоцина для матерей и младенцев, и для их взаимоотношений.

Я испытала очень сильный опыт воздействия окситоцина как гормона любви во время схваток при рождении моего четвёртого ребёнка, Майи Роуз. Когда волны схваток усилились, я обнаружила, что смотрю в глаза своему возлюбленному, говоря ему: «Я люблю тебя, я люблю тебя, я люблю тебя, я люблю тебя,» в тот момент, когда волна схватки перехлёстывала через меня. Этот восторженный опыт создал больше любви в моем сердце, в наших отношениях и в нашей семье, и позволил мне узнать, очень физическим способом, что роды – это тоже занятие любовью. (См. «Рождение Майи», главу 8.)

Смирение

Смирение – не очень популярное достоинство на Западе. Фактически, смирение часто рассматривается, как слабость в нашей культуре, где нас вместо этого поощряют быть активными и контролировать нашу жизнь. Это самое «ян», мужское начало, может и послужит нам в некоторых обстоятельствах, но мы не можем родить наших младенцев чистой силой воли. Мы должны изучить более тонкий – и всё же одинаково сильный – путь сдачи.

Я чувствую, что для современных женщин трудности со смирением могут отразить недостаток уверенности в наших женских телах. Это не удивительно, когда наше общество подозрительно относится к естественному порядку вообще, и женским телам в частности. Этот взгляд ещё более укрепляется способом акушерства, с его длинным списком того, что может пойти не так, как надо с нашими рожающими телами, и с его несметным числом технологических приёмов, разработанных, чтобы спасти нас от этих преувеличенных опасностей.

Наряду с тем, что мы забыли об удивительных, но естественных способностях наших женских тел, мы также потеряли наших покровительниц родов: богинь и святых, которые в течение многих тысячелетий вели женщин через этот переход, где грань между жизнью и смертью самая тонкая. Сегодня руководство доступно нам, когда мы нуждаемся в нём, в живой форме акушерки: женщины, которая обязалась быть с женщиной в родах. Хорошая акушерка может напомнить нам своим присутствием, что мы генетически несём в себе успехи всех наших пра-матерей в родах, и что мы уже знаем, как родить.

Как акушерка и автор Джиннайн Парвати Бейкер напоминает нам, что роды – женская духовная практика, требующая «безупречности в силе, гибкости, здоровье, концентрации, смирении и вере⁴⁰». Также говорят, что осознанное присутствие при родах эквивалентно семи годам размышлений. Когда мы рожаем сознательно, приостанавливая наш большой рациональный ум и позволяя нашей инстинктивной природе доминировать, мы можем получить доступ к мудрости, которую преподают все духовные традиции: то, что это – это наш слуга, а не наш господин, и что наш путь к экстазу и просвещению вовлекает капитуляцию наших эгоистических представлений о контроле. Этот уровень смирения также хорошо нам послужит в течение многих лет материнства.

Когда мы отпускаем сознательный контроль, мы также позволяем появиться нашим более глубоким врождённым ритмам: это может быть глубоким переживанием для рожающей женщины. Позволяя схваткам идти в их собственном темпе, без спешки или вмешательства, женщина учится доверять самой себе и естественным ритмам своего ребёнка. Такое доверие – ещё один подарок; ещё один путь, который открывает для нас Мать природа, обеспечивая оптимальное материнство и максимальное выживание для нашей молодёжи.

Проявляя смирение в родах, мы также узнаем о нашей роли на Земле: мы – не правители, не архитекторы создания. Жизнь проникает через нас, просто и изящно, когда мы позволяем ей это.

⁴⁰ Baker JP. Prenatal Yoga and Natural Childbirth. 3rd edn. Berkeley CA: North Atlantic Books, 2001.

ние с нашими младенцами? Насколько по-другому мы общались бы друг с другом? Насколько по-другому мы обходились бы с Землёй?

Роды умирают, но, как у каждой клеток в нашем теле, у каждой из нас есть сила оживить их и возродить их во всей их славе. Всё, что необходимо, я верю, – это коллективная страсть, любовь, смирение и сила, которые мы изливаем в эфир, когда мы рожаем наших младенцев.

И исцеляя Роды, мы исцеляем себя, наших младенцев и Землю.

Глава 5. Роды лотос – ритуал для наших дней

Роды Лотос – практика, в которой пуповину не разрезают, так чтобы ребёнок оставался соединённым с его или её плацентой, пока пуповина естественно не отделится от пупка, что происходит с ним через три – десять дней после рождения. Этот удлинённый контакт можно рассматривать, как переходный период, позволяющий ребёнку медленно и мягко отпустить свою привязанность к телу матери

Хотя у нас нет никаких письменных описаний культур, которые оставляют пуповину неразрезанной, многие народы, придерживающиеся традиций, относятся к плаценте с высоким уважением. Например, люди маори из Новой Зеландии хоронят плаценту ритуально на наследственном *марау* (месте для собраний) и Хмонг, горное племя из Юго-Восточной Азии, в котором поддерживается вера в то, что плацента возрождается после смерти, чтобы обеспечить физическую целостность в следующей жизни. Плацента ребёнка племени Хмонг должна быть похоронена в том доме, в котором он родился.

Роды Лотос – новый ритуал, который был описан в отношении шимпанзе до 1974, и был основан Клер Лотус Дей, беременной и живущий в Калифорнии, которая подвергла сомнению обычное обрезание пуповины. Её поиски привели её к акушеру, который отнёсся с симпатией к её пожеланиям, и её сын Тримурти после его рождения в больнице был привезён домой с неразрезанной пуповиной. Эта практика была названа Родами Лотос и была подхвачена Клер Джиннайну Парвати Бейкер в США и Шивам Рачана в Австралии, которые стали яркими сторонниками этой нежной практики.

С 1974, множество младенцев родились с применением этой практики, включая младенцев, родившихся дома и в больнице, на земле и в воде, и даже с кесаревым сечением. Роды Лотос – красивое и логическое расширение естественных родов, и приглашает нас исправить так называемую – третью стадию схваток для наших младенцев и нас самих, и начать уважать плаценту, первый источник питания наших младенцев.

Я присоединилась к родам лотос во время моей второй беременности благодаря общению с Шивам Рачаной, директором Международного Колледжа Духовного Акушерства⁴¹ близ Мельбурна, и испытала роды лотос со своими вторыми и последующими детьми. Роды лотос имели для меня смысл, поскольку я помнил свой опыт работы акушеркой в больнице и странное, неприятное ощущение от разрезания мясистого шнура, который соединяет ребёнка с плацентой и его матерью. Обрезание пуповины воспринималось мной, как отрубание бескостного пальца, и чувствовалось, что очень хорошо было бы избежать этого с моим будущим ребёнком.

Благодаря Рачане, я разговаривала с женщинами, которые выбрали роды лотос для своих младенцев, и испытали прекрасное послеродовое время. Некоторые женщины также описывали самообладание и совершенность своих детей. Другие описали это как проблему, практически и эмоционально. Николас, мой партнёр, был обеспокоен тем, что это могло бы нарушить волшебство тех первых дней, но согласился с моим пожеланием.

Зоя, наш второй ребёнок, родилась дома 10 сентября 1993. Её плацента была, необычной, овальной формы, которая прекрасно поместилась в красную бархатную сумку для плаценты, которую я сшила. Сразу после родов мы обернули плаценту в подгузник, затем положили в сумку для плаценты, и затем обернули ребёнка и сумку шалью, которая окутывала их обоих. Каждые 24 часа, мы осматривали плаценту, похлопывая её сухой пелёнкой, посыпали её обильно солью и капали немного масла лаванды на неё. Эмма, двух лет, стремилась ухаживать за плацентой её сестры.

⁴¹ Rachana S. International College of Spiritual Midwifery. <http://www.womenofspirit.asn.au/>

Дни шли, и пуповина Зои подсыхала со стороны пупка и становилась тонкой и хрупкой. Она превратилась в удобную петлю с 90-градусным изломом, которая проходила через её пелёнки и не натирала и не раздражала её. Плацента также высыхала и сморщивалась из-за нашей обработки солью, развивая мясистый запах, который заинтересовал нашу кошку!

Пуповина Зои отделилась на шестой день без проблем. Другие младенцы безутешно кричали или крепко держали свою пуповину перед рассечением. Мы похоронили плаценту под мандариновым деревом в её первый день рождения, которое наш дорогой друг и соседка Энни позже выкопала и посадила в горшке в своём дворе, куда мы имеем свободный доступ. Она сказала нам позже, что мандарины с этого дерева были самыми сладкими из всех, которые она когда-либо пробовала.

Наш третий ребёнок, Джейкоб Патрик, родился дома 25 сентября 1995, в воду (см. главу 6). Джейкоб и я оставались в воде в течение некоторого времени после родов, поэтому мы поместили его плаценту в пластмассовый кремовый сосуд (с крышкой и обрезанным для пуповины уголком), в то время, как я нянчила его. На сей раз, мы положили его плаценту в решето, чтобы с неё стекала вода в течение первого дня. Я ни пеленала, ни носила Джейкоба в это время, но оставалась в физическом контакте с ним всё время, тогда как Николас заботился об Эмме (четыре года) и Зое (два). Только через четыре дня отделилась пуповина младенца, и я чувствовала, что он был спокоен на протяжении всего этого времени.

Его короткое «время отрыва» было никем не потревожено, потому что мои родители прибыли из Новой Зеландии только на следующий день, чтобы помочь с нашим домашним хозяйством. Джейкоб позже выбрал дерево Джакаранды, под которым мы похоронили его плаценту в нашем новом доме в Квинсленде.

Мой четвёртый ребёнок, Майя Роуз, родилась в Брисбене, где роды лотос всё ещё очень в новинку, 26 июля 2000. У нас были красивые роды дома (см. главу 8), и моя интуиция подсказала мне, что её «время отрыва» будет коротко. Я решила не обрабатывать её плаценту вообще, но держала её в решете над миской днём и в нашей красной бархатной сумке для плаценты ночью.

Пуповина Майи отделилась менее, чем через три дня и, хотя это было прохладное время года, она действительно становилась рыхлой и появился запах. (Обработка солью предотвратила бы это). Её плацента была похоронена в нашем саду, и на этом месте был посажен куст роз. Я оторвала часть её высушенной пуповины, у которой были некоторые удивительные и красивые изгибы, чтобы сохранить.

Мои дети старшего возраста благословили меня своими историями о том, как они воспринимали мою беременность и роды, и единодушно выступили «за» не обрезание пуповины, особенно Эмма, которая помнила неприятное чувство, испытанное ею, когда обрезали её пуповину (после того, как она прекратила пульсировать), что она описала, как «боль в моём сердце». Зоя, в возрасте пяти лет, рассказала, что она была присоединена к «чему-то, наполненному сердечной любовью» в моей матке и сказала мне:

«Когда я родилась, наполненная сердечной любовью вещь [её плацента] вышла, и затем вышла я».

Возможно, она помнит свою плаценту в чреве, как источник питания и любви.

Роды лотос были, для нас, утончённым ритуалом, который усилил волшебство ранних послеродовых дней. Я замечаю целостность и самообладание моих рождённых с применением этой практики детей, и я полагаю, что любовным отношением, единством, сонаправленностью с Матерью природой, доверием и уважением к естественному порядку, укоренившимся в нашей семье, мы обязаны нашим уважением к плаценте, Дереву Жизни.

Глава 6. Рождение Джейкобса в воду – нежное начало

Вода – это наша первичная среда обитания, в которой все мы возникли. Когда мы беременны, наше тело – бассейн, в котором плавает наш младенец; возможно, поэтому вода особенно привлекательна для женщин в период беременности, схваток и родов.

В мире есть много историй о младенцах, рождённых в воду, и записи о них – современники древнего Египта. Однако, только с появлением современной водопроводной системы тёплая вода стала доступна для женщин во время схваток и родов.

Роды в воду, насколько нам известно, были введены впервые российским [Игорем Чарковским](#) в 1960-ых, и развиты [Мишелем Оденем](#) в его клинике естественных родов в Писиверисе (Франция) с 1977. Оден заметил, как полезна может быть вода, особенно когда схватки – медленные или болезненные, и что женщины, использующие бассейны для родов, не испытывают большой потребности в лекарствах, ослабляющих боль. Сначала, роды, осуществлённые в воду, были не запланированы, но Оден решил довериться инстинкту испытывающей схватки матери и скоро накопил опыт и понимание природы родов в воду, которые являются всё ещё беспрецедентными⁴².

Джанет Бэлэкас, основательница Активного движения в защиту естественных Родов, также очень повлияла на продвижение родов в воду⁴³, и её видео «Вода и Роды» остаётся классикой. Первый рождённый в воду ребёнок в Австралии родился в переделанной бетонной трубе, которая была помещена с помощью подъёмного крана в дом в Саут-Мельбурне в 1983.

С тех пор, использование воды в период схваток стало более широко распространённым, с применением специальных ванн, установленных во многих больницах в Великобритании, в разных частях Европы, Северной Америки и Новой Зеландии. В Австралии всё ещё относятся со страхом и консерватизмом к использованию воды; ванны доступны в некоторых больницах, но стратегия больницы такова, чтобы не разрешать их использование в полной мере, и женщину могут попросить выйти, когда рождение её ребёнка неизбежно.

Частично это нежелание происходит из-за нехватки у больничного персонала опыта и квалификации в этой области. Также можно говорить о недостатке международных исследований воздействия воды на мать и ребёнка. Однако, на Первой Международной Конференции по Родам в Воду, проведённой в Великобритании в 1995, были представлены описания опыта и свидетельства в 19 000 случае родов в воду, с участниками, сообщающими о превосходных результатах в отношении безопасности и чувства удовлетворённости.

В частности, ни один ребёнок не утонул и не вдохнул воду в процессе тщательно контролируемых родов в воду, и не наблюдалось никакого увеличения риска инфекции для матери или ребёнка. Младенцы, рождённые в воду, были вообще в хорошем состоянии, хотя было отмечено, что состояние младенцев могло быть поставлено под угрозу, если женщина, испытывающая схватки в воде, перегревалась. Одна рекомендация состояла в том, что температура воды должна быть ниже 35° C (95° F) на первой стадии схваток, и 35 – 37° C (95 к 98.5° F) во время родов. Следует регулярно измерять температуру испытывающей схватки женщины.

Женщины часто испытывали быстрое прогрессирование после входа в воду, особенно если они входили в бассейн, когда схватки были хорошо установлены. У них также не было большой потребности в облегчении боли или вмешательстве; уменьшались эпизиотомия или слезы; и они были более удовлетворены своим опытом, чем матери, рожавшие на земле.

Британский потребительский активист и автора Беверли Бич указывает, что сотрудники, наиболее настроенные против использования воды, из-за теоретических рисков, оказываются

⁴² Odent M. Birth Reborn. 2nd edn. London: Souvenir Press, 1994.

⁴³ Balaskas J, Gordon Y. Waterbirth; the concise guide to using water during pregnancy, birth and infancy. London: Thorsons, 1992.

первыми, кто предлагает другие вмешательства в процесс схваток, такие как эпидуральное облегчение боли и обычный электронный контроль, которые, как выяснилось, представляют из себя реальные угрозы для матерей и младенцев.

Рождение Джейкоба

Я испытывала тягу к воде во время моих первых двух беременностей, но серьёзно рассмотрела использование ванны в процессе схваток только при рождении Джейкоба – мои третьи роды дома. Я хотела, чтобы мои дети старшего возраста Эмма (тогда четыре года) и Зоя (два) присутствовали при схватках и родах, вместе с хорошим другом, который мог бы позаботиться о них: добавьте доктора, акушерку и Николаса, моего партнёра, и комната оказывалась очень наполненной. Я полагала, что использование бассейна для родов позволило бы мне иметь некоторое личное пространство, и помогло бы мне быть менее обеспокоенной моим окружением, особенно, если бы я переживала схватки днём.

Ванна, которую я взяла у своей акушерки, была специально сделана из полых металлических труб (фактически, автомобильных выхлопных труб), которые были смонтированы вместе, с облицовкой, которая скрепляла структуру. Её можно было быстро установить, и она не была слишком высока, так чтобы я мог войти в бассейн относительно легко. Мы попрактиковались, чтобы увидеть, сколько баков горячей воды будет необходимо, чтобы заполнить её, и сколько времени на это потребуется, учитывая время, необходимое для нагревания бака горячей воды (три резервуара и приблизительно четыре часа). Во время практики, мне удалось испортить нагреватель, который сохранял температуру в ванне, и я должна была купить новый нагреватель! Ванна, установленная и готовая к заполнению, стояла на бессменной вахте в нашей задней комнате, когда прошла одна, затем две, затем три недели после моего предполагаемого срока.

Схватки у меня началась утром, и я разбудила Николаса, чтобы заполнить ванну приблизительно за два тридцать. Эти схватки были сначала очень медленными и нежными, и я проводила время и в воде, и вне воды. Я обнаружила, что не могу пошевелить бёдрами в ванне – по крайней мере, не вызывая приливной волны – но я, конечно, наслаждалась, пребывая в воде, когда отдыхала между сокращениями. Другие женщины обнаружили, что вода позволяет им быть более подвижными, поощряя движение. Зоя, которая была раздета с самого начала, в начале схваток пыталась войти в ванну со мной, и затем довольствовалась купанием её кукол в воде.

Ванна находилась в нашей общей комнате, и Николас вырастил несколько красивых цинерарий в примыкающем к дому саду, которые я могла видеть через окно. Моя задача в этих схватках состояла в том, чтобы замедлить процесс и продвигаться спокойным темпом. Уход и ходьба вокруг не увеличивали скорость схваток для меня, как это бывало у некоторых женщин после проведения нескольких часов в ванне.

Когда сокращения стали сильными, позже, я обнаружила, что вода успокаивает и поддерживает меня. У меня было чувство, что этот ребёнок родится в воду, но для меня было важно, чтобы я не заикливалась на этой идее. Я помнила, насколько важно было для меня, чтобы мои ноги упирались в землю, позволяя силе тяжести помогать мне родить моего второго ребёнка Зою, которая родилась следующей (лицом вверх). В большинстве центров, около двух третей женщин, которые переживают схватки в воде, чувствуют потребность выйти из ванны, чтобы родить своих младенцев⁴⁴.

В переходном периоде, прежде, чем стремление проталкивать стало сильно, я чувствовала реальность этого ребёнка; то, что я скоро буду держать его в руках. Я почувствовала волну страха, сопровождаемого ощущением сильной связи и преданности. Мишель Оден называет это – «физиологический страх», поскольку эта эмоция часто идёт параллельно выпуску гормонов борьбы-или-бегства, которые дают нам силу вытолкнуть наших младенцев на второй ста-

⁴⁴ Beech B. Water Birth Unplugged – Proceedings of the First International Waterbirth Conference. Cheshire: Books for Midwives Press, 1996.

дии схваток⁴⁵. По мере того, как голова моего ребёнка опускалась ниже, мы видели появление белых масс в воде; мягкий сливочный верникс, который покрывал его кожу, смывался водой, когда я проталкивала ребёнка.

Я стала на колени, опираясь на края ванны, когда он родился. Это было около полудня. Крис, моя акушерка, поймала его в воде и передала его мне. В отличие от других рождённых в воду младенцев он кричал сильно и энергично. Упоённые взволнованной радостью, мы не подумали посмотреть его пол, и у нас была другая волна радости, когда мы обнаружили, несколько минут спустя, что у нас – сын.

Я встала из воды, чтобы плацента вышла легко и удобно. Оден советует делать это, и указывает, что позволить воде войти в матку (и к плацентарному месту после того, как плацента – родилась) может быть теоретически опасно⁴⁶. Но до сих пор не было информации о каких-либо проблемах; однако, в некоторых центрах обычно рекомендуется женщинам выходить из воды после родов. Это также может помочь акушерке оценить потерю крови матери, что трудно осуществить в бассейне.

Мы решили не обрезать пуповину (практика, известная как роды лотос), и поэтому мы оставили плаценту Джейкоба плавать в кремовой ванночке, пока я не была готова выйти, спустя приблизительно час после родов. Перед этим Эмма и Зоя взобрались и сказали привет своему новому брату. После рождения мы слили воду в сад, что помогло произвести очистку очень легко.

Вода была замечательной средой для рождения Джейкоба, давая мне уединённость в схватках и успокаивая меня в родах. Погружение в воду в процессе схваток, для многих женщин – превосходная альтернатива обычным формам облегчения боли⁴⁷. Роды в воду обеспечивают безопасное, удовлетворяющее и нежное начало матери и ребёнку.

⁴⁵ Odent M. The fetus ejection refl ex. The Nature of Birth and Breastfeeding. Sydney: Ace Graphics, 1992:29—43.

⁴⁶ Odent M. Birth under water. Lancet 1983; 2 (8365—66):1476—7.

⁴⁷ Cluett ER, et al. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. Cochrane Database Syst Rev 2004 (2):CD000111.

Глава 7. Рождение Эммы – сладкое и океаническое

Рождение Эммы, моего первенца, было главным опытом в моей жизни. Мало того, что она приобщила меня к материнству; она также позволила мне узнать, какими огромными и захватывающими могут быть роды, зажигая устойчивую страсть к рождению и материнству.

Эмма была зачата в марте 1990, спустя несколько месяцев после того, как я и Николас, мой возлюбленный, поженились. Это было нашим намерением. Тошнота бросала мне вызов на протяжении всей беременности. Ретроспективно я думаю, что моя хлопотная работа была основным фактором этого, но это не мешало мне смаковать мою беременность и удивительные изменения, которые проходили в моём теле. Меня также поддерживала моя продолжающаяся практика йоги, и я прочитала все книги, которые я только смогла найти. Особенно книга Шейлы Кицингер, нежный подход к родам которой был вдохновляющим и понятным.

Мы решили рожать дома, и без труда нашли акушерку и доктора, которые могли бы помочь нам. Я сопровождала многих женщин в больницу во время моего обучения как семейного врача, и также мне доверили поддержать двух подруг, рожаящих дома, и я видела огромную разницу в качестве опыта между больницей и домашними родами. Кроме того, сестра Николаса Сью (что характерно) была акушеркой, практикующей домашние роды, и нам посчастливилось попасть под влияние её мудрости и опыта.

Другое главное влияние на меня оказала моя продолжающаяся приверженность Юнговской психотерапии, которая позволила мне исследовать на глубинном уровне моё отношение к материнству; мой ранний опыт материнства; и мои отношения с моей собственной матерью. Работая с моим врачом в отношении этих проблем во время моей беременности, часто исследуя сны, я обрела состояние лёгкости и непринуждённости, что помогло мне перейти к материнству гладко и изящно.

Я была уверена в отношении времени концепции Эммы и знала, без всякого УЗИ, что она должна была родиться в начале декабря. В конце октября мы с удивлением обнаружили, что наш ребёнок был уже глубоко вовлечён в процесс – её головка была очень низко в моем тазу – и мы подумали, может быть это будут ранние роды. Я закончила работу в начале ноября, надеясь на месяц отдыха и «гнездования», но этому не суждено было случиться.

В выходные, когда Эмма родилась, приблизительно за четыре недели до истечения назначенного срока, сестра Николаса Сью (акушерка) оставалась в Мельбурне, где мы жили. (Она была на пути из её дома в Новой Зеландии в Хобарт, час на юг самолётом, где жил Джон, их отец, и в настоящее время он был болен раком). В то воскресенье утром я наслаждалась неторопливой беседой со Сью о родах. Она сказала мне, что, из её опыта, когда много людей оказывают поддержку при родах, схватки могут замедлиться. Это было важной информацией; у меня уже было четыре друга, плюс моя сестра из Новой Зеландии, приглашённые для поддержки, хотя с условием, что я могу вызвать не всех их. В то же самое время я начала замечать, что моё обычное умеренное подтягивание стало более явным, и что у меня появились небольшие красные выделения. Днём, когда мы ездили вместе со Сью через город к её друзьям, я определила время между сокращения – они повторялись регулярно через каждые десять минут, и по прибытии у меня были сильные кровянистые выделения.

Сью предложила отказаться от нашего намерения прогуляться на пляж и вместо этого мы провели тихий вечер дома. Дома я устроилась на диване, обнаружив, что всякий раз, когда я хожу, сокращения становятся более сильными. Николас приготовил для меня восхитительную яичницу-болтунью, и мы заговорили о вызове Крис, нашей акушерки. Мне не хотелось – я отказывалась, действительно – но в конечном счёте, стало ясно, что мы должны поговорить с ней. Она пришла приблизительно в десять, обследовала меня, и сказала мне, что у меня ранние схватки. Даже при том, что это было очевидно для всех остальных, я была всё-таки

потрясена, услышав это. Она посоветовала нам лечь спать пораньше и вызвать её утром, когда, как она полагала, схватки пойдут должным образом.

В десять тридцать Николас и я лежали в кровати вместе, следуя данной нам рекомендации. Я всё ещё не выстирала и не рассортировала детскую одежду, и не покрасила вторым слоем краски запасную комнату, но наш ребёнок стремился выйти. Поэтому пока я лежала на кровати, Николас сортировал одежду, и мы поняли, что всё остальное не имеет значения. Наша задача состояла в том, чтобы принять эту ситуацию, эти схватки, в настоящий момент.

Как только я смирилась, у меня начались настоящие схватки. Сначала я обнаружила, что перемещение во время сокращений очень помогало; потягивания на турнике – прекрасно снимало болевые ощущения!

Я использовала часы, оказавшие мне помощь на ранних стадиях схваток, обнаружив, что самая стимулирующая часть моих сокращений длилась только пол минуты; после этого моё тело как-бы покидала волна, и я использовала все свои навыки йоги в глубоком расслаблении в промежутках. На пике сокращения – дыхание и позже звук были моими союзниками. По мере того, как схватки усиливались, я качалась и кружила тазом, издавая стоны и двигаясь синхронно.

Вокруг меня было сладкое и интимное пространство; дом был тёмным и тихим и, хотя я не хотела, чтобы Николас дотрагивался до меня (я сочла это слишком отвлекающим), – я чувствовала себя окружённой его любовью и присутствием. Это было океаническое ощущение; я чувствовала, что качаюсь на волнах, бросающих вызов, но весёлых, когда я опускалась каждый раз. Однажды у Николаса появились слёзы на глазах: «Трудно видеть тебя так сильно страдающей» сказал он.

«Всё хорошо» – ответила я, – «У меня есть волшебные промежутки между схватками, когда я могу действительно расслабиться».

После нескольких часов я сказала: «Мы должны вызвать Крис». Николас не хотел: «Нам так хорошо вдвоём». Я согласилась, но мой инстинкт подсказывал, что её всё-таки надо вызвать.

Он также вызвал Сью, снова скорее неохотно, но я была уверена, что он хотел, чтобы она присутствовала. Через полчаса или около этого приехала Крис, и я начала чувствовать, что моё горло перехватывает и появилось умеренное стремление вытолкнуть ребёнка, возрастающее с каждой волной. Николас начал перемещать мебель, как мы запланировали, передвигая нашу кровать в зал, который можно было легко обогреть для родов.

После двух часов утра Крис прогуливалась по коридору, и Николас сказал: «Она рождает». Крис повернулась и пошла обратно, чтобы взять свои инструменты, необходимые для родов! К этому времени я стояла на четвереньках на кровати. Я знала, что мой ребёнок скоро родится, и я испытывала некоторый страх. Она была ранней и маленькой: всё ли будет в порядке? Я всё ещё помню подбадривание, которое я почувствовала, взглянув в глаза Крис: я доверяла ей и знала, что всё будет в порядке.

Проталкивание было наименее приятной частью этих схваток для меня – очень твёрдое чувство её головы в моем влагалище, которое я удерживала – но каждой клеточкой моё тело продвигало и продвигало с каждой волной. Как океан, инстинкты моего тела были огромны и необоримы.

Водный пузырь моего ребёнка выпирал, и я согласилась, чтобы Крис проколола его. Вскоре после этого, она предложила, чтобы я перевернулась на бок, на котором я чувствовала себя хорошо. Я хотела, чтобы всё шло быстро, и это так и было. Через несколько толчков родилась её голова – лицом вверх к нашему удивлению. Николас сделал несколько удивительных фотографий, когда родилось всё её тело. В это же самое время приехал наш доктор, Питер Лукас, который умел замечательно рассчитывать время. Было два пятьдесят. Крис поймал её

и поместил её на мой живот, тёплый и влажный. Мы посмотрели девочка это или мальчик. «О, Эмма!» – сказала я. Она была крошечной и худой, как небольшой лысый кролик. Мы прикрыли её – шляпа, которая у нас была, оказалась на несколько размеров больше – и я держала её нежно. После пяти или десяти минут её пуповина прекратила пульсировать и Крис зажала её и обрезала. Её плацента вышла легко, спустя 12 минут после рождения и непосредственно перед тем, как прибыла Сью.

Я была изумлена, ликовала и была немного потрясена: это было настолько быстро и неожиданно. Мы сделали несколько телефонных звонков через пару часов, разбудив мою мать в Новой Зеландии, которая сказала сонно: «Это хорошо, дорогая». Когда я перезвонила ей позже в тот же день, она сказала, что не поверила мне! Хотя девочка была и маленькой – фактически, 5 фунтов 1 унция (2 250 г), самым маленьким ребёнком, из всех, принятых Крис или Питером дома, – Эмма была оживлённой и хорошо кушала.

В дни, которые последовали за этим, мы особенно заботились о ней, регулярно проверяя её температуру и усердно делая записи её кормлений. Её первая моча, случившаяся спустя приблизительно 12 часов после рождения, была особенно важна, поскольку это указало, что она хорошо питалась моим ранним молоком и не нуждалась в дополнительном кормлении. Позже она умеренно пожелтела, и мы использовали домашнее светолечение – несколько минут на солнце, и сон под окном.

Сью оказала замечательную поддержку в кормлении, и Крис или Питер навещали нас два раза в день в течение недели. Также друзья (и помощники при родах, которых мы не позвали) приносили нам еду и ходили по магазинам. Эмма и я оставались закутанными дома, осторожно осмелившись сходить в магазин на углу неделю спустя. Владелец магазина сказал: «Я думал, что у Вас там была кукла!». У Николаса было две недели отпуска, и у нас был мирный и заботливо питаемый спутник новой семьи.

Когда Эмме было три недели, приехала моя сестра Луиза, как это и было запланировано (для оказания помощи при родах), оказав нам большую помощь и поддержку. Она к счастью оставалась, когда Николаса внезапно вызвали, чтобы побыть с его умирающим отцом, и позже помогла мне прилететь в Тасманию для похорон. Это было благословением для Бетти, матери Николаса, взять своего новорождённого внука на руки. Как нам было предписано на нашей свадебной церемонии, мы были «частью бесконечного цикла рождений и смертей, который, с его радостями и печалью, вовлекает всех нас».

Я очень за многое благодарна в родах Эммы. Я особенно ценю своих сиделок – экстраординарную акушерку Кристин Шэнэхэн и замечательного доктора Питера Лукас – которые верили, что, хотя и роды случились рано, ребёнок будет в безопасности дома. Я знаю из моего обучения и практики акушерства в больнице, как было бы всё по-другому, если бы я рожала в больнице.

Я благодарна также за помощь и поддержку друзей и семьи, которая сформировала внешний круг заботы о нас в это время. Я благодарна также за то, что роды Эммы произошли за несколько недель до смерти отца Николаса, и это обеспечило мне поддержку моей сестры в то трудное время. Наконец, моя самая глубокая благодарность – самой Эмме, которая, в мудрости её души, выбрала нас в качестве её родителей и подарила нам сладкие и океанические роды, которые радостно поставили нас на родительский путь.

Глава 8. Рождение Майи – семейный праздник

Вера в творческий, удовлетворяющий, желаемый конец – прочная вера – буквально вытягивает из [Вселенная] все необходимые компоненты, все детали, и затем вставляет в [физическую жизнь] импульсы, мечты, случайные встречи, побуждения или что угодно, что необходимо, так чтобы желаемый конец встал на своё место как законченный образец⁴⁸.

В тот вечер, когда родилась Майя, мой четвёртый ребёнок, я готовила суп к обеду. Я склонилась к буфету, чтобы взять компоненты и – ухххх! – потоки прозрачной жидкости и запах младенцев и родов.

Две фотографии, на которых наша семья на обеде – единственные фотографии, напоминающие о родах Майи. Каждый из нас выражает по-своему события той ночи. Кажется, что я нахожусь в состоянии полного счастья. Мой возлюбленный, Николас, выглядит гордым. Девятилетняя Эмма выглядит взволнованной; четырёхлетний Джейкоб выглядит не уверенным; и шестилетняя Зоя излучает благословение.

Рождение Майи было засвидетельствовано только членами семьи. С самого начала у меня было сильное чувство, что этого хотел мой ребёнок. Николас не был полностью доволен этим выбором; как и я, он обучался на GP (семейного врача) по специализации акушерство, и прекрасно знал о возможных осложнениях и своей ответственности. Однако, к концу беременности он смирился с моими пожеланиями, и мы прекратили спорить о медицинских аспектах различных альтернатив. Он просто подготовил свою аптечку – Синтоцинон (Питоцин) и некоторые препараты на случай кровотечения – и я подготовила свою коробку гомеопатических препаратов и трав для моего ребёнка и себя.

Наряду с решением родить без помощи, я сделала всё, чтобы быть оптимально подготовленной на каждом уровне. Моё тело было хорошо упитано, и я ежедневно занимался йогой и медитацией. Мне регулярно делали массаж, остеопатические и краниосакральные процедуры, и позже – шиацу, который чудесно оживлял и балансировал моё тело. В своей ежедневной практике йоги я работала с болью, растягивая трудные и болезненные области и находя наслаждение в центре. Я спрашивала себя, смогу ли я найти экстаз в родах?

Я отказалась от медицинского ухода или тестов – даже от измерения кровяного давления – в этой своей беременности. Я доверяла телу и своему ребёнку, которые сообщали мне, через чувства, мечты и импульсы, что было необходимо. Посредством моей медитации я работала серию аффирмаций, по одной для каждого уровня моего тела, которые я использовала в последние месяцы. В заключительные недели я нуждалась только в одной аффирмации: я полностью сдаюсь и доверяюсь.

Той ночью, когда мои схватки углубились, я отправилась в нашу ванную, где у меня была своя испытанная циновка для йоги на полу, защищающая меня от холодной плитки. Мои расширения (не сокращения) происходили очень близко друг к другу. Я не могла даже возвратиться в нашу смежную спальню, чтобы прочитать благословения, посланные мне моими подругами из Мельбурна, или рассматривать родильные мандалы (картины, основанные на круге), который дети раскрашивали очень красиво во время моей беременности. Не было времени ни для музыки, ни для танца, ни для эфирных масел, ни для воды. Как мой друг Давини пожелал мне, эти роды должны быть «простыми и настоящими».

К этому времени я стояла, издавая стоны и покачивая тазом с каждым расширением. И тогда для меня открылось новое пространство, и на всём протяжении оставшихся схваток

⁴⁸ Roberts J. The God of Jane: A psychic manifesto. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall, 1981. Quoted in Shanley LK. Unassisted Childbirth. Westport CT: Bergin & Garvey, 1994.

я смотрела в глаза своему возлюбленному, повторяя: «Я люблю тебя, я люблю тебя, я люблю тебя, я люблю тебя,» – достигая максимума и спадая с каждой волной.

Приблизительно через час, я почувствовала знакомый спазм в горле – чувство, что желание вытолкнуть было близко. «Этот ребёнок скоро родится,» – сказала я. Николас заполнил ванну и разбудил Эмму и Зою. Когда он снова ушёл, чтобы разбудить Джейкоба, у меня возникло внезапное желание войти в воду. Я запрыгнула в ванну, и приняла удобное треугольное положение в ванне; вертикально и став на колени, упёршись ногами в стенки.

Я чувствовала каждый сантиметр своего ребёнка, спускающегося, и я могла ощущать растущее давление во влагалище, не сопротивляясь ему. Поэтому продвижение было очень быстрым; два или три толчка, и даже не очень сильное тянущее чувство. Я сказала: «Прорезается головка.» Ещё один толчок и: «Вот головка.» Все же странно, что у меня не было никакого ощущения моего толчка, заканчивающегося легко на шее ребёнка.

Помещение искусственно освещалось, и я была в самом тёмном углу ванны. У Николаса был приготовлен фонарь, и он направил свет в воду, чтобы посмотреть ребёнка. «Это – нога!» – сказал он. Я повернулась, половина ребёнка оставалась в моем теле, и увидела, что левая ножка качнулась в воде. Николас склонился – я всё ещё не знаю, как он сделал это, не промокнув – и освободил другую ножку, которая была прямо напротив её живота⁴⁹.

Я попросила, чтобы Николас потрогал пуповину – область пупка была видна. «Она не пульсирует,» – сказал он. Мы знали, что это означает: наш ребёнок должен был бы родиться быстро, поскольку пуповина была зажата его головой и моими тазовыми костями, пережимая кровоснабжение. «Я встану», – был мой инстинктивный ответ.

Встав удобно, я наклонилась вперёд, поддерживая руками её скользкие маленькие ножки и попу. Не ожидая следующей волны, я натужилась. Вышла её грудь, руки, перевёрнутая и запутанная пуповина и затем, наконец, с одним толчком, появилась её голова.

Я поймала её и прижала к сердцу. Она походила на небольшую связку водорослей: гибкая, синяя, и без дыхания. (Дети сказали позже: «Мы думали, что она была мёртвой»). «Мы любим тебя, ребёночек, мы любим тебя» – кричали они, призывая её. Через 20 или 30 секунд – этот промежуток времени показался более длинным, но Николас наблюдал за нею близко – она открыла один глаз, пискнула и вздохнула, немедленно порозовев.

От синей водоросли до розовой плоти – с нами была наша маленькая русалочка, родившаяся хвостиком в воду! Эмма и Зоя и видели темно-синий и розовый – её цвета – окружавшие её при рождении, и Джейкоб видел «синий, розовый, фиолетовый, жёлтый и оранжевый». У Эммы была важная работа по записи времени рождения – 22:48, 26 июля 2000.

Николас помог мне выйти из ванны и отвёл в спальню, и я лежала на кровати, прижимаясь друг к другу, и все мы переживали чистое наслаждение. Дети очень хотели узнать её пол, но Николасу и мне потребовалось некоторое время, чтобы оправиться, что мы и делали с радостным смехом. Через несколько минут мы стянули полотенце, чтобы увидеть, что наш ребёнок был, как мы и предполагали, красивой девочкой – Майей Роуз!

Я приложила её к груди – теперь её глаза были открыты – и она немедленно начала сосать. Зоя пошла, чтобы позвать нашу подругу Сюзанну, которая спала с её двумя детьми. Она слышала, что что-то происходило на другом конце дома, включая наш смех, который сказал ей, что все было хорошо. Она помогла с детьми и с уборкой, и приготовила для нас красивое блюдо с фруктами, наряду с соком, который я не успела выпить из-за схваток. Я сидела полчаса или около этого – это становилось немного неудобным – и села на корточки, чтобы вышла плацента Майи.

Мы не обрезали плаценту Майи, поскольку мы выбрали роды лотос (как с Зоей и Джейкобом), при которых ребёнок, пуповина и плацента остаются целыми и соединёнными до есте-

⁴⁹ This means that Maia was probably frank breech, with straight legs, in my belly.

ственного разделения. Моя промежность была полностью невредима – я был благословенна в этом отношении во всех моих родах – и я кровоточила всегда совсем немного. Моё тело чувствовало себя удивительно.

«Прекрасно!» сказал Николас: «Вечерние роды, затем сон целую ночь.»
Ну, почти!

В дни, который последовали за этим, я ощутила уважение к тому огромному раскрытию, через которое прошло моё тело, и я оставалась в кровати, в тихом космосе, с моим ребёнком. Пуговина Майи отсоединилась, без всяких проблем, на третий вечер. Это было за семь дней до того, как я покинула спальню, и я даже не доходила до почтового ящика или до автомобиля на протяжении целых шести недель. Николас устроил себе один месяц отпуска, чтобы заботиться о нашем домашнем хозяйстве, что он делал успешно. К тому же, друзья и соседи приносили еду и цветы, и оказывали практическую помощь. Мы отлично питались, и наше сообщество пребывало в волшебстве рождения и ребёнка.

Рождение Майи благословляло наше дом на протяжении всего этого времени и позже. Я чувствовала, как любовь изливалась из моего тела, когда я рожала, и это излучение продолжалось и наполняло нас всех; мы действительно «были в любви» в течение многих недель впоследствии.

По мере того, как Майя подрастала, я видела, как и мои другие дети, отпечаток её характера на её рождении. В четыре года, она – сильная, оживлённая девочка: страстная, энергичная и любящая. Её рождение, также, было сильным и страстным, и она родилась под знаком солнца – Льва; признак драмы, храбрости и любви.

Рождение Майи продолжает быть источником благодарности, вдохновения и питания для меня во всех аспектах моей жизни. Её рождение было главным открытием, которое преобразовало меня, сделав меня такой матерью, какой Майя хотела видеть меня, и так же углубило моё понимание и приверженность к нежным и инстинктивным родам.

Глава 9. Домашние роды в Австралии – личный и политический аспект

Когда я забеременела моим первым ребёнком в 1990, мой партнёр Николас и я, оба семейные врачи, приняли довольно необычное решение. Мы решили родить нашего ребёнка дома.

Это было, возможно, даже более неожиданно для меня: мой отец был квалифицированным акушером – специалистом, и моё детство прошло на фоне его частых вызовов в отделение материнства нашей местной больницы в Новой Зеландии.

Мой дед по отцовской линии, «Бак» Бакли, также помогал рожающим женщинам, и его мастерство вращения щипцов в предкесаревы дни вошло в легенды. Бак посещал переживающих схватки женщин верхом на коне, и у нас в семье передаётся история о его жене (моей бабушке по отцовской линии), которая шокировала мою бабушку по материнской линии, не дождавшись его, когда он уехал на роды. Он пришёл домой два дня спустя! Моя мать была медсестрой, и двое из моих трёх родных братьев также работали в медицинской области.

С другой стороны, сестра Николаса работала акушеркой, специализирующейся на домашних родах, в Новой Зеландии, и мы в большой степени испытывали на себе влияние её убеждений и опыта. Нас также поддержали двое подруг, родивших дома (одна в Новой Зеландии; одна после того, как мы переехали в Австралию), и мы заметили, что их впечатления были богаче и полнее, чем таковые у женщин, которых мы наблюдали во время нашей шестимесячной практики в обычной больнице, несколькими годами ранее. (Нам повезло, тем не менее, потому что мы проходили практику в той же самой больнице, где я родилась и где всё ещё работал мой отец – там большинство женщин рожали без особого вмешательства, и единственная эпидуральная анестезия, которую я видела, была применена главной акушерке, которой помогал главный акушер).

Даже хотя мы выбрали домашние роды искренне, у нас было много вопросов к нашим сиделкам. Например, могли ли они справиться с чрезвычайной ситуацией, такой, например, как кровотечение? Могли ли они зашить разрывы дома? Что, если бы наш ребёнок не дышал при рождении?

Все эти вероятности были свежи в нашей памяти после нашего обучения, и мы решили пригласить доктора, чтобы мы чувствовали, что его дополнительные навыки, в некоторых ситуациях, могут предотвратить отправку в больницу. Я не страдала фобией больницы, но я знала, будучи доктором, что ко мне будут относиться по-другому в больнице. Некоторые из моих медицинских друзей испытали на себе ужасное пренебрежение, особенно после родов – возможно, сотрудники были заняты или ожидали, что они и сами знают все. Я знала, что моё медицинское и акушерское образование было, в лучшем случае, незначительным преимуществом, и я попросила свою акушерку относиться ко мне так же, как она относилась к другим впервые рожающим клиенткам.

Я полностью наслаждалась этой первой беременностью, несмотря на постоянную тошноту – возможно, усиленную работой на двух работах без достаточного отдыха – и я вышла в отпуск, с нетерпением ожидая месяца отдыха и гнездования. Однако, у нашего ребёнка были другие намерения, и Эмма родилась три дня спустя, после коротких, уединённых и удивительно лёгких схваток. (См. «Рождение Эммы», главу 7.) Мне посчастливилось иметь поддержку обеих своих акушерок (которые прибыли, когда я начала проталкивать), и доктора (который вошёл, когда она появлялась), потому что она была очень маленькой и ранней, и ей требовалась наша преданная и специальная забота в начальный период. Я знала также, что, если бы я рожала в больнице, и к Эмме, и ко мне относились бы, как к объектам повышенного

риска, и она провела бы много часов под облучением для предотвращения желтухи. Дома она была в наших руках, и наслаждалась домашним светолечением на солнце, на нашем переднем крыльце.

После восторга от родов Эммы у нас не оставалось никаких сомнений относительно домашних родов для наших второго и третьего ребёнка, Зои и Джейкоба. Снова мы выбрали Кристин Шэнэхэн в качестве нашей акушерки и доктора Питера Лукаса, с которым мы ближе познакомилась после рождения Эммы.

Появление на свет Зои и Джейкоба, которые родились с интервалом только в два года, принесло мне новую реализацию. Интеллектуально я могла сравнить свой опыт родов дома со стандартными методами больницы, и я знала, что то, что было незначительными проблемами дома, вызовет огромное беспокойство и конфликты в больнице – передняя кромка (передний край шейки, который медленно поднимался) с Зоей, где (очень громкий) звук был моим союзником; и три недели «запаздывания» с Джейкобом.

На эмоциональном уровне я ценила пространство и поддержку, которую мне оказывали в каждом моём путешествии к новому материнству. Это путешествие было особенным вызовом для меня в случае с Зоей, но рождение её без лекарств или вмешательств сохраняло фокусировку на моих проблемах, а не было совмещено с нарушением процесса, что, возможно, произошло бы в больнице. Я была также благословлена тем, что в это время нашла прекрасный женский круг общения, с Шивам Рачаной и её семинарами по Женским Тайнам, на которых можно было исследовать мой путь, как женщины и матери. Благодаря этому, я осознала, что родить и быть рождённым – это не изолированные события. Рождение определяет проект всей нашей жизни, и нежные роды создают нежных людей, которые создают нежное общество.

В это время я также начала приобщаться к политическому аспекту практики домашних родов, сформировав группу лоббирования, когда доктора Питера Лукаса вызвали держать ответ перед медицинской комиссией, и его регистрация было под угрозой. Это не было никаким совпадением – он был единственным доктором, практикующим домашние роды в Мельбурне, в городе с населением три миллиона человек. Когда он был временно отстранён от практики на четыре месяца, я вступила и в его семью, и в практику домашних родов, вовлекая Зою, которой тогда было четыре месяца, и в клинику, и в роды. К счастью, она была очень спокойным ребёнком, и хорошо переносила поездки, но мне сильно полегчало, когда Питер возвратился из своего принудительного отпуска! После этого я продолжала работать в его клинике, принося Зою (и позже Джейкоба), чтобы они работали со мной. Я наслаждалась общением со склонными к домашним родам клиентами, и Питер пользовался моей поддержкой в тех сферах, которые были трудны для него, как для практикующего домашнего доктора.

Перед тем, как Джейкобу исполнилось два года, мы переехали из Мельбурна в Брисбен, 2 000 км к северу. С тремя детьми мой энтузиазм по поводу семейной медицины уменьшился, и этот переезд – для Николаса, новая работа, в качестве адъюнкт-профессора в области эволюционной инвалидности – предоставил мне повод отдохнуть от медицины. Но, конечно, не от родов: я связалась с местной группой, поддерживающей роды дома, Ассоциацией Домашнего Акушерства, и я начала писать о беременности, родах и воспитании для местной газеты так же, как и для национального журнала для родителей. Мне пришлось расширить сферу своей деятельности (освоение клавиатуры), и я с восторгом обнаружила всемирную сеть. Писать всегда было радостью для меня, и это было замечательно, хотя это и бросало мне вызов время от времени, заставляя напрягаться, чтобы делать все мои записи и исследования дома.

Мой четвёртый ребёнок, Майя Роуз, родился в Брисбене в 2000, и на сей раз я не хотела иметь никакой акушерской помощи. Это было очень личным решением, которое углубило мою страсть к родам и мою веру в наше женское тело. (См. «Рождение Майи», глава 8.) С этим опытом, я почувствовала просыпающуюся силу рождения, более мощную для меня, чем любая духовная или шаманская практика, и поняла, сколько мы потеряли из-за принятия практики

медикаментозных родов. Рождение Майи продолжает вдохновлять меня писать, и учит меня, на клеточном уровне, что роды – это любовь и экстаз.

Я очень рада, что мы приняли то первичное решение, и выбрали домашние роды для нашего первого ребёнка. Я вижу, что медикаментозные роды были бы нарушением для души нашей новой семьи, и я чувствую благодарность судьбе, позволившей нам избегать этого каждый раз. Для меня материнство – это достаточно большая работа и без родовой травмы в семье. Домашние роды – это редкое явление, вызывающее опаску в нашей культуре, как будет обрисовано в общих чертах ниже – и всё же я вижу, что сохранение домашних родов жизненно важно для всех нас. Матери, родившие дома, их семьи и помощники хранят опыт родов, как священное путешествие и знание того, что у родов есть сила пробуждать и исцелять.

Политические перспективы

Когда я жила в Новой Зеландии, вплоть до 1987 роды дома были необычным явлением, но не неизвестным; приблизительно один процент от общего числа родов. В небольшом городе в Новой Зеландии, где я проходила свою практику в качестве семейного врача, было по крайней мере три доктора, практикующие домашние роды. Австралия, как я осознала, когда приехала, была более консервативна в практиках родовспоможения. Мало того, что процент домашних родов был ниже, но и, в каждом штате, акушерки, практикующие роды в домашних условиях, не поддерживались (или даже третировались) системой, и только горстка докторов во всей обширной Австралии открыто поддерживали или посещали домашние роды. Независимые акушерки – приблизительно 80 по всей Австралии – претерпевали проверку на жизнеспособность путём вывода с рынка компании, которая обеспечивала им страховую гарантию, оставляя их лично уязвимыми для судебной тяжбы.

Другим препятствием для австралийских семей, выбирающих домашние роды, является их стоимость (приблизительно 2 000 \$), и эта выплата полностью ложится на бюджет семьи. Медицинское страхование является необязательным в Австралии (у нас есть система государственных больниц, бесплатных для всех), и несколько страховых компаний возместят частные затраты на акушерские услуги, но финансовая выгода незначительна. Напротив, все женщины, которые выбирают роды в больнице, даже в частном секторе, имеют, по крайней мере, некоторую правительственную компенсацию через Бесплатную медицинскую помощь, австралийскую национальную систему здравоохранения. Домашние роды доступны для женщин в Новой Зеландии и Великобритании, и могут быть осуществлены некоторыми провайдерами медицинских услуг в США. (См. «Выбирая домашние роды», глава 19.)

В Австралии, как и во многих странах, есть только один тип официально признанной акушерки: та, которая прошла обучение, как медсестра, затем как акушерка и зарегистрирована одним из государственных сестринских советов – эквивалент сертифицированной медсестре-акушерке в США (CNM) и британской зарегистрированной акушерке.

В большинстве государств есть законодательство, запрещающее какой-либо, кроме зарегистрированной, акушерке сопровождать роженицу, хотя фактическая формулировка и её интерпретации различны. Эта ситуация изменилась за последние несколько лет, поскольку наши новые, имеющие «прямой вход», акушерки получили высшее образование. Эти акушерки изучали исключительно акушерство в течение четырёх лет, и среди них многие имеют реальный опыт вызовов быть «с женщиной» (оригинальное значение слова *акушерка*) в родах. Также имеются акушерки (традиционные или прошедшие стажировку) в каждом государстве, большинство из которых практиковались подпольно, даже с учётом национальных показателей, касающихся домашних родов, накопленных в 1985—90, имеющие свидетельства безопасности применяемых ими методов.

Даже наши зарегистрированные акушерки не имеют поддержки, когда они работают независимо от больничной системы. Здесь в Квинсленде, совет медсестёр провёл расследование в отношении почти всех наших зарегистрированных практикующих на дому акушерок, и некоторые из наших самых опытных акушерок были отстранены от практики. Некоторые из этих расследований были сосредоточены вокруг случаев акушерской помощи женщинам с «высоким уровнем риска», выбравшим домашние роды, например, это женщины, у которых младенцы родились ножками вперёд и с предыдущими кесаревыми сечениями, единственный другой выбор которых – кесарево сечение в больнице.

Ситуация с домашними родами и подлинным акушерством в Австралии очевидно ужасна, но эта бедственная ситуация также сослужила свою роль. Все потребительские группы в Австралии стали активными и организованными, и теперь стремятся к выполнению Нацио-

нального Плана Действий в Отношении Материнства (NMAP)⁵⁰, который призывает к непрерывной заботе со стороны организованного в сообщество акушерства в качестве выбора для всех беременных женщин, всей Австралии, рожаящих ли дома или в больнице. Уже существует популярная модель акушерского сообщества в одном штате, Западной Австралии, которая успешно функционирует уже больше семи лет.

Роды и то, что за ними следует – кормление грудью и материнские взаимоотношения – занимали меня более 14 лет. Моя страсть выросла (настолько, что я сижу за компьютером пол дня, как напоминают мне мои дети!), и я чувствую, что положительные изменения неизбежны. Феминизм возрождается на каждом уровне общества, и я полагаю, что современный застой в медицине в отношении родов фактически отражает предсмертные муки устаревшего образа мыслей и поведения.

Мужчины и женщины, матери и младенцы, акушерки и доктора – мы все просыпаемся вместе.

⁵⁰ National Maternity Action Plan posted at <http://www.maternitycoalition.org.au/nmap.html>

Глава 10. Похвала нормальным родам

В западной культуре, показатель нормальных родов круто снижается в последние годы.

Женщины, которые рожают нормально – то есть, без хирургического вмешательства, использования инструментов, индукции, эпидурального или общего обезболивания – находятся теперь в меньшинстве в Великобритании⁵¹ (где эти показатели регистрируются), и показатели кесарева сечения поднялись до 25 процентов во многих развитых странах, включая и Австралию⁵². В некоторых областях, беременные женщины, как говорят, отказываются от вагинальных родов в пользу запланированного кесарева сечения. Из тех женщин, которые действительно рожают вагинально, очень немногие переживают нормальные роды. Например, увеличивается количество женщин, выбирающих эпидуральное облегчение боли, которое, согласно Всемирной организации здравоохранения, преобразует характер их схваток из физиологического процесса в медицинскую процедуру⁵³.

Ценность нормальных родов также под огнём со стороны некоторых представителей медицинской профессии. В 2004 два британских акушера изложили своё мнение в журнале «The Observer» о том, что естественные роды более опасны, чем алкоголь за рулём автомобиля⁵⁴.

В последних статьях в главных журналах было предложено оказать поддержку рандомизированному контролируемому исследованию вагинальных родов в сравнении с кесаревым сечением у отобранных женщин с низким риском^{55, 56, 57}, и канадская конференция 2002 года была посвящена теме «Выбираем Кесарево сечение: неужели его Время Настало?». И хотя многие акушеры с радостью согласились с применением необоснованного с медицинской точки зрения кесарева сечения, с хорошо задокументированными рисками⁵⁸, существует прослойка докторов по всему миру, которые поддерживают женщину, желающую родить без медицинского вмешательства.

Как семейный врач – акушер, и мать четырёх детей, все из которых родились без медицинского вмешательства, я знаю, что роды могут быть трудными, болезненными, грязными и проблемными. Я также знаю, что роды могут быть источником огромного наслаждения, и что награда за нормальные роды – долговременная. Ниже представлен список, но не всесторонний, наград, которыми нормальные роды вознаграждают матерей и младенцев двадцать первого столетия.

Во-первых, женщина, которая родила своими собственными усилиями, приобретает огромное чувство личного самоуважения. Многие женщины, включая меня, испытывают чувство: «Если я могу сделать это, я могу сделать что-угодно». Я полагаю, что эти чувства – часть нашего эволюционного проекта в отношении родов, и они позволяют молодой матери почувствовать уверенность в том, что она должна и может позаботиться о своём ребёнке. Эта

⁵¹ Department of Health. NHS maternity statistics, England: 2003—4. London: DoH, 2005.

⁵² Laws P, Sullivan E. Australia's mothers and babies 2002. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit, 2004.

⁵³ World Health Organization. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization, 1996.

⁵⁴ Fisk N, Patterson Brown S. The safest method of birth is by caesarean. The Observer 2004 Sunday 2 May; 18.

⁵⁵ Hannah ME. Planned elective cesarean section: a reasonable choice for some women? Can Med Assoc J 2004; 170 (5):813—4.

⁵⁶ Robson S, Ellwood D. Should obstetricians support a «term cephalic trial»? Aust N Z J Obstet Gynaecol 2003; 43 (5):341—3.

⁵⁷ Ecker JL. Once a pregnancy, always a cesarean? Rationale and feasibility of a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2004; 190 (2):314—8.

⁵⁸ National Institute for Clinical Excellence. Caesarean Section Clinical Guidelines. London: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2004.

эйфория укрепляется коктейлем гормонов, включая окситоцин, бета-эндорфин, норадреналин и пролактин, которые достигают своего наивысшего пика в результате нормальных родов⁵⁹.

И наоборот, исследования показывают, что медицинские вмешательства нарушают гармоническое сочетание родильных гормонов и уменьшат послеродовые уровни этих эйфорических гормонов. Например, у женщин, которые рожают с эпидуральной анестезией, наблюдаются более низкие послеродовые пики окситоцина⁶⁰, бета-эндорфинов⁶¹ и норадреналина⁶², в сравнении с женщинами, родившими самостоятельно; и исследования, проведённые на животных⁶³ и на людях^{64, 65}, заставляют предположить, что это может сказаться на ранней материнской заботе.

Во-вторых, нормальные роды обеспечивают идеальное начало отношений матери-ребёнка. Если мать не получала болеутоляющих средств, её ребёнок будет естественно внимателен и покажет полный спектр благоприятного поведения в отношении раннего кормления грудью и привязанности⁶⁶. Мать также будет внимательна и будет в состоянии сразу же принять своего ребёнка. Первые годы с моими детьми были лёгкими и радостными, отчасти потому, что мы были избавлены от потребности реабилитироваться после применения лекарств или процедур, используемых во время схваток и родов.

В-третьих, мы знаем, что ранние воздействия могут затронуть наше потомство очень глубоко, на всю жизнь; я полагаю, что это относится и к способу, которым рождаются малыши. В моём опыте дети, получившие нежное начало, вообще спокойны и легко находят общий язык с матерью. И наоборот: результаты исследований показали, что младенцы, которые подверглись воздействию эпидуральных препаратов, менее бдительны в первый день жизни и более раздражительны и беспокойны в течение первых шести недель⁶⁷, (этот период является пределом исследований до настоящего времени). Как подчёркивают Мюррей и др., первоначальное столкновение с дезорганизованным ребёнком могут сформировать долгосрочные последствия для взаимоотношений матери и ребёнка⁶⁸.

Исследования, проведённые на приматах, также привели к предположению, что потомство, на которое было оказано воздействие болеутоляющими препаратами (опиаты, эпидуральная анестезия) в период схваток, может иметь неправильное нейроразвитие (мозговое) развитие в младенчестве⁶⁹. Такие исследования напоминают нам, что мы должны смотреть далеко вперёд, чтобы быть уверенными, что, как заявляют исследователи базы данных Кокрейна:

⁵⁹ Buckley SJ. Undisturbed Birth: Nature's Blueprint for Ease and Ecstasy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2003; 17 (4):261—288. See also Chapter 13.

⁶⁰ Goodfellow CF, et al. Oxytocin deficiency at delivery with epidural analgesia. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90 (3):214—9.

⁶¹ Bacigalupo G, et al. Quantitative relationships between pain intensities during labor and beta-endorphin and cortisol concentrations in plasma. Decline of the hormone concentrations in the early postpartum period. *J Perinat Med* 1990; 18 (4):289—96.

⁶² Jones CR, et al. Plasma catecholamines and modes of delivery: the relation between catecholamine levels and in-vitro platelet aggregation and adrenoceptor radioligand binding characteristics. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92 (6):593—9.

⁶³ Krehbiel D, et al. Peridural anesthesia disturbs maternal behavior in primiparous and multiparous parturient ewes. *Physiol Behav* 1987; 40 (4):463—72.

⁶⁴ Murray AD, et al. Effects of epidural anesthesia on newborns and their mothers. *Child Dev* 1981; 52 (1):71—82.

⁶⁵ Sepkoski CM, et al. The effects of maternal epidural anesthesia on neonatal behavior during the first month. *Dev Med Child Neurol* 1992; 34 (12):1072—80.

⁶⁶ Ransjo-Arvidson AB, et al. Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth* 2001; 28 (1):5—12.

⁶⁷ Rosenblatt DB, et al. The influence of maternal analgesia on neonatal behaviour: II. Epidural bupivacaine. *Br J Obstet Gynaecol* 1981; 88 (4):407—13.

⁶⁸ Murray AD, et al. Effects of epidural anesthesia on newborns and their mothers. *Child Dev* 1981; 52 (1):71—82.

⁶⁹ Golub MS. Labor analgesia and infant brain development. *Pharmacol Biochem Behav* 1996; 55 (4):619—28.

«... любое вмешательство в естественный процесс беременности и родов приносит больше пользы, чем вреда⁷⁰».

Наконец, ни нормальные роды, ни медикаментозные роды не могут гарантировать получение хорошего результата. Я выбрала один набор рисков и наград, потому что я полагаю, что нормальные роды развились на протяжении тысячелетий, для достижения долгосрочного репродуктивного успеха. Лекарства и процедуры медикаментозных родов, напротив, очень новы, и их долгосрочные последствия плохо изучены.

Я также вижу параллели между нашим современным энтузиазмом по поводу вмешательства в роды, и энтузиазмом, с которым медицинская профессия, к её позору, способствовала замене грудного молока. Оба основывались на предположении, что мы можем изменить к лучшему природу, но в обоих случаях отсутствовало понимание сложной физиологии, эндокринологии и психологии этих чрезвычайно развитых процессов и долгосрочных последствий такого вмешательства.

Так же, как мы теперь обнаруживаем всестороннюю пользу кормления грудью, также мы можем в ближайшие годы оценить биологическую сложность и эволюционную мудрость нормальных родов.

⁷⁰ Enkin M, et al. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2000, p 486.

Глава 11. Предродовой диагноз – технологический триумф или ящик пандоры?

Вы никогда не получали дурных известий в кабинете доктора прежде, но это было ещё хуже, потому что это было о Вашем будущем ребёнке. Ваш доктор был добр и нежен, и, должно быть, это был серьёзный разговор, поскольку Вы были в там больше 30 минут, но всё, что Вы можете вспомнить, – это заползающее оцепенение, туман, уплотняющийся вокруг Вас, и слова «анализ крови», «высокий риск» и «Синдром Дауна».

Тем вечером Вы пытались восстановить некоторые детали разговора, передавая их своему партнёру, но сегодня – всё ещё туман в голове, и Вы с трудом вспоминаете о предварительных рекомендациях доктора, которые она дала Вам перед тестом. «Один из 300» приходит на ум, но это не имеет смысла: как такое небольшое число может вызвать такую большую тревогу?

В конце концов Вы находите в своей сумке брошюру. Ваш доктор назвал это инвазивным тестированием, и сказал, что есть и следующий шаг, если Вы захотите предпринять его. Здесь это называют амнеоцентез, что означает выборку образца вод Вашего ребёнка.

«Бедный ребёночек,» – говорите Вы своему животу, переваривая информацию, – «тест может убить тебя, или иначе у тебя может быть синдром Дауна. Тогда мы должны будем выбрать, избавиться или нет от тебя».

Той ночью Вам снятся младенцы: прекрасные розовые пухлые младенцы, тощие серые младенцы с ужасными уродствами, китайские младенцы, африканские младенцы, румынские младенцы и они все хотят прийти домой с Вами. На утро Вы уже едва можете вспомнить, как это чувствовалось, что Ваша беременность приносила Вам радость. Ваш живот стал тяжёлым весом, который Вы поддерживаете, проходя через тот трудный день.

Добро пожаловать в дивный новый мир предродового диагноза, где нам дают информацию, которая беспрецедентна в истории человечества, и выбор, который может быть столь же болезненным, как и сложным.

Предродовой диагноз – диагностика отклонений в развитии младенцев, находящихся в матке – стимулируется возрастающим качеством медицинских технологий, но это очевидно санкционировано нашим обществом; большинство людей в Австралии поддерживает аборт в случае существенной аномалии, и был принят закон, позволяющий это в большинстве развитых стран. Кажется, что мы решили, все вместе, так же, как и индивидуально, избежать трудностей выращивания детей с ограниченными возможностями и особенно, в нашем обществе, с интеллектуальными ограниченными возможностями.

Однако, для постановки предродового диагноза, некоторые из нас вынуждены будут положить конец своей беременности.

Ящик пандоры

Предродовой диагноз может открыть настоящий ящик Пандоры для женщины и её семьи, и также поднимает обширные, глубокие этические и философские вопросы. Например, как мы можем назвать себя терпимым и инклюзивным обществом – обществом, которое приветствует различия – когда мы стремимся создать целую индустрию уничтожению младенцев, у которых есть очевидные различия? И наши ценности обнажаются, когда мы целимся в младенцев с синдромом Дауна; состояние, которое обычно не является фатальным, но связано с интеллектуальной недееспособностью и с характерными физическими чертами, которые наше общество не признает красивыми.

Частично воздействие предродового тестирования на личность проиллюстрировано в истории, представленной выше. Оказался ли этот ребёнок (один из 300 в этом сценарии⁷¹) повреждённым и беременность прервали; повреждён и сохранен (возможно, один из десяти⁷²); получил повреждение в результате процедуры (один из 100 с амниоцентезом) или не получил (299 возможностей из 300 до амниоцентеза) – мать проходит тяжёлое испытание.

Большинство женщин, которые выбирают эти тесты, не осознают, что они входят в эмоциональное минное поле, с последствиями, которые могут длиться в течение многих лет. Многие также не осознают, что тесты, которые они собираются пройти, не обнаружат всё, или даже большинство отклонений в развитии их будущих младенцев.

В последнем австралийском исследовании также было обнаружено, что большинству беременных женщин не дают достаточного количества информации прежде или после того, как они проходят тесты для постановки предродового диагноза^{73,74}. В британском обзоре высказано предположение, что медицинские работники, вовлечённые в дородовое наблюдение, не обладают достаточной квалификацией⁷⁵, и Австралийские⁷⁶ и канадские профессионалы от медицины, как выяснилось, также не глубоко разбираются в этих сложных проблемах. В американском обзоре обнаружено, что более, чем одна треть врачей первой помощи признались, что они имели предвзятое мнение, давая рекомендации женщинам с предродовым диагнозом Синдром Дауна^{77,78}.

⁷¹ Kelly J, Bean C. Australian Attitudes. Sydney: Allen and Unwin, 1988.

⁷² Biggio JR, Jr., et al. An outcomes analysis of five prenatal screening strategies for trisomy 21 in women younger than 35 years. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190 (3):721—9.

⁷³ Mulvey S, Wallace EM. Levels of knowledge of Down syndrome and Down syndrome testing in Australian women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001; 41 (2):167—9.

⁷⁴ Rostant K, et al. Survey of the knowledge, attitudes and experiences of Western Australian women in relation to prenatal screening and diagnostic procedures. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003; 43 (2):134—8.

⁷⁵ Sadler M. Serum screening for Down's syndrome: how much do health professionals know? *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104 (2):176—9.

⁷⁶ Tyzack K, Wallace EM. Down syndrome screening: what do health professionals know? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003; 43 (3):217—21.

⁷⁷ Carroll JC, et al. Ontario Maternal Serum Screening Program: practices, knowledge and opinions of health care providers. *Can Med Assoc J* 1997; 156 (6):775—84.

⁷⁸ Wertz D. Drawing lines: notes for policymakers. In: Parens E, Asch A, eds. *Prenatal testing and Disability Rights*. Washington DC: Georgetown University Press, 2000:44—53.

Скрининг против диагностических тестов

Беременная женщина приняла скрининг-тест для своего ребёнка. Каждая 20-ая из женщин, которые остановили свой выбор на скрининге вторичного триместра материнской сыворотки (STMSS) – анализ крови в 15 – 18 недель – получила положительный результат, со всем беспокойством, которое сопровождает эти новости.

Однако, только приблизительно у каждой 50-ой женщины, которая обнаруживает положительный результат, фактически будет имеющий нарушения ребёнок; оставшиеся 49 имели то, что называют «ложными положительными» результатами. К тому же, с процентом обнаружения – 60 – 70 процентов, – STMSS может обнаружить приблизительно только каждого третьего младенца с синдромом Дауна. Процент обнаружения расщелины позвоночника, другое состояние, которое может быть обнаружено с STMSS, составляет приблизительно 70 процентов, что означает, что точно так же каждый третий имеющий нарушение младенец не будет обнаружен посредством этого теста⁷⁹.

Почему же тогда так широко используется этот тест, столь неточный? Главная причина состоит в том, что это не *диагностический тест* – то есть, он не может поставить определённый диагноз для ребёнка. Это – *предродовой скрининг-тест*, разработанный, чтобы определить степень риска, так чтобы следующим шагом было диагностическое (и инвазивное) тестирование клеток ребёнка путём амниоцентеза или хорионической выборки ворсинок (CvS, см. ниже).

Ограничение применения этих диагностических тестов желательно, потому что они несут свои собственные риски, особенно риск инициации преждевременных родов. Прерывание беременности может также быть опасным для матери, особенно после трёх месяцев, потому что оно либо состоит в стимулировании схваток лекарственными препаратами или, что ещё более трудно, в процедуре «расширения и очищения».

Эти предродовые скрининг – тесты были представлены, как тесты «с нулевым риском» для женщин (особенно молодых), которые, возможно, не предполагают, что их ребёнок может иметь синдром Дауна, и, вероятно, не рассматривают возможность инвазивного тестирования, из-за риска преждевременных родов. Например, у женщин в возрасте до 35 – вообще очень низкие шансы рождения ребёнка с аномалиями развития, но, так как большинство младенцев рождается у молодых женщин, они тоже имеют возможность родить ребёнка с синдромом Дауна.

Скрининг – тестирование может указать отдельной женщине, что у неё более высокая, чем средняя вероятность рождения ребёнка с нарушениями развития, и ей можно предложить диагностический тест, когда её риск один из 300. Это приблизительно удваивает нормальный риск, поскольку приблизительно каждая 600-ая женщина носит ребёнка с синдромом Дауна. Таким образом, скрининг – тестирование увеличивает общее количества младенцев с синдромом Дауна, обнаруженных и абортированных, потому что приблизительно 70 процентов младенцев с синдромом Дауна рождаются у женщин до 35.

В результате некоторых исследований было обнаружено, что скрининг – тесты сыворотки, более вероятно, будут выдавать ложные положительные результаты в определённых ситуациях. Исследователи нашли, например, что женщины – вегетарианцы⁸⁰, курильщики⁸¹,

⁷⁹ de Crespigny L, Dredge R. Which Tests for my Unborn Baby? – Ultrasound and other prenatal tests. 2nd edn. Melbourne: Oxford University Press, 1996.

⁸⁰ Cheng PJ, et al. Elevated maternal midtrimester serum free beta-human chorionic gonadotropin levels in vegetarian pregnancies that cause increased false-positive Down syndrome screening results. Am J Obstet Gynecol 2004; 190 (2):442–7.

⁸¹ Spencer K, et al. The impact of correcting for smoking status when screening for chromosomal anomalies using maternal serum biochemistry and fetal nuchal translucency thickness in the first trimester of pregnancy. Prenat Diagn 2004; 24 (3):169–73.

представители различных этнических групп⁸² и/или те, у которых был ложный положительный результат в предыдущей беременности⁸³, требуют корректировки показателей сыворотки во избежание получения избытка ложных положительных результатов. Матери, которые вынашивают ребёнка женского пола, также более вероятно, получают ложный положительный результат тестирования⁸⁴.

В целом, однако, наиболее распространённой причиной неточных результатов тестирования, включая ложные положительные, является ошибка в датировании беременности. Точное датирование важно, потому что уровни гормонов, которые проверяются, зависят от возраста (беременности) ребёнка. Между 20 и 40 процентов женщин с положительными результатами скрининга, как выяснилось, будут иметь нормальные уровни, если их беременность более точно датирована с помощью ультразвука⁸⁵.

Имеются ещё два других скрининг – теста, которые всё чаще и чаще используются в обнаружении младенцев с синдромом Дауна. Первым является более ранний анализ крови, выполненный в пределах 10 недель и известный как скрининг первого триместра материнской сыворотки (FTMSS). FTMSS анализирует различные компоненты крови матери и, в некоторых исследованиях, даёт такие же точные результаты, как STMSS, хотя это тестирование может не обнаружить такой дефект, как расщелина позвоночника.

Второй ранний преродовой скрининг-тест проводится с использованием специализированного ультразвука, который измеряет толщину сгиба кожи позади шеи ребёнка в 10 – 13 недель. Это тестирование известно, как тест на затылочную полупрозрачность (NT). У младенцев с синдромом Дауна (и с некоторыми другими менее распространёнными отклонениями), вероятно, будет более толстый сгиб кожи позади шеи (затылочный сгиб) в определённое время в период беременности. Как со всеми скрининг – тестами, большинство младенцев, которые дают положительный результат на NT, фактически окажутся нормальными.

⁸² Watt HC, et al. Effect of allowing for ethnic group in prenatal screening for Down's syndrome. *Prenat Diagn* 1996; 16 (8):691—8.

⁸³ Abdul-Hamid S, et al. Maternal serum screening for trisomy 21 in women with a false positive result in last pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 2004; 24 (4):374—6.

⁸⁴ Spong CY, et al. Risk of abnormal triple screen for Down syndrome is significantly higher in patients with female fetuses. *Prenat Diagn* 1999; 19 (4):337—9.

⁸⁵ Wald NJ, et al. Maternal serum screening for Down's syndrome: the effect of routine ultrasound scan determination of gestational age and adjustment for maternal weight. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99 (2):144—9.

Раннее обнаружение – раннее облегчение?

Эти новые, ранние тесты, как предполагается, приносят пользу женщинам, потому что целый процесс (скрининг, диагноз и возможно, прекращение беременности) может происходить на более ранней стадии беременности, возможно даже прежде, чем женщина поделится своей новостью. После десяти недель может быть выполнен CVS, диагностический тест, и прерывание беременности, если оно выбрано, может также быть произведено на этой более ранней стадии беременности.

Однако, из-за сложности этих процедур и времени, необходимого для принятия этого главного решения, у многих женщин, у которых был произведён FTMSS, фактически не прерывается беременность до окончания 16 недель⁸⁶.

Сложность пренатального диагностирования возрастает, потому что исследователи смотрят на различные комбинации FTMSS, STMSS и NT. В настоящее время лучшие показатели обнаружения синдрома Дауна имеет двух-шаговое комплексное тестирование (IT), которое обнаруживает более 90 процентов младенцев с нарушениями развития и при этом показатель ложных положительных результатов составляет 2,6%⁸⁷. Комплексное тестирование вовлекает FTMSS в десять недель, NT – в 10 – 12 недель, и затем в 14-недель – STMSS. Когда все эти результаты будут получены (долгое ожидание), женщина узнает свою степень риска, и тогда она сможет решить, хочет ли она предпринять амниоцентез.

Британское правительство обязалось сделать этот тест доступным, финансируемым Национальной службой здравоохранения, для всех британских женщин в 2007⁸⁸, и очень возможно, что Австралия может последовать этому примеру. В недавнем совместном заявлении Королевского Колледжа Австралии и Новой Зеландии Акушерства и Гинекологии и Общества Генетики Человека Австралазии также были отмечены более высокие проценты обнаружения посредством комплексного тестирования, но в настоящее время рекомендуется женщинам консультироваться индивидуально в отношении выбора самого подходящего теста или тестов⁸⁹. В США, Профилактическая Оперативная Группа специалистов в настоящее время рекомендует STMSS для беременных женщин, у которых есть возможность получить консультацию, и инвазивное тестирование для женщин старше 35 или при высоком риске вынашивания ребёнка с синдромом Дауна⁹⁰.

Эти сложные и продолжительные режимы тестирования были рассмотрены и признаны рентабельными на основании того предположения, что деньги будут экономиться в результате прерывания беременностей младенцами с синдромом Дауна, которые, как оценивается, стоят дополнительных 677 000 US\$ (на 2002 год) для обеспечения пожизненной заботы⁹¹. В США, значит, рентабельно тратить более, чем US \$2,5 миллиарда ежегодно, чтобы обнаруживать и прерывать приблизительно 7 500 беременностей младенцами с синдромом Дауна, предлагая

⁸⁶ Wapner R, et al. First-trimester screening for trisomies 21 and 18. *N Engl J Med* 2003; 349 (15):1405—13.

⁸⁷ Wald NJ, et al. SURUSS in perspective. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111 (6):521—31.

⁸⁸ UK National Screening Programmes Committee Programmes Directorate. Screening for Down's syndrome: Model of best practice (Appendix 3). In: National Down's Syndrome Screening Programme for England. Oxford: UK National Screening Programmes Committee Programmes Directorate, 2004 www.nelh.nhs.uk/screening/dssp/Handbook_fi nal. pdf

⁸⁹ Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists and Human Genetics Society of Australasia, March 2004. Antenatal Screening for Down Syndrome (DS) and other Fetal Aneuploidy. 2004.

⁹⁰ U.S. Preventive Services Task Force. Screening Congenital Disorders: Screening for Down Syndrome. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd edn. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 1996.

⁹¹ Centre for Disease Control. Economic Costs of Birth Defects and Cerebral Palsy – United States, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1995; 44 (37):694—9.

FTMSS и NT всем беременным женщинам⁹². В Великобритании, где это тестирование финансируется государством, Альфиревич и Нилсон спрашивают:

«Какова важность установления программ высшего качества, отслеживающих синдром Дауна, относительно других приоритетов в охране материнства – особенно относительно неравенства и гарантий того, что в, испытывающие схватки женщины, будет достаточно обеспечены акушерской заботой, чтобы их потребности были удовлетворены⁹³»?

⁹² Cusick W, et al. Combined first-trimester versus second-trimester serum screening for Down syndrome: a cost analysis. Am J Obstet Gynecol 2003; 188 (3):745—51.

⁹³ Alfrevic Z, Neilson JP. Antenatal screening for Down's syndrome. Br Med J 2004; 329 (7470):811—2, p 812.

Ультразвук и затылочная полупрозрачность

Затылочная полупрозрачность (NT), как уже отмечалось выше, измеряет толщину сгиба кожи позади шеи ребёнка в возрасте 10 – 13 недель. NT – очень специфический тест, и он требует, чтобы его осуществлял квалифицированный оператор на специализированном оборудовании, включающем сложную компьютерную программу, анализирующую данные, включая возраст матери и точную продолжительность беременности.

Как и скрининг – тесты сыворотки, NT даёт оценку риска синдрома Дауна, а не постановку определённого диагноза. NT обнаруживает приблизительно 60 – 70 процентов младенцев с синдромом Дауна, с уровнем получения ложных положительных результатов – пять процентов. Повышенные показатели NT могут также указывать на другие менее распространённые отклонения, такие как трисомия 18 (синдром Эдвардса), трисомия 13 и пороки сердца. Однако, так как NT выполняется в то время, когда ребёнок всё ещё мал и не развит, NT, по предположению, не диагностирует отклонения в развитии тела, кишечника, почек, сердца и спинного мозга, и по этой причине в возрасте 18 – 20-недель сканирование все ещё необходимо.

NT использует ультразвук, который ещё, как я думаю, не исследован в должной мере на предмет безопасности в долгосрочном отношении. Недавнее исследование, которое сравнило многократные сканирования с единственными в период беременности и проследило состояние потомства до восьми лет, привело к обнадеживающим результатам, но, как заявили исследователи: «... наши результаты не уменьшают необходимости предпринимать дальнейшие исследования потенциальных биоэффектов предродовых ультразвуковых скринингов⁹⁴». Выходная интенсивность Ультразвуковой техники продолжает увеличиваться, даже с той поры, как было проведено это исследование, и вопросы о праворукости, связанные с ультразвуковым облучением, не были решены. (Для получения дополнительной информации об ультразвуке, см. глава 12.)

Диагностическое и инвазивное тестирование: амниоцентез и взятие пробы хориальных ворсин (CVS)

Амниоцентез и CVS – агрессивные тесты, потому что они предполагают вторжение в матку беременной матери для того, чтобы взять образец амниотической жидкости её ребёнка и развивающейся плаценты (соответственно), чтобы проверить на генетические отклонения. Из-за этого оба теста несут риски для ребёнка и, в меньшей степени, для матери.

В 15 – 16 недель обычно выполняется Амниоцентез. В амниоцентезе приблизительно одна – две столовых ложки (15—30 мл, Уг-1 унция) амниотической жидкости ребёнка забираются иглой при ультразвуковом наведении, и клетки ребёнка, которые плавают в жидкости, выбираются и выращиваются в лаборатории. Хромосомы ребёнка, которые являются частью ядра клетки, проверяются на наличие отклонений, включая синдром Дауна.

Результаты обычно выявляются приблизительно через две недели, хотя новые генные технологии (всё ещё слишком дорогие для обычного использования) могут уменьшить время ожидания до нескольких дней. Амниотическая жидкость может также быть проверена на альфа-фето-протеин (AFP), который указывает на дефекты нервной трубки (NTDs) в мозге ребёнка и в спинном мозге, включая расщелину позвоночника. AFP – более простой тест, и результаты обычно доступны в течение дня или двух. Если уровни AFP высоки, рекомендуется детальное ультразвуковое обследование для получения большего количества информации.

⁹⁴ Newnham JP, et al. Effects of repeated prenatal ultrasound examinations on childhood outcome up to 8 years of age: follow-up of a randomized controlled trial. *Lancet* 2004; 364 (9450):2038—44, p 2043.

Амниоцентез, как признают, вызывает преждевременные роды у женщин в интервале от каждой 50-ой до каждой 200-ой беременной женщины, и этот выкидыш может случиться до трёх недель, или ещё позже, после процедуры. В одном исследовании, вовлекающем женщин до 35 лет, большинство связанных с процедурой выкидышей произошло после 28 недель⁹⁵.

Более опытные операторы имеют более низкие показатели ошибки. В одном большом исследовании было указано, что риск выкидыша может быть выше у пожилых женщин, у женщин, у которых было кровотечение в период беременности, и у женщин, у которых было более, чем три предыдущих выкидыша или аборта и / или последний выкидыш или аборт⁹⁶. В этом исследовании, у женщин старше 40 риск выкидыша после амниоцентеза составлял приблизительно пять процентов, в то время как у женщин старше 40, которые также испытали кровотечение, риск выкидыша составлял 10-процентов. У женщин старше 40 с предыдущими выкидышами или абортами, риск выкидыша после процедуры составлял 20-процентов.

Заметьте, что с STMSS и последующим амниоцентезом, приблизительно один нормальный ребёнок погибнет на один – два прерванных младенца, которые иначе родились бы с синдромом Дауна⁹⁷.

Утечка амниотической жидкости через влагалище (даже при том, что амниоцентез выполняется через живот матери) может произойти приблизительно у каждой 100-ой женщины. Хотя это и редко бывает, но игла при амниоцентезе может поцарапать или даже проколоть ребёнка, и осложнения этого, которые могут быть серьёзными, возможно, не будут обнаружены до рождения⁹⁸.

Исследования привели к предположению, что новорождённые младенцы, которые были подвергнуты амниоцентезу и CVS, возможно, имели ухудшенный рост и развитие лёгких^{99,100}, и что у младенцев, родившихся после применения раннего амниоцентеза (10 – 13 недель), более вероятно, будет затруднённое дыхание, и потребуются интенсивная терапия после рождения¹⁰¹. В одном большом европейском исследовании обнаружили, что амниоцентез в качестве предродового диагноза может увеличить риск преждевременных родов¹⁰², и медицинские свидетельства хорошего качества приводят к заключению, что амниоцентез может также быть причиной очень низкого веса при рождении приблизительно у каждого 200-ого ребёнка¹⁰³. Как ни странно, преждевременность и очень низкий вес при рождении – главные факторы риска физических и психических расстройств, включая церебральный паралич.

Амниоцентез также агрессивен в отношении матери, так как предполагает проникновение в её матку. Возможные осложнения включают инфекцию ребёнка и жидкости (хориоам-

⁹⁵ Antsaklis AJ, et al. False positive serum biochemical screening and subsequent fetal loss in women less than 35 years of age. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108 (6):589—93.

⁹⁶ Papantoniou NE, et al. Risk factors predisposing to fetal loss following a second trimester amniocentesis. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108 (10):1053—6.

⁹⁷ Squier M, et al. Five cases of brain injury following amniocentesis in mid-term pregnancy. *Dev Med Child Neurol* 2000; 42 (8):554—60.

⁹⁸ Squier M, et al. Five cases of brain injury following amniocentesis in mid-term pregnancy. *Dev Med Child Neurol* 2000; 42 (8):554—60.

⁹⁹ Thompson PJ, et al. Lung function following first-trimester amniocentesis or chorion villus sampling. *Fetal Diagn Ther* 1991; 6 (3—4):148—52.

¹⁰⁰ Milner AD, et al. The effects of mid-trimester amniocentesis on lung function in the neonatal period. *Eur J Pediatr* 1992; 151 (6):458—60.

¹⁰¹ Greenough A, et al. Invasive antenatal procedures and requirement for neonatal intensive care unit admission. *Eur J Pediatr* 1997; 156 (7): 550—2.

¹⁰² Medda E, et al. Genetic amniocentesis: a risk factor for preterm delivery? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 110 (2):153—8.

¹⁰³ Enkin M, et al. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2000.

нионит), которая обычно вызывает выкидыш. Более тяжёлые инфекции могут вызвать септический шок и тяжёлую болезнь, которая может быть, очень редко, фатальной¹⁰⁴.

CVS заключается во взятии образца развивающейся плаценты ребёнка, руководствуясь ультразвуком, или через живот матери, или через влагалище, в период 11 – 12 недель. CVS – более новый тест и имеет дополнительные риски, по сравнению с амниоцентезом. Во-первых, частота выкидышей, вызванных осуществлением этой процедуры выше – между каждым 25-ым и одним на 100^{105, 106}. Трудности, связанные с процедурой и/или с лабораторным анализом, более распространены в связи с CVS, чем с амниоцентезом, их количество составляет от 2.2 до 10 процентов процедур, и поэтому может быть необходим повторный CVS (или амниоцентез в более позднее время). Повторное тестирование увеличивает риск ошибки.

Также возможно, что клетки, полученные с помощью CVS, показывают себя, как нормальные, в то время, когда у ребёнка фактически есть редкая (и обычно более умеренная) мозаичная форма синдрома Дауна. Альтернативно, ребёнок может быть нормальным, и всё же имеющим мозаичные клетки на CVS. Мозаизм затрагивает приблизительно один процент результатов теста CVS.

CVS был разработан так, чтобы женщин могли пройти это диагностическое тестирование на ранних стадиях беременности, когда прерывание беременности, если оно выбрано, проходит без осложнений. Однако, недостаток этого более раннего диагноза состоит в том, что некоторые получившие повреждение младенцы могут быть естественно отторгнуты в течение нескольких недель. Это особенно верно для младенцев с синдромом Дауна, для которых каждый четвёртый (25 процентов) будет абортирован между 10 и 14 неделями, и другой один из четырёх (23 процента) будет выкинут прежде, чем закончится беременность. В результате последних исследований было высказано предположение, что процент выкидышей тех младенцев с синдромом Дауна, которые были обнаружены перинатально, более высокий (50 процентов в общей сложности), чем младенцев с синдромом Дауна, которые не были обнаружены в результате пренатального скрининга¹⁰⁷.

Также CVS может нанести вред ребёнку. Последние исследования привели к предположению, что младенцы, прошедшие CVS до 10 недель, могут иметь маленький, но возрастающий риск уродств конечностей (CVS теперь производится в 11 – 12 недель), и другие исследования отметили увеличение числа младенцев CVS с косоплостью и уродствами челюсти и кишечника, так же, как и гемангиому (сосудистый невус¹⁰⁸).

Одно небольшое исследование сообщило об увеличенном риске высокого кровяного давления и пре – эклампсии (токсемия) на поздних стадиях беременности, в тех случаях, когда плацента ребёнка была проколота в результате CVS (что является необходимой частью процедуры), или амниоцентеза¹⁰⁹. Матери, группа крови которых резус Rh-отрицательный, должны получать анти-D после амниоцентеза или CVS, чтобы предотвратить проблемы несовместимости крови в будущих беременностях.

¹⁰⁴ Elchalal U, et al. Maternal mortality following diagnostic 2nd-trimester amniocentesis. *Fetal Diagn Ther* 2004; 19 (2):195—8.

¹⁰⁵ Halliday JL, et al. Importance of complete follow-up of spontaneous fetal loss after amniocentesis and chorion villus sampling. *Lancet* 1992; 340 (8824):886—90.

¹⁰⁶ Harris RA, et al. Cost utility of prenatal diagnosis and the risk-based threshold. *Lancet* 2004; 363 (9405):276—82.

¹⁰⁷ Leporrier N, et al. Fetuses with Down's Syndrome detected by prenatal screening are more likely to abort spontaneously than fetuses with Down's Syndrome not detected by prenatal screening. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110 (1):18—21.

¹⁰⁸ Stoler JM, et al. Malformations reported in chorionic villus sampling exposed children: a review and analytic synthesis of the literature. *Genet Med* 1999; 1 (7):315—22.

¹⁰⁹ Silver RK, et al. Late first-trimester placental disruption and subsequent gestational hypertension/preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2005; 105 (3):587—92.

Парадокс состоит в том, что и амниоцентез, и CVS – это процедуры, использующие ультразвук, давая матери возможность увидеть своего ребёнка, хотя в то же самое время она, как предполагается, рассматривает возможность аборта. Как сказала одна мать:

«Я просто смогла видеть её, укрепляя любовь, когда они говорили мне, что это неправильный ребёнок¹¹⁰».

¹¹⁰ Statham H, Green J. Serum screening for Down's syndrome: some women's experiences. Br Med J 1993; 307 (6897):174—6, p 175.

«Дивный» новый мир

Против этих количественных анализов выступают Элкинз и Браун:

«Индивидуумы с синдромом Дауна обрели признание за последние три десятилетия, как приносящие ценные качества жизни в наше общество. Известно, что они приносят радость и любовь в семью. Они напоминают нам, что определения нормы искусственны и хрупки. Короче говоря, люди с синдромом Дауна помогают понять остальной части общества, как справляться, расти, преодолевать и понимать смирение, благодарность и радость¹¹¹».

В исследованиях и опубликованном материале о предродовой диагностике, редко рассматривались перспективы тех, кто имел нарушения, такие как синдром Дауна. Большинство информационных листовок о предродовой диагностике, разработанных так, чтобы помочь потенциальным родителям решить вопрос о тестировании, дают очень негативное и устаревшее описание синдрома Дауна^{112, 113}.

Олдерсон исследует наши предположения о ценности и качестве жизни имеющих синдром Дауна, взяв интервью у пяти взрослых с этим нарушением развития¹¹⁴. Её интервьюируемые выказывают способности проникновения в суть и удовольствие от жизни; чувствительность к социальным предубеждениям и болезненное понимание проблем, связанных с тестированием и селективными абортами младенцев с синдромом Дауна. Существует превосходная и реалистическая литература, написанная родителями, сиделками и людьми с синдромом Дауна, некоторые книги выложены в Интернете, таких авторов, как Кингсли и Левиц¹¹⁵, и Слейтер¹¹⁶.

В последней работе на рассмотрение всем нам выдвинуты глубокие этические проблемы. Рейнолдс послал анкеты, включающие 19 клинических сценариев, включая предродовое тестирование на синдром Дауна (который не был обозначен, как таковой), в 40 случайно выбранных британских комитетов по этике¹¹⁷. Больше, чем половина ответчиков выразила мнение, что предродовой скрининг на определение состояния с клиническими симптомами синдрома Дауна – неэтичен. Когда было раскрыто, что подтверждающее тестирование могло вызвать выкидыш нормальных младенцев, осталось только 14 процентов, выступающих за скрининг.

¹¹¹ Elkins TE, Brown D. Ethical concerns and future directions in maternal screening for Down syndrome. Womens Health Issues 1995; 5 (1):15—20, p 17.

¹¹² Elkins TE, Brown D. Ethical concerns and future directions in maternal screening for Down syndrome. Womens Health Issues 1995; 5 (1):15—20.

¹¹³ Asch A. Prenatal diagnosis and selective abortion: a challenge to practice and policy. Am J Public Health 1999; 89 (11):1649—57.

¹¹⁴ Alderson P. Down's syndrome: cost, quality and value of life. Soc Sci Med 2001; 53 (5):627—38.

¹¹⁵ Kingsley J, Levitz M. Count us in: Growing up with Down syndrome. San Diego: Harcourt Brace & Company, 1994.

¹¹⁶ Slater C. In Praise of Down Syndrome. Based on an article that appeared in Westminster Mencap's Newsletter Feedback.

¹¹⁷ Reynolds TM. Down's syndrome screening is unethical: views of today's research ethics committees. J Clin Pathol 2003; 56 (4):268—70.

Диагностика и рекомендации

После прохождения многих рассмотрений и тестов, Вы могли бы надеяться, что результаты амниоцентеза или CVS будут ясны, и решение, независимо от того, какое оно, будет однозначным. К сожалению, это часто – не так. Помимо младенцев с диагнозом синдром Дауна есть многие с другими хромосомными отклонениями, тестирование которых даёт неопределённый результат.

Например, приблизительно около трети обнаруженных отклонений вовлекают сексуальные хромосомы, которые могут дать тонкие или неизвестные уровни аномальности. Росмен, который взял обширные интервью у женщин, испытавших постановку предродового диагноза, отмечает, что родители могут быть совершенно сбиты с толку неоднозначными диагнозами¹¹⁸. В другом исследовании выяснилось, что многие женщины предпочли бы прервать свою беременность, чем жить с такой неуверенностью¹¹⁹.

Менее вероятно, что новые генные технологии, такие как FISH, упомянутая выше в связи с сокращением времени тестирования, поставят неоднозначный диагноз, поскольку они делают проверку в узком и специфическом диапазоне условий; такие тесты не будут, например, диагностировать сексуальные нарушения в хромосомах, но они будут точны в тестировании на синдром Дауна. Может быть предпочтительнее выбрать эти методы, если они доступны, для анализа клеток, полученных с помощью CVS или амниоцентеза.

¹¹⁸ Rothman B. *The Tentative Pregnancy. Amniocentesis and the sexual politics of motherhood*. 2nd edn. London: Pandora, 1994.

¹¹⁹ Sagi M, et al. Prenatal diagnosis of sex chromosome aneuploidy: possible reasons for high rates of pregnancy termination. *Prenat Diagn* 2001; 21 (6):461—5.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.