

Современные аспекты партнерских родов

Ю.П. Вдовиченко, С.Ю. Вдовиченко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

В обзоре представлена информация о роли партнерских родов в снижении частоты акушерских и перинатальных осложнений на опыте зарубежных стран; проанализированы перспективы и тенденции касательно партнерских родов в Украине и в мире.

Ключевые слова: беременность, роды, партнерские роды, перинатальные осложнения.

Внедрение семейно-ориентированных перинатальных технологий, современных принципов грудного вскармливания в практику учреждений родовспоможения и детского здравоохранения является частью национальной политики в укреплении здоровья матери и ребенка [1, 3, 9, 24].

Современные перинатальные технологии решают много проблем родового акта, но вместе с тем, все более «технологизируют» роды, однако, благодаря введению многих технологических моментов роль отца в рождении ребенка постепенно так же актуализируется, как и роль матери [31, 42, 48].

В современном мире традиция совместных, или партнерских, родов стала возрождаться относительно недавно. Если на Западе присутствие отца давно считается привычным, о подобном в бывшем СССР слышать не доводилось. Исключение составляли разве что жители труднодоступных мест, которые в силу обстоятельств были вынуждены оказывать друг другу медицинскую помощь [17].

Однако взгляд на славянскую историю иллюстрирует традиционность проведения родов с отцом, начиная с древних времен [10, 21].

Отец не просто участвовал в родах, а сам принимал ребенка в мир, так как считалось, что это завершение создания ребенка. Предки вкладывали в такие роды символический смысл, знали они и о важности присутствия папы для установления связи ребенка с отцом. Но отец был защитой для ребенка еще до рождения, – беременную укрывали ночью плащом супруга, охраняя ребенка, а днем для защиты надевали его пояс. Также для защиты малыша уже после рождения сына пеленали в рубаху отца для того, чтобы ребенок рос здоровым, сильным. Девочку после родов отцовской рубахой обтирали для обретения не только здоровья и выносливости, но и добра. После родов обрезание пуповины начиналось с перевязывания ее льняной нитью, которая была переплетена с волосами не только матери, но и отца. Одним из послеродовых обрядов было представление ребенка 3 стихиям природы. И совершал этот обряд именно отец; также он первым вносил ребенка в дом, представляя его домовым и домашнему очагу [10, 20].

В мировой медицинской практике партнерские роды активно практикуют уже больше тридцати лет. В разных странах позиция относительно партнерских родов в основном позитивная [38, 39, 44, 48].

В США рожать одной считается неестественным явлением. Муж и жена вместе на протяжении всех девяти месяцев посещают специальные партнерские курсы по подготовке к родам. В том же случае, если мужчина по какой-либо серьезной причине не может присутствовать на родах, женщине предложат взять с собой в родильный дом кого-либо из родственников или друзей. В самом крайнем случае, если с женщиной некому пойти на роды, больница выделит ей специ-

ально обученную медсестру, которая во время всего родового процесса неотложно находится рядом с женщиной [44].

В Германии практически все роды партнерские, и это явление всегда воспринимается супругами и обществом с большим энтузиазмом [35].

В Швеции папа обычно перерезает пуповину новорожденного, соответственно партнерские роды приветствуются.

Во Франции партнерские роды разрешены, как и съемка родов. Папа может присутствовать даже при кесаревом сечении. Еще на акушерских курсах (кстати, оплачиваемых государством) будущим папам и мамам проводят экскурсию в больницу, в родильные залы. Именно французский врач Фернанд Ламаз создал одну из самых популярных программ подготовки супружеских пар к родам – программа «Ламаз» была создана в конце 50-х годов XX века и включает в себя 3 основные методики – методика общего расслабления, включая расслабление мышц тазового дна, дыхательные техники и работа партнера [36].

В Великобритании, Австрии совместные роды вполне привычны. Папы активно участвуют уже в процессе предварительного обсуждения с медицинским персоналом условий проведения родов в выбранной клинике [37].

В Нидерландах проводят преимущественно домашние роды, где папа играет вторую роль после профессиональной акушерки [41].

В Китае разрешено присутствие папы в роддоме, к тому же ему положен отпуск по уходу за женой, но при этом малочисленные роддома с давними традициями все-таки запрещают присутствие папы в родах [43].

В Италии и Испании настаивают на присутствии мужа на родах (Италия – кроме проведения кесарева сечения). В Испании отец ставит подпись свидетеля в первых документах ребенка [34].

Существуют и другие концепции, так в Турции, как и в большинстве стран с восточными традициями, присутствие папы запрещено. Хотя современные родильные дома принимают пап для участия в родах [5].

Результаты исследований зарубежных авторов свидетельствуют, что одной из «ключевых» потребностей рожавшей женщины является потребность чувствовать себя в безопасности [2, 8, 19]. В некоторых зарубежных странах, в частности, в некоторых штатах США, практикуется присутствие на родах «спутницы, оказывающей поддержку», так называемой доулы. При этом отмечается, что присутствие доулы при родах оказывает не только положительное воздействие на роженицу, при этом снижается и процент всякого рода хирургических, инструментальных и медикаментозных вмешательств и увеличивается статистика благополучных исходов [44].

В Украине только в конце 90-х годов XX ст. стали появляться сторонники партнерских родов, однако их становится все больше. Это соответствует рекомендациям МЗ, согласно которым во время родов не только вполне допустимо, но и желательно присутствие кого-нибудь из близких [22]. По данным Министерства здравоохранения Украины, если в 2002 году в стране не было официально зарегистрировано ни одного такого случая, то уже в 2004 году более половины родов (52%) в Украине проходили в присутствии отцов [9]. Ли-

дером среди регионов стала Житомирская область: в областном центре охраны матери и ребенка почти 80% родов в 2011 году были партнерскими.

Эксперты Министерства здравоохранения Украины объясняют популярность партнерских родов пропагандой, ведущейся в средствах массовой информации, рекомендациями психологов и медиков – сторонников совместных родов, а также опытом молодых родителей. Кроме того, увеличение количества совместных родов стало возможным благодаря постепенному внедрению системы новых перинатальных технологий в украинских роддомах.

Однако четкая технология организации процесса партнерских родов все еще в процессе совершенствования и мнений о том, что они из себя представляют, очень много, – в результате в настоящее время можно наблюдать резко контрастную картину последствий партнерских родов: семейная ситуация пар, участвовавших в них, варьируется от резкого ухудшения отношений до прямо противоположного эффекта их гармонизации.

Д.В. Винникотт в 1968 году писал о том, что новая, еще мало исследованная, но получающая распространение практика присутствия отца на родах представляется ему очень ценной [8]. Последующие исследования партнерских родов как новой медицинской технологии доказали его правоту.

Высказываются как позитивные, так и негативные мнения о целесообразности и последствиях участия мужчины в процессе рождения его ребенка. Наряду с положительными субъективными отзывами мужчин – участников родов есть немало таких, которые носят ярко выраженную негативную окраску. Описываются страх, ощущение собственного бессилия и ненужности в данной ситуации. Следствием присутствия на родах, по мнению некоторых мужчин, является дальнейшее нарушение семейно-брачных, интимных отношений, депрессия, противоречивое отношение к ребенку [3, 15, 27].

Учитывая это, специалисты анализировавшие случаи партнерских родов, доказали, что поведение мужчины, участвующего в партнерских родах, может быть разным. Во многом оно зависит от качества дородовой подготовки.

Г.Б. Мальгина с соавторами [19] выделяют три варианта поведения мужчин в партнерских родах:

- активно-адекватное, характеризующееся активным участием – проявляется тем, что мужчина уверенно помогает жене принять наиболее удобную позу, умело осуществляет некоторые обезболивающие манипуляции, выполняет рекомендации медицинского персонала, играя роль своеобразного «посредника» между ними и роженицей, при этом не мешая медицинскому персоналу;

- пассивно-зеркальное поведение характеризует мужчин, смутно представляющих себе, чем и как они могут помочь роженице, а поэтому практически не участвующих в процессе родов. Они находятся как бы в стороне, наблюдая за действиями жены, медицинского персонала, но при этом не мешая и не вмешиваясь в процесс. При появлении новорожденного бурной радости такие мужчины, как правило, не выражают, но эмоционально относятся к ребенку тепло. Более интенсивно они выражают свою радость, благодарность супруге и медицинскому персоналу через час после окончания родов;

- агрессивно-наступательное поведение проявляется попытками мужчин активно и бесцеремонно вмешиваться в действия медицинских работников, требовать у них подробного отчета и объяснения любой манипуляции, «командовать» действиями жены, без адекватной помощи. Подобное поведение может быть результатом очень высокой тревоги мужчины, отсутствия дородовой подготовки и осознания своей вовлеченности в процесс родов. Агрессивно-наступа-

тельное поведение негативно влияет на родовый процесс, поэтому важно вовремя распознать и спрогнозировать такую ситуацию, не допускать такого мужчину в родильный зал во время периода потуг. После благополучного рождения ребенка мужчина может вернуться к супруге и с ней порадоваться новорожденному, при этом тревога и агрессивность сменяются радостью и благодарностью.

Примеры полярного влияния присутствия мужа при родах на их течение, на отношения в семье показывают важность научных знаний в этой области. Родители должны обладать полной информацией о психологической специфике родового процесса, представлять силу воздействия этого процесса на личностную сферу, быть образованными и подготовленными, прежде чем принимать решение о совместном участии в родах.

Совместное преодоление семейной парой родового стресса способствует возникновению качественно иных, стойких партнерских отношений. Исследования, проведенные с использованием теста-опросника родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столина, выявили, что родители детей, родившихся в результате партнерских родов, более заинтересованы в делах и планах своего ребенка, сопереживают ему, эмоционально ближе, больше поощряют инициативу и самостоятельность ребенка, чем родители детей, отец которых не принимал участия в родах. У пар, не участвовавших в партнерских родах, выявлено большее стремление к инфантилизации ребенка, повышенному контролю над ним, меньшая степень доверительности (высокий балл по шкале «инфантилизация», низкий – «социальная желательность»). Причем при анализе средних данных установлено, что в обычных семейных парах к инфантилизации ребенка в большей степени склонны мужчины, чем женщины. Этот факт можно объяснить более дистантной позицией мужчин, не участвовавших в партнерских родах, их более критичной позицией по отношению к ребенку, что может приводить к сомнениям относительно его возможностей [24].

Исследования Г.Б. Мальгиной и сотрудников показали, что акушерская тактика в процессе ведения партнерских родов по сравнению с родами без поддержки мужа значительно менее «агрессивна»: в два раза реже требовалась стимуляция родовой деятельности, кесарево сечение понадобилось в 4% случаев (в контрольной группе – в 10%). Без разрывов мягких тканей родоразрешены 34% женщин основной группы и всего 16% пациенток, рожавших без партнера. Частота применения эпизиотомии в основной группе ниже на 10%, разрывов промежности ниже на 4%. В основной группе не было зарегистрировано глубоких разрывов, гематом влагалища, в два раза меньше была частота акушерских кровотечений [19].

При анкетировании супружеских пар через 6–12 мес после партнерских родов было установлено, что 83% опрошенных женщин не сомневаются в правильности решения рожать вместе с мужем, удовлетворены его поддержкой в родах, 17% скорее удовлетворены, чем нет. Негативно оценивающих этот опыт не было, 94% женщин говорят о любви и внимании мужа к ребенку после совместных родов, 83% мужчин также расценивают свое отношение к ребенку как всепоглощающее чувство любви [19].

Что касается сексуальной жизни в послеродовой период исследования свидетельствуют, что при ретроспективном анкетировании 55% мужчин и 39% женщин отметили, что их сексуальные отношения не изменились; 44% женщин и 28% мужчин считали, что они улучшились; 17% мужчин и 17% женщины указывали на некоторый спад в сексуальных отношениях, – мужчины отметили, что сексуальные контакты стали реже по сравнению с дородовым периодом, при этом женщины не связывали это с присутствием мужа на родах [24].

Семьи, планирующие партнерские роды, имеют более высокий социальный и профессиональный статус, чем семьи, в которых женщины планируют роды без участия партнера. Патологический тип гестационной доминанты у женщин, готовящихся к партнерским родам, отмечен авторами в 3 раза реже, чем у женщин, планирующих роды без партнера. На дородовом этапе показатели ситуационной и личностной тревожности у мужчин и женщин, планирующих партнерские роды, достоверно ниже, чем у пар, планирующих роды без участия партнера. При высоких уровнях личностной тревожности перед планируемыми родами необходима психокоррекционная работа в курсе дородовой подготовки с обоими партнерами [28].

Присутствие партнера на родах снижает «акушерскую агрессию», о чем свидетельствует увеличение продолжительности родового акта, снижение относительного риска применения родовозбуждения, родоусиления, потребности в обезболивании родов и родоразрешения путем операции кесарева сечения. Участие в родах партнера снижает частоту послеродовых осложнений у первородящих и у повторнородящих в 4 раза. Авторы выявили снижение частоты аномалий родовой деятельности: у первородящих в 2,96 раза, а у повторнородящих – в 2,21 раза. Физическая и психологическая нагрузка на медицинский персонал в 80% случаев не изменяется, а в 4,1–4,7% снижается [30].

Подтверждено, что семейно-ориентированные технологии, в частности, совместное пребывание матери и новорожденного, создают предпосылки для первичного заселения организма новорожденного при совместном с матерью пребывании штаммами микроорганизмов, сапрофитирующих в материнском организме, по отношению к которым ребенок имеет средства иммунной защиты, полученные внутриутробно [23]. Однако в этом исследовании не изучена роль отца ребенка как носителя микроорганизмов, которые будут составлять «микробиологическую нишу» существования младенца.

В другом исследовании отмечено положительное влияние партнерских родов на микробную колонизацию организма новорожденного при условии своевременного выявления бактерионосительства будущих родителей и адекватной санации на дородовом этапе, в результате чего у детей от санированных родителей патогенная флора выявлена в 13% случаях, а в группе детей от несанированных в 52%, что в 4 раза чаще [25].

Отдаленные результаты партнерских родов благоприятны для семьи в целом и состояния здоровья потомства, что подтверждает катанестическое исследование семей, – 82% женщин и 87% партнеров полностью удовлетворены присутствием партнера на родах [29].

Исходя из данных литературы, при правильной организации и подготовке партнерские роды имеют ряд преимущ-

еств: снижается количество акушерско-гинекологических вмешательств; необходимость применения медикаментов в послеродовой период; снижается травматизм новорожденного, физическая и психическая нагрузка на средний медицинский персонал;

Партнерские роды экономически и социально выгодны, – сокращаются сроки пребывания в родильном доме, снижается потребность в реабилитации в условиях детской клиники; отношения супругов становятся более гармоничными, формируются оптимальные формы привязанности ребенка к обоим родителям, предпочитается гуманные конструктивные варианты семейного воспитания. В целом, партнерские роды создают благоприятную ситуацию для формирования перинатального комплаенса. Однако многие вопросы партнерских родов остаются открытыми. Так, психотерапевтический потенциал совместного пребывания супругов во время родов еще мало изучен и оценен, недостаточно используется, не изучено влияние партнера в родах у первородящих и повторнородящих на применение активных акушерских вмешательств. Кроме того, все еще дискуссионно проведение партнерских родов при повышенном факторе инфекционного риска. Открытые вопросы оставляют тему партнерских родов актуальной для изучения как со стороны психосоциальной, так и с акушерско-гинекологической позиции.

Таким образом, данные современной литературы свидетельствуют об актуальности изучения этой новой проблемы акушерства и гинекологии – партнерские роды. Научные исследования в данном направлении представляют большой интерес как с медицинской, так и с социальной точки зрения.

Сучасні аспекти партнерських пологів Ю.П. Вдовиченко, С.Ю. Вдовиченко

В огляді представлена інформація про роль партнерських пологів у знизженні частоти акушерських та перинатальних ускладнень на досвіді зарубіжних країн, проаналізовані перспективи щодо партнерських пологів в Україні та світі.

Ключові слова: вагітність, пологи, партнерські пологи, перинатальні ускладнення.

Modern aspects of partner childbirth Y.P. Vdovichenko, S.Y. Vdovichenko

The review presents information about the roll of partnersip delivery in decreasing of frequency of obstetric and perinatal complications on based on the experience of foreign countries; tendencies of the development of partnership delivery in Ukraine and in the World were analized.

Key words: pregnancy, delivery, partnership delivery, perinatal complications.

Сведения об авторах

Вдовиченко Юрий Петрович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 401-15-12. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Вдовиченко Сергей Юрьевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (066) 777-10-00. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В. Подготовка к безопасному материнству Текст. /В.В. Абрамченко, И.А. Шамхалова. – СПб.: ЭЛБИ СПб., 2005. –204 с.
2. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство [Текст] / В.В. Абрамченко. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
3. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам [Текст] / В.В. Абрамченко. – СПб.: ЭЛБИ СПб., 2005. – 124 с.
4. Алешина Н. Почему муж не хочет

5. присутствовать на родах? 7 объективных причин // <http://urology.com.ua/article5917.html> (2005)
6. Аль-Кардави Ю. // www.yaseen.ru / islamUA.net, 2003.

7. Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Неметдинова Ф.Т. От медицинской этики к медицинской биоэтике // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 2. – С. 33–35.

7. Андреева Т.В. Психология современной семьи. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.
8. Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. – М.: Литур, 2004. – С. 123–130.
9. Жилка Н.Я., Дудіна О.О., Гук А.П. Репродуктивне здоров'я населення України: проблеми та перспективи // Фармацевтична Україна. – К., 2004. – № 2. – С. 27–33.
10. Конос Э.М. Истоки русской педиатрии. – М.: Медгиз, 1946. – 416 с.
11. Кравченко А.И. Социология: Учебник для вузов. – М.: Академический Проект, 2001. – 3-е изд., перераб. и доп. – 508 с.
12. Красовский Б.П. Взаимоотношения врача и пациента на Западе // СОЦИС. – 2002. – № 6. – С. 122–127.
13. Кузьмин М.К. История медицины. – М.: Медицина, 1978. – 200 с.
14. Лещенко Я.А. Влияние социально-психологических факторов на состояние здоровья беременных, родильниц и новорожденных [Текст] / Я.А. Лещенко, Т.М. Моглиценко, И.В. Мыльникова // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и истории медицины. – 2002. – № 4. – С. 23–25.
15. Лобзин В.С., Решетникова М.М. Аутогенная тренировка (справочное пособие для врачей) [Текст]. – Л.: Медицина, 1986. – 135 с.
16. Лопатин В.А. Методические рекомендации по комплексному функциональному исследованию дыхания и кровообращения у женщин при нормальной и осложненной беременности [Текст] / В.А. Лопатин // Методические рекомендации. – Л., 1980. – С. 45–46.
17. Макаров Р.Р. Очерк общей истории развития акушерства и гинекологии // Многоотомное руководство по акушерству и гинекологии. – Т. 1. – М.: Медгиз, 1961. – С. 11–53.
18. Малиновский М.С. Оперативное акушерство. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1974. – 416 с.
19. Малыгина Г.Б. Клинико-психологические аспекты партнерских родов в перинатальном центре [Текст] / Г.Б. Малыгина, М.В. Сивова, Т.П. Емельяненко // Мать и дитя: мат. V Российского форума. – М., 2003. – С. 583–584.
20. Микирчиан Г.Л., Суворова Р.В. У истоков отечественной педиатрии (X – начало XVIII в.в.) // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 97–100.
21. Мультиановский М.П. История медицины. – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1961. – 347 с.
22. Паниотто В.И. Современные роды: [Методы оценки и процедуры обеспечения]. – К.: Наукова думка, 1986. – 206 с.
23. Эффективность многокомпонентной системы индивидуальной подготовки супружеской пары к беременности и партнерским родам – Сухлбокова Лариса Сергеевна: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, 14.01.01. – 2010, Самара, – С. 141.
24. Столина В.В. Методы исследования при беременности и в родах. Стандартные и новые технологии: учебное пособие/ И.С. Сидорова, И.О. Макаров. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 126 с.
25. Филимончикова И.Д. Экспертная оценка качества и роль управляемых факторов в снижении материнской смертности / И.Д. Филимончикова // Акушерство и гинекология, 2004. – № 5. – С. 17–20.
26. Филиппова Г.Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии [Текст] / Г.Г. Филиппова // Вопросы психологии. – М., 2001. – № 2. – С. 22–35.
27. Филиппова Г.Г. Беременность. Консультации акушера-гинеколога [Текст] / Г.Г. Филиппова, Е.Н. Захарова, Е.Ю. Печникова. – М.: Эксмо, 2008. – 224 с.
28. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личной тревожности Ч.Д. Спилбергера [Текст] / Ю.Л. Ханин. – Л.: Наука, 1976. – 36 с.
29. Хасанов А.А. Влияние пренатального воспитания на течение беременности, родов, состояние новорожденного [Текст] / А.А. Хасанов, Т.Н. Шигабутдинова // Мать и дитя: мат. VI Российского форума. – М., 2004. – С. 240–241.
30. Чернуха Е.А. Партнерство в родах [Текст] / Е.А. Чернуха, Н.А. Короткова // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 56–58.
31. Чернуха Е.А. Современные принципы ведения родов / Е.А. Чернуха // Справ. фельдшера и акушерки. – 2004. – № 5. – С. 23–29.
32. Ferguson W.G.L. // Management of Labor and Delivery in Low-Risk Patients. – London, 2007. – P. 92–142.
33. Gray J.A.M. Postmodern medicine // Lancet. – 2009. – Vol. 354, № 9189. – P. 550–1559.
34. Grignaffini A., Risco R., Soncini E., Yadora E. Corsi di preparazione al parto: Valutazioniestetriche e alia nascita // Acta bio-med. Ateneoparm. – 2000. – Vol. 71. – Приложение № 1. – P. 701–707.
35. Hafmeyr G., Nicoden V., Wolman W. et al. Delivery in East Europe // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 2001. – Vol. 98. – P. 756–764.
36. Hartmann H. Ego-Psychology and the problem of adaptation. – N.Y.: Int. Univ. Press, 2008. – Vol. 21, № 5. – P. 109–123.
37. Hennessey R., Ingraham C. Modern delivery // Materialist Feminism / R. Hennessey, Ch. Ingraham (eds.). – New York, London: Routledge, 2007. – P. 1–14.
38. Horner J.S. Delivery in the United Kingdom – an historical perspective // Theor. Med. and Bioethics. – 2006. – Vol. 21, № 5. – P. 409–423.
39. Kennel J., Kraus M.M., McGrath S. et al. Delivery with father // J.A.M.A. – 2008. – Vol. 265. – P. 2197–2201.
40. Lengermann P.M., Niebrugge-Brantley J. The Women Founders: Sociology and Social Theory. – NY: McGraw-Hill, 1998.
41. Mahler M. On the significant of the normal separation individual phase // Drives, Affects, Behavior / Ed. M. Schur. – N.Y., 1965. – V. 2.
42. Poulain P., Coiffie J., Tasson E. Les chambres de naissance: Une alternative al'accouchementtradionnel a l'hopital // Ann. Med. Nancy et Lorraine. – 2009. – Vol. 38, № 3. – P. 93–97.
43. Reeder L.G., Chapman J.M., Coulson A.H. Socioenvironmental stress, tranquilizers and C YD // ExcerptaMedica International Congress. Ser. 182.Proceedings of International Symposium. – BaiaDomizia. May, 2008. – P. 226–238.
44. Traffers P.E., Laan R. Delivery in USA // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 2010. – Vol. 93. – P. 690–693.
45. Veatch R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age // The Hastings Center Report. – 2002. – Vol. 2, № 3, June. – P. 5–7.
46. Tranquillini A.L., Gazzetti G.G. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice caesarean section «on maternal request» – Am. J.Obstet. Gynicol., 1988, Vol. 158. – P. 259.
47. Walker N.C. The relationship between method of pain management during labor and birth outcomes [Text] / N.C. Walker, B. O'Brien // Clinical nursing research. 1999. – V. 8, № 2. – P. 119–134.
48. Williams K., Umberson D. Medical technology and children: Experience of expectant mothers and fathers // Sex Roles. – 2010. – Vol. 41, № 3–4. – P. 147–168.

Статья поступила в редакцию 10.04.2013