

Современные технологии родовспоможения

Л.А.Озолина¹, З.С.Дажаева², О.П.Сластен¹, М.В.Бурденко¹

¹Российский государственный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Москва
(зав. кафедрой – проф. О.В.Макаров);

²Городской родильный дом №4, г. Грозный
(главный врач – заслуженный врач РФ М.А.Сулумов)

Представлены результаты ведения родов в двух группах рожениц. В вертикальной позиции были проведены роды у 300 женщин (основная группа), в традиционном (дорсальном) положении – также у 300 женщин (контрольная группа). Установлено, что ведение родов в вертикальной позиции способствует снижению числа осложнений родового акта как у матери, так и у плода; уменьшает фармакологическую нагрузку на роженицу и плод; способствует адекватному становлению лактации. Авторы рекомендуют широкое применение данного метода в практике родовспомогательных учреждений России.

Ключевые слова: традиционное ведение родов, альтернативное ведение родов, вертикальная позиция в родах

Contemporary management of delivery

L.A.Ozolinya¹, Z.S.Dazhaeva², O.P.Slasten¹, M.V.Burdenko¹

¹Russian State Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology
of Medical Faculty, Moscow

(Head of the Department – Prof. O.V.Makarov);

²Municipal Maternity Hospital No 4, Grozniy
(Chief Doctor – Honored Physician of the RF M.A.Sulumov)

The authors presented results of deliveries in two groups of patients. There were 300 patients in the first group and they gave birth in the vertical position. Other 300 patients from the second (control) group gave birth in the traditional (dorsal) position. The authors determined that delivery in the vertical position contributes to the reduction of maternal and fetal complications as well as pharmacological loading on the pregnant and her child and augmentation of adequate lactation. The authors recommend the extensive use of vertical position in delivery in Russian obstetric institutions.

Key words: traditional management of delivery, alternative management of delivery, vertical position in delivery

Роды являются важным этапом в жизни женщины и ее новорожденного ребенка. В условиях повышения рождаемости и положительного коэффициента прироста населения стратегия современного акушерства должна быть направлена на обеспечение безопасного материнства, а также на рождение не только живого, но и здорового ребенка. В настоящее время акушеры-гинекологи отказались от многих позиций классического акушерства. Многочисленные исследования посвящены тактике ведения осложненных родов, которая постоянно пересматривается и совершенствуется. В практику родовспоможения внедряются новые технологии, новые лекарственные препараты, развивается интенсивная терапия недоношенных и родившихся с экстремально малой

массой тела детей [1, 2]. Что касается вопросов охраны плода в процессе родов и тактики ведения физиологических родов, то она остается неизменной. Так, в родовспомогательных учреждениях России, как и в других странах мира, роды через естественные родовые пути и, особенно, период изгнания, проводятся преимущественно в дорсальном положении роженицы с оказанием акушерского пособия. Эта позиция, ставшая традиционной, приводит к пассивности женщины и не является оптимальной в физиологическом отношении как для матери, так и для плода. Среди рекомендаций ВОЗ в последние годы неоднократно подчеркивалась целесообразность поисков путей поддержки и продвижения альтернативного, щадящего и бережного ведения родов. По определению одной из исследовательских групп ВОЗ по проблемам охраны здоровья матери и ребенка, в настоящее время «роды стали медикализованными», и в период пребывания в родильном блоке роженица в среднем получает не менее 6 лекарственных препаратов, что может отрицательно сказаться на состоянии плода и новорожденного [2, 3].

Вертикальные роды – одна из немногих альтернатив, признанных нашей официальной медициной. По данным исследова-

Для корреспонденции:

Озолина Людмила Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского государственного медицинского университета

Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а

Городская клиническая больница №55, корп. 8, 2-е гинекологическое отделение

Телефон: (495) 952-9661

E-mail: ozolinya@yandex.ru

Статья поступила 02.02.2009 г., принята к печати 08.04.2009 г.

дований, проведенных в разных странах, сейчас только каждая пятая женщина рождает лежа. Эксперты ВОЗ полагают, что в процессе родов беременная выбирает ту позицию, которая для нее удобна. Оптимальная позиция уменьшает продолжительность родов, благоприятно сказывается на состоянии плода, снижает частоту дистоции и необходимость родостимуляции [4, 5].

Если освещать проблему выбора позиции женщины в родах с исторической точки зрения, то женщины рожают в дорсальной позиции (лежа на спине) только последние 200–300 лет. С незапамятных времен женщины рожали либо стоя, либо сидя (на коленях или на корточках). Киевская Русь также не была исключением в этом. Повитухи, занимавшиеся оказанием помощи в родах, не давали роженице долго находиться в положении лежа, заставляя ее ходить, иногда до полного изнеможения, и даже переступать через препятствия. Это стремление к активному движению, по-видимому, было обусловлено наблюдениями, что такие движения способствуют сокращениям матки и более быстрому завершению родов [1, 4, 6, 7].

С древних времен и на многие столетия у китайцев сохранялась традиция проводить роды в сидячем положении роженицы. К Вавилонской культуре относится появление родовых стульев. В Голландии издавна и до прошлого века приданым невесты был стул для родов (специальное кресло с подлокотниками, с глубоким полукруглым вырезом в сидении спереди). В Америке практиковалось положение роженицы на боку во втором периоде родов. В некоторых регионах мира (например, в Средней Азии) живы предания о родоразрешении женщин на корточках. У ацтеков богиня деторождения изображена в виде женщины, сидящей на корточках с находящейся между ногами головкой младенца. В исторических источниках есть указания, что до XVI в. во Франции женщины преимущественно рожали «на четвереньках», а в Германии – на стуле [1, 6]. Современный же дорсальный способ оказания акушерского пособия, по данным литературы, берет начало во Франции, когда мужчина-врач впервые вошел в родильную комнату и присвоил себе роль, традиционно исполнявшуюся акушерками. Полагают, что, в конечном счете, роженице пришлось лечь, создавая удобное положение для врачебных манипуляций, в частности, для операции наложения акушерских щипцов [1, 8–10].

С учетом данных литературы было решено при ведении родов использовать также и вертикальную позицию роженицы.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа течения и исхода самопроизвольных родов с использованием вертикальной позиции роженицы и традиционных родов – в горизонтальной позиции – в условиях акушерского стационара.

Пациенты и методы

В вертикальной позиции были проведены роды у 300 женщин (основная группа), в традиционном (дорсальном) положении – также у 300 женщин (контрольная группа).

Вертикальное положение роженицы в I периоде родов предполагало максимальную свободу движений. Роженицы обычно ходили, останавливались на время схваток, опираясь на стол, спинку кровати или стула. Многие роженицы

стремились опуститься на четвереньки. Нередко роженицы занимали положение «сидя по-турецки». В этом положении увеличивается объем таза и расслабляются мышцы промежности. За счет смещения беременной матки вперед исключается давление на позвоночник и нижнюю полую вену. Роженица располагалась таким образом, что рождение ребенка происходило самостоятельно, без оказания ручного пособия, т.е. без защиты промежности. Для профилактики разрыва промежности, во время прорезывания головки плода, роженицу наклоняли несколько вперед, чтобы не было чрезмерного давления головки на тазовое дно. В начале потуг роженице рекомендовали глубоко дышать, чтобы сдерживать активное продвижение головки плода в выходе малого таза. Промежность плавно и медленно соскальзывала с головки плода, в результате происходило бережное рождение головки с наименьшими энергетическими затратами. С целью профилактики послеродового кровотечения всем роженицам в этот момент внутривенно вводили 1,0 метилэргометрина. После рождения головки плода происходило продвижение плечевого пояса плода, и туловище рождалось без каких-либо препятствий. После рождения ребенок сразу прикладывался к груди. Пуповину перевязывали после окончания ее пульсации. В III периоде родов роженица находилась в сидячем положении на кресле, и тем самым достигалось более эффективное отделение плаценты, так как сокращению матки при этом помогает и сила тяжести.

В контрольной группе роды проводили согласно общепринятым в настоящее время установкам.

Кроме обычного клинического обследования, изучения данных анамнеза, общего объективного исследования, специального акушерского исследования, были изучены лабораторные данные и проведены дополнительные методы исследования: УЗИ, доплерография, кардиотокография, гистологическое исследование плаценты по показаниям.

Статистическую обработку данных проводили после анализа всех параметров, полученных в процессе исследования. Рассчитывали следующие параметры: среднее арифметическое (M), ошибку среднего (m), среднее квадратичное отклонение (σ), коэффициент корреляции (r), доверительный интервал. При сравнительной оценке средних величин и оценке степени достоверности результатов использовали критерии достоверности Стьюдента – Фишера для малой выборки и степень вероятности p . Различия между показателями считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Как в основной, так и в контрольной группе были перво- и повторнородящие. Группы были сопоставимы по паритету (табл. 1). Как видно из табл. 1, число первородящих и повторнородящих в контрольной и основной группах было одинаковым и составило: 160 первородящих – 53,3% и 140 повторнородящих – 46,6%. Наиболее часто в вертикальной позиции приходилось принимать первые и вторые роды. Возраст рожениц колебался от 16 до 45 лет. Средний возраст рожениц основной группы составлял $28,6 \pm 0,5$, в контрольной группе – $30,5 \pm 0,5$ года, то есть основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту.

Таблица 1. Состав пациенток основной ($n = 300$) и контрольной ($n = 300$) групп

Роженицы	Контрольная группа		Основная группа	
	n	%	n	%
Первородящие	160	53,3	160	53,3
Повторнородящие:	140	46,6	140	46,6
II роды	80	57,1	62	44,3
III роды	40	28,5	53	37,9
IV роды	20	14,2	25	17,9
Всего	300		300	

Таблица 2. Структура осложнений беременности у пациенток основной ($n = 300$) и контрольной ($n = 300$) групп

Осложнения беременности	Контрольная группа		Основная группа	
	n	%	n	%
Анемия	284	94,6	230	76,6
Гестационный пиелонефрит	69	23,0	43	14,3
Гестоз слабой степени	76	25,3	36	12,0
Гестоз средней степени	58	14,3	52	17,3
Угроза прерывания беременности	64	19,3	61	20,3
Хроническая гипоксия плода	94	31,3	84	28,0
ОРВИ	37	12,3	16	5,3
Варикозная болезнь нижних конечностей	43	14,3	25	8,3

Несмотря на молодой возраст большинства рожениц, у многих пациенток имели место осложнения во время беременности, структура и частота которых представлена в табл. 2. Как видно из табл. 2, наиболее часто у пациенток, рожающих в вертикальной и горизонтальной позициях, встречалась анемия: у 230 (76,6%) рожениц основной и у 284 (94,6%) рожениц контрольной группы. Обращает также на себя внимание высокая заболеваемость гестозом у пациенток (у 88 (37,6%) – в основной и у 134 (39,6%) – в контрольной группе). Высока была также частота хронической гипоксии плода (у 84 (28,0%) – в основной и у 94 (31,3%) – в контрольной группе).

При анализе течения родов выявлены следующие особенности. Так, средняя продолжительность первых родов при вертикальной позиции роженицы составила 7 ч 54 мин \pm 44 мин, средняя продолжительность повторных родов при вертикальной позиции составила 6 ч 35 мин \pm 27 мин, тогда как в контрольной группе средняя продолжительность первых родов составила 10 ч 55 мин \pm 25 мин, а продолжительность повторных родов – 8 ч 10 мин \pm 13 мин. Таким образом, средняя продолжительность родов в вертикальной позиции у первородящих и повторнородящих была достоверно меньше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

При анализе течения родов в основной и контрольной группах выявлены следующие осложнения (табл. 3). Как видно из табл. 3, в основной группе частота осложнений в родах была достоверно ниже по сравнению с контрольной группой. В контрольной группе роды сопровождались несвоевременным излитием околоплодных вод у 64 (21,3%), а в основной группе – у 19 (6,3%) рожениц; аномалии родовой деятельности встречались у 30 (10,0%) женщин, тогда как в основной группе – лишь у 4 (1,3%). В контрольной группе явления острой гипоксии плода во II периоде родов выявлены у 27 (9,0%) рожениц, а в основной – у 3 (1,0%) пациенток. Заслуживает внимания тот факт, что у пациенток основной группы достоверно реже встречались такие осложнения, как несвоевременное излитие вод, аномалии родовой деятельности, острая гипоксия плода, разрывы шейки матки. Вме-

Таблица 3. Структура осложнений родов в основной ($n = 300$) и контрольной ($n = 300$) группах

Осложнения родов	Контрольная группа		Основная группа	
	n	%	n	%
Несвоевременное излитие вод (преждевременное и раннее)	64	21,3	19	6,3*
Аномалии родовой деятельности (всего)	30	10,0	4	1,3*
Первичная слабость родовых сил	18	6,0	0	0*
Вторичная слабость родовых сил	12	4,0	4	1,3*
Стремительные роды	7	2,3	5	1,6
Дискоординация родовой деятельности	26	8,6	0	0*
Острая гипоксия плода	27	9,0	3	1,0*
Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах	45	15,0	7	2,3*
Разрыв шейки матки	20	6,6	0	0*
Разрыв промежности I–II степени	24	8,0	12	4,0*

*достоверные различия результатов в основной и контрольной группах ($p < 0,05$).

сте с тем примерно с одинаковой частотой встречались разрывы промежности I–II степени.

Наличие осложнений в родах диктовало необходимость проведения в ряде случаев акушерских операций. Структура и частота выполненных акушерских операций представлена в табл. 4. Таким образом, при родах в вертикальной позиции в основной группе всего проведено 36 акушерских операций, наиболее частыми из которых были эпизио- и перинеотомия – в 25 (8,3%) наблюдениях. Угроза разрыва промежности возникла из-за наличия высокой промежности у первородящих в 8 (2,6%) случаях и наличия рубца от предыдущих родов у повторнородящих – в 16 (5,3%) случаях. Вместе с тем у 2 (0,6%) пациенток возникла необходимость операции ручного отделения плаценты и выделения последа и операции ручного обследования стенок полости матки – у 6 (2%) родильниц. Кесарево сечение в основной группе произведено 3 (1,0%) пациенткам в связи с острой гипоксией плода. Средняя кровопотеря в основной группе составила 265,0 \pm 40,2 мл. В контрольной группе частота выполнения всех акушерских операций (кесарево сечение, эпизио- и перинеотомия, ручное отделение плаценты и выделения последа, ручное обследование стенок полости матки) была достоверно выше ($p < 0,05$).

Масса новорожденных в основной и контрольной группах варьировала от 2350 до 4850 г. Средняя масса новорожденных основной группы составляла 3650,7 \pm 24,5 г, в контрольной группе – 3520,5 \pm 76,7 г ($p > 0,05$). Большинство детей

Таблица 4. Акушерские операции в родах у пациенток основной и контрольной групп

Операции	Контрольная группа		Основная группа	
	n	%	n	%
Кесарево сечение	23	7,7	3	1,0*
Перинео- и эпизиотомия	89	29,7	25	8,3*
Операция наложения акушерских щипцов	4	1,3	0	0*
Операция ручного отделения плаценты и выделения последа	34	11,3	2	0,6*
Операция ручного обследования стенок полости матки	80	26,6	6	0,2*

*достоверные различия результатов в основной и контрольной группах ($p < 0,05$).

имели массу тела от 3000 до 3999 г. С массой тела менее 2500 г родилось 4 новорожденных, с массой более 4500 г – всего один новорожденный от матери с нелеченым сахарным диабетом, он имел массу 4850 г. Рост новорожденных основной и контрольной групп варьировал от 43 до 58 см. Средний рост новорожденных в основной группе составил $50,6 \pm 2,4$ см, в контрольной группе – $51,8 \pm 1,6$ см ($p > 0,05$), то есть новорожденные основной и контрольной групп были сопоставимы по массе и росту.

Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар на первой минуте от рождения и повторно – через 5 мин (табл. 5). Как видно из табл. 5, большинство новорожденных в контрольной (265 – 89,8%) и в основной (295 – 98,3%) группах родились в удовлетворительном состоянии, с оценкой по шкале Апгар 8–10 баллов. Через 5 мин после рождения оценку по Апгар 8–10 баллов имели в контрольной группе 280 (96,5%), а в основной группе – 298 (99,3%) новорожденных. Вместе с тем в состоянии асфиксии различной степени тяжести родились 30 (10,1%) новорожденных в контрольной группе и 5 (1,6%) новорожденных в основной группе. Реанимация новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии, проводилась общепринятыми методами. Через 5 мин после рождения оценка по шкале Апгар 4 и менее баллов в контрольной группе оставалась у 7 новорожденных (2,3%), тогда как в основной группе таких новорожденных не было. Трое из новорожденных контрольной группы имели анэнцефалию, в связи с чем реанимация им не проводилась и новорожденные погибли через несколько минут. Двое других новорожденных, родившихся от матерей, перенесших в I триместре беременности острую вирусную инфекцию, имели пороки сердца и других внутренних органов и погибли в первые сутки жизни. Еще двое новорожденных имели признаки внутриутробной инфекции и погибли в первые дни жизни от пневмонии.

Как было отмечено выше, через 5 мин после рождения в основной группе оценку по шкале Апгар 4 и менее баллов не имел ни один новорожденный. Двое новорожденных имели оценку по шкале Апгар 5 и 7 баллов соответственно, у них наблюдались аномалии развития («заячья губа», «волчья пасть»). Из анамнеза матерей установлено, что эти женщины перенесли в I триместре беременности ОРВИ. Благодаря проводимым реанимационным мероприятиям случаев перинатальной гибели в основной группе не было.

Осложнения в позднем послеродовом периоде в контрольной и основной группах представлены в табл. 6. При анализе данных показателей выявлено, что у многих родильниц как в контрольной, так и в основной группе была анемия. Субинволюция матки встречалась в 28 (9,6%) случаях в контрольной группе, в основной группе – у 4 (1,3%), эндометрит наблюдался у 23 (7,6%) женщин в контрольной группе, а в основной группе – у одной. Лактостаз наблюдался в 17 (5,6%) случаях в контрольной группе, тогда как в основной группе случаев лактостаза не наблюдалось. Таким образом, большинство послеродовых осложнений достоверно чаще встречались в контрольной, чем в основной группе. Лечение возникших осложнений проводили общепринятыми методами.

Таким образом, ведение родов в вертикальной позиции – это ответственный и сложный процесс. Некоторые врачи-акушеры критически подходят к ведению родов в этой позиции. Вместе с тем аргументов в пользу такого ведения родов

Таблица 5. Оценка состояния новорожденных в контрольной и основной группах по шкале Апгар

Баллы	На 1-й минуте		Через 5 мин					
	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	основная группа		
	n	%	n	%	n	%		
4 и менее	9	3,0	2	0,6*	7	2,3	0	0
5–7	21	7,1	3	1,0*	8	2,6	2	0,6*
8–10	270	90,0	295	98,3*	280	96,5	298	99,3*

* достоверные различия результатов в основной и контрольной группах ($p < 0,05$).

более чем достаточно. Уменьшается давление матки на крупные сосуды. Известно, что если роженица лежит на спине, то матка давит на органы брюшной полости и на крупные кровеносные сосуды – аорту и нижнюю полую вену, что приводит к гипоксии и возникновению синдрома «нижней полой вены», особенно в период изгнания плода. Снижая венозный возврат крови во время каждой схватки и потуги, положение в родах на спине затрудняет обеспечение необходимого увеличения (на 20–30%) сердечного выброса и соответственно адекватного кровоснабжения матки и оксигенации плода. Вертикальная позиция женщины в родах, напротив, не только уменьшает давление беременной матки на крупные кровеносные сосуды, но и позволяет роженице воспользоваться силами естественной гравитации, особенно во II периоде родов [11–16].

Как видно из представленных данных, при вертикальной позиции роженицы сокращается первый период родов. Наблюдения за характером болей у рожениц в I периоде родов показали, что в вертикальной позе, при активных движениях роженицы, давление плодного пузыря и головки плода на рецепторный аппарат нижнего маточного сегмента и шейки матки вызывает эффективное, плавное и быстрое открытие маточного зева, приводя к некоторому укорочению продолжительности I периода родов (на 1,5–2 ч). В результате при сохранении вертикальной позиции женщины в сочетании с движениями, как правило, не требуется применять средства, стимулирующие родовую деятельность [8, 10, 11].

Большим преимуществом родов в вертикальной позиции является тот факт, что у роженицы отмечается меньшая болезненность схваток по сравнению с родами в дорсальной позиции. В зарубежной литературе имеются данные о том, что собственный гормон эндорфин, а также окситоцин выделяются в большем количестве, когда женщина находится в вертикальном положении и в движении [4, 6]. Кроме того, снижается риск родового травматизма. Во время потуг при вертикальном положении достигается оптимальная координация в работе мышц брюшного пресса, спины, тазового дна и всей скелетной мускулатуры. В результате такой правиль-

Таблица 6. Осложнения позднего послеродового периода у пациенток основной и контрольной групп

Осложнения	Контрольная группа		Основная группа	
	n	%	n	%
Анемия	298	99,3	237	79,0
Эндометрит	23	7,6	1	0,3*
Лактостаз	17	5,6	0	0*
Субинволюция матки	28	9,6	4	1,3*
Обострение хронического пиелонефрита	12	4,0	10	3,3
Симфизит	7	2,3	0	0*

* достоверные различия результатов в основной и контрольной группах ($p < 0,05$).

ной и физиологичной координации сводится к минимуму необходимое для изгнания плода мышечное напряжение, а соответственно и потребление кислорода. Одновременно вертикальная позиция способствует максимальной релаксации мышц тазового дна, что уменьшает родовой травматизм как для плода, так и для матери [8, 11].

При «вертикальных» родах более физиологично протекает II период родов. Дыхание роженицы не затруднено, тем самым снижен риск гипервентиляции. При сохранении вертикальной позиции роженицы во время потуг создаются благоприятные условия для правильного вставления головки плода, осуществления биомеханизма родов. Продолжительность II периода родов имеет тенденцию к некоторому удлинению (на 20–30 мин) в связи с более медленным и плавным продвижением плода. Однако именно такое продвижение плода способствует значительному снижению материнского и детского травматизма по сравнению с дорсальной позицией женщины [9, 11–13].

Существенным плюсом является и снижение кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периодах за счет более быстрого отделения плаценты, поскольку роженица находится в сидячем положении.

Отсутствие серьезных осложнений в родах дает возможность широко использовать после родов совместное пребывание матери и ребенка, а также возможность свободного грудного вскармливания. При этом у родильницы формируются навыки ухода за новорожденным, поскольку ребенок все время находится с ней рядом, а грудное вскармливание может осуществляться по требованию младенца. Совместное пребывание и грудное вскармливание необходимо и важно как для ребенка, так и для матери [10, 12–14]. Случаи гипогалактии у родивших в вертикальной позиции наблюдаются редко (в исследуемой нами группе – у 1 родильницы из 300), что, по-видимому, связано с минимизацией осложнений и применения медикаментов во время родов. Так, например, в основной группе не было случаев лактостаза, а в контрольной группе данное осложнение наблюдалось в 17 случаях. Это объясняется частым кормлением новорожденных в основной группе, а не по расписанию – как в контрольной. Возможность чаще кормить грудью определяет более легкую и быструю реабилитацию родильницы, потому что раннее прикладывание к груди и дальнейшее частое кормление способствует более быстрому переходу от молозива к зрелому грудному молоку. Известно, что во время сосания ребенка в организме матери вырабатывается окситоцин, который способствует сокращению матки, уменьшению количества лохий в послеродовом периоде, а также уменьшению вероятности субинволюции матки и эндометрита [12–14, 17].

Подводя итог проведенному исследованию, необходимо подчеркнуть, что ведение родов в вертикальной позиции способствует снижению числа осложнений родового акта как для матери, так и для плода, уменьшает фармакологическую нагрузку на роженицу и плод, способствует адекватному становлению лактации. Анализируя полученные данные, нельзя не признать целесообразности широкого внедрения данного метода в практику родовспомогательных учреждений России.

Литература

- Кулаков В.И., Серов В.Н., Барашнев Ю.У. и соавт. Руководство по безопасному материнству. – М.: Триада-Х, 1998. – С.114–161.
- Кулаков В.И., Фролова О.Г. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья женщин // Клинический вестник. – 1997. – №2. – С.7–10.
- Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов // Акуш. и гин. – 2000. – № 5. – С.3–8.
- Всемирная организация здравоохранения. Борьба с болезнями, способствовать развитию // Мед. курьер. – 1997. – №1. – С.10–13.
- Чернуха Е.А. Выбор оптимальной позиции и поведение беременных в родах. // Акуш. и гин. – 2001. – №4. – С.3–4.
- Гумилев Л.Н. География этноса в исторический период. – Л.: Наука, 1990. – 37 с.
- Макаров Р.П. Очерк общей истории развития акушерства и гинекологии. Руководство по акушерству и гинекологии. – М., 1961. – Т.1. – С.17–20.
- Гребенюк О.А., Корфидова А.Р., Ильиных И.М., Барабанчик И.А. Опыт ведения партнерских родов. Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – Москва, 2–5 октября 2007. – С.56–57.
- Зарубина Е.Н., Фомичева Е.Н., Лакомова Е.М. Опыт применения кресла «Roma Birth Wheel» для родовспоможения // Клинический вестник. – 1997. – №4. – С.45–46.
- Коваленко Н.П. Психологическая служба в родильном доме. Сборник материалов конференции «Перинатальная психология в родовспоможении». – СПб, 20–22 марта 1997. – С.64.
- Воскресенский С.Л. Особенности маточной гемодинамики при схватках // Акуш. и гин. – 1995. – № 8. – С.44–45.
- Ильенко Л.И., Смирнова Л.М., Гайнова Л.В. и соавт. Вертикальные роды как альтернативный способ родоразрешения (с позиции акушера и педиатра) // Журн. практ. врача акушера-гинеколога. – №1. – 2002. – С.7–18.
- Ильенко Л.И., Смирнова Л.М., Сутулова С.Г. и соавт. Вертикальные роды как альтернативный способ родоразрешения (с позиций акушера и педиатра). Информационное письмо. – М., 2001. – 26 с.
- Маринкин И.О., Айзикович Б.И., Сергеева Ю.С. и соавт. Родовспоможение без оглядки на «традиции». Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – Москва, 2–5 октября 2007. – С.157–158.
- Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Адаптационные изменения при физиологической беременности (норма беременности). – В кн.: Практическое акушерство. – М., 1989. – С.35.
- Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Синдром аорто-кавальной компрессии. – В кн.: Практическое акушерство. – М., 1989. – С.36–48.
- Силиванова Н.Б., Ермоленко Л.Л., Бова О.С. и соавт. Особенности течения родов у юных первородящих. Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – Москва, 2–5 октября 2007. – С.234.

Информация об авторах:

Дажаева Зарема Султановна, заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 113152, Москва, Загородное ш., 18а, Городская клиническая больница №55, 8-й корп., 2-е гинекологическое отделение
Телефон: (495) 952-9661

Сластен Ольга Петровна, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 113303, Москва, ул. Азовская, 22. Родильный дом №10
Телефон: (499) 613-5640

Бурденко Марина Владимировна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 113303, Москва, ул. Азовская, 22. Родильный дом №10
Телефон: (499) 613-5640