

Выражение «наши бабушки и в поле рожали» используется сейчас как метафора того, что деторождение может пониматься (и практиковаться) как «естественный» процесс, не требующий ни специальной подготовки, ни особенной инфраструктуры. Тем не менее эта метафора не совсем верно описывает те практики родов, которые были распространены в России несколько веков назад, и никак не отражает ту материальную среду, которая обеспечивала реализацию этих практик. Женщины действительно могли до последнего работать в поле и, если роды приходились на период сбора урожая, сразу после них снова начинать работать, что приводило к довольно высоким рискам для жизни новорожденных (как, например, в истории Матрены Тимофеевны у Некрасова), да и самих матерей. Однако традиционно, особенно в случае первых родов, женщины не рожали в одиночку и вдали от дома, но приглашали «повивальную бабу» (повитуху), а само событие происходило в бане, хлеву или избе.

Само слово «родовспоможение» предполагает, что во время родов женщине нужна если и не медицинская, то социальная, физическая или символическая помощь. Иначе говоря, в любом обществе любого периода роды предполагают наличие той или иной инфраструктуры родовспоможения как системы, обеспечивающей поддержание этой деятельности. Так, в родах, практиковавшихся в деревнях вплоть до 1920-х, были задействованы определенный специалист (повитуха), пространство (баня или изба), в некоторых случаях технические приспособления (например доска, чтобы изменять положение роженицы; вожжи, чтобы она могла на них висеть) и целая система ритуалов (роженицам расплетали косы, водили их по дому, пугали и так далее).

В то же время роды у женщин из других сословий – в первую очередь дворянского – предполагали еще более сложную и медикизованную инфраструктуру. Например, в некоторых случаях в домах устанавливались специальные кресла и приглашались специалисты – повивальные бабки, акушерки и врачи-акушеры (как, например, в сюжете про роды маленькой княгини в «Войне и мире»), в том числе иностранные, если это позволял доход семьи. Врачи и иностранные акушерки не только использовали множество медицинских инструментов, но могли применять и современные на тот момент методы



Анастасия Андреевна Новкунская (р. 1989) – социолог, сотрудница Института междисциплинарных медицинских исследований Европейского университета в Санкт-Петербурге.



обезболивания: хлороформ, морфий, закись азота, кокаин или опиум. Такой подход тем более не предполагал, что роды – это естественный процесс, а привлекаемые элементы социальной инфраструктуры и инструменты указывают на то, что дворянками это предприятие понималось как очень рискованное. На символическом же уровне оно встраивалось в более широкий круг социальных отношений – в отличие от крестьянских семей, мужа дворянок часто поддерживали рожениц и присутствовали при родах.

Впрочем, для всех социальных групп роды, несмотря на разную степень медикализации и «исключенности», оставались внутрисемейным делом, не требующим особой заботы государства. Лишь с середины XVIII века эта сфера становится объектом государственного внимания: для стандартизации помощи в родах и повышения квалификации повивальных специалистов была введена система аттестации «бабичьева дела» (и появились образовательные центры), а чуть позже, уже при Екатерине II, в Москве и Петербурге открылись первые родильные госпитали. Зарождающаяся общественная инфраструктура родовспоможения реагировала на очень конкретный социальный процесс – появление в российских городах бедного населения, выходцы из которого не могли себе позволить пригласить на дом акушерку или врача. Открытый в 1771 году первый повивальный госпиталь в Санкт-Петербурге (в настоящее время Родильный дом № 6 имени профессора В.Ф. Снегирева) так и назывался «для незамужних и неимущих родильниц».

С конца XVIII повивальное дело (акушерство) стало предметом в том числе и научного интереса: в системе родовспоможения появились повивальные институты, которые становились образовательными центрами и расширяли юрисдикцию медицинского знания в вопросах родоразрешения. Кроме повивальных бабок, стали появляться врачи-акушеры (мужчины), а практики родовспоможения начали дополняться хирургическими операциями. Инфраструктура родовспоможения усложнялась, интегрируя научные открытия, новейшие медицинские подходы и меняющиеся представления о деторождении. Например, основанный в 1797 году Императорский повивальный институт (в настоящее время Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта), располагавшийся в старинном особняке, на рубеже XIX–XX веков переместился в новый акушерско-гинекологический комплекс на Васильевском острове, построенный под руководством архитектора Леонтия Бенуа в координации с директором самого института.

Этот инфраструктурный объект достоин отдельного внимания: отвечая основным представлениям того времени о под-

держке в родах, он практически в неизменной форме функционирует и сейчас. Сама планировка помещений и техническое устройство вентиляции, освещения и других систем ориентировались на гигиенические принципы: полы были покрыты плиткой, чтобы легче мыть и дезинфицировать; высокие своды, особая система вентиляции и большое количество окон обеспечивали обилие воздуха и света. Примечательно, что архитектурный комплекс включал в себя не только медицинские объекты, но и, например, внутренний сад, оранжерею, библиотеку для больных и крестильню, предполагая, что родовспоможение включает заботу не только о физическом состоянии, но и о духовном. Кроме того, в новом здании Института перинатологии был установлен орган – музыка, на нем исполняемая, полагалась «средством лечения и исцеления больных». Организация акушерского стационара также включала передовые технологические инновации начала XX века: в каждой палате, возле коек родильниц, кроме часов и детских кроваток, были установлены телефоны, через которые можно было слушать органную музыку, а в ванной комнате – специальные шкафчики для согревания белья.

Революция и новый политический режим привели к изменению многих социальных систем – в том числе и родовспоможения. Среди первых указов 1917–1918 годов был издан декрет о создании «отдела по охране материнства и младенчества». Новое государство по-новому определяло приоритеты социальной политики, а его основные идеологические принципы всеобщего равенства отражались и на инфраструктуре родовспоможения: с 1920-х начали активно строиться детские и женские консультации и родильные дома, увеличивая доступность медицинской помощи во время беременности, родов и после них. Так создавалась одна из самых широких в мире сетей учреждений родовспоможения, обеспечивающая универсальный доступ к социальным и медицинским услугам, но вместе с тем стандартизированная и негибкая, то есть не предполагающая ни индивидуального подхода, ни механизма дифференцированного получения помощи. Советская система родовспоможения – одна из наиболее модернизированных и медикализованных в мире на тот момент – по своим организующим принципам практически ничем не отличалась от любой другой инфраструктуры, от теплоснабжения до предприятия тяжелой промышленности. В таком контексте все вовлеченные социальные агенты становились частью отлаженного механизма: врачи, акушерки и медсестры действовали не столько как профессионалы, руководствующиеся знаниями и опытом, сколько как представители государственного аппарата, обеспечивающие биополитический контроль над телами.



Организационно каждое конкретное учреждение родовспоможения конструировалось как промышленная линия, а роды в советских роддомах, по воспоминаниям рожавших женщин, напоминали конвейер: четкая последовательность перемещения между отделениями, рассчитанная по времени этапность и коллективность процесса были ключевыми характеристиками любого из них. В отличие от дореволюционного устройства роддомов, в которых детские кюветы (кроватки) располагались рядом с кроватями родильниц, в советских роддомах для женщин и их новорожденных детей предназначались отдельные палаты. Идея, что государство с самого рождения лучше позаботится о гражданах, чем они сами, воплощалась и пространственно, и организационно: матери могли увидеть своих детей не сразу, а через несколько дней после родов, когда тех приносили покормить (по расписанию). Также каждое учреждение предполагало наличие молочной кухни – отделения, ответственного за детское питание, которое в том числе изготавливалось из «коллективного» сцеженного молока пациенток.

Советская система родовспоможения по своим организующим принципам практически ничем не отличалась от любой другой инфраструктуры. Врачи, акушерки и медсестры действовали не столько как профессионалы, руководствующиеся знаниями и опытом, сколько как представители государственного аппарата, обеспечивающие биополитический контроль над телами.

Советская система родовспоможения не предполагала ни индивидуального подхода к роженице (поэтому родзалы были рассчитаны на несколько рожениц одновременно), ни того обстоятельства, что в этом процессе ей может быть необходима социальная или психологическая поддержка. Фактически роддом оказывался закрытым учреждением (как завод или даже промышленный комбинат), куда могли попасть или работающие в нем медицинские профессионалы, или сами роженицы в определенный момент родов – для их родственников или других близких людей он оставался недоступным. Инфраструктура «родообеспечения» имела дело не столько с гражданами, сколько с беременными и рожаящими телами, которые, как механизмы, требовали профессионального контроля со стороны медицинских специалистов, и «починки» в случае «неисправности». Такой технократический подход отражал нечувствительность государства к потребностям и ожиданиям самих

женщин – от отсутствия доступных гигиенических средств до невозможности избежать госпитализации в родах или тех манипуляций и взаимодействий, которые стандартно в них практиковались. Акушерская помощь в этом контексте во многом выстраивалась как процесс «укрощения тел», включая обязательную «гигиеническую» подготовку беременной женщины (клизма и бритье), отлучение новорожденного после родов, его тугое пеленание. Эти и другие научно фундированные практики становились среди прочего инструментом, с помощью которого государство дисциплинировало население.

В 1990-х вместе с изменением политического устройства, децентрализацией управления системы здравоохранения и коммерциализацией медицинских услуг инфраструктура родовспоможения также претерпела изменения. Как минимум в течение десятилетия после распада СССР сам комплекс зданий и расположенных в них учреждений продолжал функционировать в том же виде, что и в период перестройки, однако в рамках старых институций появлялись новые подходы, менялись материальные условия и практики родовспоможения. С 1995 года при поддержке Детского фонда ООН и Всемирной организации здравоохранения была запущена федеральная целевая программа «Безопасное материнство» по реорганизации службы акушерской и гинекологической помощи в России. Врачей и акушерок стали обучать более пациенто-ориентированному подходу, в роддомах стали появляться отделения «совместного пребывания матери и ребенка», а их работа перестраивалась с расчетом на профилактику грудного вскармливания. Те роддома и родильные отделения, которые интегрировали новый подход и обеспечивали его материальное поддержку, получали статус «клиники, доброжелательной к ребенку».

В этот же период начали открываться частные роддома и платные отделения в бюджетных учреждениях родовспоможения. Это был ответ на множественные пациентские запросы на более комфортные условия пребывания, возможность партнерских родов и выбор той или иной практики родоразрешения. В некоторых учреждениях стали появляться индивидуальные родильные залы, оснащенные в том числе бассейнами (для родов в воду), кроватями-трансформерами (для вертикальных родов) и другими устройствами. В структуре роддома могли быть организованы семейные палаты (для пребывания с партнером во время и после родов), обустроенные максимально приближенно к домашним условиям. Наряду с техническими инновациями практически в неизменной форме продолжала работать «советская» модель родовспоможения, а в качестве ее альтернативы стали активно распространяться практики домашних родов с особой (законодательно уязвимой) социальной инфра-



структурой «домашнего» акушерства и новыми материальными объектами, вовлекаемыми в процесс рождения (как, например, ванны и надувные бассейны).

Как и в других социальных сферах в 1990-е, государство ушло с авансены организации медицинской помощи и контроля помощи в родах. Основными механизмами, формирующими инфраструктуру родовспоможения, становились запрос пациентов на новые, более мягкие, подходы к родам, а также международные стандарты и технологии, ставшие более доступными. Например, в отличие от советского родовспоможения, не слишком озабоченного проблемой облегчения боли в родах, стали чаще использоваться возможности эпидуральной анестезии и других способов обезболивания и/или психологической/социальной поддержки (дыхательные практики, партнерские роды, фитболы, особые условия в родзале и так далее). Многообразие форм, практик и инструментов родовспоможения сформировали новый рынок услуг, в котором при наличии социальных или экономических ресурсов женщины и семьи могли реализовать потребительский выбор.

Начиная с середины 2000-х уже устаревающая инфраструктура родовспоможения и очередной демографический спад вновь привлекли внимание государства к этой сфере. Целый ряд государственных проектов (национальный проект «Здоровье», система «родовых сертификатов», программа «Модернизации здравоохранения» и другие инициативы) был направлен на «реанимацию» как всей системы здравоохранения, так и его отдельных профилей. Дополнительное финансирование позволяло не только «чинить» поломанную инфраструктуру, но и создавать новые объекты. Усиление государственного контроля и централизации управления отразилось в новой модели родовспоможения, которая с 2012 года начала функционировать как трехуровневая система помощи беременным, роженицам и новорожденным. Во всех регионах первый уровень представляет собой самые небольшие родильные отделения, задача которых помогать с неосложненными, физиологическими родами; такие учреждения, как правило, расположены на периферии и оказываются наиболее доступными частями инфраструктуры. Второй уровень составляют родильные дома и отделения большего размера и более технически оснащенные – туда направляются женщины с определенными рисками осложнений и патологиями. Наконец, третий уровень родовспоможения представлен наиболее крупными учреждениями (например перинатальными центрами), расположенными в региональных центрах и оказывающими помощь в самых сложных случаях.

Концентрация самых сложных и патологических случаев родов и беременности теперь происходит за счет системы маршру-

тизации – направления беременных с определенной степенью риска на соответствующий уровень родовспоможения. Обеспечение каждого региона учреждениями всех уровней предполагает создание нескольких десятков перинатальных центров как особых инфраструктурных объектов (процесс продолжается и в настоящее время). Некоторые перинатальные центры и по своей архитектуре, и по внутреннему устройству напоминают космические станции: новейшие системы мониторинга; роботы, ассистирующие во время операций; раздвижные стеклянные двери в палатах интенсивной терапии; пневмопочта (для ускорения обмена материалами в огромном медицинском учреждении) – все это действующие технологические решения для помощи в родах в настоящее время.

Система помощи в родах развивается по пути все большей медикализации и технологизации. Инфраструктура родовспоможения предполагает, что роды – очень рискованный процесс, который не может быть «встроен» в повседневность семьи

Развитие высокотехнологичной медицинской помощи в родах в российских регионах во многом происходит за счет сокращения широты ее охвата: чем больше акушерских коек открывается в региональных центрах (на третьем уровне), тем меньше коек остается на периферии. Так возникают инфраструктурные разрывы, когда для получения необходимой помощи приходится прилагать все больше времени и усилий самим женщинам. Путь до роддома для жительниц сельской местности и малых городов становится все дальше и дольше, что, учитывая специфику родов (непредсказуемость начала и временная неопределенность течения), может привести к критической ситуации.

С точки зрения современного законодательства родовспоможение по-прежнему не может осуществляться вне медицинских стационаров (родильные отделения и дома, перинатальные центры) и без помощи медицинских специалистов. Более того, вся система помощи в родах, включая ее материальную составляющую, развивается по пути все большей медикализации и технологизации. Инфраструктура родовспоможения предполагает, что роды – очень рискованный процесс, который не может быть «встроен» в повседневность семьи (происходить дома, например). В центре внимания государства снова оказываются «поломанные» и «недостаточно здоровые» тела, тогда как женщины и семьи, ожидающие индивидуального



подхода и поддержки, но не имеющие ресурсов на получение платной услуги, остаются на его периферии.

На протяжении более двух веков организация родовспоможения представляла собой поле конкуренции государства и семей из разных социальных групп за право определять правила и практики родов. И если на первых порах государство очевидно проигрывало (например за первые 70 лет работы первого роддома империи число рожениц не превышало 500 в год), то в советское время государственный патернализм стал доминирующим принципом организации, который практически не оставил альтернативных форм и практик родов.

Пожалуй, одним из ключевых свойств этой системы в настоящее время является то, что практически все описанные формы родовспоможения работают одновременно. Даже в пределах одного города – в зависимости от медицинских показаний, экономических возможностей конкретной семьи (или социальных связей и знакомств), а также везения – роженица может оказаться как в новейшем перинатальном центре, так и в родильном доме, недавно отметившем свое 245-летие, или же в одном из выстроенных в советское время учреждений с многоместными родзалами и отдельным пребыванием родильниц и новорожденных. Это отражает и ключевые принципы социального устройства в настоящее время: государство по-прежнему считает себя ответственным за обеспечение помощи в родах и прикладывает множество усилий по модернизации ее инфраструктуры, но при этом остается нечувствительным к меняющимся ожиданиям и запросам беременных женщин (и их семей) и к профессиональным взглядам медиков.

Современная инфраструктура родовспоможения и попытки ее изменить по-прежнему во многом задаются логикой государственного патернализма, но теперь вместе с усилением конкурирующих логик рынка (запроса пациентов) и профессиональной автономии в ней возникают ниши альтернативных практик. Вместе с тем в определенных сегментах системы могут, напротив, возникать инфраструктурные разрывы: закрывающиеся роддома, неработающее оборудование и увеличивающиеся расстояния между местами проживания и родов.