

Авторитетное знание о родах и родовспоможении: анализ дискурсивных практик российских перинатальных специалистов

Анна А. Ожиганова¹

¹ *Институт этнологии и антропологии РАН, Москва, 119334, Россия*

Получено 5 August 2020 ♦ Принято в печать 25 September 2020 ♦ Опубликовано 31 December 2020

Цитирование: Ozhiganova AA (2020) Authoritative knowledge of childbirth and obstetrics: analysis of discursive practices of Russian perinatal specialists. Population and Economics 4(4): 84–99. <https://doi.org/10.3897/poperecon.4.e57267>

Аннотация

В статье рассматриваются дискурсивные практики официальных и альтернативных перинатальных специалистов: врачей акушеров-гинекологов, акушерок роддомов, домашних акушерок и доул. При анализе этих практик использовалось понятие «авторитетное знание», предложенное американским антропологом Бриджит Джордан и восходящее к концепции власти-знания Мишеля Фуко. В фокусе моего внимания находятся такие спорные, но широко употребительные концепты, как акушерское насилие и естественные роды, а также относительно новые в российском контексте понятия: гуманизация родов, акушерская модель, демедиализация родов и др. Исследование основано на материалах учредительной конференции профессиональной некоммерческой ассоциации «Акушерский союз», которая состоялась в московском перинатальном медицинском центре «Мать и дитя» 30 ноября – 1 декабря 2019 г.

Ключевые слова

авторитетное знание; дискурсивные практики; медиализация родов; акушерская агрессия; естественные роды; модель непрерывного акушерского сопровождения; гуманизация родовспоможения

Коды JEL: I1

1. Введение

1.1. Родовспоможение в современной России: последствия реформ и новые вызовы

Реформы здравоохранения, проходившие постоянно в течение всего постсоветского периода, привели к существенным, но противоречивым изменениям в российской системе родовспоможения. С одной стороны, усилилась коммерциализация (появились платные услуги в государственных роддомах, открылись частные роддома), с другой — возросла бюрократизация и контроль со стороны государства (дополнительные формы отчетности, угроза уголовного преследования за врачебную ошибку) [Rivkin-Fish, 2005; Тёмкина, 2014; Новкунская, 2019; Litvina, Novkunskaia, Temkina, 2020]. Программа родовых сертификатов (2006), адресатами которой стали женские консультации, родильные дома и детские поликлиники, способствовала повышению материальной заинтересованности медицинских учреждений в привлечении пациентов. Положение об информированном добровольном согласии (ст. 20 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») позволило женщинам оформлять отказы от нежелательных, по их мнению, медицинских манипуляций. Значительное распространение получила практика партнерских родов (в соответствии со ст. 5 ФЗ № 323-ФЗ женщина может взять с собой на роды, в том числе по полису ОМС, отца ребенка или иного члена семьи). В настоящее время 30% всех родов в Москве и более 70% в отдельных роддомах Москвы и Санкт-Петербурга проходят в присутствии партнера [Оленев, 2019]. Роддома становятся более открытыми: они проводят встречи и конференции с участием будущих родителей, школы подготовки к родам и курсы по грудному вскармливанию. Все эти нововведения отвечают требованиям современных более информированных и ответственных пациенток, которые очень внимательно подходят к выбору роддома, врача и тактики ведения родов [Тёмкина, 2017, 2018].

В настоящее время, так же как и в советский период, роды принимает бригада специалистов — врач акушер-гинеколог и акушерка. Однако полномочия и ответственность акушерок существенно сократились: они подчиняются врачам, которые самостоятельно определяют тактику ведения родов и несут ответственность за их исход. Главной тенденцией стали успехи высоких технологий, в том числе при ведении оперативных родов, и отсутствие значимых позитивных результатов в классическом («базовом») консервативном акушерстве [Стародубов, Суханова, 2012:10]. Таким образом, в России ситуация развивается в направлении, прямо противоположном тенденциям в западных странах, где акушерская модель (когда физиологические роды принимает только акушерка без врача) получает все большее распространение.

В то же время в некоторых роддомах, преимущественно в крупных городах, появились новые категории перинатальных специалистов: индивидуальные акушерки (обычно это домашние акушерки, получившие медицинское образование), которые зачастую оформлены на часть ставки и принимают роды у своих клиенток исключительно в рамках контракта, и доулы¹, которые официально или полуофициально оказывают услуги по сопровождению родов и выступают как своеобразные посредники между сотрудниками роддомов и женщинами [Ожиганова, 2019а, 2019б].

Домашнее акушерство в России не легализовано и квалифицируется как «незаконное занятие частной медицинской практикой» (235 ст. УК РФ), лицензирование акушерской деятель-

¹ Доула — помощница женщины при беременности и родах, оказывающая практическую, информационную и психологическую поддержку, не является медицинским работником и не имеет медицинского образования [Кто такая доула? 2020].

ности вне медицинских учреждений не осуществляется. Тем не менее сознательные домашние роды практикуются, особенно в крупных городах, но их число неизвестно, поскольку подобная статистика не ведется.

В целом ситуацию, сложившуюся в родовспоможении, можно охарактеризовать как «недостаточно скоординированную для успешной реализации профессиональных проектов акушеров и акушеров-гинекологов» [Новкунская, 2019: 84]. Существующие в акушерстве высокие риски не только создают уязвимого пациента, но также повышают уязвимость медицинских работников [Litvina et al., 2020]. По данным Следственного комитета РФ, акушерство традиционно занимает лидирующее место по количеству жалоб пациентов [Петрова, 2017], а по данным судебно-медицинских экспертов — по числу установленных дефектов оказания медицинской помощи [Лобан и др., 2015].

1.2. Концептуализация родов и акушерских практик

В своей пионерской работе по изучению родов в кросс-культурной перспективе известная американская антрополог Бриджит Джордан предложила понятие «авторитетное знание» (о беременности и родах) [Jordan, 1993]. В последующих работах она продолжила разработку этого понятия, восходящего к концепции власти-знания М. Фуко, уделяя особое внимание способам конструирования авторитетного знания [Jordan, 1997]. Анализируя природу власти, Фуко показал, что власть производит реальность, создавая знание, которое, в свою очередь, выступает гарантом власти: люди управляют собой и другими посредством производства истины, причем под истиной понимаются не истинные утверждения, а «регулирующий контроль над областями, где практика истинного и ложного одновременно может быть подчинена определенным правилам и обладать релевантностью» [Foucault, цит. по: Кастель, 2001:10].

Джордан, наблюдая за родами в американском госпитале, обнаружила, что именно знание врача, основанное на технологиях и процедурных протоколах, имеет решающее значение: без его команды роды не могут продолжаться, даже если женщина уже готова родить своего ребенка: «Конкурирующие виды знаний, которыми владеют женщина и другие участники события, совместно подавляются и управляются. То, что говорит ее тело, то, что она знает (и демонстрирует) в силу своего телесного опыта, в этой обстановке не имеет никакого значения» [Jordan, 1993:152].

Именно этот опыт позволил Джордан сформулировать понятие «авторитетного знания»: представления, которые создаются и транслируются посредством коллективного взаимодействия, «знание, которое в данном сообществе считается законным, последовательным, официальным, достойным обсуждения и подходящим для оправдания конкретных действий людей, занятых выполнением поставленных задач» [Jordan, 1993:154].

Дальнейшее развитие понятия авторитетного знания происходило преимущественно в контексте критики биомедицинского подхода к родовспоможению и анализа конкуренции разных форм знания — биомедицинского и альтернативного, а также в исследованиях стратегий женского сопротивления, таких как выбор домашних родов и активистская деятельность. В коллективной монографии «Роды и авторитетное знание: кросс-культурная перспектива» на множестве этнографических примеров показывается, как конструируется и поддерживается авторитет медицины, как он влияет на выборы, которые совершает женщина во время беременности и родов, как делегитимизируются и вытесняются немедицинские формы знания — телесный опыт женщин и опытное знание традиционных акушеров [Davis-Floyd, Sargent, 1997].

В работах по антропологии родов были сформулированы концепты, описывающие конкурирующие формы авторитетного знания: технократическая и холистическая модели, или

парадигмы, которые кардинально различаются своим подходом к организации медицинской помощи и взаимоотношениям врача и пациента, а также представлениями о телесности и взаимосвязи тела и сознания [Lock, 2004; Davis-Floyd, 1992]. Технократическая парадигма лежит в основе современного биомедицинского акушерства, занятого разработкой новых инструментов и технологий для «совершенствования изначально несовершенного процесса родов» [Davis-Floyd, 2011: 6]. Холистическая модель представляет собой полную противоположность технократической. Она занимается не отдельными органами или системами организма, а целостным человеком, декларирует сущностное единство практикующего и клиента, индивидуализацию заботы, внимание к субъективным ощущениям и потребностям пациента и реализуется в народном (традиционном) акушерстве, а также в альтернативных практиках современных непрофессиональных акушерок [Lock, 2004; Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd, 2001].

В то же время процессу взаимовлияния разных типов авторитетного знания о родах и механизму возможного транзита авторитетного знания самих врачей уделяется гораздо меньше внимания, однако такие работы также существуют. Известная американская исследовательница родов и акушерства Р. Дэвис-Флойд замечает, что в последние годы строгая дихотомия технократического и холистического подходов начинает преодолеваться восходящим трендом к созданию новой — гуманистической концепции родовспоможения. В отличие от холистического, гуманистический подход не отменяет полностью технократическую модель, но предлагает ее реформировать и сделать более гибкой, ориентированной на сотрудничество и учитывающей индивидуальные особенности пациентов. При гуманистическом подходе пациент воспринимается как субъект отношений, между врачом и пациентом выстраиваются отношения заботы, принятие решений и ответственность разделяются между врачом и пациентом. Важной особенностью гуманистической модели является ее открытость к восприятию других подходов, что дает основания видеть в ней новый тренд, стремящийся объединить лучшие достижения технократической и холистической моделей [Davis-Floyd, 2011].

Об активном поиске компромисса между разными подходами свидетельствуют новые рекомендации ВОЗ, содержащие последовательную критику излишней и необоснованной медикализации родов и напоминание, что возможность выбирать, *как, где и с кем* рожать, является неотъемлемой частью репродуктивных прав женщины.

Возрастающее знание о том, как инициировать, ускорять, прекращать, регулировать и контролировать физиологический процесс родов, привело к усилению его медикализации. В настоящее время растет понимание, что такой подход подрывает способность женщины рожать самостоятельно и оказывает негативное влияние на ее опыт родов, который при ином подходе мог бы стать положительным переживанием, изменяющим жизнь в лучшую сторону [WHO, 2018].

Для физиологических неосложненных родов ВОЗ рекомендует *акушерскую модель*: роды принимает лицензированная акушерка без помощи врача, в специальном родильном центре (центре акушерского ухода), в условиях, максимально приближенных к домашним, без использования эпидуральной анестезии, стимуляции родовой деятельности и иных медицинских вмешательств. В качестве цели, к которой необходимо стремиться, заявлена «практика родовспоможения, которая бы не только обеспечивала безопасность с медицинской точки зрения, но также была чуткой к эмоциональным и психологическим потребностям женщин, давала им ощущение контроля посредством участия в принятии решений и чувство личного достижения» [WHO, 2018]. Особо отмечается, что все эти рекомендации основаны на данных доказательной медицины.

Чалмерс, работавшая в 1990-х гг. консультантом ВОЗ/ЮНИСЕФ по вопросам охраны материнского и детского здоровья в России и других странах Восточной Европы, отмечает: в от-

личие от западных врачей, российские медики признают, что изменения важны и давно назрели, и готовы к «транзиту авторитетного знания» [Chalmers, 1997:275]. Она также указывает на факторы, которые могут запустить процесс трансформации авторитетного знания врачей в этих странах, где в отличие от США и стран Западной Европы, женское движение слишком слабо и неспособно включить в свою повестку борьбу женщин за право выбирать, как, где и с кем рожать. Во-первых, это распространение доказательной медицины, поскольку метаанализ масштабных рандомизированных исследований зачастую приводит к разоблачению неадекватности и даже вреда процедур, которые ранее считались рутинно полезными для женщин и младенцев. Во-вторых, это усиление влияния акушерок, которые представляют альтернативное авторитетное знание, но, в то же время, способны к компромиссу с биомедицинским подходом.

Какой вид авторитетного знания доминирует в российском родовспоможении в настоящее время, спустя почти 20 лет с тех пор, как Б. Чалмерс заметила тенденцию к переходу от советского патерналистского подхода к более прогрессивным и гуманным практикам? Рассмотрим, как новые международные тренды, озвученные, в частности, ВОЗ, отразились в дискурсивных практиках медицинских перинатальных специалистов — врачей акушеров-гинекологов и акушерок, а также, какие новые для официального акушерства подходы и концепты привнесли в российские роддома альтернативные перинатальные специалисты — индивидуальные (домашние) акушерки и доулы. Анализируя понятия, которые используют перинатальные специалисты для описания негативного и позитивного опыта родов, попытаемся ответить на вопрос, сложилась ли в настоящее время в России единая концепция родовспоможения и соответствующий язык ее описания или продолжается активный поиск адекватной модели и понятий посредством конкуренции различных подходов и дискурсов.

1.3. Описание эмпирических источников

Для анализа актуального авторитетного знания о родах использованы полевые материалы автора, собранные методом включенного наблюдения на открытых мероприятиях в московских роддомах, а также на встречах врачей акушеров-гинекологов, домашних и роддомовских акушерок в Центре традиционного акушерства (ЦТА) и круглых столах в Центре медицинской антропологии ИЭА РАН. Центральное место среди используемых полевых материалов занимают записи выступлений перинатальных специалистов, сделанные на учредительной конференции профессиональной некоммерческой ассоциации «Акушерский союз», под названием «Перспективы внедрения акушерской модели родовспоможения в России», которая состоялась 30 ноября — 1 декабря 2019 г. в московском Перинатальном медицинском центре «Мать и дитя» (ПМЦ). Выбор этих материалов для анализа был обусловлен прежде всего масштабом мероприятия. В работе конференции приняли участие более 150 человек: врачи акушеры-гинекологи и акушерки, заведующие роддомами, а также альтернативные перинатальные специалисты (доулы и домашние акушерки) из Москвы, Санкт-Петербурга, Челябинска, Екатеринбургa, Калининграда и других российских городов. Будущие матери и молодые родители также присутствовали на конференции и принимали участие в дискуссии. Кроме того, материалы этой конференции представляют особый интерес для изучения дискурсивных практик, поскольку она была организована именно с целью разработки новой концепции родов и нового языка родовспоможения. Всего прозвучало 20 докладов, в которых врачи и акушерки поделились своим опытом по внедрению элементов акушерской модели помощи и обсудили возникающие в этой связи проблемы [Акушерский союз, 2019]. Большой вклад в создание Ассоциации внесли акушерки роддомов, выступающие за профессиональную автономию, повышение

статуса и полномочий акушерок, в частности, за право самостоятельного ведения здоровой беременности и сопровождения физиологических родов [Кузнецова, Богданова, 2014]. Предполагается, что эти конференции станут ежегодными и будут способствовать прогрессивным переменам в российской системе родовспоможения.

Все 20 докладов, прозвучавшие на конференции «Акушерский союз», а также дискуссия, состоявшаяся в рамках круглого стола «Актуальные проблемы российского родовспоможения» (ИЭА РАН, 27.06.2019) были записаны на диктофон и полностью расшифрованы. В отношении этих текстов¹ был проведен дискурс-анализ с целью выявления разных типов дискурса и основных концептов, описывающих современные подходы к родовспоможению.

Все мероприятия, которые вошли в полевые материалы, были открытыми, и участники дали согласие на использование их выступлений, однако, в целях соблюдения исследовательской этики, в статье не указываются ни личные имена участников, ни названия организаций, в которых они работают.

2. Основные концепты родов и родовспоможения в российском контексте: акушерская агрессия и естественные роды

2.1. Случай в московском роддоме

В декабре 2019 г. против заведующей одного из московских роддомов было возбуждено уголовное дело в связи с многочисленными жалобами родителей. У роддома был высокий рейтинг, он считался элитным, а в ноябре 2019 г. получил международный статус «Больница, доброжелательная к ребенку», который присуждается экспертами ВОЗ/ЮНИСЕФ за реализацию программ, поддерживающих грудное вскармливание. Врачам роддома удалось добиться низкого процента кесаревых сечений — 13% по сравнению с 30% в среднем по Москве. «Коллектив родильного дома ориентирован на “мягкое”, естественное ведение родов», — говорилось на сайте больницы. Однако по данным следствия, оказалось, что врачи целенаправленно отказывались от проведения экстренных операций кесарева сечения и применяли агрессивные акушерские практики, в том числе запрещенный «прием Кристеллера» (выдавливание ребенка путем нажатия на живот роженицы во время потуг)², что привело к тяжелым травмам и даже гибели новорожденных детей [В СК РФ впервые прокомментировали..., 2020]. Эти события вызвали широкий общественный резонанс, при этом в защиту заведующей выступили не только члены медицинского сообщества, но, довольно неожиданно, — альтернативные перинатальные специалисты, домашние акушерки и доулы. Кто-то считал, что этот роддом как раз из тех, которые начали изменение навстречу гуманному отношению к родам, кто-то беспокоился о том, что этот случай будет иметь негативные последствия для практики родовспоможения и все развернется в сторону «безопасных кесаревых родов». Таким образом, парадокс ситуации состоял не только в том, что роды в престижном роддоме оказались далеко не безопасными, но и в том, что сторонники *естественных* родов поневоле выступили в защиту *акушерской агрессии*.

1 Всего 11 докладов врачей акушеров-гинекологов, 10 докладов и реплик акушерок, 12 выступлений и реплик доул, а также выступление одного врача неонатолога.

2 Так называемые приемы Кристеллера (в том числе выдавливание ребенка) были запрещены в РФ Клиническими рекомендациями Минздрава РФ в 1994 г. В ряде европейских стран в отношении врачей, выполнявших роды «по Кристеллеру», действует мера пожизненного запрета на профессию (Конгресс Европейской ассоциации акушеров-гинекологов в Лиссабоне 2008).

Этот случай выявил конфликт различных акушерских дискурсов и, соответственно, различных представлений о нормативных, «правильных» родах и акушерской практике, претендующих на статус авторитетного знания.

2.2. Акушерская агрессия: расширение семантического поля

Понятие «акушерская агрессия» / «акушерское насилие» (*obstetric violence*) встречается в самых разных нарративах о родах и акушерской практике, причем в двух разных значениях: грубое, агрессивное поведение работников роддомов в отношении пациенток или чрезмерное и необоснованное медицинское вмешательство в процесс родов [см., напр., Менделеева, 2017].

Термин «акушерская агрессия» предложил известный врач акушер-гинеколог, доктор медицинских наук и член-корреспондент РАН В.Е. Радзинский, который понимал под «акушерской агрессией» «ятрогенные, ничем не обоснованные действия, направленные якобы на пользу, но в результате приносящие только вред», в том числе, увеличение осложнений беременности и родов, а также рост перинатальной, младенческой, материнской заболеваемости и смертности. К агрессивным акушерским практикам он относил необоснованное экстренное кесарево сечение, необоснованное родовозбуждение, родостимуляция и т.д. [Радзинский, 2011:17]. В целом критика Радзинским созвучна рекомендациям ВОЗ:

«Мы, врачи, “обросли” множеством всевозможных, не всегда научно обоснованных методов, способов, приемов и тактик, за которыми теряем истинную сущность вещей. Разумеется, большинство достижений акушерской науки имеют благородную цель — снизить показатели перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Однако осмысление современного состояния акушерства показывает, что зачастую мы, манипулируя самыми современными разработками, сами себя загоняем в тупик» [Радзинский, 2011:330].

По мнению Радзинского, источником акушерской агрессии является подход, при котором критерием правильного течения родов является время, а не динамика родового процесса: например, строгое ограничение второго периода родов одним часом необоснованно понимается как «необходимость родоразрешить женщину в этот срок любыми способами» [Радзинский, 2011:267].

Таким образом, Радзинский понимал акушерскую агрессию именно как медикализацию родов, т.е. чрезмерное и необоснованное медицинское вмешательство в физиологический процесс. В то же время он подчеркивал, что эта практика не только не имеет под собой доказательной базы, но прямо противоречит данным медицинских исследований, в том числе закрепленным в стандартах акушерской практики. Причиной распространенности акушерской агрессии в России он считал недостаточно разработанную законодательную базу и медицинские стандарты, а также неподготовленных, а зачастую просто безграмотных специалистов, не знакомых с современными медицинскими исследованиями и предпочитающими действовать по старинке [Радзинский, 2011].

За пределами медицинского сообщества понятие «акушерской агрессии» обычно употребляется в гораздо более широком значении. Оно стало популярным в России благодаря флешмобу «Насилие в родах» и одноименной группе в социальной сети «ВКонтакте», основанной доулами Юлией Горячевой и Марией Ушанковой в 2016 г. и собравшей на данный момент более 14 500 подписчиков¹. В описании группы акушерская агрессия употребляется как выражение,

¹ Российский флешмоб является частью международного движения против насилия в родах. Во многих странах, начиная с 2012 г., стали возникать низовые социальные движения за права женщин в рамках услуг по охране репродуктивного здоровья и во время родов, например: #bastacere: le Madri Hanno voce в Италии, #PrekinimoSutnju в Хорватии, #PayeTonUtérus во Франции, #Genoeggezwegen в Нидерландах, Másállapotot в Венгрии, Minä Myös Synnyttäjänä в Финляндии и др.

синонимичное «насилию в родах» и включает как психологическое (оскорбления, шантаж, газлайтинг), так и физическое насилие (битье по лицу, выдавливание ребенка, разрез промежности и другие вмешательства без предупреждения и согласия женщины) [#насилие_в_родах]. Врач и издатель книг известного французского акушера-гинеколога Мишеля Одена Вероника Назарова объясняет, что акушерская агрессия — это неоправданная ситуацией и медицинскими показаниями вмешательства, ведущие к осложнениям. А еще женщины воспринимают как насилие пренебрежение их мнением. Довольно часто бывает так, что роды прошли удачно, но женщина вспоминает их как нечто ужасное. Полученные ею травмы — не физические, а эмоциональные. Последствиями могут быть депрессии, сердечно-сосудистые заболевания, распад семей. Тут есть параллели с интимной жизнью. Если твои желания игнорируют, ни о чем тебя не спрашивают, а просто делают с тобой, «как положено», это переживается как насилие [Назарова, 2019].

Таким образом, понятие «акушерская агрессия» употребляется в очень широком значении, включающем любые формы негуманного отношения, с которым сталкиваются женщины в роддомах. Этот подход созвучен современной международной практике. Понятие «акушерская агрессия», которое ранее практически не употреблялось, впервые прозвучало с высокой трибуны в докладе эксперта ООН по вопросу о насилии в отношении женщин в июне 2019 г. и, по всей видимости, будет закреплено в международных стандартах о правах человека. Было признано, что «на глобальном уровне отсутствует консенсус по вопросу о том, как следует определять насилие в отношении женщин во время родов в медицинских учреждениях и измерять его масштабы» [Шимонович, 2019:7]. Тем не менее был очерчен круг явлений, подпадающих под это понятие: открытое физическое насилие, унижение и словесные оскорбления, принудительные или не согласованные с женщиной медицинские процедуры (операция кесарева сечения, стимуляция родов, выдавливание ребенка, амниотомия (прокол плодных оболочек), эпизиотомия (рассечение промежности)), несоблюдение конфиденциальности, отсутствие в полной мере информированного согласия, отказ предоставить медикаментозное обезболивание, грубое нарушение приватности, отказ в госпитализации, невнимательное отношение и сексистские высказывания [Шимонович, 2019:32].

Представители медицинского сообщества, принимавшие участие в конференции Акушерского союза, употребляли понятие «акушерская агрессия» преимущественно в значении избыточной медикализации родового процесса. Одна из докладчиц, врач акушер-гинеколог, в прошлом заведующая одного из московских роддомов, рассказала о своем опыте ограничения применения искусственного окситоцина (один из способов медикаментозной стимуляции родовой деятельности, вызывает лавинообразное нарастание схваток и сопровождается усилением болевых ощущений): «Как снизить агрессию в условиях наших роддомов? Можно поставить на учет окситоцин, ввести строгую фиксацию его использования. Но в итоге все списывалось формально, задним числом. Запреты и контроль не работают» [Акушерский союз, 2019].

Другая докладчица, заместитель главного врача в большом региональном перинатальном центре, поделилась своим наблюдением о том, что акушерство в целом становится все более агрессивным: «У меня стаж 34 года, за это время по Челябинской области рост кесаревых сечений — от 5 до 30%. Я так скажу: чем активнее, чем агрессивнее акушерство, тем оно опасней» [Акушерский союз, 2019].

В рамках смыслового поля понятия «акушерской агрессии» звучали такие выражения, как «управляемые роды» и «программируемые роды» (процесс, который вызывается искусственно с помощью медикаментов и медицинских манипуляций): «Когда я училась в ординатуре, нас учили: “Вы должны управлять родами, а не роды — вами”» [Акушерский союз, 2019].

В то же время, в ряде докладов понятие «акушерская агрессия» употреблялось в гораздо более широком значении. Так, руководитель медицинского центра напомнила, что 25 ноября — это Всемирный день борьбы против акушерского насилия, и показала видеообращение женщин из разных стран, выступающих против подобной агрессии, в том числе нарушения интимности, отсутствия информированного согласия на проведение медицинских манипуляций и грубого отношения со стороны медицинских работников. В целом любые действия персонала роддома, которые становились причиной негативных эмоций женщины, могут описываться как акушерская агрессия, в том числе врачами и заведующими роддомов: «Наша задача в том, чтобы не допускать такого сценария «бойся и беги» в родах, потому что женщина к нам приходит не для этого. Мы не должны ее пугать» [Акушерский союз, 2019].

Таким образом, акушерская агрессия понималась участниками конференции, во-первых, как избыточная медикализация родов, а во-вторых, как негуманное отношение к женщине во время беременности, родов и в послеродовой период. «Медикализация» в данном случае — это не практика, основанная на результатах медицинских исследований, а как раз наоборот — игнорирование научно обоснованных методов и следование устаревшему подходу. «Медикализированное» родовспоможение не означает, что оно «безопасное», напротив, признается, что акушерство становится более опасным вследствие избыточного медицинского вмешательства. На этот парадокс указывал Радзинский, противопоставляя акушерской агрессии безопасное акушерство, под которым он понимал «совокупность научно обоснованных подходов, опирающихся на достижения современной науки и практики», а также «естественные перинатальные технологии», которые базируются на хорошем знании физиологии родового процесса [Радзинский, Костин, 2007:68]. Таким образом, критика Радзинского показывает, что авторитетное знание врачей зачастую основано не на научных исследованиях, а на привычных рутинных практиках. Как отмечала Джордан, определение какого-то комплекса знаний как авторитетного никоим образом не свидетельствует о его истинности: «Сила авторитетного знания не в том, что оно правильное, а в том, что оно имеет вес» [Jordan, 1993:154].

Анализ употребления понятия «акушерская агрессия» показывает, что не только альтернативные перинатальные специалисты, но и многие врачи выходят за пределы чисто медицинского дискурса: они признают ценность субъективного опыта женщин, призывают отказаться от патерналистской модели отношений врач–пациент и даже утверждают, что «роддом — это не больница, а социокультурный объект, место первой встречи гражданина и государства» [Акушерский союз, 2019].

2.3. Естественные роды — кризис понятия

Концепция холистического подхода к родам в российском контексте практически не используется, роль альтернативы биомедицинской парадигмы выполняет понятие «естественные» роды (и его распространенная аббревиатура EP). Оно представляет собой «скользкое» понятие (*slippery concept*), которым могут обозначаться совершенно разные практики и подходы: роды через так называемые «естественные родовые пути», т.е. вагинальные; минимизация медицинских вмешательств; приоритет предпочтений роженицы над требованиями медицинских стандартов (в частности, возможность свободного поведения в родах); высокая степень ответственности женщины за исход родов; активное участие в родах партнера или членов семьи [Бороздина, 2014; Бороздина, 2019].

Понятие EP отсутствует в официальном медицинском дискурсе: там говорится лишь о «родах через естественные родовые пути», т.е. прошедших без оперативного вмешательства. Однако понятие EP активно используется врачами акушерами-гинекологами и акушерками

роддомов, на сайтах роддомов и в названии контрактов, в значении родов с минимальным медицинским вмешательством — без медикаментозного стимулирования, анестезии, амнио- и эпизиотомии и т.д. Такое понимание ЕР Е. Бороздина предлагает называть *гибридной моделью естественных родов*, поскольку она сочетает биомедицинскую модель (роды через естественные родовые пути) с альтернативной («естественные роды — это домашние роды») [Бороздина, 2019:132].

Надо отметить, что никто из участников конференции Акушерский союз не употреблял этот концепт в его узко медицинском значении, как роды через естественные родовые пути. Выступающие говорили о ЕР в контексте кардинальных изменений работы роддомов и акушерской практики, и связывали возрастающий интерес к демедицилизированным родам с поворотом в сторону *естественного*, или здорового образа жизни: «Сейчас всем нужны чистая вода, чистый воздух, натуральные ткани, роды не командные, не программируемые, а естественные, физиологичные» [Акушерский союз, 2019]. В целом ЕР приравнивается к таким вполне легитимным для биомедицинского дискурса понятиям, как *нормальные* или *физиологичные* роды, т.е. роды, не требующие медицинских вмешательств. В свою очередь, альтернативные специалисты также употребляют понятие ЕР в чисто техническом значении: «Это отсутствие окситоциновой стимуляции, амнио- и эпизиотомии, и свободное поведение женщины во время схваток и потужного периода» [Акушерский союз, 2019].

Таким образом, понятия «агрессивное» и «естественное» в отношении тактики ведения родов зачастую используются как антонимы, формирующие своеобразную бинарную оппозицию, в которой под «агрессивным» подходом понимается медицинское вмешательство (крайний случай — кесарево сечение), а под «естественным», или консервативным, подходом — физиологические роды: «Еще никогда акушерство не было таким агрессивным и таким консервативным одновременно. Благодаря развитию реанимационных технологий мы можем прибегать к родоразрешению в любой угрожающей жизни ситуации. С другой стороны, у нас есть колоссальное стремление к максимально естественному ведению родов и к тому, чтобы обеспечить максимально естественное течение родов» [Акушерский союз, 2019].

При этом подчеркивается, что у естественности есть множество степеней, в зависимости от ситуации, поскольку это физиологический процесс, который протекает у всех по-разному: «Есть разные границы физиологии, эти границы можно и нужно расширять. Главное — индивидуальный подход, индивидуальные особенности не должны не исключать физиологического процесса» [Акушерский союз, 2019].

Многие докладчики обращались к концепции естественности, предложенной французским врачом, акушером Мишелем Оденем, автором популярных книг «Возрожденные роды», «Первичное здоровье», «Кесарево сечение» и др., который еще в 1970-х гг. в своей клинике в г. Питивье ввел в акушерскую практику бассейны для облегчения родовой боли и комнаты с домашней обстановкой. Оден считает, что для нормального течения родов женщине необходимы определенные условия: ощущение безопасности, покой и уединение, которые обеспечивают выработку достаточного количества гормона окситоцина, отвечающего за сокращение матки во время родовых схваток, и, соответственно, — естественный ход родов [Оден, 1994]. Семинары, которые Оден проводит по всему миру, пользуются огромной популярностью среди альтернативных перинатальных специалистов, в то время как из числа российских врачей на них приезжают (в частном порядке) лишь единицы. Тем не менее врачи и даже организаторы здравоохранения довольно часто обращаются к концепции Одена для объяснения механизма естественных родов, особенно популярным стало использование его «формулы трех Т» (темно, тепло и тихо). Например, ее приводит Антон Оленев, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения Москвы:

«Мы замечаем в своей работе, что чем более комфортно женщине в родах, чем более спокойно и защищенно она себя чувствует, чем более безопасно (у нас даже есть такое “правило трех Т” — тепло, темно и тихо), и чем в этой ситуации более ей комфортно, если есть с ней близкий человек — ее близкий родственник или супруг — с кем ей комфортно, с кем они заранее решили, что они готовы пройти этот путь, тем более благоприятно протекают роды, тем лучше исходы. Это доказывают мировые данные» [Оленев, 2019].

На конференции Акушерский союз концепция Одена была озвучена во многих докладах с небольшими вариациями, например:

«Женщина хорошо рождает, когда вырабатывается много окситоцина. Окситоцин — это гормон любви, гормон покоя, удовольствия, он вырабатывается только в условиях безопасности, когда женщина чувствует свою защищенность. Если она будет чувствовать агрессию, если она будет чувствовать страх, то ни о каком эндогенном окситоцине в достаточном количестве, чтобы хорошо прошли роды, говорить не приходится. Адреналин — гормон страха, гормон стресса, он мешает нормальной выработке окситоцина» [Акушерский союз, 2019].

В целом можно сказать, что все участники конференции употребляли понятие ЕР в одном смысле: как минимизацию медицинского вмешательства и оптимальный для каждого конкретного случая способ ведения родов. При этом границы физиологических (нормальных, естественных) родов не обсуждались, дискуссия велась вокруг проблем их реализации: организации работы роддома, разработке медицинских протоколов и профессиональной подготовке акушерок. В рамках обмена опытом представители регионов представляли свои проекты, при этом в одних докладах преобладал биомедицинский дискурс, в других — альтернативный.

В небольшом роддоме в Хакасии реализуется проект «В роддоме как дома», соорганизатором которого выступает штатный сотрудник роддома — домашняя акушерка и многодетная мама. В рамках проекта (по полису ОМС) организовано индивидуальное сопровождение родов, установлены ванны, открыты курсы специальной психофизической подготовки для беременных женщин, врачи следуют принципу рационального невмешательства, в частности, отменена практика так называемых акушерских пособий (ручные манипуляции, которые выполняются во время родов без помощи инструментов, в частности, регулирование продвижения врезывающейся головки ребенка, выведение головки, освобождение плечевого пояса и др.).

В Екатеринбургском перинатальном центре разработан собственный клинический протокол, основанный на данных доказательной медицины и рекомендаций ВОЗ, и произведен ряд серьезных инноваций. Всем пациенткам (по полису ОМС) доступны партнерские роды (присутствие отца ребенка или иного члена семьи) и индивидуальное сопровождение: роды ведет акушерка, врач приходит только в случае необходимости, при этом на одну акушерку приходится не более двух женщин (обычно в роддомах акушерка работает «на потоке» и за 24-часовую смену может принять 20 и более родов). Введение чек-листов на медицинские манипуляции привело к резкому снижению количества инвазивных процедур, полностью были исключены рутинное проведение амнио- и эпизиотомии и рутинные влагалитические осмотры, существенно сократилось назначение антибиотиков. Стоит отметить, что этот доклад под названием «Эффективность базовых технологий в улучшении перинатальных исходов» был полностью основан на биомедицинской терминологии и понятие ЕР в нем отсутствовало [Акушерский союз, 2019].

Несмотря на то что эти проекты продвигаются разными типами специалистов (альтернативными — в Хакасии, биомедицинскими — в Екатеринбурге), руководствовавшимися разной «идеологией» родов, практические результаты оказались очень близкими. Однако в масштабах страны эти примеры являются скорее исключением из правил. Услуга сопровождения родов

индивидуальной акушеркой обычно предоставляется лишь в рамках контрактных программ, которые используют в своих названиях понятие ЕР или синонимичные ему («Мягкие роды», «Домашние роды») в качестве маркетингового хода:

«Наши палаты не напоминают обычные строгие боксы обычного роддома. Здесь диваны, подушки, пледы, шторы, шведские стенки, ванны и даже качели. Однако, несмотря на весь этот антураж, в каждой палате присутствует современное оборудование для контроля за состоянием здоровья мамы и малыша. Ведь мы, акушеры, точно уверены, что несмотря на то, что процессы беременности и родов сугубо физиологические, тем не менее, очень часто они осложняются различными состояниями, которые требуют оказания неотложной медицинской помощи. Поэтому мы убеждены, что рожать дома — это верх безрассудства, это крайне безответственно. А вот рожать в роддоме как дома, можно и нужно» [Отделение домашних родов, 2016].

Отделения «домашних» родов привлекают пациенток на дорогостоящие контракты и, таким образом, повышают эффективность работы роддома. Высокая цена услуги естественных родов отражает высокую символическую ценность этого подхода, «ассоциирующегося с идеалами, к которым стремится население» [Beckert, 2011: 123].

В целом понятие ЕР демонстрирует исключительную противоречивость. С одной стороны, оно продолжает использоваться как эмпирическая и идеологическая категория, обозначающая альтернативу биомедицинскому подходу [Бороздина, 2019:119]. С другой стороны, приведенный анализ дискурсивных практик показывает, что в настоящее время уже не вполне корректно рассматривать этот подход как альтернативу биомедицинскому акушерству. Сторонники ЕР, как врачи, так и домашние акушерки и доулы, апеллируют не к народной акушерской традиции (в России она отсутствует) и не к эзотерическому (духовному) акушерству, а к медицинским исследованиям, рекомендациям ВОЗ и опыту развитых стран. В то же время акушерская агрессия как избыточная медиализация зачастую существует в зоне нарушения стандартов практики или недостаточно хорошо прописанных протоколов. Если акушерская агрессия противопоставляется безопасным родам, то соотношение ЕР и безопасных родов остается неоднозначным, как показывает ситуация в московском роддоме, где от действий врачей, позиционировавших себя как сторонников естественных родов, пострадали новорожденные:

«После трагедии, на словосочетании “естественные роды” стоит клеймо: это про фанатиков, настроенных любой ценой проводить роды через естественные родовые пути» [Назарова, 2019].

Вполне вероятно, что понятие ЕР в итоге будет окончательно дискредитировано и его место займут новые понятия, более адекватным образом обозначающие рациональную демедиализацию родов, которая признается в качестве правильного, нормативного подхода акушерками, врачами и организаторами здравоохранения:

«Мы категорические сторонники партнерских родов. Мы стараемся проводить политику так называемых мягких, домашних родов (это всё является синонимами)... Как я уже сказал, больше половины родов проходит абсолютно физиологично, нормально и не требует вмешательства врачей» [Оленев, 2019].

3. Заключение: трансформация авторитетного знания о родах и родовспоможении

В результате преобразований, произошедших в последнее время в сфере российского родовспоможения, авторитетное биомедицинское знание о родах встретилось с серьезными вызовами. Современные медицинские исследования доказали неэффективность и небезопас-

ность многих ранее широко применявшихся акушерских практик: некоторые из них запрещены новыми медицинскими стандартами, некоторые признаны крайне нежелательными. Авторитет медицинского знания снижается также вследствие критики существующих практик со стороны «врачей-диссидентов», получивших широкую известность, таких как В.Е. Радзинский или М. Оден, а также рядовых акушеров-гинекологов, которые перешли в альтернативное акушерство, начав принимать домашние роды [Ожиганова, 2019б]. Признание влияния психофизического состояния женщины на исход родов, распространение выжидательной тактики, необходимость получения информированного согласия пациента на проведение любых медицинских вмешательств требует от врачей изменения коммуникативной модели и установления диалога с пациентом. В этой связи меняются дискурсивные практики и врачей, и пациентов: врачи используют популярные объяснительные концепции физиологии беременности и родов, новые требовательные пациентки овладевают биомедицинской терминологией и изучают клинические протоколы.

Конкуренция внутри медицинского сообщества между врачами акушерами-гинекологами и акушерками вынуждает акушеров искать партнеров за пределами медицинского сообщества: они создают альянсы с альтернативными (домашними) акушерками и даже социальными исследователями, дополняя свое авторитетное знание концептами и подходами, заимствованными в социальных науках [Кузнецова, Богданова, 2014]. Домашние акушерки взаимодействуют с роддомами и даже принимают участие в разработке медицинских протоколов. Доулы занимаются распространением информации о новых трендах в международной акушерской практике, рекомендациях ВОЗ и данных масштабных медицинских исследований. Таким образом, монополия врачей на обладание авторитетным знанием размывается.

Конкурирующие системы авторитетного знания о родах — биомедицинского и альтернативного — создают новые практики взаимодействия, следствием которого становится активный транзит знания. Одни концепты, как, например, *естественные роды*, — размываются, обесцениваются, теряют свою актуальность и постепенно заменяются другими, более точными: *выжидательная тактика*, *неинвазивные методы*, *отмена рутинных медицинских вмешательств*. Другие концепты, как *акушерская агрессия*, напротив, усиливаются, расширяя поле своих семантических значений, находят подкрепление в международных стандартах и становятся все более популярными.

Так, Б. Джордан отмечала, что знание образует иерархические структуры за счет обесценивания одних систем знаний и придания веса другим [Jordan, 1997:56]. Однако она была уверена, что возможны иные — горизонтальные — формы распределения знания, когда в результате взаимного согласования различных подходов «возникает единая авторитетная структура знания» [Jordan, 1997:73]. Горизонтальное распределение авторитетного знания достигается в ситуации рождения ребенка с помощью «низких», а не высоких технологий, например, родов в акушерском центре. В этом случае врач не занимает центральную позицию, а все решения принимаются на основе того, что известно всем участникам о текущем процессе родов. Поскольку «знание — это не субстанция, которой обладают люди, а состояние, которое достигается совместно в рамках сообщества практикующих» [Jordan, 1997:58], производство и использование знаний могут стать общими для всех участников родов: врача, акушерки, женщины и сопровождающих ее близких.

Создание новой профессиональной некоммерческой ассоциации «Акушерский союз» свидетельствует о том, что в российском акушерстве идет процесс сближения официального биомедицинского и альтернативного подходов, который проявляется в том числе в активных поисках нового языка, способного объединить разных перинатальных специалистов. Новыми для российского акушерского дискурса стали такие понятия, как «акушерская модель помо-

щи», «непрерывное акушерское сопровождения», «гуманизация родовспоможения» и др. Таким образом, предполагается, во-первых, что именно акушерка станет ведущим первичным специалистом, сопровождающим весь цикл материнства и координирующим оказание акушерской помощи [О модели..., 2019:2]. Во-вторых, эта модель предполагает, что акушерка будет оказывать персонифицированную непрерывную помощь женщине на протяжении всего времени, пока делятся ее роды. Члены ассоциации «Акушерский союз» ссылаются на медицинские исследования, представленные, в частности кокрейновскими обзорами, доказывающими клиническую эффективность и безопасность модели акушерской помощи. Также они обращаются к рекомендациям ВОЗ, призывающим к соблюдению в акушерской практике принципов гуманизма и уважения к личности и правам женщины. Таким образом, заметно движение от бинарной модели конкурирующих форм авторитетного знания к новому синтезу биомедицинского и альтернативного подхода и созданию новых, более эффективных и безопасных форм акушерской помощи.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ - 20-011-00609а «Прокреация: фундаментальные и прикладные аспекты социокультурных норм — язык междисциплинарного дискурса».

Полевые материалы автора

Круглый стол в ИЭА РАН «Актуальные проблемы российского родовспоможения» (в рамках VII симпозиума по медицинской антропологии «Медицинская антропология в современном мире: традиционные исследования и новые перспективы»). 27.06.2019.

Конференция «Акушерский союз». Москва, Перинатальный медицинский центр «Мать и дитя». 30.11 — 01.12.2019.

Библиография

- Бороздина Е. 2014. Язык науки и язык любви: легитимация независимой акушерской практики в России. *Laboratorium*. 6 (1): 30–59.
- Бороздина Е. 2019. Создавая естественность: модели естественных родов в современной России. Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства. СПб.: Изд-во ЕУСПб: 117–138.
- В СК РФ впервые прокомментировали дело экс-главы роддома № 27 Марины Сармосян (2020) *Vademecum* 10 Января. <https://vademec.ru/news/2020/01/10/sk-rf-prokommentiroval-arrest-eks-glavy-roddoma-27-mariny-sarmosyan/>.
- Кастель Р. 2001. «Проблематизация» как способ прочтения истории. *Мишель Фуко и Россия*. О. Хархордин (ред.). СПб: Изд-во ЕУСПб: 10–31.
- Кто такая доула? Ассоциация профессиональных доул. <http://doularussia.ru/kto-takaya-doula>
- Кузнецова В., Богданова Л.-М. 2014. Акушерское дело: время перемен (взгляд изнутри). *Журнал исследований социальной политики*. 12 (3): 467–482.
- Лобан И.Е., Исаков В.Д., Лаврентюк Г.П., Быховская О.А., Филатов А.И. 2015. Статистическая характеристика экспертиз по делам о профессиональных правонарушениях и преступлениях медицинских работников (по материалам СПбГБУЗ «БСМЭ» 2009–2014 гг.). *Медицинское право: теория и практика*. 1 (1): 264–274.

- Назарова В. 2019. Тяжелые роды в 27 роддоме: ничего естественного. Милосердие.ру. 19.12. <https://www.miloserdie.ru/article/tyazhelye-rody-v-27-roddome-nichego-estestvennogo/?fbclid=IwAR3wfgRxa5x9DDdhXOYzElva0zZJ4h5syuMG0cmZElkfi00tc4JmDMf78U>
- #Насилие_в_родах. За роды без насилия. Страница сообщения «ВКонтакте». https://vk.com/humanize_birth
- Новкунская А. 2019. Институциональные разрывы преемственности в российском родовспоможении. Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства / Е. Бороздина, Е. Здравомыслова, А. Тёмкина (ред.). СПб.: Изд-во ЕУСПб: 58–87.
- Оден М. 1994. Возрожденные роды. М.: АКВА.
- Ожиганова А. 2019а. Забота о себе, забота о других: практики взаимодействия женщин и акушерок в домашних родах. *Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства*. Е. Бороздина, Е. Здравомыслова, А. Тёмкина (ред.). СПб.: Изд-во ЕУСПб.: 139–167.
- Ожиганова А.А. 2019б. Официальное (биомедицинское) и альтернативное (домашнее) акушерство: Практики формализованного и неформального взаимодействия. *Экономическая социология*. 20 (5): 28–52.
- Оленев А. 2019. Интервью радиостанции «Эхо Москвы» (Разбор полета). 04 марта. https://echo.msk.ru/programs/razbor_poleta/2381721-echo/
- О модели непрерывного акушерского сопровождения. 2019. Акушерский союз. Ассоциация специалистов акушерской практики. <https://drive.google.com/file/d/1FEc5jDgJPJ5T7ECJvg1tTGMzfcNDCPPR/view>
- Отделение домашних родов. 2016. Перинатальный медицинский центр «Мать и дитя». <https://www.youtube.com/watch?v=F9SGvrp1rj4>
- Петрова Т.Н. 2017. Особенности расследования преступлений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи при родовспоможении. *Consilium Medicum*. 19 (6): 9–31. DOI: 10.26442/2075-1753_19.6.9–31.
- Радзинский В.Е. 2011. Акушерская агрессия. М.: Status Praesens.
- Радзинский В.Е., Костин И.Н. 2007. Безопасное акушерство. *Акушерство и гинекология*. 5: 12–16.
- Стародубов В.И., Суханова Л.П. 2012. Репродуктивные проблемы демографического развития России. М.: ИД «Менеджер здравоохранения».
- Тёмкина А. 2014. Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль. *Журнал исследований социальной политики*. 12 (3): 321–336.
- Тёмкина А.А. 2017. «Экономика доверия» в платном сегменте родовспоможения: городская образованная женщина как потребитель и пациентка. *Экономическая социология*. 18 (3): 14–53.
- Тёмкина А. 2018. Будущая мать как социальный исследователь. *Антропологический форум*. 37: 197–230.
- Шимонович Д. 2019. Доклад Специального докладчика по вопросу о насилии в отношении женщин. 11 июля, Нью-Йорк, Генеральная Ассамблея ООН. <https://undocs.org/ru/A/74/137>
- Beckert J. 2011. The Transcending Power of Goods: Imaginative Value in the Economy. The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy (eds. J. Beckert, P. Aspers). New York: Oxford University Press: 106–130.
- Chalmers B. 1997. Changing Childbirth in Eastern Europe: Which Systems of Authoritative Knowledge Should Prevail? Childbirth and authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives, R. Davis-Floyd and C. Sargent (eds.). Berkeley: University of California Press: 263–286.
- Davis-Floyd R. 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75: S5–S23.
- Davis-Floyd R., Sargent C. 1997. Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives. Berkeley: University of California Press.

- Jordan B. 1993. *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States* (4th ed., revised and expanded by R. Davis-Floyd). Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Jordan B. 1997. *Authoritative Knowledge and Its Construction. Childbirth and authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, R. Davis-Floyd and C. Sargent (eds.). Berkeley: University of California Press: 55–79.
- Litvina D., Novkunsкая A., Temkina A. 2020. Multiple Vulnerabilities in Medical Settings: Invisible Suffering of Doctors. *Societies* 10 (5). doi:10.3390/soc10010005.
- Lock M. 2004. Medicalization and the Naturalization of Social Control, *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, Vol. I. C. R. Ember and M. Ember (eds.), N.Y.: Kluwer Academic/Plenum Publishers: 116–125.
- Rivkin-Fish M. 2005. *Women's Health in Post-Soviet Russia: The Politics of Intervention*. Indiana University Press.
- WHO. 2018. Human reproduction program. <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>

Сведения об авторе

- Ожиганова Анна Александровна, кандидат исторических наук, старший научный сотрудник, Институт этнологии и антропологии РАН. E-mail: anna-ozhiganova@yandex.ru