

Literatūros apžvalga apie planuotų gimdymų ne ligoninėje saugumą

LITERATURE REVIEW ON THE SAFETY OF PLANNED HOME BIRTH

AKVILĖ ESMANTIENĖ, DALIA REGINA RAILAITĖ, DAIVA VAITKIENĖ
LSMU MA Akušerijos ir ginekologijos klinika

Santrauka. Tikslas. Apžvelgti ir palyginti mažos rizikos gimdyvių planuotai gimdžiusių namuose ir ligoninėje rezultatus. **Medžiaga ir metodai.** Per pastaruosius 10 metų atlikti tyrimai, kurių metu analizuotas bei lygintas perinatalinis mirtingumas, naujagimių ir gimdyvių baigtys. **Rezultatai.** Į apžvalgą įtraukta 11 tyrimų, kurie vertino šiuos rodiklius. Perinatalinis mirtingumas abiejose lygintose grupėse buvo mažas ir iš esmės nesiskyrė nuo šio rodiklio bendrojoje populiacijoje. Duomenys apie naujagimių mirtingumą skirtingose studijose yra prieštaringi. Statistiškai reikšmingo naujagimių sergamumo skirtumo tarp lyginamų grupių daugumoje studijų nerasta. Gimdyvių baigtys visose studijose palankesnės moterims, planuotai gimdžiusioms namuose. Joms intervencijų dažnis žymiai mažesnis. Pervežimo iš namų į stacionarą dažnis įvairiuose tyrimuose varijavo gana plačiuose intervaluose, bet dažniau pasitaikė pirmą kartą gimdančioms moterims. **Išvados.** Mažos rizikos gimdyvių ir jų naujagimių baigtys yra panašios tiek planuotai gimdant namuose su specialisto, turinčio sertifikatą priežiūra, tiek planuotai gimdant ligoninėje. Planuotai gimdant ne ligoninėje su specialisto priežiūra mažos rizikos gimdyvėms galima tikėtis geresnių baigčių bei mažiau intervencijų motinoms. **Reikšminiai žodžiai:** planuotas gimdymas namuose, gimdymų baigtys, pervežimas į stacionarą.



Summary. The aim. To analyse and compare the outcomes of low risk women's planned home births and planned hospital births. **Material and methods.** Studies of the last 10 years were reviewed, and perinatal mortality, neonatal and maternal outcomes of low risk women's planned home or hospital birth were analyzed. **Results.** The rate of perinatal mortality was small and similar in both groups. Data about neonatal mortality were controversial. There were no significant differences in neonatal morbidity between both groups. Maternal outcomes were better in most studies of home births. The number of medical interventions was also lower in planned home birth. Occurrence of transfer to a hospital varied in all studies and was more frequent between primiparous. **Conclusions.** The outcomes of low risk planned home births with qualified help are similar to the planned hospital birth. Women are more likely to have better outcomes and less labour interventions in planned home birth with qualified help. **Key words:** planned home birth, maternal outcomes, perinatal outcomes, neonatal outcomes, transfers to hospital.



IVADAS

Karštos diskusijos apie gimdymo ne ligoninėje saugumą ne taip seniai stipriai įaudrino Lietuvos visuomenę: įtraukė šeimas, politikus, medikus, antropologus, žiniasklaidą, netgi bažnyčios atstovus. Argumentų už ir

prieš, atrodo, netrūksta abiem šalis vertinant santykinę riziką ir privalumus. Tuo tarpu pasaulyje tokios diskusijos tęsiasi ne vieną dešimtmetį, nuolat ieškoma atsakymo apie gimdymo ne ligoninėje saugumą [1–11]. Priešininkų nuomone, nepaisant moters



Akvilė Esmantiene LSMU MA Akušerijos ir ginekologijos klinikos rezidentė. El. paštas: esmantiene@gmail.com

Doc. Dalia Regina Railaitė LSMU MA Akušerijos ir ginekologijos klinikos gydytoja akušerė ginekologė, Mikroinvazinės ir plastinės ginekologijos sektoriaus vadovė. Pagrindinės domėjimosi sritys: prostaglandinų vartojimas akušerijoje ir ginekologijoje, cezario pjūvio operacija, uroginekologija.

Prof. Daiva Vaitkienė LSMU MA Akušerijos ir ginekologijos klinikos gydytoja akušerė ginekologė, Onkoginekologijos sektoriaus vadovė. Pagrindinės domėjimosi sritys: onkoginekologija, infekcijos akušerijoje ir ginekologijoje.

teisės rinktis, kur gimdyti, ji negali rizikuoti savo naujagimio sveikata ir gyvybe [12]. Šalininkai pabrėžia, kad gimdymas visuomet yra rizikingas, kur jis bevyktų – ligoninėje ar namuose. Nė viena ligoninė negali šimtu procentų garantuoti geros baigties netgi mažos rizikos gimdyvėms [13]. Atliekama nemažai klinikinių tyrimų vertinant gimdymo vietos saugumą, nes įprasta, kad šiuolaikinė medicina pagrįsta mokslo įrodymais. Tačiau gimdymų ne ligoninėje tyrimai patiria ne vieną iššūkį: reikalingos didelės tiriamųjų imtys, kad būtų galima palyginti retesnes sunkias gimdymo komplikacijas; reikia atrinkti mažos rizikos gimdyves, planuojančias gimdyti namuose, surinkti identišką kontrolinę grupę gimdyvių, suplanavusių gimdyti ligoninėje [13, 14]. Tiriamųjų skaičius dažnai būna nepakankamas, nes ir šalyse, kur pagalba gimdyvėms ne stacionare reglamentuota teisiniais aktais, gimdymą namuose renkasi tik iki 2 proc. gimdyvių, išskyrus Olandiją, kur namuose gimdo iki 30 proc. gimdyvių dėl senų akušerinių tradicijų ir įsigaliojusios praktikos.

Jau pradėta diskutuoti apie šios srities klinikinių tyrimų kokybę ir įrodymų pagrįstumą. Prabilta ne tik apie įrodymais pagrįstos medicinos naudą, bet ir galimą jos žalą, kai vadovaujama nekokybiškai atliktų tyrimų rezultatais, kurie klaidina ir visuomenę, ir medikus [15]. Kiekviena nauja publikacija gimdymo ne ligoninėje tema sulaukia išsamios analizės bei komentarų, nes metodologines klaidas nesunku pastebėti net didelės imties tyrimuose, ypač siekiančiuose nustatyti retai pasitaikančių komplikacijų dažnį.

Šio straipsnio tikslas – apžvelgti pastarųjų dešimties metų tyrimų duomenis bei palyginti planuotą mažos rizikos gimdymą namuose, prižiūrimą kvalifikuoto specialisto, ir tokių pat mažos rizikos gimdymų ligoninėje baigtis.

Planuotas gimdymas ne ligoninėje – tai mažos komplikacijų rizikos gimdyvės normalus gimdymas, planuotai vykstantis už sveikatos priežiūros įstaigos ribų, kuri prižiūri kvalifikuotas specialistas. Šios trys sąlygos būtinos analizuojant šiuolaikinę saugaus gimdymo ne ligoninėje koncepciją. Sutariama, kad mažai rizikai priklauso gimdymas 37–42 nėštumo savaitę, kai nėščiajai nenustatyta sunkių ligų ir per visą nėštumo laikotarpį neatsiranda papildomų

kompliakacijų bei yra vienas vaisius galvos pirmėiga. Atsiradus komplikacijų, išryškėjus papildomai rizikai arba intervencijų poreikiui, gimdyvė pervežama į stacionarą, kur suteikiama būtinoji pagalba. Daugelyje išsivysčiusių pasaulio šalių moterys, pasirinkusios planuotą gimdymą ne ligoninėje, gali gimdyti tiek namie, tiek specializuotuose gimdymo centruose. Šioje apžvalgoje lygino tik planuotus gimdymus namuose su planuotais gimdymais ligoninėje.

Gimdymas ne ligoninėje yra įprasta praktika, reglamentuojama teisės aktuose daugelyje pasaulio šalių: JAV, Kanadoje, Australijoje, Naujojoje Zelandijoje, Austrijoje, Belgijoje, Danijoje, Italijoje, Jungtinėje Karalystėje, Latvijoje, Lenkijoje, Norvegijoje, Olandijoje, Suomijoje, Švedijoje, Šveicarijoje, Vokietijoje. Kai kurių šalių gimdymo pagalbą teikiančių specialistų draugijos oficialiai išreiškė savo nuomonę apie tokį pasirinkimą, deja, skirtingą. Šiaurės Amerikos [14], Australijos ir Naujosios Zelandijos akušerių ginekologų draugijos nepritaria gimdymui namuose mažos rizikos gimdyvėms. Planuotą gimdymą namuose, esant nekomplikuotam nėštumui, palaiko Karališkoji akušerių ginekologų ir Karališkoji akušerių draugija Didžiojoje Britanijoje [16], Australijos, Naujosios Zelandijos ir Kanados akušerių draugijos. Kanados akušerių ginekologų sąjunga pripažįsta, kad dar reikalingi tyrinėjimai [17].

LITERATŪROS APŽVALGOS MEDŽIAGA IR METODAI

Paieškos metu buvo naudojamos kompiuterinės bibliografinės bazės: „PubMed“, „EMBASE“, „The Cochrane Library“, „BMJ“, „AJOG“, „CMAJ“, raktažodžiai: *planned home birth, perinatal outcomes, maternal outcomes, interventions, midwifery care*.

Analizuoti 2003–2012 m. anglų kalba publikuoti tyrimai, įtraukiantys mažos rizikos gimdyves, planavusias gimdyti ir gimdžiusias namuose prižiūrint specialistui. Kadangi perinatalinių rodiklių analizei netinka mažos imties tyrimai, nutarta vertinti tik tas publikacijas, kuriose buvo ne mažiau 10 tūkstančių tiriamųjų. Įvertinus tyrimo pavadinimą ir santrauką, buvo sprendžiama dėl tyrimo įtraukimo į apžvalgą. Jei šios informacijos nepakako, buvo analizuojamas visas straipsnis.

Apžvalgoje vertintos moterų charakteristi-

Profesinis tobulėjimas

kos, perinatalinis mirtingumas ir naujagimių bei gimdyvių baigtys, medicininės intervencijos, pervežimas į stacionarą, žindymas.

REZULTATAI

Pirmoje lentelėje pateiktos į literatūros apžvalgą įtrauktų tyrimų pagrindinės charakteristikos. Iš viso įtraukta 11 studijų. Neįtrauktos dvi didelės imties studijos, tyrusios planuoto gimdymo namuose rezultatus: viena studija [18] labai sukritikuota dėl metodologijos, statistinių skaičiavimų ir klaidinančių išvadų, padarytų remiantis gautais rezultatais [19]; kita įtraukia ir didelės rizikos gimdymus namuose (sėdynės pirmeiga, daugiavaisis nėštumas, pernešiojimas), o tai iškreipia galutinius rezultatus [20]. Tyrimai atlikti įvairiose pasaulio šalyse: Amerikoje, Kanadoje, Naujojoje Zelandijoje, Skandinavijoje, Anglijoje, Olandijoje, t. y. šalyse su skirtingomis tradicijomis, teisine baze bei visuomenės požiūriu. Apžvelgtos studijos yra labai nevienalytės pagal tyrimo tikslą, atlikimo metodiką ir imtį, todėl apibendrinti ir palyginti tyrimų rezultatus yra sudėtinga (1 lentelė).

Moterys, planavusios gimdyti namuose, dažniau buvo vyresnio amžiaus [2–4, 7, 8, 10, 11], vidutinio arba aukštesnio socialinio statuso [2, 3], dažniau gimdančios jau ne pirmą kartą [2–4, 7, 8, 10, 11], taip pat dažniau ištekėjusios arba gyvenančios su partneriu [3, 10], rečiau vartojančios alkoholį arba rūkančios nėštumo metu [5, 8]. Vienoje studijoje šios moterys apibūdinamos kaip žemesnio socialinio statuso (remiantis akušerių apibūdinimu), tačiau turinčios aukštesnį išsilavinimą [8]. Taip pat pastebėta, kad moterys, kurios pasirenka planuotą gimdymą namuose, yra labiau motyvuotos išvengti nebūtinų intervencijų, pvz., epidurinio skausmo malšinimo [1, 8, 11].

Perinatalinės ir naujagimių baigtys

Aštuoniose iš vienuolikos analizuotų studijų perinatalinio mirtingumo rodiklis aptariamas, nes vertinamas kaip vienas svarbiausių gimdymo baigties rodiklių. Šiose studijose [1–6, 8, 10] perinatalinis mirtingumas tiek planuotai gimdant namuose, tiek planuotai gimdant ligoninėje yra mažas ir panašus į perinatalinį mirtingumą bendrojoje populiacijoje. Statistiškai reikšmingų skirtumų tarp lyginamų grupių nerasta. Olandų tyrėjai pastebėjo, kad perinatalinio mirtingumo santykinė rizika didesnė tarp pirmą kartą

gimdančių ir tarp vyresnių nei 35 metų gimdyvių, tačiau tai nesusiję su gimdymo vieta [2]. Studijų duomenys apie naujagimių mirtingumą ir sergamumą yra priešaringi. Wax JR. ir bendraautorių metaanalizėje [1] pateikti duomenys, kad naujagimių mirtingumas yra du (tarp visų naujagimių) ir net tris (tarp naujagimių be sklaidos defektų) kartus didesnis planuojančiųjų gimdyti namuose grupėje. Kai klinikinis tyrimas, kuriame gimdymus priimdavo nekvalifikuotos akušerės, buvo neįtrauktas į skaičiavimus, statistiškai reikšmingo naujagimių mirtingumo skirtumo neliko (ŠS 1,57 PI 95 proc. 0,62–3,98) [1]. Kitų apžvelgiamų tyrimų išvadose pateikiama, kad naujagimių mirtingumo rodikliai buvo maži ir statistiškai reikšmingai nesiskyrė abiejose lyginamose grupėse [2, 4–6, 8, 10]. Perinatalinio ir naujagimių mirtingumo rodikliai pateikiami 2 lentelėje, tačiau lyginti jų tarpusavyje nerekomenduojama dėl to, kad tyrimai yra skirtingų tipų, mažos rizikos bei naujagimių mirtingumo (ankstyvas ir (ar) vėlyvas) apibūdinimas įvairiuose tyrimuose skiriasi.

Lyginti naujagimių sergamumą arba kitas baigtis tyrimuose sudėtinga, nes tyrėjai renkasi vertinti skirtingas nepalankias baigtis. Dažniausiai tyrimuose aptariami žemi Apgar balai, deguonies arba ventiliavimo poreikis, guldymas į naujagimių intensyvosios terapijos skyrių (NITS). Daugelyje studijų pasirinkta vertinti penktosios minutės Apgar balą, kuris, manoma, tiksliai rodo naujagimio būklę, nors yra tik vienas iš dviejų kriterijų, reikalingų asfiksijos diagnozei pagrįsti, be to, nėra patikimas galimo neurologinio pažeidimo kriterijus. Apžvelgtose studijose dažniausiai remiamasi penktosios minutės ≤ 7 Apgar balu. Tokių atvejų dažnis studijose varijavo nuo 0 iki 2,1 proc. [4, 6, 7–10] tarp planuojančiųjų gimdyti namuose. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyginamų grupių nerasta keliose studijose [4, 5, 11], tuo tarpu vienoje [7] beveik du kartus dažniau žemesni balai nustatyti tarp planuojančiųjų gimdyti namuose (ŠS 1,92 PI 95 proc. 1,63–2,25). Naujagimių ventiliavimo poreikis varijavo nuo 2,3 iki 6,5 proc. planuojančiųjų gimdyti namuose grupėje [1, 4, 7]. Statistiškai reikšmingo skirtumo tarp lyginamų grupių nerasta [1, 4, 5] arba ventiliavimo poreikis buvo netgi mažesnis tarp gimdžiusiųjų namuose (ŠS 0,54 PI 95 proc. 0,46–0,63) [7]. Perkėlimo į

1 lentelė. Į literatūros apžvalgą įtraukti tyrimai										
Eil. Nr.	Tyrimo autoriai, atlikimo metai	Atlikimo vieta	Tiriamas laikotarpis	Tyrimo tipas	Tyrimo tikslas	Tiriamųjų imtis				
1.	Wax [2010]	JAV, Kanada, Australija, Švedija, Olandija ir Šveicarija	[1950–2009]	Metaanalizė	Sistemiškai apžvelgti medicininę literatūrą apie motinų ir naujagimių saugumą, kai gimdyvė planuotai gimdo namuose ir ligoninėje	549 607				
2.	De Jonge [2009]	Olandija	[2000–2006]	Retrospektyvinis kohortinis	Palyginti perinatalinį mirtingumą ir sunkų perinatalinį sergamumą tarp planuotai gimdančių namuose ir ligoninėse mažos rizikos moterų grupėse	529 688				
3.	Gimimo vietos Anglijoje bendra grupė [2011]	Anglija	[2008–2010]	Prospektyvinis kohortinis	Palyginti perinatalines baigtis, gimdymų baigtis ir intervencijas gimdymo metu planuojant gimdymo vietą gimdymo pradžioje tarp moterų, turinčių mažą riziką	64 538				
4.	Hutton [2009]	Ontarijas, Kanada	[2003–2006]	Retrospektyvinis kohortinis	Palyginti gimdymų ir perinatalines, naujagimių mirtingumo ir sergamumo baigtis bei intervencijų moterims kiekį gimdymo metu tarp planuotai gimdžiusių namuose, prižiūrimų akušerės ir planuotai gimdžiusių ligoninėje grupių	13 384				
5.	Janssen [2009]	Britų Kolumbija, Kanada	[2000–2004]	Retrospektyvinis kohortinis	Palyginti baigtis moterų, planavusių gimdyti namuose, prižiūrint akušerei, ir planavusių gimdyti ligoninėje, prižiūrint akušerei ar gydytojui	12 972				
6.	Lindgren [2008]	Švedija	[1992–2004]	Populiacinis	Įvertinti nepalankių baigčių motinai ir naujagimiui riziką planuotuose gimdymuose namuose švedų populiacijoje	12 238				
7.	Wax [2010]	JAV	[2006]	Retrospektyvinis populiacinis kohortinis	Įvertinti perinatalinį sergamumą pagal gimdymo vietą (ligoninė, gimdymo centras, namai)	745 690				
8.	Johnson [2005]	JAV, Kanada	[2000]	Prospektyvinis kohortinis	Ištirti saugumą gimdant namuose, prižiūrint akušerei, Šiaurės Amerikoje	3 366 286				
9.	Amelink-Verburg [2007]	Olandija	[2001–2003]	Aprašomasis tyrimas	Įvertinti priežastis ir baigtis pervežimų iš pirmojo į antrąjį priežiūros lygį olandų akušerijos sistemoje	280 097				
10.	Blix [2012]	Norvegija	[1990–2007]	Retrospektyvinis kohortinis	Palyginti gimdymų baigtis, kai moterys planuotai gimdė namuose ir ligoninėje	17 941				
11.	Davis [2011]	Naujoji Zelandija	[2006–2007]	Retrospektyvinis kohortinis	Palyginti gimdymų baigtis ir intervencijų dažnį tarp mažos rizikos moterų, gimdančių prižiūrint akušerei, įvairiose vietose	16 210				

Profesinis tobulėjimas

2 lentelė. Perinatalinio ir naujagimių mirtingumo rodikliai					
Eil. Nr.	Tyrėjai, atlikimo metai	Gimdymų namuose absoliutus skaičius	Perinatalinis ir (ar) naujagimių mirtingumas (1000) planuoto gimdymo namuose grupėje*	Gimdymų ligoninėje absoliutus skaičius	Kombinuotas perinatalinis ir/ar naujagimių mirtingumas (1000) planuoto gimdymo ligoninėje grupėje*
1.	Wax [2010]	330 324 15 633	0,7 perinatalinis mirtingumas 1,5 naujagimių mirtingumas	173 266 31 999	0,8 perinatalinis mirtingumas 0,4 naujagimių mirtingumas
2.	De Jonge [2009]	321 307	0,6**	163 261	0,7**
3.	Gimimo vietos Anglijoje bendra grupė [2011]	16 553	0,6**	19 551	ND***
4.	Hutton [2009]	6 692	1,3	6 692	1,3
5.	Janssen [2009]	2 889	0,35	4 752 (su akušere) 5 331 (su gydytoju)	0,57 0,64
6.	Lindgren [2008]	897	2,2 naujagimių mirtingumas	11 341	0,7 naujagimių mirtingumas
8.	Johnson [2005]	5 418	1,7	3 360 868	ND***
10.	Blix [2012]	1 631	0,6 perinatalinis mirtingumas 0,6 naujagimių mirtingumas	16 310	0,6 perinatalinis mirtingumas 0,9 naujagimių mirtingumas
11.	Davis [2011]	1 826	1,1 naujagimių mirtingumas	16 147 4 095#	ND 1,5 naujagimių mirtingumas#

* Neįtraukiant letalinių įgimtų anomalijų. ** Neįtrauktos vėlyvos naujagimių mirtys. *** Tikslių duomenų nepateikta. # III lygio stacionare.

NITS dažnis – nuo 0,2 iki 2,4 proc. [2, 4, 7, 8]. Planuojančiųjų gimdyti namuose grupėje naujagimių, patekusių į NITS, buvo ne daugiau nei planuojančiųjų gimdyti ligoninėje [2, 7, 11]. Pirmą kartą gimdančių ir vyresnių nei 35 metų moterų naujagimiai dažniau patekdavo į NITS, bet tai nepriklausė nuo gimdymo vietos [2].

Vienoje studijoje naujagimių pirminės nepalankios baigtys (įtraukiant ir daugiau nepalankių baigčių: naujagimių encefalopatiją, mekonijaus aspiracijos sindromą, peties rezginio pažeidimą, žastikaulio arba raktikaulio lūžį) vertintos apibendrintai dėl nedidelio jų dažnio tarp mažos rizikos gimdyvių [3]. Šiame tyrime nepalankių naujagimių baigčių dažnis statistiškai reikšmingai nesiskyrė nuo šio rodiklio bendrojoje populiacijoje. Tik, atskyrus pirmą kartą gimdančiąsias nuo ne pirmą kartą gimdančių, pastebėta, kad blogų pirminių naujagimių baigčių daugiau tarp pirmą kartą gimdančiųjų.

Gimdyvių baigtys

Gimdyvių baigtys visose studijose yra palankesnės planuotai gimdančių namuose [1, 3–7, 10, 11]. Planuotai gimdančiųjų

namuose grupėje statistiškai reikšmingai rečiau pasitaikė 3–4 laipsnio tarpvietės, makšties plyšimų [1, 4–6, 10, 11], pogimdyminio kraujavimo atvejų [1, 4, 5, 10]. Tik vienoje studijoje šie skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi, nors geresni rezultatai taip pat buvo stebimi planuotai gimdančiųjų namuose grupėje [3]. Karščiavimo rizika po gimdymo (kai temperatūra >38 °C) gimdančiųjų namuose net keturis kartus mažesnė [5]. Infekcijų skaičius buvo statistiškai reikšmingai mažesnis tarp gimdančiųjų namuose [1, 7]. Vienoje kanadiečių studijoje pastebėta panaši tendencija, bet nebuvo statistinio patikimumo [5]. Norvegų studijoje, vertinusoje ir distocijų dažnį, jų pasitaikė rečiau tiek tarp gimdančiųjų pirmą kartą, tiek tarp gimdančių ne pirmą kartą, būtent planuotai gimdančiųjų namuose grupėje [10]. Neužregistruota nė vieno gimdyvės mirties atvejo studijose, nagrinėjusiose gimdyvių baigtis [1, 3–6, 8–11].

Medicininės intervencijos

Planuoti gimdymai namuose susiję su žymiai mažesniu intervencijų gimdyvėms rodikliu lyginant jas su moterimis, planavu-

Profesinis tobulėjimas

3 lentelė. Medicininės intervencijos				
Intervencijos: studijos	PGN, n/N (proc.)	PGL, n/N (proc.)	RR	95 proc. PI
Epidurinis skausmo malšinimas:				
1. Wax [2010]	945/10,453 (9,0)	4148/18,089 (22,9)	0,24	0,22–0,25
3. Gimimo vietos Anglijoje bendra grupė [2011]	1418/16,799 (8,4)	5817/19,576 (29,7)	0,25	0,20–0,31
4. Hutton [2009]*	1122/6692 (16,8)	3025/6692 (45,2)	0,37	0,35–0,39
5. Janssen [2009]	224/2899 (7,7)	1487/5331 (27,9)	0,28	0,24–0,32
8. Johnson [2005]	254/5418 (4,7)	ND	–	–
10. Blix [2012]: tarp pirmą kartą gimdančių moterų	22/369 (6,0)	1755/6913 (25,4)	0,21	0,14–0,33
tarp gimdančių ne pirmą kartą	10/1262 (0,8)	762/9397 (8,1)	0,08	0,04–0,16
Epiziotomija:				
1. Wax [2010]	939/13,427 (7,0)	3075/29,677 (10,4)	0,26	0,24–0,28
3. Gimimo vietos Anglijoje bendra grupė [2011]	933/16670 (5,6)	3780/19,678 (19,2)	0,33	0,28–0,39
4. Hutton [2009]	286/6692 (4,3)	393/6692 (5,9)	0,73	0,63–0,84
5. Janssen [2009]	84/2899 (3,1)	800/5331 (16,9)	0,19	0,15–0,23
8. Johnson [2005]	116/5418 (2,1)	(33)	–	–
10. Blix [2012]: tarp pirmą kartą gimdančių moterų	49/369 (13,3)	1153/6913 (16,7)	1,17	0,84–1,63
tarp gimdančiųjų ne pirmą kartą	21/1262 (1,7)	343/9397 (3,7)	0,48	0,31–0,75
Instrumentinis gimdymas per makštį:				
1. Wax [2010]	497/14,157 (3,5)	3433/33,624 (10,2)	0,26	0,24–0,28
3. Gimimo vietos Anglijoje bendra grupė [2011]	714/16,825 (4,2)	2842/19,688 (14,4)	0,72	0,53–0,97
4. Hutton [2009]	195/6692 (2,9)	293/6692 (4,4)	0,67	0,56–0,80
5. Janssen [2009]	86/2899 (3,0)	736/5331 (13,8)	0,22	0,18–0,27
8. Johnson [2005]	89/5418 (1,6)	(7,4)	–	–
10. Blix [2012]: tarp pirmą kartą gimdančių moterų	21/369 (5,7)	1024/6913 (14,8)	0,32	0,20–0,48
tarp gimdančiųjų ne pirmą kartą	7/1262 (0,6)	194/9397 (2,0)	0,26	0,12–0,56
Cezario pjūvio operacija:				
1. Wax [2010]	731/14,616 (5,0)	3140/33,697 (9,3)	0,42	0,39–0,45
3. Gimimo vietos Anglijoje bendra grupė [2011]	458/16,825 (2,7)	2158/19,688 (10,9)	0,31	0,23–0,41
4. Hutton [2009]	348/6692 (5,2)	544/6692 (8,1)	0,64	0,56–0,73
5. Janssen [2009]	208/2899 (7,2)	588/5331 (11,0)	0,65	0,56–0,76
8. Johnson [2005]	200/5418 (3,7)	(19,0)	–	–
10. Blix [2012]: tarp pirmą kartą gimdančių moterų	19/369 (5,1)	446/6913 (6,5)	0,85	0,52–1,39
tarp gimdančiųjų ne pirmą kartą	12/1262 (1,0)	169/9397 (1,8)	0,55	0,30–1,01
Stimuliacija oksitocinu:				
3. Gimimo vietos Anglijoje bendra grupė [2011]	943/16,794 (5,6)	4549/19,483 (23,3)	0,25	0,21–0,31
4. Hutton [2009]**	1852/6692 (27,7)	2426/6692 (36,3)	0,76	0,72–0,80
5. Janssen [2009]	172/2899 (5,9)	981/5331 (18,4)	0,47	0,44–0,51
8. Johnson [2005]	498/5418 (9,2)	(18,9)	–	–

* bet koks medikamentinis skausmo malšinimas, ** bet koks gimdymo stimuliavimas, ND – nėra duomenų.

siomis gimdyti ligoninėje: retesni gimdymo skausmo malšinimo atvejai, epiziotomijos, instrumentiniai gimdymai per makštį, cezario pjūvio operacijos bei gimdymo stimuliavimas oksitocinu. Tai laikoma gera praktika dėl to, kad didesnis intervencijų dažnis siejamas su didesniu komplikacijų dažniu [2, 7, 11, 13]. Lyginamieji duomenys pateikiami 3 lentelėje.

Pervežimas į stacionarą

Pervežimo iš namų į stacionarą dažnis įvairiuose tyrimuose varijavo nuo 25 iki 49 proc. tarp gimdžiusių pirmą kartą ir nuo 4,4 iki 17 proc. tarp gimdžiusių ne pirmą

kartą [1, 3, 4, 8–10]. Išsamiau transportavimo dažnis bei jo priežastys apžvelgtos tik keliose studijose [8–10]. Skubiai pervežta 1–3,6 proc. gimdyvių. Dažniausios skubių pervežimų priežastys: nestabili vaisiaus būklė gimdymo metu, naujagimio kvėpavimo sutrikimai bei gimdyvių kraujavimas po gimdymo (>1000 ml). Ne skubos tvarka pervežta 12,1–28,3 proc. gimdyvių ir naujagimių gimdymo metu arba po jo. Dažniausios neskubių pervežimų priežastys (51,2 proc.) gimdymo metu: gimdymo neprogresavimas, skausmo malšinamųjų poreikis, distocija dėl vaisiaus padėties, įtariama naujagimio infekcija arba gimdyvės išsekimas.

Profesinis tobulėjimas

Žindymas

Tik keliose studijose atkreiptas dėmesys į žindymą ir bandyta patikrinti, ar gimdymo vieta turi įtakos žindymui. Anglų tyrėjų studijoje pastebėta, kad gimdžiusiųjį namuose naujagimiai žymiai dažniau buvo pamaitinti iš krūties bent kartą lyginant su planuotai gimdžiusiųjį ligoninėse [3]. Kitoje studijoje, kur naujagimiai buvo stebimi ilgiau, nustatyta, kad naujagimiai gimę moterims planavusioms gimdyti namuose, buvo papildomai maitinami mišiniaus arba maitinami vien mišiniaus dukart rečiau tiek pirmą, tiek šeštąją savaitę po gimdymo [4]. Šioje studijoje taip pat pastebėta, kad šeštąją savaitę po gimdymo planuotai gimdžiusiųjį namuose grupėje ir gimdžiusių ne pirmą kartą žindė dažniau nei gimdžiusios pirmą kartą. Rečiausiai naujagimius žindė pirmą kartą gimdžiusios moterys ir gimdžiusios ligoninėse. Tuo tarpu amerikiečių tyrėjų studijoje 95,8 proc. moterų, gimdžiusių namuose šeštąją savaitę po gimdymo žindė savo naujagimius, 89,7 proc. moterų papildomai mišiniaus naujagimių nemaitino [8].

STUDIJŲ TRŪKUMAI

Visos studijos specialistų ir giriamos, ir kritikuojamos – tik vienos mažiau, kitos daugiau. Todėl buvo įdomu apžvelgti ir kritinius straipsnius, komentarus, kuriais remiantis galima objektyviai vertinti studiją.

Ypač daug nepalankių atsiliepimų sulaukė metaanalizė [21]. Publikuota metaanalizė daugeliui atrodo pakankamas įrodymas, kad jos duomenys yra patikimi. Tačiau kritiški atsiliepimai apie šią publikaciją yra stipriai argumentuoti. Joje analizuojami duomenys surinkti iš studijų, atliktų įvairiais metais (tiriamasis laikotarpis – nuo 1950 iki 2009 m.). Beje, per 60 metų neonatologinė bei akušerinė priežiūra ir pagalba labai pasikeitė. Jos duomenys surinkti ir lyginti tarpusavyje iš studijų, kuriose taikytos skirtingos metodologijos, skirtingi kriterijai (pvz., turėtų būti vienodai apibrėžta maža rizika, gimdymą turėtų prižiūrėti panašiai parengtas kvalifikuotas specialistas, turintis panašias reanimacines priemones bei transportavimo galimybes). Ypač daug kritikos sulaukė dalis, analizuojanti naujagimių mirtingumą, kurios rezultatai nepalankūs planuotai gimdžiusioms namuose. Šie rezultatai pateikti analizuojant tik vieną dešimtadalį studijos imties. Be to, nėra įrodymų, kad gimdymai

namuose buvo planuoti, nes duomenys surinkti pagal gimimo pažymėjimo atžymą, kad gimdymas tiesiog vyko ne ligoninėje, o kiek iš jų buvo planuoti gimdymai namuose nežinoma [22]. Be to, net vienas iš bendraautorijų po metaanalizės publikacijos parašė straipsnį apie tai, kad duomenys buvo neteisingai interpretuojami ir kad tai labai panašu į politiškai motyvuotą studiją.

Mažesnėse studijose sunku tiksliai įvertinti ir palyginti retesnių komplikacijų arba blogų baigčių dažnį abiejose grupėse, todėl kartais duomenys vertinami grupuojant ir neišskiriant konkrečių baigčių. Be to, Kanadoje ir Amerikoje skiriasi rizikos vertinimas – moterys namuose gimdo ir po vienos cezario pjūvio operacijos.

Didžioji dalis apžvelgtų tyrimų yra retrospektyvieji, todėl juose dažnai trūksta įvairios informacijos, nes naudojami duomenys gauti iš duomenų bazių. Dėl to dažniausiai neįmanoma išsiaiškinti mirčių priežasčių ir to, ar buvo įmanoma jų išvengti.

REZULTATŲ APTARIMAS

Gimdymo namuose tema labai aktuali ne tik Lietuvoje, bet ir visame pasaulyje. Tik paviršutiniškai žvelgiant, galima manyti, kad įmanoma rasti civilizuotą būdą priversti visas moteris gimdyti ligoninėje. Gimdymo medikalizavimas, bereikalingų cezario pjūvio operacijų ir kitų medicininių intervencijų skaičiaus augimas, netgi sukuriant stacionaruose namų aplinką, skatina moteris rinktis gimdymą namuose [13]. Stiprios profesinės akušerių organizacijos visame pasaulyje ne tik užtikrina kvalifikuotą pagalbą, bet yra pajėgios kritiškai vertinti pateikiamas publikacijas, diskutuoti su autoriais pasitelkiant mokslo įrodymais pagrįstus argumentus. Bandytas manipuliuoti gąsdinančiais skaičiais sukelia karštas diskusijas, bet moterys vis tiek renkasi gimdymą namuose, neatsižvelgdamos į aiškiai nepalankią gydytojų nuomonę [23]. Atlikta nemažai tyrimų, tačiau abejonės dėl gimdymo namuose saugumo išlieka. Patikimi mokslo įrodymai pasiekiami tik gerai organizuotų, prospektyvių ir didelės imties tyrimų, bet tokio tyrimo galimybė yra maža dėl nedidelio skaičiaus planuotai gimdančių namuose moterų. Atsitiktinių imčių tyrimai išvis neįmanomi, nes šeimos nesutinka dalyvauti tokiuose tyrimuose, nes sprendimą dėl gimdymo vietos stengiasi atsakingai priimti

pačios, o ne atsitiktinai patekti į vieną ar kitą tiriamųjų grupę.

Akivaizdu, kad visų tyrimų rezultatų ir išvadų laikyti apibendrinančiais negalima. Jie gali netikti šalims, kuriose yra kitokia sveikatos sistema, kur teikiama gimdyvių priežiūra ir pagalba ne stacionare skiriasi (skirtingas akušerių parengimas, transportavimo į ligoninę galimybės ir kt.) [2, 3]. Medikų, ypač gydytojų, požiūris į planuotą gimdymą namuose daugelyje šalių yra negatyvus. Net tais atvejais, kai yra tvarką reglamentuojantieji įstatymai, moteris turi pati susirasti akušerę, kuri prižiūrės jos gimdymą [23]. Amerikoje šias paslaugas dažnai teikia sertifikato neturinčios specialistės. Joms daug sunkiau apsispręsti dėl gimdyvės pervežimo į stacionarą, nes sertifikatą turinčios akušerės tam yra geriau pasirengusios.

Gimdyvės pervežimas iš namų į ligoninę turi esminį trūkumą – laiko praradimą. Nors dauguma pervežimų įvyksta ne dėl skubių priežasčių, visgi tikėtina, kad gali būti situacijų, kai ir nedidelis laikotarpis turės didelės reikšmės gimdymo baigtims. Kita vertus, mažesnėse ligoninėse taip pat užtrunka, kol suburiama reikiama komanda nenumatyta iš anksto situacijai [9]. Nėra šalių, kur planuotai gimdančioms namuose būtų reikalavimas, kad gimdymo metu prie namų budėtų greitosios medicinos pagalbos brigada. Tačiau daugelio šalių teisiniai aktai numato, kokiu didžiausiu atstumu nuo artimiausios ligoninės gali būti namai, kuriuose planuojama gimdyti arba per kiek laiko gimdyvė turi būti pervežta į stacionarą.

Remiantis pateiktų studijų apžvalga, vienareikšmiai negalima teigti, jog planuotas pasirinkimas gimdyti ne stacionare yra visiškai saugus arba nesaugus. Įvertinus turimus mokslo įrodymus, galima daryti išvadą, kad komplikacijų tarp planuotai gimdančiųjų namuose dažnis yra netgi mažesnis [1, 3–7, 10, 11, 24], nes jis susijęs su mažesniu bereikalingų medicininių intervencijų skaičiumi. Tokias išvadas galime rasti ir naujausioje 2013 m. didelės imties olandų studijoje, kurioje buvo analizuotos ūminės ir sunkios gimdymo komplikacijos [25]. Ar saugu naujagimiui gimti namuose, įrodyti žymiai sudėtingiau. Perinatalinio mirtingumo rodikliai yra maži ir, vertinant analizavusių publikacijų imtis bei planuotų gimdymų namuose skaičių, duomenis galima laikyti patikimais. Tačiau naujagimių

mirtingumo tyrimų rezultatai prieštaringi. Ypač daug sumaišties atsirado paskelbus metaanalizės duomenis. Nors įtrauktų tyrimų metodologija sulaukia daug kritikos, jų rezultatų negalima ignoruoti. Metaanalizės duomenys yra vienas iš stipriausių argumentų pabrėžiant planuoto gimdymo namuose riziką naujagimiui, neatsižvelgiant į faktą, kad jos išvada pagrįsta gimdymų namuose baigtimis, kurių dalis buvo neplanuoti, didelės rizikos ir be specialisto, turinčio sertifikatą, pagalbos. Švedų tyrėjai nustatė planuoto gimdymo namuose grupėje didesnę naujagimių mirtingumą nei planuoto gimdymo ligoninėje grupėje, tačiau skirtumas statistiškai nereikšmingas [6]. Naujosios Zelandijos tyrėjai tvirtina, kad dėl mažos studijų jėgos daugelyje didelės imties tyrimų patikimi skirtumai yra tik atsitiktiniai [11]. Prastesnės gimusiųjų namuose baigtys nustatytos ir naujoje 2013 m. publikuotoje amerikiečių studijoje [26]. Šios studijos išvadose dar kartą pastebima, kad pagrindinė Šiaurės Amerikos planuoto gimdymo namuose problema yra ta, kad tik vieną ketvirtadalį šių gimdymų prižiūri sertifikatą turinčios akušerės, o tai siejama su prastesnėmis naujagimių baigtimis daugelyje amerikiečių studijų. Lyginant sertifikatą turinčių akušerių prižiūrimų planuoto gimdymo namuose rodiklius su mažos rizikos gimdymais ligoninėje rezultatai nesiskiria [26].

Apibendrinus galima teigti, kad įvertinti riziką vaisiui ir laiku priimti sprendimus žymiai sunkiau, o tai akivaizdžiai patvirtina pasitaikančios blogos perinatalinės bei neonatalinės baigtys gimdant ligoninėje, kur yra visos galimybės tiek vaisiaus būklei vertinti, tiek neatidėliotinai pagalbai suteikti. Beveik visose publikacijose trūksta išsamesnės nepalankių baigčių analizės, kuria remiantis būtų galima atmesti neišvengiamus atvejus. Be to, ir tarp mažos rizikos nėštumų pasitaiko naujagimių mirčių atvejų, kurių išvengti, netgi paaiškinti ne visada įmanoma, pavyzdžiui, staigios kūdikių mirties sindromo, ir gimdymo vieta neturi nieko bendra su bloga baigtimi.

Gimdymo namuose klausimas išlieka aktualus ir kontraversiškas, nes motinystės priežiūroje svarbiausiu pripažįstamas moters pasirinkimo laisvės principas. Išsivysčiusiose šalyse netgi nesvarstoma tokį pasirinkimą uždrausti, bet sprendžiama, kaip

Profesinis tobulėjimas

užtikrinti maksimalų saugumą. Atliekamų mokslinių tyrimų išvados padeda supažindinti moterį su galima gimdymo rizika, bet ne priversti ją pakeisti savo sprendimą. Jei motinos ir naujagimio sveikata yra visuomenės prioritetas, gimdymas namuose gali būti saugus, ir šiuolaikiniai mokslo įrodymai tam neprieštarauja.

IŠVADA

Literatūros duomenimis, planuoto mažos rizikos gimdymo, prižiūrimo kvalifikuoto specialisto namuose, baigtys nesiskiria nuo mažos rizikos gimdymo ligoninėje. Gimdydama namuose, gimdyvė gali tikėtis geresnių baigčių ir mažiau intervencijų. Naujagimių mirtingumo duomenys dėl tyrimų metodologinių trūkumų yra prieštaringi, tačiau perinatalinio mirtingumo rodiklis visuose tyrimuose yra mažas ir tarp grupių nesiskiria.

LITERATŪRA

1. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(3):243.e1-8.
2. De Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG.* 2009;116(9):1177-84.
3. Birthplace in England Collaborative Group; Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ.* 2011;343:d7400.
4. Hutton EK, Reitsma AH, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study. *Birth.* 2009;36(3):180-9.
5. Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ.* 2009;181(6-7):377-83.
6. Lindgren HE, Radestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(7):751-9.
7. Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(2):152.e1-5.
8. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ.* 2005;330(7505):1416.
9. Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP, Hakkenberg RM, Veldhuijzen IM, Bennebroek Gravenhorst J, Buitendijk SE. Evaluation of 280,000 cases in Dutch midwifery practices: a descriptive study. *BJOG.* 2008;115(5):570-8.

10. Blix E, Schaumburg Huitfeldt A, Ujan P, Straume B, Kumle M. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: A retrospective cohort study. *Sex Reprod Healthc.* 2012;3(4):147-53.
11. Davis D, Baddock S, Pairman S, Hunter M, Benn C, Wilson D, et al. Planned place of birth in New Zealand: does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth.* 2011;38(2):111-9.
12. Home birth—proceed with caution. *Lancet.* 2010;376(9738):303.
13. Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(9):CD000352.
14. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 476. Planned home birth. *Obstet Gynecol.* 2011;117(2 Pt 1):425-8.
15. Kleinert S. Singapore statement: a global agreement on responsible research conduct. *Lancet.* 2010;376(9747):1125-7.
16. Cresswell JL, Stephens E. Home births. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists and Royal College of Midwives; 2007. Available at: www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/home-births (Accessed 2009 July 31).
17. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Midwifery. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003; 25(3):239.
18. Mori R, Dougherty M, Whittle M. An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003. *BJOG.* 2008;115:554-9.
19. Gyte G, Dodwell M, Newburn M, Sandall J, Macfarlane A, Bewley S. Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the 'best' available data are not good enough. *BJOG.* 2009;116(7):933-42.
20. Kennare RM, Keirse MJ, Tucker GR, Chan AC. Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes. *Med J Aust.* 2010;192(2):76-80.
21. Sandall J, Bewley S, Newburn M. "Home birth triples the neonatal death rate": public communication of bad science? *Am J Obstet Gynecol.* 2010;204(4):e17-8.
22. Pang JWY, Heffelfinger JD, Huang GJ, Benedetti TJ, Weiss NJ. Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996. *Obstet Gynecol.* 2002;100(2):253-9.
23. Sjoblom I, Idvall E, Lindgren H. Changing attitudes - women's experiences of negative reactions to their decision for home birth: a population-based study. *Sex Reprod Healthc.* 2012;3(1):55-6.
24. Nove A, Berrington A, Matthews Z. Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:130.
25. De Jonge A, Mesman J, Manniën J, Zwart J, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ.* 2013;346:f3263.
26. Cheng YW, Snowden JM, King TL, Caughey AB. Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; Jun 18. Available from: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0002-9378/PIIS0002937813006303.pdf>

Gauta: 2013 m. rugpjūčio mėn.

Priimta spausdinti 2013 m. rugpjūčio mėn.