

О. Г. ФРОЛОВА
Е. И. НИКОЛАЕВА

**ГИГИЕНА
БЕРЕМЕННОЙ**

Научно-популярная медицинская литература

О. Г. ФРОЛОВА,
Е. И. НИКОЛАЕВА

ГИГИЕНА БЕРЕМЕННОЙ



МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1987

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемая вниманию читателей книга посвящена особому периоду в жизни женщины — беременности.

В книге освещены вопросы физиологии беременности. В доступной форме излагаются происходящие в организме женщины изменения, связанные с удовлетворением потребностей растущего организма плода. С учетом этих изменений в настоящей книге даны рекомендации по гигиене беременной: режиму труда и отдыха, личной гигиене, гигиене питания и др.

Особое внимание уделено занятиям физической культурой и спортом, а также искоренению вредных привычек.

Специальная глава посвящена медицинскому наблюдению женщин во время беременности. Своевременное обращение к врачу при наступлении беременности, регулярное наблюдение и выполнение назначенных им рекомендаций позволяют правильно подготовиться к предстоящим родам.

Авторы надеются, что книга поможет женщинам более ответственно и грамотно, под контролем врача акушера-гинеколога провести период беременности и закончить его рождением здоровых детей.

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья женщины во время беременности и ее будущего ребенка обеспечивается широкой программой социально-экономических и медицинских мероприятий. Вместе с тем здоровье будущего ребенка и матери во многом определяется санитарной культурой самой женщины во время беременности.

Несмотря на то что беременность является нормальным физиологическим процессом, в организме женщины происходят существенные изменения, которые обязывают будущую мать под контролем врача соблюдать ряд гигиенических правил, способствующих сохранению ее собственного здоровья и нормальному развитию плода.

Широко развитая в нашей стране сеть женских консультаций позволяет всем беременным находиться под наблюдением медицинского персонала. Эффективность активно проводимых в консультации мер по охране здоровья беременной и антенатальной охране плода наиболее высока, когда эти меры начинаются с ранних сроков беременности. Поэтому при появлении признаков беременности женщине следует обратиться к врачу акушеру-гинекологу, что позволит ему более точно определить срок беременности, а самой женщине пройти всестороннее медицинское обследование. Раннее обращение к акушеру-гинекологу, систематическое наблюдение у него в течение всей беременности позволяют врачу на основании динамики физиологических параметров, выработанных медицинской наукой и практикой, своевременно определить отклонения в функционировании органов и систем матери, оценить возможное их влияние на ребенка.

Для будущего ребенка организм матери является внешней средой. В связи с этим ее питание, режим труда и отдыха, соблюдение правил личной гигиены создают необходимый комфорт для развития плода или вызывают его «беспокойство», а иногда и нарушают развитие отдельных органов и систем.

На основании научных исследований по указанным вопросам разработаны рекомендации, учитывающие интересы материнского организма и растущего плода. Естественно, в связи с этим оздоровительные мероприятия по отдельным периодам беременности меняются. Будущим мамам необходимо научиться оценивать «самочувствие» плода, психологически подготовиться к родам.

СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В СССР

Коммунистическая партия и Советское правительство всегда проявляли и проявляют неустанную заботу об охране здоровья матери и ребенка.

Основы будущей системы охраны материнства и детства были заложены еще в Программе Российской социал-демократической рабочей партии, разработанной В. И. Лениным и принятой на II съезде РСДРП в 1903 г. Программа предусматривала воспрещение предпринимателям пользоваться трудом детей в школьном возрасте (до 16 лет) и ограничение рабочего времени подростков (16—18 лет) 6 часами; воспрещение женского труда в тех отраслях, где он вреден для женского организма; освобождение женщин от работы в течение 4 нед до родов и 6 нед после родов с сохранением заработной платы в обычном размере за все это время; устройство при всех заводах, фабриках и других предприятиях, где работают женщины, яслей для грудных и малолетних детей; освобождение кормящих матерей от работы не реже чем через 3 часа продолжительностью не менее получаса.

В процессе становления советского здравоохранения была создана и получила дальнейшее творческое развитие принципиально новая государственная система охраны материнства и младенчества.

31 января (13 февраля) 1918 г. Народным комиссариатом Государственного призрения было принято постановление, призывающее трудящихся женщин, врачей «слить ум и чувства в строительстве великого здания социальной охраны грядущих поколений».

В настоящее время охрана материнства и детства в СССР — это целая система государственных и общественных мероприятий, направленных на поощрение материнства, укрепление семьи, обеспечение здоровья матери и ребенка и создание наиболее благоприятных условий для воспитания детей — физического, интеллектуального и нравственного их развития.

Эта система предусматривает обеспечение советским женщинам возможности сочетать активное участие в трудовой, общественно-политической и культурной жизни с выполнением важнейшей их функции — функции материнства.

Права советской женщины, женщины-матери закреплены Конституцией (Основным Законом) СССР. В ст. 35 Конституции записано: «Женщина и мужчина имеют в СССР равные права.

Осуществление этих прав обеспечивается предоставлением женщинам равных с мужчинами возможностей в получении образования и профессиональной подготовки, в труде, вознаграждении за него и продвижении по работе, в общественно-политической и культурной деятельности, а также специальными мерами по

охране труда и здоровья женщин; созданием условий, позволяющих женщинам сочетать труд с материнством; правовой защитой, материальной и моральной поддержкой материнства и детства, включая предоставление оплачиваемых отпусков и других льгот беременным женщинам и матерям...»¹

Большой круг мер по оздоровлению и облегчению женского труда, особенно труда беременных, кормящих матерей и женщин, имеющих детей до 1 года, определен в «Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о труде» (1970).

В Совете Союза и Совете Национальностей Верховного Совета СССР образованы постоянные комиссии по вопросам труда, быта и отдыха женщин, охраны материнства и детства, которые призваны содействовать усилению контроля за соблюдением законодательства, определяющего правовое положение женщин в СССР.

Здоровье матери и ребенка охраняется широкой сетью различных медицинских учреждений, к числу которых относятся женские консультации, родильные дома, детские поликлиники, детские больницы и др.

Существенную помощь семьям в воспитании детей оказывают повсеместно организованные детские ясли, детские сады, пионерские лагеря и другие дошкольные и школьные учреждения.

На каждом этапе социально-экономического развития нашего общества меры по охране материнства и детства расширяются и совершенствуются. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 г. отпуск по беременности и родам был увеличен до 112 календарных дней. В случае ненормальных родов или рождения двух и более детей отпуск после родов предоставлялся продолжительностью 70 календарных дней.

«Основные направления экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и на период до 1990 года» предусматривают дальнейшее увеличение государственной помощи семьям, имеющим детей, а также улучшение условий труда и быта работающих женщин.

В числе первых документов, направленных на осуществление мер по дальнейшему социальному развитию и повышению народного благосостояния в одиннадцатой пятилетке, явилось Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» (1981).

Для работающих матерей, имеющих трудовой стаж не менее одного года, а также для женщин, обучающихся с отрывом от производства, введен частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста одного года с оплатой отпуска в 35 или 50 рублей в месяц (в зависимости от определенного региона страны); был установлен дополнительный отпуск без сохранения содержания заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет. Были введены также

¹ Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик. — М.: Политиздат, 1977. — С.16—17.

выплата государственного единовременного пособия работающим или обучающимся с отрывом от производства матерям в размере 50 рублей при рождении первого ребенка и 100 рублей при рождении второго и третьего ребенка и ряд других льгот.

В Программе Коммунистической партии Советского Союза в новой редакции, принятой XXVII съездом КПСС, указывается, что «Предмет постоянной заботы партии — дальнейшее улучшение положения женщин-матерей. С этой целью будут создаваться благоприятные условия для сочетания материнства с активным участием женщины в трудовой и общественной деятельности».

В «Основных направлениях экономического и социального развития СССР на 1986—1990 годы и на период до 2000 года», утвержденных XXVII съездом КПСС, предусматривается ряд широких мероприятий, направленных на дальнейшее развитие и совершенствование охраны материнства и детства. Так, указывается на необходимость «расширять помощь семьям, имеющим детей, улучшать условия труда и быта женщин. Осуществить поэтапно, по районам страны, увеличение продолжительности частично оплачиваемого отпуска женщинам-матерям по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, с одновременным предоставлением права на дополнительный неоплачиваемый отпуск сроком до 6 мес. Развивать сеть специализированных профилакториев для беременных женщин, увеличить продолжительность дородового отпуска, а также оплачиваемого отпуска по уходу за больным ребенком» и ряд других льгот.

Говоря о государственных мерах поощрения материнства, вместе с тем нельзя не указать на то, что советским женщинам предоставляется возможность самим решать вопрос о материнстве, а при желании прибегать к искусственному прерыванию беременности в условиях лечебного учреждения. Таким образом осуществляется политика сознательного материнства.

В выполнении важной государственной задачи — охраны здоровья будущего поколения — большая роль принадлежит не только медико-социальным мерам, медицинским работникам, но и семье, самой женщине. Она должна воспитывать в себе ответственность в отношении собственного здоровья и здоровья своего ребенка.

ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Природа наделила женщину великой миссией — вынашиванием и рождением детей. Чаще всего женщина мало задумывается о той ответственной роли, которую она берет на себя, собираясь стать матерью, а ведь рождение будущего ребенка — это не только достояние семьи, это рождение нового гражданина, здоровье которого совсем не безразлично для нашего социалистического общества.

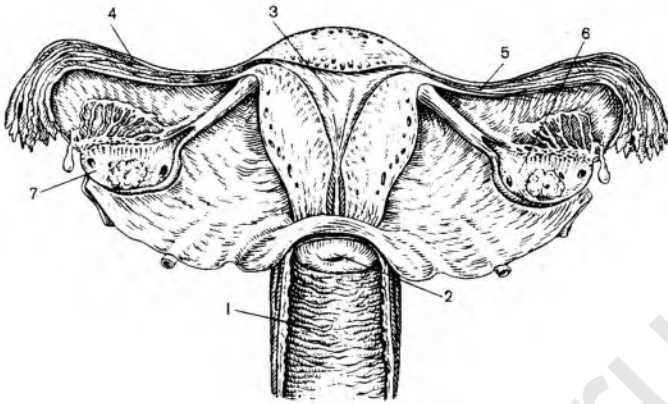


Рис. 1. Внутренние половые органы женщины:

1 — влагалище; 2 — шейка матки; 3 — матка; 4, 5 — маточные трубы; 6, 7 — яичники.

Рождение здорового ребенка зависит от условий его внутриутробного развития. Мать в широком смысле слова является окружающей средой для будущего ребенка, и благоприятные условия организма матери, естественно, способствуют его нормальному росту и развитию. Недаром еще в древности говорили: «В здоровом теле женщины — будущее народа».

В женском организме все предназначено для воспроизводства потомства. Половые органы выполняют функцию деторождения, молочные железы — функцию питания родившегося малыша.

Для того чтобы правильно ориентироваться в вопросах физиологии беременности, женщина должна иметь общие сведения о строении половых органов. Половые органы женщины делятся на наружные и внутренние. Наружные половые органы — половые губы и клитор — прикрывают вход во влагалище, представляющее собой мышечный канал длиной 10—12 см. Влагалище относится к внутренним половым органам, оно соединяется с маткой с помощью шейки, через которую проходит узкий канал длиной 1—2 см. Влагалище является вместилищем для мужского полового члена и каналом, через который рождается ребенок. Шейка представляет собой «запор» для матки, она открывается только во время родов.

Матка — это мышечный орган, имеющий форму груши, длиной 7—8 см, шириной 4—5 см, предназначен для вынашивания и рождения ребенка. Матка как бы «подвешена» на связках к стенкам таза, что обеспечивает ей большую подвижность, которая необходима во время беременности, когда ее размеры значительно увеличиваются и она выходит за пределы таза. От верхней части матки (ее дна) вправо и влево отходят трубы (яйцеводы) длиной 10—12 см. Один конец трубы открывается в матку, другой расширен в виде воронки и окружен бахромками (фимбриями),

которые свисают над яичниками. Труба предназначена для слияния яйцеклетки со сперматозоидом и продвижения оплодотворенной яйцеклетки в матку.

Рядом с концами труб у боковых стенок таза с обеих сторон расположены половые железы женщины — яичники; их длина 4 см, толщина 1—1,5 см, масса — 6—8 г. В яичниках вырабатываются женские половые гормоны, под влиянием которых формируются половые признаки, отличающие женщину от мужчины. Яичники можно назвать «хранилищем» яйцеклеток. К моменту рождения в яичниках девочки насчитывается 400 000—500 000 пузырьков (фолликулов), в которых находятся незрелые яйцеклетки. К периоду полового созревания девочки число фолликулов уменьшается до 35 000—40 000, остальные не развиваются. Полностью созревают во время всего детородного периода женщины только 400—500 яйцеклеток, способных к оплодотворению. Наступление половой зрелости у девочки выражается появлением менструации. В настоящее время менструации у девочек устанавливаются в 12—13-летнем возрасте, иногда в 9—11 лет. Средняя продолжительность менструации равняется 3—5 дням; повторяются они регулярно через 21—28—34 дня. Период между первым днем последней менструации и первым днем следующей называется менструальным циклом. Чем же обусловлены появление и ритмичность менструаций? В мозге у человека, в подкорковых структурах, расположены главные «биологические часы» организма, регулирующие ритм работы всех ее органов и систем. Здесь же рядом находится самая главная гормональная железа — гипофиз, ведающая ростом и функциями всех гормональных желез организма: яичников, надпочечников, щитовидной железы. В период полового созревания девочки «биологические часы» включают механизм его репродуктивной (детородной) функции. Здесь же в подкорковой области нервными клетками начинает вырабатываться специальный нейросекрет (рилизинг-гормон), который заставляет гипофиз выделять гормоны. При подготовке к менструации в гипофизе синтезируются и выделяются в кровь гонадотропные гормоны, т. е. гормоны, стимулирующие функцию яичников (гонад). Одновременно выделяется 2 гонадотропных гормона — фолликулостимулирующий (ФСГ) и лютеинизирующий (ЛГ), но в разных соотношениях. Сначала повышается выработка фолликулостимулирующего гормона, который вызывает созревание одного или группы фолликулов в яичниках. По мере созревания фолликулы начинают выделять фолликулярный половой гормон — эстрогены. Один из фолликулов быстро увеличивается в размерах, и к концу 2-й недели после первого дня менструального цикла в нем созревает одна яйцеклетка. Фаза созревания фолликула в яичнике называется фолликулярной фазой. Когда уровень эстрогенов достигает максимальной величины, включается механизм обратной связи, заключающийся в том, что эстрогены начинают подавлять дальнейшую выработку фолликулостимулирующего гормона. На фоне снижения его в течение 3 дней возрастает секре-

ция гипофизом лютеинизирующего гормона. На пике этих двух гонадотропных гормонов созревший фолликул диаметром почти 2 см начинает выпячиваться над поверхностью яичника и затем разрывает его поверхность, разрываясь сам. Момент разрыва фолликула, из которого выходит созревшая яйцеклетка, готовая к оплодотворению, называется овуляцией (лат. ovo — яйцо). Яйцеклетка подхватывается бахромками маточной трубы и переносится в нее. Овуляция при 28-дневном цикле происходит обычно на 14-й день (между 13-м и 15-м), считая от первого дня последней менструации. В яичнике на месте разорвавшегося фолликула образуется скопление крови, затем клетки вокруг начинают приобретать желтый цвет, формируется так называемое желтое тело, которое выделяет другой половой гормон — прогестерон. В менструальном цикле наступает его вторая фаза — прогестероновая, которая длится остальные 12—14 дней при 28-дневном цикле. Выделение прогестерона стимулируется лютеинизирующим гормоном гипофиза. Когда секреция прогестерона достигает критического уровня, вновь возникает механизм обратной связи: подавляется лютеинизирующий гормон гипофиза и начинается повышение уровня фолликулостимулирующего гормона, вызывающего рост нового фолликула с яйцеклеткой в следующем менструальном цикле. Под влиянием гормонов яичника — эстрогенов и прогестерона — в слизистом слое матки каждый месяц происходят циклические изменения. В фолликулярную фазу цикла слизистая оболочка матки пышно разрастается, в прогестероновую фазу слизистая набухает, в ее железах начинает вырабатываться секрет, таким образом, создаются условия, благоприятные для восприятия ожидаемой яйцеклетки. Если беременность не наступает, желтое тело в яичнике увядает, вслед за этим отторгается разросшийся слой слизистой оболочки матки и наступает менструация. Акушеры-гинекологи образно говорят: «Матка плачет кровавыми слезами по несостоявшейся беременности». При наступлении беременности желтое тело в яичнике продолжает расти и в течение первых месяцев беременности выделять прогестерон.

Таким образом, репродуктивная функция женщины подчиняется определенному биоритму и согласованности в работе по «приказу» сверху вниз: мозговая подкорковая область — гипофиз — яичник — матка. У каждой здоровой женщины детородная функция осуществляется в течение 30—35 лет. Фертильным, т. е. детородным, считается возраст женщины от 15 до 49 лет. При тяжелом заболевании или резком истощении организма менструация может прекращаться, что приводит к бесплодию. Некоторые заболевания, перенесенные в детском возрасте, оставляют «глубокий след» в организме. При частых детских болезнях, особенно острых респираторных вирусных инфекциях, ангинах и хроническом тонзиллите, а также умственных утомлениях и неправильном питании могут пострадать все звенья репродуктивной системы, что проявляется прежде всего в нарушении менструального цикла: могут наблюдаться длительные кровавистые выделения, либо

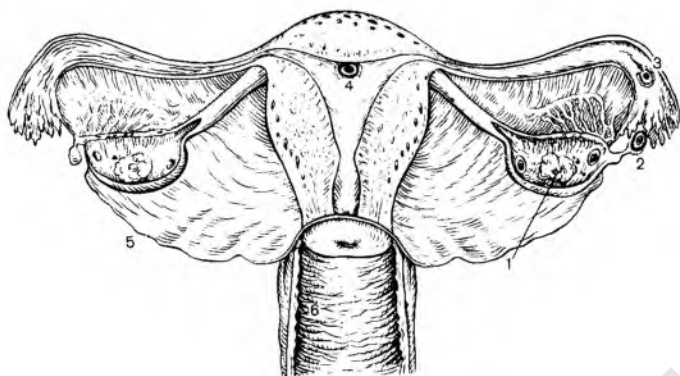


Рис. 2. Путь яйцеклетки:

1 — яичник; 2 — яйцеклетка; 3 — оплодотворение яйцеклетки; 4 — внедрение яйцеклетки в матку; 5 — матка; 6 — влагалище.

скудные менструации, или полное их прекращение. При выявлении этих нарушений необходимо обратиться к врачу.

Появление менструаций еще не означает полную подготовленность женского организма к материнству. Только вполне сложившаяся физически и духовно девушка может выносить, родить и воспитать здорового ребенка без ущерба для своего здоровья, что достигается в возрасте не менее 18 лет.

Как же наступает беременность? Слияние половых клеток — сперматозоида с женской яйцеклеткой — называется зачатием или оплодотворением. В отличие от мужских половых клеток, в яичниках женщины каждый месяц созревает 1 яйцеклетка, она неподвижна. Сперматозоиды образуются в мужских половых железах — яичках. Процесс развития сперматозоидов от незрелых до зрелых форм занимает в среднем 72 дня и длится непрерывно. Зрелые сперматозоиды приобретают способность самостоятельно двигаться. В них различают головку, шейку и хвост. Головка несет ядро генетической информации, шейка выделяет энергию для движения, хвост направляет движение вперед. В сперме здорового мужчины содержится от 50 млн. до 200 и более млн. сперматозоидов. Сперматозоид может достигнуть внутреннего отверстия канала шейки матки в течение 5 мин, скорость его движений в шеечной слизи составляет 3—4 мм в минуту. В канале шейки матки в момент выхода женской яйцеклетки из яичника, т. е. в фазу овуляции, наблюдается максимальное скопление слизи, при осмотре шейки в это время ее зев открыт и слизь сверкает, напоминая зрачок (симптом «зрачка»). В фазу овуляции слизь обладает низкой вязкостью и не препятствует свободному продвижению сперматозоидов. После овуляции зев закрывается и слизь становится мало проходимой для сперматозоидов, однако, в это время сперматозоиды можно обнаружить в шейке матки в пределах 90 мин после попадания их во влагалище. Перенос

сперматозоидов через полость матки осуществляется в короткий срок, после чего они попадают в трубы и достигают их концов, где и происходит встреча с яйцеклеткой, выделившейся из яичника.

Почему необходимо столь огромное количество сперматозоидов для оплодотворения одной яйцеклетки? Дело в том, что из миллионов сперматозоидов колоссальное количество их разрушается во влагалище под воздействием ее кислой среды. Помимо этого, в шейку матки в силу ее анатомического расположения по отношению к стенкам влагалища попадает только небольшая часть спермы, многие сперматозоиды вообще остаются в матке, другие, проникнув в трубы, проходят мимо яйцеклетки. Поэтому только немногие сперматозоиды приближаются и окружают яйцеклетку, где происходит разрыв оболочек их головок, и содержимое изливается наружу, выделяющийся при этом фермент используется для размягчения плотной оболочки яйцеклетки. Когда первый сперматозоид проникает в яйцеклетку, внутри ее происходит реакция, делающая оболочку непроницаемой для остальных сперматозоидов. Таким образом, только ядро одного сперматозоида сливается с ядром яйцеклетки.

Ядра половых клеток обеспечивают передачу наследственной информации потомству. В них расположены особые белковые структуры (хромосомы), в которых сосредоточены наследственные факторы, или гены. Каждый вид животных и растений характеризуется определенным набором хромосом. Ядра всех клеток тела человека содержат 46 хромосом, т. е. 23 пары, и только мужские и женские половые клетки представляют исключение, в них содержится половинный состав — 23 хромосомы. Незрелые половые клетки так же, как и все остальные, имеют 46 хромосом, но при созревании они делятся, и в результате в зрелой половой клетке остается только 23 хромосомы. При слиянии женских и мужских половых клеток оплодотворенная яйцеклетка вновь получает полный набор хромосом — 23 пары, из которых половина материнского и половина отцовского происхождения. Таким образом поддерживается видовое постоянство человека.

Зачатие нового организма происходит в тот момент, когда ядра половых яйцеклеток с их генетической информацией объединяются в единое целое.

Мы уже говорили, что в ядре любой клетки человека содержится 23 пары хромосом, из них 23-я пара определяет пол человека. Первые 22 пары хромосом обозначаются цифрами, а половые — буквами латинского алфавита X и Y. От сочетания этих двух хромосом зависит пол человека. Если они одинаковые, т. е. XX, — то это женская клетка, если разные, XY, — мужская, любая клетка женщины обозначается 46 (XX), мужчины — 46 (XY). При созревании женских половых яйцеклеток, когда они начинают делиться и число хромосом уменьшается вдвое, в любую яйцеклетку обязательно попадает одна из X-хромосом. Другая ситуация происходит при созревании сперматозоидов: при их де-

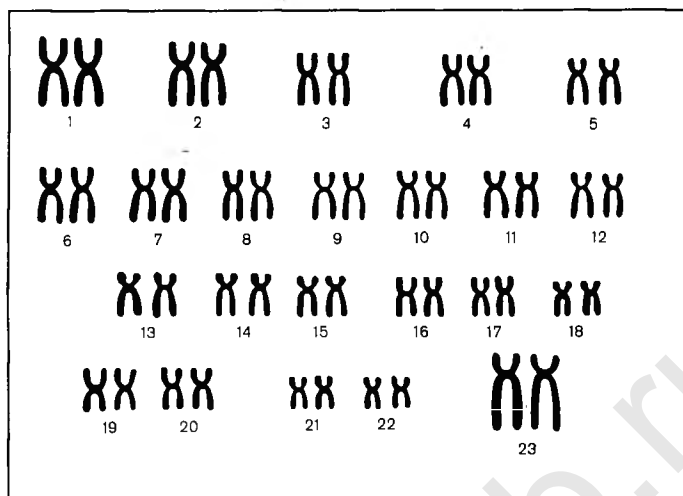


Рис. 3. Набор хромосом у женщины.

лении в один сперматозоид может попасть X-хромосома, в другой — Y-хромосома. Нетрудно представить, что при оплодотворении яйцеклетки, несущей X-хромосому, сперматозоидом с X-хромосомой оплодотворенная яйцеклетка получает набор 46 (XX), т. е. зародыш будет женского пола. Если яйцеклетка оплодотворится сперматозоидом с Y-хромосомой, набор хромосом составит 46 (XY), значит родится мальчик. Из сказанного ясно, что пол потомства определяется мужскими половыми клетками — сперматозоидами.

Оплодотворенная яйцеклетка (зигота) через 30 ч после внедрения в нее сперматозоида подвергается своему первому дроблению. За первым делением следует серия следующих делений ядер с образованием новых клеток. Этот процесс называется дроблением оплодотворенной яйцеклетки, в результате чего зародыш становится многоклеточным. Однако прежний объем яйцеклетки еще мало меняется, она как бы дробится на более мелкие клетки. Это связано с тем, что зародыш в это время двигается по узкому просвету трубы, ширина которого равна диаметру человеческого волоса. Перемещение зародыша обеспечивается мышечным сокращением труб, движением бахромок и током жидкости в трубе по направлению к матке. Маточные трубы не только транспортируют зародыш, но и питают его. После 3-дневного пути по трубе плотный комочек постоянно делящихся зародышевых клеток попадает в полость матки, слизистая которой к этому моменту значительно разрастается в ожидании оплодотворенной яйцеклетки. Зародыш внедряется, или имплантируется, в толщу слизистой оболочки матки. Это происходит примерно на 5-й день после оплодотворения. В это время в зародыше происходит не только активное деление клеток, но и формирование их в зачатки будущих тканей

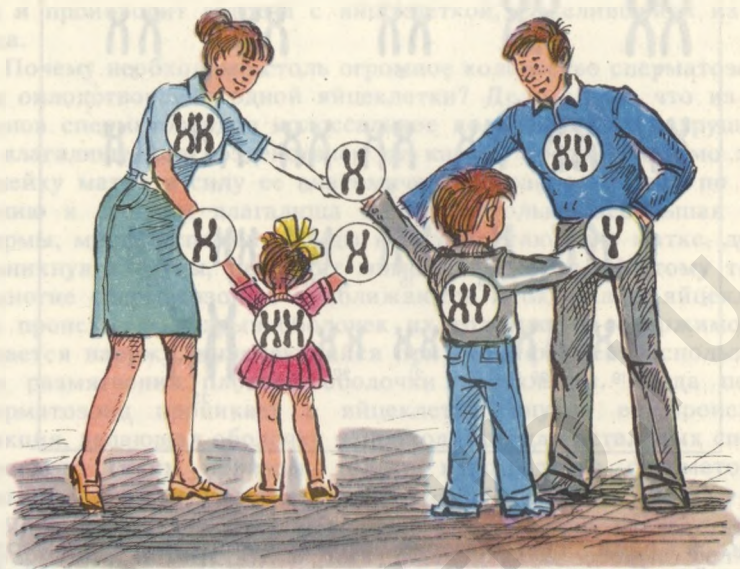


Рис. 4. Схема передачи измененного набора хромосом.

в соответствии с планом построения будущего организма. Снаружи зародыш покрывается клетками, которые секретируют фермент, расплавляющий слизистую оболочку матки, добывая из нее питательные вещества и освобождая ложе для погружения зародыша в матку.

В процессе развития плода принято различать эмбриональный, или зародышевый, (гр. *embryon* — зародыш) период, продолжающийся от момента оплодотворения яйцеклетки до 8 нед беременности, и фетальный, или плодовой, (лат. *fetus* — плод) период, продолжающийся от 8 нед беременности до момента родов. В эмбриональном периоде происходит формирование всех основных органов и систем будущего ребенка, в фетальном — продолжается их дальнейший рост и развитие.

Плод живет в условиях, позволяющих ему интенсивно развиваться. Если человек тратит время и энергию на теплообразование и мышечную работу, то плод лишен этой возможности и необходимости. Он живет в условиях оптимальной температуры, его движения ограничены пространством и облегчены за счет плавания в жидкости. Вся энергия плода расходуется на процесс созидания его организма. Внутриутробное развитие его органов и систем происходит постоянно начиная с процесса зачатия. За 9 мес внутриутробной жизни зародыш превращается в сложный человеческий организм.

Уже на 6—7-е сутки из наружных клеток зиготы формируются

выросты (ворсины), которые внедряются во внутреннюю поверхность стенки матки, ее кровеносные сосуды, образуя пространства, заполненные кровью матери. В ворсинах начинают формироваться сосуды плода.

Кровь плода и кровь матери никогда не смешиваются, хотя их разделяют только тонкая оболочка ворсин и стенки кровеносных сосудов самого зародыша. Среди всех млекопитающих, живущих на Земле, только у человека между кровеносными сосудами плода и кровью матери наблюдается самая тесная связь.

Уже у 4-недельного зародыша при специальном ультразвуковом обследовании можно ясно видеть сокращения сердца, что указывает на наличие системы кровообращения. В 8 нед у него уже развиты все черты, присущие человеку: сформированы тело, голова, имеются зачатки конечностей, глаз, носа и рта. С этого момента зародыш считается плодом. Он находится в плодном пузыре, наполненном околоплодными водами. В 16 нед (почти 4 мес) длина плода составляет 16 см, масса 120 г. Хорошо видны руки, ноги, различимы пальцы. Развиты все важнейшие органы, такие как легкие, печень, почки, можно определить пол плода. С 14-й недели плод начинает двигаться, но мать его движений не ощущает. В 28 нед ($6\frac{1}{2}$ мес) длина плода достигает 35 см, масса 1000 г. Его кожа начинает покрываться специальной смазкой, непроницаемой для околоплодных вод. В это время плод очень активен, ему достаточно места в матке, где он свободно перемещается. Поэтому положение его неустойчивое, голова чаще располагается вверх. Мать хорошо ощущает его движения. Родившийся в это время живой плод считается новорожденным ребенком, а не выкидышем. За последние 12 нед перед родами плод полностью развивается и к 40-й неделе (9 мес) готов к внеутробной жизни. Его легкие достаточно созрели для дыхания. Длина доношенного плода в среднем равна 50 см, масса тела — 3200—3400 г. Он находится обычно головой вниз в устойчивом положении, так как движения его в матке ограничены из-за достаточно больших размеров.

К моменту родов головка плода опускается ниже, беременная ощущает, что ей стало легче дышать. И плод, и материнский организм готовы к родам.

Мы уже упоминали о том, что мать является для плода окружающей средой. В первые 8 нед жизни плод еще не имеет самостоятельных функций, поэтому его благополучие целиком зависит от организма матери. Выделяемый яичниками матери гормон — прогестерон — создает условия для имплантации зародыша и его правильного развития. После 8 нед у плода из ворсинчатой оболочки начинает формироваться плацента (детское место). Полное ее развитие заканчивается к 16-й неделе. Плод соединен с плацентой пуповиной, в которой проходят кровеносные сосуды. Плацента является тем органом, при помощи которого осуществляется дыхание, питание и выведение продуктов обмена растущего плода через кровь матери. Кроме того, она является железой внутренней секреции, так как целиком вырабатывает все гормоны,

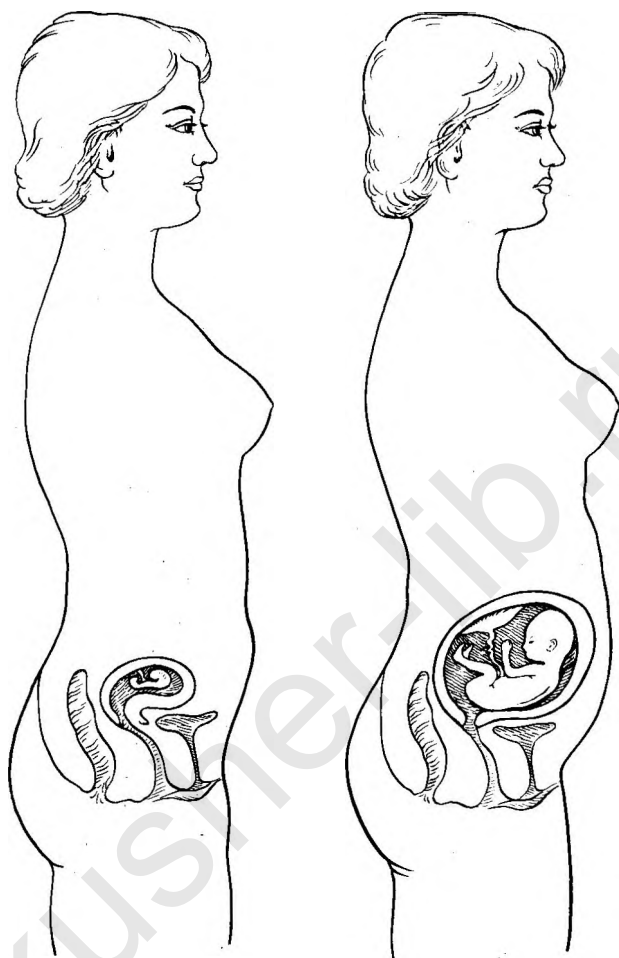
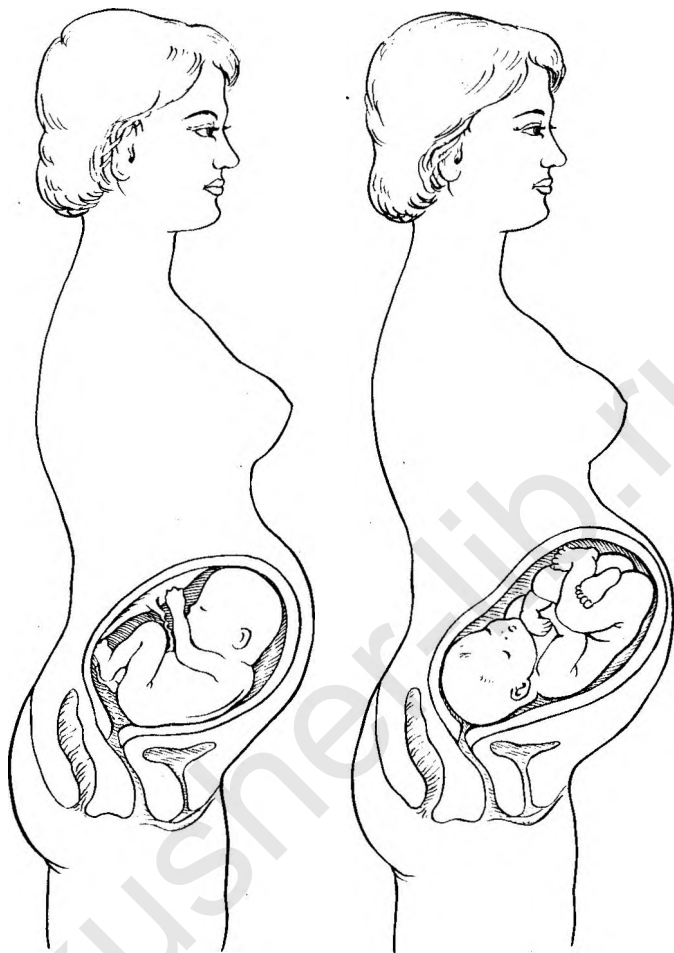


Рис. 5. Стадии развития плода.

которые до беременности синтезировались гипофизом и яичниками матери. При этом количество гормонов плаценты превышает уровень гипофизарных и яичниковых гормонов матери вне беременности во много раз. Однако плацента является единственной железой внутренней секреции, у которой нет полного набора ферментов для самостоятельного синтеза гормонов, часть этих ферментов находится в печени и надпочечниках плода. Поэтому молекулы веществ, участвующие в синтезе гормонов, осуществляют челночную связь с ферментами плода. В этом смысле плацента и плод представляют собой функциональное единство. По уровню содержания гормонов в моче или крови беременных можно достоверно судить о состоянии внутриутробного плода. На этом примере



видно, какая тесная взаимосвязь существует между матерью, плацентой и плодом.

Некоторые женщины чувствуют или «точно знают» о наступлении беременности, другие узнают об этом только через несколько месяцев, особенно в тех случаях, когда менструальный цикл нерегулярный. О наступлении беременности можно предполагать при появлении следующих признаков: отсутствие менструации в ожидаемые дни или появление короткой, чем обычно, и скудной менструации, нагрубание молочных желез, извращение вкуса к пище, тяготение к острым блюдам, соленой пище, тошнота, рвота по утрам, появление быстрой утомляемости и легкой слабости, более частое, чем обычно, мочеиспускание.

Гормоны, выделяемые плацентой во время беременности, вы-

зывают в организме матери многочисленные физиологические изменения, которые обеспечивают правильное развитие плода, подготавливают организм к предстоящим родам и кормлению. Нервная система беременной перестраивается так, что подчиняет весь организм одной цели — вынашиванию беременности. В соответствии с этим происходят физиологические изменения в основных системах организма, направленные на приспособление его к новым условиям. Например, во время беременности сердечно-сосудистая система выполняет более напряженную работу, так как в организме фактически появляется «второе» сердце — это плацентарный круг кровообращения. Здесь кровоток так велик, что каждую минуту через плаценту проходит 500 мл крови. Сердце каждой здоровой женщины при беременности легко приспосабливается к дополнительным нагрузкам: увеличивается масса сердечной мышцы, возрастает сердечный выброс крови. Для обеспечения возрастающих потребностей плода в питательных веществах, кислороде и строительных материалах в организме матери начинает увеличиваться объем крови, достигая максимума в 7 мес беременности. Вместо 4000 мл крови теперь в организме циркулирует 5300—5500 мл. И если сердце здоровой женщины легко справляется с такой работой, то у беременных с заболеваниями сердца эта нагрузка вызывает осложнения. Вот почему женщинам с пороками сердца в сроке 27—28 нед беременности рекомендуется госпитализация, при которой проведенное лечение подготовит сердце к усиленной работе.

Артериальное давление во время беременности практически не изменяется. Наоборот, у женщин, имеющих небольшое повышение артериального давления до беременности или в ранние ее сроки, оно обычно снижается в середине беременности. Это обусловлено тем, что под действием прогестерона снижается тонус кровяных сосудов и кровяное давление снижается. Однако в последние 2—3 мес беременности, как правило, у таких женщин давление вновь повышается и может осложнить дальнейшее ее течение. В связи с этим весьма важно обратить внимание на повышение артериального давления в ранние сроки беременности, с тем чтобы установить тщательное наблюдение за его изменением в поздние сроки. У здоровой женщины при беременности давление считается повышенным, если оно превышает цифры 130 и 80 мм рт.ст.

В связи с увеличением потребности организма женщины в кислороде во время беременности усиливается деятельность легких. Несмотря на то что по мере развития беременности матка оттесняет диафрагму вверх, дыхательная поверхность легких не уменьшается благодаря расширению грудной клетки и увеличению проходимости воздуха через бронхи, которые расширяются под действием гормонов плаценты. Повышение объема дыхательного воздуха во время беременности облегчает выведение продуктов газообмена плода через плаценту. Число дыханий во время беременности не изменяется, оставаясь 16—18 раз в минуту,

слегка увеличиваясь к концу беременности. При появлении одышки или других нарушений дыхания беременная обязательно должна обратиться к врачу.

Почки во время беременности функционируют с большим напряжением, так как они выводят из организма продукты обмена самой женщины и ее растущего плода. Количество выделяемой мочи колеблется в зависимости от объема выпитой жидкости. Здоровая женщина во время беременности выделяет в сутки в среднем 1200—1600 мл мочи, при этом 950—1200 мл мочи выделяется в дневное время и остальная порция — ночью. В связи с усилением выделительной функции почек может происходить выделение сахара с мочой, что не связано с сахарным диабетом и быстро проходит после родов, однако требует пристального внимания врача к такой беременной.

В моче здоровых женщин имеются лейкоциты, не более 5—6. В последние месяцы беременности в моче могут появиться следы белка. Под влиянием прогестерона тонус мочевого пузыря снижается, он становится более вытянутым и вялым, что часто приводит к застою мочи. Этому способствует также придавливание мочевого пузыря головкой плода. Создавшиеся условия облегчают занос инфекции в мочевыводящие пути, что часто наблюдается у беременных. Наличие в моче лейкоцитов более 8—10 в поле зрения и белка свидетельствует о нарушении функции почек и требует серьезного медицинского обследования и лечения.

У многих женщин в первые 2—3 мес беременности наблюдается нарушение функции органов пищеварения: появляется тошнота, нередко рвота по утрам, изменяются вкусовые ощущения, появляется тяготеение к необычным веществам (глина, мел). Все эти явления обычно проходят к 3—4-му месяцу беременности, реже — в более поздние сроки. Под влиянием гормонов плаценты снижается тонус кишечника, что часто приводит к запорам. Кишечник отодвигается беременной маткой вверх, желудок также смещается кверху и сдавливается, при этом часть его содержимого может забрасываться в пищевод и вызывать изжогу. В таких случаях рекомендуется прием небольших порций щелочных растворов (питьевая сода, боржом), прием пищи за 2 ч до сна и положение в кровати с приподнятым головным концом.

Печень во время беременности работает с большой нагрузкой, так как обезвреживает продукты обмена женщины и ее плода. При этом может наблюдаться сгущение желчи, что нередко вызывает зуд кожи. Появление сильного кожного зуда, а тем более рвоты и болей в правом подреберье требует немедленной врачебной помощи и проведения анализов для определения функции печени.

Под влиянием прогестерона во время беременности расслабляются связки в суставах. Особенно подвижными становятся сочленения таза, что облегчает прохождение плода через таз во время родов. Иногда размягчение тазовых сочленений настолько выражено, что наблюдаются небольшие расхождения лонных

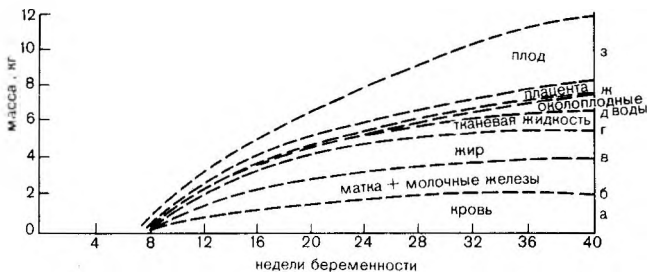


Рис. 6. Динамика массы тела женщины во время беременности:

а — кровь — 2 л, б — матка + молочные железы ~1,7—1,8 кг, в — жир ~0,5 кг, г — плацента ~0,7 кг, д — тканевая жидкость ~1,3 кг, ж — околоплодные воды ~1,0—1,2 кг, з — плод ~3—3,5 кг

костей. У беременной появляются боли в области лона, «утиная» походка. Об этом необходимо сообщить врачу и получить соответствующие рекомендации. Из-за необходимости уравновесить массу беременной матки усиливается прогибание тела в поясничном отделе позвоночника, что может вызывать боли в спине, особенно если женщина ходит в обуви на высоких каблуках. В связи с увеличением беременной матки брюшная стенка растягивается и на ней могут появляться продольные полоски.

На коже лица, вокруг сосков и средней линии живота усиливается темная пигментация. Это явление обусловлено увеличением у беременной красящего гормона, выделяемого гипофизом.

Во время беременности молочные железы подготавливаются к предстоящему кормлению. В них увеличивается число желез, выделяющих молоко, жировая ткань, усиливается кровоснабжение. Молочные железы увеличиваются в размерах, нагрубают, уже в начале беременности можно выдавить капельки молозива. Все эти изменения вызваны действием гормонов плаценты и гипофиза.

Наибольшие изменения во время беременности происходят в половых органах и касаются главным образом матки. Беременная матка постоянно увеличивается в размерах, к концу беременности ее высота достигает 35 см вместо 7—8 до беременности, масса возрастает до 1000—1200 г (без плода) вместо 50—100 г. Объем полости матки к концу беременности увеличивается в 500 раз. Изменение размеров матки происходит за счет увеличения размеров мышечных волокон под влиянием гормонов плаценты, а также возрастания числа кровеносных сосудов, которые расширяются и как бы оплетают матку.

Во время беременности наблюдаются сокращения матки, обычно женщина их не чувствует. К концу беременности эти сокращения становятся активнее и ощущаются как «сжатие». Такие нормальные сокращения матки можно рассматривать как тренировочные упражнения ее перед предстоящей работой в родах.

Положение матки меняется в соответствии с ее ростом. К кон-

цу 3-го месяца беременности она покидает полость таза и поднимается выше лона; к концу беременности достигает подреберья. Матка удерживается в правильном положении связками, которые также утолщаются и растягиваются во время беременности. Боли, возникающие по сторонам живота, особенно во время изменения положения тела, зачастую обусловлены растяжением связок.

Кровоснабжение наружных половых органов усиливается, поэтому на половых губах могут появляться варикозно расширенные вены. За счет затруднения оттока крови из нижних конечностей во время беременности на ногах также часто появляются варикозные вены, причем локализация расширенных вен на одной конечности обычно указывает на прикрепление плаценты в матке на стороне пораженной ноги.

Все описанные выше физиологические изменения приводят к изменению массы тела женщины во время беременности. Здоровая женщина в течение беременности увеличивает свою массу в среднем на 12 кг с колебаниями от 10 до 15 кг. Обычно в первую половину беременности масса тела увеличивается на 4 кг, во вторую — в 2 раза больше.

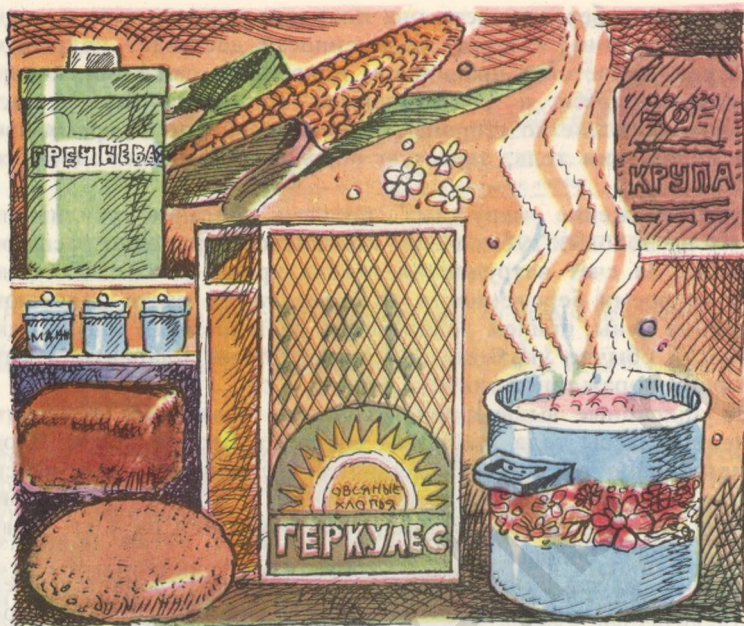
Прирост массы тела за беременность распределяется следующим образом: масса плода — 3300 г, плацента — 650 г, околоплодные воды 800 мл, матка — 900 г, молочные железы — 405 г, объем крови — 1250 мл, тканевой жидкости — не менее 2500 мл. Остальной прирост массы приходится на жир. При этом женщины с малым отложением жира до беременности, как правило, во время беременности накапливают больше жира, чем полные женщины. Масса его может увеличиваться на 3,5—4 кг, особенно в области бедер и ягодиц. Здоровая женщина прибавляет в массе еженедельно 300 ± 30 г до 20 нед, 330 ± 40 г с 21 до 30 нед и 340 ± 30 г после 31-й недели до родов.

Таким образом, изменения, происходящие в организме беременной, создают состояние физиологического приспособления, необходимого для удовлетворения потребностей растущего организма плода.

ГИГИЕНА БЕРЕМЕННЫХ

ПИТАНИЕ

Во время беременности в организме женщины, как уже было сказано, наступает перестройка обменных процессов, поэтому особое внимание следует уделять рациональному питанию. Наряду с другими факторами правильное питание является одним из важных условий благоприятного течения и исхода беременности, родов, нормального развития плода и новорожденного. Рекомендации по рациональному питанию при беременности обычно учи-



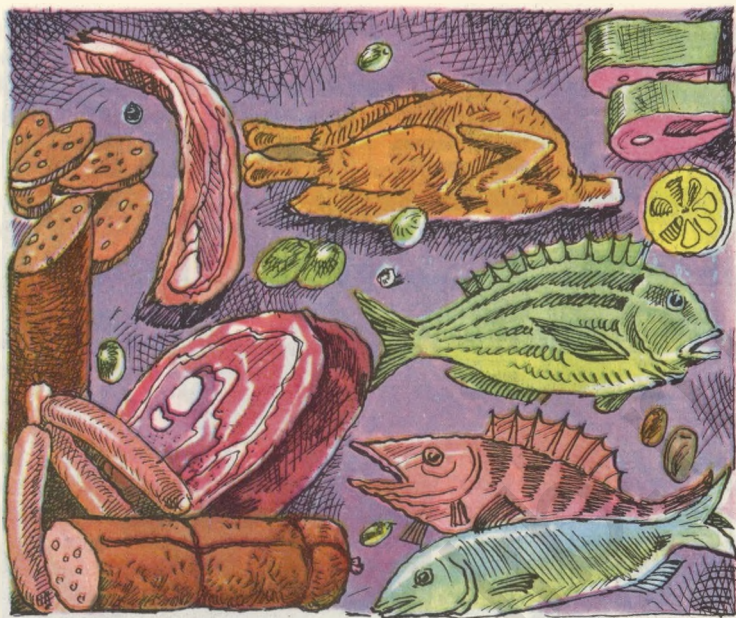
тывают интересы двух существ — матери и плода, т. е. питание должно быть направлено на сохранение здоровья матери и плода в течение всего периода беременности.

Учеными установлено, что недостаточное питание беременных может привести к выкидышам, малому росту, уменьшению массы плода, ухудшает его жизнеспособность, увеличивает частоту потерь детей как во время беременности, так в родах и после родов. Такие данные были получены не только в эксперименте на животных, но и в наблюдении за женщинами (в годы войны, бедствий).

Избыточное потребление пищи приводит к нарушению сбалансированности питания. Повышенная энергетическая ценность (калорийность) продуктов питания во время беременности вызывает усиленное образование жировой ткани как у матери, так и у плода. Специальные работы по данному вопросу [Пап А. Г. и соавт., 1979] показали, что избыточное питание беременной вызывает увеличение массы тела новорожденного, что в свою очередь приводит к росту числа осложнений беременности и неблагоприятным исходам родов как для матери, так и для плода.

У матери при прохождении родовых путей крупным (масса 4000 г и выше) ребенком отмечаются травмы различной степени, вплоть до разрывов родовых путей, а у ребенка в связи с этим возможны травмы головы или других частей тела.

Данные наших наблюдений и материалы исследований других ученых показывают, что при доношенной беременности оптимальной массой плода при рождении является 3000—3500 г. Чем меньше или больше его масса по сравнению с указанной оптимальной, тем выше заболеваемость и смертность детей.



Известно, что плод на каждом этапе своего развития нуждается в определенном составе пищевых веществ. В первой половине беременности питание женщины не должно существенно отличаться от такового до беременности. Однако пища должна быть разнообразной и содержать все основные питательные вещества: белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы. При этом следует категорически исключить продукты, пагубно влияющие на плод (алкоголь, крепкий чай, кофе и др.).

Безусловно, при формировании своего рациона питания женщина должна учитывать национальные привычки, климатические условия, свой рост и массу, условия труда. Об этом особо следует помнить потому, что в первые 3 мес беременности формируются органы плода, и вредные факторы, влияющие на организм матери, в том числе нерациональное питание, могут привести к нарушению данного процесса. Следует учитывать и особенности развития плода в течение беременности.

Так, в период первых 16 нед, о чем указывалось выше, его масса составляет всего 120 г, а к концу 20-й недели — уже 230 г, в 28 нед — около 1000 г, а за последние 12 нед масса плода значительно увеличивается и достигает 3200—3500 г. Такое физиологическое нарастание массы плода зависит и от питания матери. Ниже будут представлены общие рекомендации в отношении распорядка и рациона питания.

Прежде всего принимать пищу необходимо в одни и те же часы, учитывая рефлекторные механизмы, лежащие в основе аппетита. При нормальном течении беременности в первые месяцы



рекомендуется четырехкратное питание. Так, для женщины средней массы тела (58—65 кг) и среднего роста (158—165 см) суточный рацион питания должен включать 2400—2700 кал и содержать 110 г белка, 75 г жиров и 350 углеводов, т. е. белки должны составлять 20—25%, жиры — 20—30% и углеводы — 40—45% потребляемой пищи.

Во второй половине беременности целесообразно перейти на 5- и даже 6-разовое питание. Необходимость такого режима обусловлена тем, что увеличиваются размеры плода и соответственно матки, которая, занимая значительное место в брюшной полости, отодвигает и даже сдавливает некоторые органы желудочно-кишечного тракта. В связи с этим более частые приемы пищи способствуют лучшему ее усвоению.

Во вторую половину беременности наряду с увеличением массы плода и матки возрастают размеры плаценты, молочных желез, масса крови, в связи с чем увеличивается потребность в белках. Поэтому потребление белков в женской со средними значениями массы и роста должно возрасти до 120 г, жиров — до 85 г и углеводов — до 400 г. Общая калорийность суточного рациона в этот период должна быть увеличена до 2800—3000 ккал.

Следует стремиться к тому, чтобы в дневном рационе беременной было около 50% белков животного происхождения, из них около 25% должно удовлетворяться за счет мяса и рыбы, около 20% — за счет молока и молочных продуктов и 5% — за счет яиц. Остальные белки могут быть растительного происхождения. Пища, бедная белками, снижает у беременных сопротивляемость

к инфекционным заболеваниям, способствует развитию малокровия.

К продуктам, содержащим полноценные белки, относятся молоко, простокваша, кефир, нежирный творог, неострый сыр, отварное мясо и рыба, картофель, бобы, пшеница, рис, гречневая крупа. В конце беременности следует ограничивать потребление мяса, особенно в жареном виде, грибных, рыбных бульонов, мясных подлив. Супы лучше готовить овощные, молочные, фруктовые.

Белки выполняют важнейшие функции в организме: сгорая, они выделяют тепловую энергию, участвуют в образовании гормонов, ферментов, используются в качестве строительного материала для роста и восстановления тканей.

Профессор Е. М. Фатеева (1974) на основании своих исследований показала, что белок выполняет еще одну важную функцию, имеющую значение для организма беременной, а именно: обеспечивает напряженность нервно-психических процессов, поддерживает устойчивость к стрессу, а также к различным вредным факторам внешней среды (инфекции, интоксикации и др.). В организме, по мнению ученых, не существует белковых «депо», поэтому для оптимального сохранения здоровья крайне важно поступление необходимого количества белка.

По имеющимся данным, беременная должна получать 1 г белка на 1 кг массы тела в день до 16 нед, в дальнейшем — 1,5 г. С 17-й недели из 100 г белков, потребляемых матерью, около 1 г приходится на долю плода. В данном случае белок выступает в качестве строительного материала для плода.

Значительную часть пищи человека составляют углеводы. Известно, что они в основном замещают энергетические затраты в организме. Так, при полном сгорании в организме 500 г углеводов выделяется 2000 ккал, что соответствует $\frac{2}{3}$ потребности всей суточной энергии.

В течение беременности суточная потребность в углеводах должна превышать в $3-3\frac{1}{2}$ раза потребность в белках, т. е. она должна составлять 350—400 г, но не более. Доказана прямая зависимость между количеством потребляемых углеводов и массой плода. Если беременная недополучает углеводы, то на выработку энергии расходуются белки. Если в организм женщины в течение 8 ч не поступают углеводы, то это ведет к нарушению обмена, в частности к исчезновению основного запасного углевода — гликогена из печени, что снижает общую сопротивляемость организма.

В свою очередь избыточное поступление углеводов в организм беременной приводит к увеличению массы плода сверх оптимальной и последующим за этим осложнениям в родах. Кроме того, избыточное потребление углеводов понижает сопротивляемость организма, способствует развитию диабета. Для беременной целесообразно получать углеводы в продуктах, богатых клетчаткой (хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, крупы, сахар). Эти



продукты, помимо углеводов, содержат и витамины. Фрукты и ягоды частично можно заменить соками.

С 14 нед беременности женщине необходимо уменьшить потребление кондитерских изделий, конфет; количество сахара не должно превышать 40—50 г. Сахар можно заменить пчелиным медом.

В структуру всех тканей организма входят жиры, которые являются также важным энергетическим резервом, так как они дают в 2,5 раза больше тепловой энергии по сравнению с углеводами и белками. Ценность жиров состоит и в том, что в их состав входят важные жирорастворимые витамины. Жиры участвуют в пластических процессах, оказывают влияние на функции центральной нервной системы, эндокринных желез, уменьшают отдачу тепла и смягчают влияние колебаний внешней температуры на организм. В рационе беременной должно быть до 40% жиров растительного происхождения, которые содержат ненасыщенные жирные кислоты и богаты витамином Е. Из растительных жиров в состав пищи беременной целесообразно включать подсолнечное, оливковое масло.

Из животных жиров необходимо рекомендовать сливочное и топленое масло. Баранье, говяжье сало, маргарин не следует включать в рацион беременной.

Как указывалось выше, суточное потребление жиров не должно превышать 85 г, в противном случае может развиваться ожирение.

Особенно большое внимание при беременности надо уделять достаточному содержанию витаминов в пище. Благоприятное

течение беременности, родов, нормальное развитие плода и новорожденного обеспечивается питанием, содержащим важнейшие для жизнедеятельности организма витамины А, С, D, группы В, РР, Е и др. Они выступают регуляторами процессов обмена веществ, протекающих в виде биохимических реакций в клетках и тканях организма. Кроме того, доказана их роль в состоянии реактивности и иммунологических свойств организма.

Во время беременности потребность в витаминах возрастает в 2 раза. Изделия из муки грубого помола, крупы, бобовых культур, картофеля, фруктов, печени, мяса, творога, молока, масла, как правило, обеспечивают потребность беременной в витаминах. В зимние и ранние весенние месяцы беременной следует по согласованию с врачом принимать витаминные препараты, например, специальный комплекс витаминов для беременных — гевдевит. Однако следует помнить, что вреден не только недостаток витаминов, который вызывает гипо- и авитаминоз, но и их избыток. Истинная потребность организма человека в витаминах еще требует научного обоснования. Однако уже четко установлено, что потребность в продуктах питания, богатых витаминами, возрастает в зависимости от температурного пояса и географической зоны, вида труда.

Велика роль жидкости в организме человека, она составляет основную массу крови и часть тканей (около 70% к общей массе тела). Суточная потребность человека в жидкости 2—2,5 л. Беременная должна получать 1,0—1,2 л свободной жидкости (вода, молоко, чай, компот, суп и др.). В последние недели беременности, особенно при склонности к отекам, количество свободной жидкости следует уменьшить до 0,7—0,8 л в сутки. Эта рекомендация относится и к поваренной соли. В первой половине беременности ее можно употреблять до 10—12 г в сутки, во второй половине соль следует ограничить до 8 г, а в последние 2 мес беременности — до 5—6 г в сутки. При склонности к отекам рекомендуется прием нового препарата — санасола, который имеет вкус поваренной соли, однако в нем содержатся в основном соли калия, которые не задерживают жидкость в организме, как поваренная соль. Помимо этого, санасол показан при лечении больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, сердечная аритмия и т. д.) и почек (нефриты). Добавляют его в пищу непосредственно перед употреблением. Доза 1,5—2,5 г в сутки.

Организм человека, особенно беременной, нуждается также в минеральных солях (кальций, калий, натрий и др.) и микроэлементах (железо, кобальт, йод и др.).

Все выше сказанное показывает, как серьезно должна беременная относиться к своему питанию. Рекомендуется следующий режим питания: 4-разовое в первой половине беременности (1-й завтрак в 7—9 ч — 30% энергетической ценности продуктов, обед в 14—15 ч — 40%; ужин в 18—19 ч — 10%; 21 ч — стакан кефира, отвара шиповника).

Во второй половине беременности целесообразно 5—6-разовое питание (увеличивается количество употребляемых фруктов, овощей). Отдых после еды должен быть не менее 1,5 ч. Последний прием пищи не должен быть позже 2—3 часов до сна.

При наличии у женщины осложнений беременности или каких-либо заболеваний в предложенные схемы вносятся коррекции. Как правило, это делает врач акушер-гинеколог, наблюдающий женщину в женской консультации, или терапевт женской консультации.

Питание беременных при гипертонической болезни

В лечении болезней сердца и сосудов, особенно в период беременности, наряду с приемом лекарственных препаратов важную роль играют диета и режим питания.

Питаться надо в одни и те же часы и без больших перерывов. Последний прием пищи должен быть не позднее чем за 2—2,5 ч до сна; ложиться спать сразу после ужина, особенно беременной, очень вредно.

Важно приучать себя есть понемногу, но часто. Например, в обед — 250 г супа, 100 г мяса, 100 г гарнира, 100 г сладкого и 75 г хлеба.

Беременным, особенно с заболеваниями сердца и сосудов, не рекомендуются продукты, вызывающие вздутие кишечника: горох, редька, а также газированная вода и избыточное количество сладких блюд; следует включать в рацион овощи, фрукты, мед, соки, простоквашу, кефир, морковь, капусту, лучше свежую.

Не следует злоупотреблять и большим количеством жидкости. В ранние сроки беременности жидкость употребляют умеренно: от 1 л до 1,2 л (вместе с супом и фруктами).

Во второй половине беременности и особенно к концу ее этим большим количеством жидкости следует сократить до 0,8—1 л. Большее ее сокращение тоже вредно; оно может привести к запорам и осложнениям непосредственно со стороны сердечно-сосудистой системы, неблагоприятно сказаться на развитии плода.

Больным гипертонической болезнью во время беременности следует сократить количество соли до 5—6 г в сутки.

Для женщин с гипертонической болезнью в период беременности очень важное значение имеет диета, богатая солями магния, так как они оказывают антиспастическое сосудорасширяющее действие и способствуют снижению артериального давления, противодействуют появлению судорог. Соли магния в большом количестве находятся в морской капусте, кальмарах и других продуктах.

Питание беременных при мочекаменной болезни

Для всех видов мочекаменной болезни общим в диете является 5—6-разовое питание и обильный прием жидкости, особенно во второй половине дня. Не следует ограничивать прием поваренной соли, так как она не выпадает в мочево́й осадок. В остальном диета зависит от характера камней.

При выделении с мочой в избыточном количестве щавелево-кислого кальция (оксалатурия) ее реакция может быть кислой или нейтральной, в диете следует ограничивать потребление продуктов, богатых щавелевой кислотой и витамином С, а также продуктов с высоким содержанием кальция. Не рекомендуются к употреблению петрушка, сельдерей, шпинат, щавель, свекла, бобы, смородина, сливы, шоколад, кофе, крепкий чай, сахаристые вещества, яйца. При этом следует ограничить картофель, крепкие бульоны, молоко, творог, томаты, ливер, мозги.

В меню беременных при оксалатурии целесообразно включать белый хлеб, растительное и сливочное масло, немного сметаны, отварное мясо и рыбу, крупяные блюда, капусту, тыкву, огурцы, репу, груши, курагу, айву, вишни, абрикосы, арбузы.

При фосфатурии, когда с мочой выделяются фосфатные соли и ее реакция носит щелочной характер, необходимо вводить в пищу кислые продукты, нейтрализующие щелочную реакцию. Не рекомендуются молоко, творог, простоква́ща, яйца, сыр, зелень; продукты, богатые солями кальция; щелочные минеральные воды, картофель, бобы, зеленые овощи. Рекомендуются сливочное масло, морковь, помидоры, капуста, брусника, настой шиповника, красная смородина, отруби и главным образом мясная пища, крупяные блюда, сахар, кислые фрукты, печень, рыбий жир.

При выделении уратных солей (уратурии) не рекомендуется включение в пищевой рацион печени, почек, всех видов консервов и паштетов, холодца, орехов, какао, шоколада, сельди, бобов, гороха, фасоли, чечевицы. Рекомендуются овощи, зелень, некислые фрукты и ягоды, щелочные минеральные воды (нафтуся, боржом, смирновская, баталинская), мед, сахар, варенье, молоко, крупы, сало, пресное мясо, рыба, обильное питье.

Приведенные примеры показывают, насколько различны рекомендации по питанию беременных, больных теми или иными заболеваниями. Об этом следует помнить врачам женских консультаций и самим женщинам.

Таблица 1. Примерный суточный набор продуктов для женщины во второй половине беременности

Продукты	Содержание				
	количество, г	белки, г	жиры, г	углеводы, г	энергетическая ценность, ккал
Мясо	120,0	16,2	9,12	—	147,6
Рыба	100,0	16,0	0,4	—	68,0
Творог (нежирный)	170,0	23,8	0,81	5,4	112,5
Кефир (ряженка)	200,0	6,7	6,7	7,4	124,0
Молоко	250,0	9,0	10,5	13,5	186,0
Масло сливочное	15,0	0,06	11,77	0,075	110,1
Сметана	30,0	0,6	8,4	0,9	85,55
Масло растительное	25,0	—	23,2	—	193,0
Сахар	50,0	—	—	47,75	195,0
Хлеб ржаной	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Хлеб пшеничный	100,0	7,1	1,0	47,5	230,0
Мучные изделия (булочка, печенье и др.)	100,0	5,7	11,8	55,7	261,3
Яйца	1 шт.	9,2	5,4	0,47	100,5
Крупа и макаронные изделия	60,0	7,44	1,5	40,0	208,0
Картофель	200,0	3,73	—	42,1	189,0
Овощи:					
капуста	100,0	1,2	—	14,0	62,0
свекла	100,0	1,1	—	10,3	47,0
морковь	100,0	1,29	—	7,6	36,0
томаты	200,0	1,34	—	4,0	21,3
лук репчатый	35,0	0,95	—	3,05	16,1
Фрукты, ягоды или сок фруктовый	200,0	1,2	—	46	193,4
Всего...		119,6	91,5	391,0	2969,6

Таблица 2. Примерное меню на неделю

	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
--	----------	----------	---------	-------------	-------------------------------

Понедельник

I. Первый завтрак

Гуляш	120,0	14,52	11,3	8,56	196,8
Картофельное пюре	200,0	4,6	5,16	38,8	224,0
Сок яблочный	200,0	1,2	—	46,0	193,4
II. Второй завтрак					
Молоко	250,0	9,0	10,5	13,5	186,0

	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	Энергетическая ценность, ккал
III. Обед					
Суп гороховый с мясным фаршем	400,0	17,7	12,0	53,7	403,5
Овощное рагу					
Рыба отварная	75,0/100,0	22,1	9,5	32,7	313,0
Компот	200,0	—	—	34,0	141,0
IV. Полдник					
Фрукты или ягоды	300—500,0	0,6	—	29,6	95,0
V. Ужин					
Творожное суфле	170,0	26,66	20,28	19,97	375,5
Мусс клюквенный	100,0	0,1	—	27,9	115,0
Перед сном					
Кефир	200,0	6,7	6,7	8,4	124,0
На день:					
Хлеб пшеничный	100,0	7,1	1,0	47,5	230,0
Хлеб ржаной	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Масло сливочное	10,0	0,02	7,85	0,05	73,4
Всего...		117,7	85,3	405,7	2894,0

Вторник

I. Творожное суфле	170,0	26,66	20,28	19,95	375,5
Яйцо вареное	1 шт.	9,2	5,4	0,47	100,5
Винегрет	100,0	1,0	2,4	7,7	57,5
Настой шиповника	200,0	—	—	19,1	78,0
II. Молоко	200,0	6,6	7,4	9,4	134,0
Булочка	75,0	4,3	8,9	41,8	271,0
III. Борщ украинский с мясным фаршем и сметаной	400,0	7,8	8,3	35,0	253,0
Курица отварная с вермишелью	150/100,0	25,7	13,8	24,55	339,5
Мусс клюквенный	200	0,2	—	55,8	230,0
IV. Сок яблочный	200,0	1,2	—	46,0	
V. Рыба отварная	100,0	16,94	0,4	4,62	98,7
Чай	200,0	—	—	19,1	78,0
Перед сном					
Кефир	200,0	6,7	6,7	8,4	124,0
На день:					
Хлеб пшеничный	100,0	7,1	1,0	47,5	230,0
Хлеб ржаной	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Масло сливочное	10,0	0,02	7,85	0,05	73,4
Всего...		120,0	85,4	384,8	2855,0

	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углево- ды, г	Энерге- тическая ценность, ккал
Среда					
I. Рыба отварная с картофель- ным пюре	120/80,0	19,92	6,37	32,3	275,5
Творог (нежирный)	50,0	7,0	0,25	1,75	37,0
Молоко	200,0	6,7	7,4	9,4	134,0
II. Омлет белковый со сметаной	60/15	8,93	14,37	12,56	222,0
Сок фруктовый	200,0	1,2	—	46	193,4
III. Суп овощной протертый со сметаной	400,0	5,5	11,35	34,04	269,1
Язык отварной с овсяной кашей	100—200,0	22,42	19,52	36,7	422,8
Фрукты или ягоды	300,0—500,0	0,6	—	29,6	95,0
IV. Настой шиповника	200,0	—	—	19,1	78,0
Булочка	75,0	4,3	8,9	41,8	271,0
V. Творог (нежирный)	120,0	16,8	0,6	4,4	90,0
Чай	200,0	—	—	19,1	78,0
Перед сном:					
Кефир	200,0	6,7	6,7	8,4	124,0
На день:					
Хлеб пшеничный	100,0	7,1	1,0	47,5	230,0
Хлеб ржаной	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Масло сливочное	10,0	0,02	7,85	0,05	74,3
Всего...		114,2	85,4	384,7	2815,1

Четверг

I. Рыба отварная, овощное рагу	100/200,0	22,11	9,5	32,8	313,0
Творог (нежирный)	50,0	7,0	0,25	1,75	37,0
Кофе с молоком	200,0	2,5	2,6	28,0	150,0
II. Молоко	200,0	6,6	7,4	9,4	134,0
Булочка	75,0	4,3	8,9	41,8	271,0
III. Суп рисовый с мясным фар- шем	400,0	8,2	7,0	34,0	238,5
Куры отварные с картофе- льным салатом	100/200,0	19,1	19,1	39,2	576,7
Фрукты	300,0	0,6	—	29,6	195,0
IV. Творог нежирный	120,0	16,8	0,6	4,4	90,0
Мусс клюквенный	100	0,1	—	27,9	115,0
V. Омлет белковый со сметаной	60/13,0	8,94	14,37	12,56	222,0
Чай	200,0	—	—	19,1	78,0
Перед сном					
Кефир	200,0	6,7	6,7	8,4	124,0
На день:					
Хлеб пшеничный	100,0	7,1	1,0	47,0	230,0

	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Угле- ды, г	Энерге- тическая ценость, ккал
Хлеб ржаной	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Масло сливочное	10,0	0,02	7,85	0,05	73,4
В с е г о . . .		117,1	86,2	381,5	2971,6

Пятница

I. Омлет из белка со сметаной	60/15	8,93	14,37	12,56	222,0
Салат из свежей капусты	100,0	7,83	5,0	4,85	71,0
Кофе с молоком	200,0	2,5	2,6	28	150,0
II. Молоко	200,0	6,6	7,4	9,4	134,0
Булочка	75,0	4,3	8,9	41,8	271,0
Творог (нежирный)	50,0	7,0	0,25	1,75	37,0
III. Суп картофельный рыбный из судака	400,0	12,2	5,3	48,2	297,0
Сардельки, каша гречневая, салат	95/120/30	24,6	20,8	48,8	494,5
Желе фруктовое	100,0	0,1	—	27,0	115,0
IV. Фрукты или ягоды	300/500	0,6	—	29,6	95,0
Печенье	30,0	3,0	3,3	21	129,0
V. Творог (нежирный)	120,0	16,8	0,6	4,4	90,0
Настой шиповника	200,0	—	—	19,1	78,0
Перед сном					
Кефир	200,0	6,4	6,4	7,4	124,0
На день:					
Хлеб пшеничный	100,0	7,1	1,0	47,5	230,0
Хлеб ржаной	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Масло сливочное	10,0	0,02	7,85	0,05	73,4
В с е г о . . .		115,0	84,05	394,5	2834,9

Суббота

I. Рыба отварная, картофельное пюре	100/200,0	21,2	5,77	41,45	309,0
Молоко	200,0	6,6	7,4	9,4	134,0
II. Сельдь с луком	30,0	4,6	4,6	0,55	64,8
Винегрет	150,0	1,5	3,6	11,7	86,3
Мусс клюквенный	100	0,1	—	27,9	115,0
III. Суп гороховый с мясным фаршем	400,0	17,7	12,0	53,7	403,8
Говядина отварная	75,0	23,0	11,4	—	201,0
Морковное пюре	200,0	4,9	5,47	35,0	194,0
Компот	200,0	—	—	34,0	141,0
IV. Печенье	30,0	3,0	3,3	21,0	129,0
Настой шиповника	200,0	—	—	19,1	78,0

	Масса, г	Белки, г	Жиры, г	Углево-ды, г	Энергетическая ценность, ккал
V. Ленивые вареники со сметаной	120/20	17,0	16,0	21,0	302,7
Чай	200,0	—	—	19,1	78,0
Перед сном					
Кефир	200,0	6,7	6,7	8,4	124,0
На день:					
Хлеб пшеничный	100,0	7,1	1,0	47,5	230,0
Хлеб ржаной	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Масло сливочное	20,0	0,02	7,85	0,05	73,4
Всего...		120,0	86,0	395,0	2886,0

Воскресенье

I. Печень тушеная с морковью	75/200	19,4	17,1	22,4	335,0
Сок фруктовый	200,0	1,2	—	46,0	194,4
Творог (нежирный)	50,0	7,0	0,25	1,75	37,0
II. Каша пшеничная (молочная)	300,0	12,6	12,82	49,2	372,0
III. Уха	400,0	11,4	9,42	31,2	218,0
Гуляш с кашей гречневой, салат	47/180/80	24,5	20,7	54,3	512,0
Компот	200,0	—	—	34,0	141,0
IV. Мусс клюквенный	100	1,2	—	27,9	115,0
Печенье	30,0	3,0	3,3	21,0	129,0
V. Творог (нежирный)	120,0	16,8	0,6	4,4	90,0
Чай	200,0	—	—	19,1	78,0
Перед сном					
Кефир	200,0	6,7	6,7	8,4	124,0
На день:					
Хлеб пшеничный	100,0	7,1	1,0	47,5	230,0
Хлеб ржаной	100,0	7,0	1,0	45,0	223,0
Масло сливочное	10,0	0,02	7,85	0,05	73,4
Всего...		116,8	80,0	408,0	2870,8

ОДЕЖДА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

Женщина всегда остается женщиной. Поэтому и во время беременности она хочет быть элегантно одетой. В то же время одежда в этот период должна соответствовать физиологическому состоянию организма. Зачастую женщины полагают, что в период беременности вопрос одежды является второстепенным, особенно в домашних условиях. Это не совсем верно. Со вкусом одетая женщина легче переносит беременность.



К одежде беременной предъявляется ряд требований:

- платье должно не стеснять движений, быть легким, мягким, соответствовать сезону года;
- бюстгальтер не должен сдавливать грудь, плечи, размер его во время беременности меняется;
- нательное белье должно быть всегда чистым, в связи с чем его необходимо часто менять.

В связи с увеличением массы тела женщины во время беременности значительно увеличивается нагрузка на ноги. Для устойчивости, уменьшения нагрузки на сгибы стоп, их передние части обувь следует носить на низком или расширенном каблуке. Обувь на высоком каблуке, кроме неустойчивости походки, способствует развитию плоскостопия.

Чулки лучше пристегивать к резинкам пояса или специального бандажа. Трусы и трико также не должны иметь тугих резинок и сдавливать тело.

Верхнюю одежду нужно подобрать таким образом, чтобы она была свободной и не давила в поясе. Такая одежда скрывает увеличивающийся живот и делает женщину опрятной и элегантной.

С увеличением срока беременности растягиваются мышцы передней брюшной стенки, что может способствовать опущению живота, тем самым изменить положение плода в матке. Для предупреждения этих осложнений рекомендуется носить специальный пояс-бандаж, который служит дополнительной опорой для живота

и матки. Бандаж надевают лежа, шнуруют в соответствии с объемом туловища. Ношение бандажа помогает сохранить правильность осанки и стройность.

РЕЖИМ ТРУДА И ОТДЫХА

В нашей стране уделяется большое внимание охране труда женщины во время беременности. В значительном числе отраслей промышленности определены виды труда, на которых запрещено использование беременных женщин. С 4-го месяца беременности Законодательством предусмотрено освобождать женщину от сверхурочных работ, ночных смен, командировок. В случае необходимости по заключению акушера-гинеколога она может быть переведена на более безопасную для нее и будущего ребенка работу. На некоторых предприятиях для таких женщин выделяются специальные места для работы и даже цехи. Многие промышленные предприятия имеют возможность предоставлять беременным бесплатное диетическое питание, а также места в санаториях-профилакториях.

При нормально протекающей беременности женщина получает дородовой отпуск сроком 56 дней, при наличии осложнений он может быть увеличен на более длительный срок путем предоставления больничного листа.

Очередной трудовой отпуск лучше брать в период с 4-й по 7-ю неделю беременности. Это позволяет женщине в период адаптации к беременности больше бывать на воздухе.

Беременной следует помнить и о том, что домашний труд должен быть умеренным. Умеренный труд полезен и обязателен, он тренирует мышцы, улучшает деятельность внутренних органов и тем самым повышает общий тонус организма.

При тяжелом физическом труде, когда большая часть кислорода поступает не к плоду, а к работающим мышцам, ухудшается снабжение плода кислородом. Поэтому на период беременности следует отказаться от шитья на ножной машинке, езды на велосипеде, от выбивания ковров, переноса тяжелых предметов на большие расстояния.

Уже с первых месяцев беременности следует чередовать труд с отдыхом через каждые 40—50 мин. Нежелательно выполнять домашнюю работу в наклонном положении.

Обо всем сказанном должна помнить не только сама женщина, но и ее близкие и по возможности создавать благоприятные условия для отдыха беременной.

При беременности потребность в кислороде повышается на 25—30%. Дыхание плода осуществляется путем переноса кислорода из материнской крови в кровь плода через стенки сосудов в ворсинах (хориона) плаценты.

Переход кислорода осуществляется за счет разности его напря-



жения по обе стороны плацентарной мембраны (со стороны матери выше, со стороны плода ниже).

Поскольку материнская кровь насыщается кислородом через легкие, становится понятной необходимость регулярных прогулок. Беременным целесообразно гулять несколько раз в день по 1—1½ ч. Перед сном прогулка обязательна.

Существенное значение для нормального течения беременности имеет сон. Во время сна органы получают наиболее полный отдых, восстанавливается работоспособность нервных клеток. Продолжительность сна беременной должна быть не менее 9—10 ч в сутки, обычно с 22—23 ч вечера до 7—8 ч утра в хорошо проветриваемом помещении.

Весьма важно также создать эмоционально благоприятную обстановку для беременной. В настоящее время установлено, что плод способен воспринимать настроение матери, слышать ее голос, музыку. В связи с этим для беременной в семье должен быть создан благоприятный психологический климат. Особенно об этом следует помнить мужу.

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА

С момента наступления беременности, как уже говорилось, в организме женщины начинают происходить многочисленные своеобразные изменения, проявляющиеся функциональной перестройкой всех органов и систем. В связи с этим соблюдение ряда

гигиенических требований во время беременности приобретает особое значение.

Во время беременности возрастает потребность в солях кальция, в связи с чем имеющийся кариес зубов обостряется, а зачастую и более интенсивно развивается вновь. Поэтому в систему медицинского наблюдения за беременной обязательно включается осмотр врача-стоматолога и санация полости рта. Беременная наряду с общепринятыми гигиеническими мерами (чистка зубов утром и вечером, полоскание рта после приема пищи) должна более внимательно следить за состоянием полости рта и зубов. При появлении кариеса зубов, гингивита и других признаков воспаления следует в обязательном порядке обратиться к врачу-стоматологу.

Известно, что чистая кожа хорошо «дышит» (поглощает кислород, выделяет углекислоту и вредные для организма вещества, облегчая тем самым работу легких и почек). В период беременности обменные реакции в организме женщины активизируются, поскольку в этот процесс включается и плод. Все это требует более тщательного гигиенического ухода за телом. С этой целью беременной следует 2 раза в день, утром и вечером, принимать теплый душ, необходима также более частая смена нательного и постельного белья.

Требуют периодической гигиенической обработки (бритье волос и ежедневное обмывание их теплой водой) подмышечные впадины, так как здесь скапливаются различного рода микробы.

Особое внимание во время беременности женщина должна уделять соблюдению ряда гигиенических правил в отношении молочных желез и половых органов. Молочные железы и соски следует ежедневно обмывать водой комнатной температуры, с последующим их растиранием жестким чистым полотенцем. Благодаря такой обработке эпителий сосков несколько грубеет и становится более устойчивым к механическому раздражению при вскармливании. Если соски плоские или втянутые, то следует производить массаж. Методика массажа молочных желез осваивается женщиной во время посещения «Школы материнства».

Беременной рекомендуется носить удобно сшитый лифчик из хлопковой ткани. Размер его следует менять по мере увеличения объема молочных желез, чтобы чашечки соответствовали их форме и величине.

Обилие сальных желез в области половых органов и усиленный прилив крови к ним способствуют образованию большого количества секрета, в котором, как в питательной среде, быстро размножаются болезнетворные микробы. С целью профилактики воспалительных заболеваний рекомендуется 2—3 раза в день обмывать наружные половые органы теплой водой. При появлении обильных белей, свидетельствующих о воспалительном заболевании половых путей, следует немедленно обратиться к врачу женской консультации, так как имеющийся воспалительный процесс может поражать околоплодные оболочки плода, снижать их защитную функцию

и вызывать внутриутробное инфицирование околоплодных вод и самого плода.

Наступившая беременность диктует необходимость изменения ритма половых сношений. В первые 2 мес беременности, когда происходит имплантация плодного яйца и формирование плаценты, следует воздержаться от половых сношений. Противопоказана половая жизнь также и в последние 2 мес беременности, поскольку это может привести к преждевременному прерыванию ее и инфицированию половых путей женщины. В другие сроки беременности ритм половых сношений будет зависеть от состояния здоровья женщины.

Многих женщин интересуют вопросы, можно ли им загорать и купаться во время беременности, не причинит ли это вреда будущему ребенку? Загорать и купаться можно, если беременность протекает без осложнений и женщина имеет возможность систематического наблюдения у врача-гинеколога. Однако длительность одномоментного пребывания на солнце утром (8—11 ч) и днем (17—19 ч) целесообразно сократить до 10—15 мин. В другие часы полезны воздушные ванны и прогулки в местах, защищенных от солнца.

В период беременности курение и алкогольные напитки должны быть полностью исключены. Под воздействием алкоголя страдают половая и детородная функции женщины. Употребление его ведет к нарушению менструального цикла, бесплодию, невынашиванию.

Во многих странах мира издавна существовали обычаи, запрещающие новобрачным пить спиртные напитки. Во время свадьбы на Руси молодым давали только квас. Делалось это с единственной целью, чтобы не было неполноценных детей после ритуального застолья, чтобы потомство рождалось здоровым.

Не только частое употребление алкоголя, но даже его однократный прием в ранние сроки беременности во много раз увеличивает вероятность врожденных аномалий развития у плода (уродств). При этом наиболее опасными и коварными являются скрытые дефекты различных органов и систем ребенка. Вначале поражения могут быть внешне незаметными, но в дальнейшем они обязательно проявляются в виде нарушений различных функций его организма.

Наукой доказано, что алкоголь нарушает развитие плода в различные сроки беременности неодинаково. Особо большую опасность для плода представляет употребление спиртных напитков в ранние сроки беременности, когда происходит закладка и формирование основных органов и систем плода.

Эмбрион (зародыш) наиболее чувствителен к воздействию алкоголя в первые недели и особенно в первые дни своего существования. В это время женщина может еще не знать о наступившей беременности и употреблять алкогольные напитки не остерегаясь, не думая о возможности их пагубного влияния на плод, тем самым нанося непоправимый вред своему будущему ребенку.

Алкоголь значительно снижает защитные силы организма самой женщины, повышает восприимчивость его к различным инфекциям, неблагоприятно сказывается на течении и исходе беременности и родов. Отсюда неизбежный вывод: женщина, желающая иметь ребенка, должна полностью отказаться от употребления алкоголя.

Употребление алкогольных напитков во время беременности представляет огромную опасность для развивающегося плода. Алкоголизм матерей приводит к рождению детей с так называемым алкогольным синдромом, который характеризуется недоразвитием верхней челюсти, выступающим лбом, косоглазием. При этом наблюдается замедление роста, резкое уменьшение размеров головы и умственная отсталость детей. Терапевтической дозой алкоголя считается ежедневный прием его в количестве 60—80 г.

Не менее опасно курение во время беременности. Мнение медиков единодушно: курение наносит страшный вред здоровью будущего ребенка. Вот данные статистики: у женщин, даже курящих умеренно (от 1 до 9 сигарет в день), смерть новорожденных на 20,8% выше, чем у женщин, которые не курят. И эта цифра увеличивается до 25,9%, если женщина курит свыше 10 сигарет в день. А это значит, что выкуривание полпачки сигарет в день ведет к рождению мертвого ребенка в каждом четвертом случае. Нужны ли еще более веские доказательства вреда курения? Никотин выделяется с молоком матери, поэтому кормящая женщина, если она курит, отравляет своего ребенка, который будет расти слабым, хилым и более подверженным различным заболеваниям, чем дети, родители которых не курят.

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Как же должна вести себя беременная, чтобы родить здорового ребенка?

Наблюдение у врача. С целью обеспечения оптимальных условий для внутриутробного развития плода разработан комплекс профилактических и лечебных мер, объединенных общим названием — антенатальная (дородовая) охрана плода. Основные мероприятия, направленные на охрану плода, проводятся в женских консультациях. Однако даже при условии хорошей организации работы женских консультаций главная роль в осуществлении антенатальной охраны плода принадлежит самой женщине, готовящейся стать матерью. Опыт работы врачей показал, что благоприятное течение беременности и родов определяется степенью аккуратности, с которой будущая мать выполняет все медицинские предписания в соблюдении режима.

У женщин, не наблюдавшихся в женской консультации во время беременности, смертность родившихся детей была в 5 раз выше, чем у женщин, регулярно посещавших врача.

Одной из причин отказа беременных от посещений женской консультации является стремление скрыть тяжелое заболевание, при котором беременность противопоказана, а бесконтрольное сохранение ее может закончиться смертью самой женщины.

Вот почему при появлении первых признаков беременности женщине необходимо обратиться к врачу, чтобы пройти медицинское обследование и выявить очевидную или скрытую патологию.

При раннем обращении в женскую консультацию врач разделяет беременных на тех, кому угрожает серьезная опасность (повышенный риск), и тех, кто находится в меньшей опасности (малый риск). В случае выявления противопоказаний к сохранению беременности женщина всегда может прервать ее путем искусственного аборта. Обращение беременной в консультацию до 12 нед имеет большое значение как для сохранения здоровья самой женщины, так и ее будущего ребенка.

Успехи в развитии медицины за последние годы позволили накопить много сведений о внутриутробной жизни плода. В настоящее время плод из «немого» объекта наблюдения врача превратился во внутриутробного «пациента», который нуждается в медицинском наблюдении и помощи, как любой другой пациент. Долгое время считалось, что плод надежно охраняется в организме матери от всех повреждающих факторов и плацента в этом смысле является мощным барьером. Однако в 1941 г. было проведено классическое наблюдение: при заболевании матери краснухой в ранней стадии беременности у плода в дальнейшем наблюдалось недоразвитие некоторых органов. В настоящее время хорошо изучены процессы перехода через плаценту многих химических, медикаментозных средств, некоторых бактерий и вирусов. Особенно опасно воздействие вредных веществ, когда плод переживает критические периоды своей внутриутробной жизни. Эти периоды приходятся на 7—14-й день жизни эмбриона (период имплантации), затем на 3—12-ю неделю беременности, когда происходит закладка тканей и органов плода, которые еще не могут функционировать самостоятельно. Третьим уязвимым периодом можно считать сроки беременности 18—20 и 22—24 нед, в этот интервал у плода формируются функции органов, свойственные новорожденному.

Тесная взаимосвязь плода с организмом матери проявляется в том влиянии, которое оказывает здоровье матери на внутриутробный плод. Некоторые болезни матери, неполноценное питание, курение, несоблюдение режима труда и отдыха, профессиональные вредности и прочие причины, которые иногда даже трудно заметить и выявить, — все это может оказать губительное действие на зародыш. Вредные факторы, действующие на плод в первые 2 нед его существования, чаще вызывают гибель плода, т. е. оказывают эмбриотоксический эффект. В период формирова-

ния органов плода в результате неблагоприятных факторов в первую очередь поражаются те органы и системы, которые в это время находятся в процессе развития. Поскольку фазы развития различных органов и систем не совпадают друг с другом по времени, повреждающий фактор в зависимости от времени своего действия вызывает уродство тех или иных органов и систем.

Примером может служить талидомидная катастрофа — вспышки врожденных уродств в странах Западной Европы, Америки, Канады, обусловленные приемом в ранние сроки беременности снотворного препарата талидомида. Более 50% детей, матери которых во время беременности принимали талидомид, родились с недоразвитием рук. У тех, кто длительное время принимал препарат, дети рождались с множественными пороками; нарушениями развития органов слуха, зрения, сердца и др. Факторы, вызывающие уродства плода, называются тератогенными (гр. *teras* — чудовище, урод).

После 12 нед беременности у плода снижается чувствительность к повреждающим факторам, что обусловлено появлением и развитием приспособительных механизмов, однако в силу их незрелости у него могут возникнуть некоторые заболевания, симптомы которых имеют общие черты с заболеваниями взрослого организма.

Так, голодание и неполноценное питание беременной неблагоприятно сказывается на развитии плода, который особенно чувствителен к недостатку в организме матери белков, витаминов, различных микроэлементов. В таких случаях замедляется рост плода, наблюдаются нарушения в развитии глаз и ушей, отстает формирование сердечно-сосудистой системы, головного мозга. Особенно страдает зародыш при неполноценном питании женщины в первую половину беременности.

Среди многочисленных факторов внешней среды, способных вызвать нарушения в развитии плода, не последнее место принадлежит лекарственным средствам.

В настоящее время около 80% женщин во время беременности получают различные лекарственные препараты, в том числе такие активные, как гормоны, антибиотики, снотворные и др.

В ряде стран проводятся специальные исследования по выявлению тератогенных свойств лекарственных средств. Большинство лекарственных препаратов, рекомендуемых беременным, безвредно для плода. Более того, лекарственные средства оказывают положительное влияние на развитие плода при тяжелых болезнях матери. Наряду с этим имеется немало лекарственных средств, применение которых во время беременности должно быть ограничено и даже запрещено. Так, некоторые антибиотики отрицательно влияют на плод в силу их проницаемости через плаценту. К таковым относятся антибиотики тетрациклинового ряда. Нередко под влиянием тетрациклина наблюдается задержка роста плода, расщепление верхнего неба, сращение пальцев на руках и ногах. При этом особенно часто у детей развивается кариес и недоразвитие эмали

молочных зубов. Длительный прием беременной другого антибиотика — стрептомицина может привести к поражению слухового нерва у плода и вызвать глухоту. Применение левомицетина вызывает изменения в печени плода и влияет на его кроветворную систему.

Иногда беременные без назначения врача и достаточных к тому показаний самостоятельно принимают лекарственные препараты, совершенно не задумываясь над тем, какое влияние это может оказать на плод и новорожденного. Нужно помнить о том, что лекарства должны назначать беременным только врачи по строгим показаниям.

Особенно губительно действует на плод ионизирующая радиация. Непосредственным поводом для такого вывода послужил анализ исходов беременности у женщин, подвергшихся лучевому воздействию атомных бомб в городах Хиросима и Нагасаки. У всех беременных, находившихся в радиусе 1 км от эпицентра взрыва, произошли преждевременные роды или самопроизвольные выкидыши. У других беременных, находившихся дальше от места взрыва, родившиеся дети страдали микроцефалией (маленькая головка) или задержкой роста. Принимая во внимание, что эмбрион человека наиболее чувствителен к лучевому воздействию в течение первых 2—7 нед внутриутробного развития, от рентгенологического обследования в эти сроки необходимо полностью воздержаться.

Известно, что тяжелые и длительные заболевания у женщин отражаются на дальнейшем развитии их потомства. Многочисленные наблюдения показывают, что при серьезных заболеваниях и осложнениях во время беременности в первую очередь нарушаются условия питания и газообмена плода. Нередко у плода возникают расстройства функций тех органов и систем, которые поражены у матери. Так, врожденные пороки сердца наблюдаются чаще у новорожденных, матери которых больны пороком сердца. В настоящее время пороки сердца встречаются у 2—5% беременных. Успехи кардиальной хирургии привели к увеличению числа беременных, перенесших операцию на сердце при пороках, при которых ранее беременность считалась противопоказанной. Частыми осложнениями беременности при пороках сердца являются недонашивание беременности и рождение детей с недостаточной массой тела.

Среди сердечно-сосудистых заболеваний, оказывающих неблагоприятное влияние на развитие плода, большое место занимает гипертоническая болезнь. Колебания артериального давления вызывают нарушения кровотока в детском месте, что приводит к преждевременному его старению. При этом плод не обеспечивается в достаточном объеме питательными веществами и кислородом, вследствие чего нередко погибает внутриутробно. На фоне гипертонической болезни или других заболеваний матери часто развиваются поздние токсикозы беременных, которые до настоящего времени являются одним из наиболее грозных осложнений,

встречаясь у 8—10% беременных. Поздний токсикоз проявляется одним или несколькими симптомами, к которым относятся появление отеков на теле, повышение артериального давления и выделение белка с мочой. В развитии позднего токсикоза значительная роль принадлежит сосудистым спазмам, что приводит к кислородному голоданию органов матери, вследствие чего у плода тоже возникает хроническое кислородное голодание. При среднетяжелых формах токсикозов 40 из 1000 детей погибают, а при тяжелых формах смертность возрастает до 100; в 20% случаев дети рождаются недоношенными.

Нарушения развития плода и новорожденного часто наблюдаются при эндокринных заболеваниях матери, особенно сахарном диабете, болезнях щитовидной железы.

До тех пор пока у плода не сформирована плацента как железа, секретирующая гормоны, его железы внутренней секреции находятся под влиянием аналогичных желез матери. Так, в первые недели беременности щитовидная железа плода формируется под влиянием гормонов щитовидной железы матери. Когда плацента начинает вырабатывать гормоны, плод уже становится независимым. В связи с этим очень важно для беременных с различными гормональными нарушениями обращение к врачу в ранние сроки беременности для лечения пораженного органа.

Помимо вышеперечисленных заболеваний, частой причиной повреждения внутриутробного плода и новорожденного являются инфекционные заболевания матери. Инфекция на сравнительно раннем этапе беременности иногда приводит к уродству, несовместимому с жизнью. Возбудители инфекции проникают к плоду наиболее часто через плаценту и поражают его, а затем, выделяясь через почки плода в мочу, оказываются в околоплодных водах. В результате заглатывания плодом инфицированных вод, контакта их со слизистой оболочкой у плода развивается ряд новых инфекционных патологических процессов, таких как конъюнктивит, бронхопневмония, отит, поражения кишечника и др. Через плаценту проникают вирусы краснухи, полиомиелита, ветряной оспы, кори, вирусного гепатита, из бактерий — стрептококки, стафилококки, гонококки, палочки брюшного тифа, столбняка, сифилиса, возвратного тифа.

Частота инфекционных заболеваний матери не находится в прямой связи с частотой поражения плода. Например, при таком частом заболевании, как грипп, плод внутриутробно поражается редко. В то же время при краснухе, встречающейся сравнительно редко в виде эпидемических вспышек, нарушения развития плода в ранние сроки беременности наблюдаются в 60—70% случаев.

Гнойно-воспалительная инфекция у беременной обычно устанавливается в процессе ее обследования в женской консультации, когда выявляются очаги инфекции в миндалинах, кариозных зубах, мочевыводящих путях. Наряду с санацией этих очагов иногда при явлениях общего инфекционного заболевания встает вопрос о

лечении антибиотиками, которые должны подбираться с учетом их воздействия на плод.

Большая роль в патологии плода и новорожденного принадлежит иммунологической несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или группе крови. В случае резус-отрицательной крови беременной и резус-положительной крови плода, полученной им от отца, у матери при попадании в ее кровоток эритроцитов плода вырабатываются противорезусные антитела, повышающие чувствительность ее организма (сенсibilизация) к внутриутробному плоду. Противорезусные антитела матери проникают через плаценту в кровь плода и, будучи направлены против его эритроцитов, вызывают их разрушение и анемию. Сенсibilизация организма матери может происходить не только за счет эритроцитов плода, но и в результате переливания во время беременности или до нее женщине с резус-отрицательной кровью резус-положительной донорской крови. Даже во время операции искусственного аборта эритроциты плода попадают в кровь матери и вызывают сенсibilизацию. При резус-отрицательной крови матери не всегда развивается иммунологический конфликт. Во-первых, плод обычно остается здоровым, если и он имеет тоже резус-отрицательную кровь. Во-вторых, даже при резус-положительной принадлежности плода заболевание крови у него иногда не развивается. У некоторых женщин при первой беременности сенсibilизация не успевает наступить, а в редких случаях по не совсем ясным причинам образование антител в организме матери не происходит и при повторной беременности. Гемолитическая болезнь плода при групповой несовместимости крови матери и плода вызывается также переходом групповых антител матери через плаценту к плоду. Наиболее частой несовместимой комбинацией групп крови матери и плода являются I матери и II—III группы крови плода; II и III группы крови матери и плода.

Благодаря преимуществам советской системы охраны материнства и детства в работу женских консультаций вошло обязательное определение у всех беременных резус-принадлежности крови. Выявление женщин с резус-отрицательной кровью позволяет выделить их в особую группу. Рекомендовано во время беременности ежемесячное исследование крови на резус-антитела, особенно на 24, 32 и 36-й неделях. При этом имеет значение также исследование резус-принадлежности отца будущего ребенка.

Весьма эффективной профилактической мерой является применение специального препарата — иммуноглобулина антирезус — Rho (D) человека, который вводится женщинам с резус-отрицательной кровью в течение первых 48 ч после родов или искусственного аборта и блокирует образование антител в организме матери при последующей беременности.

В последнее время среди причин, приводящих к заболеваниям плода, много внимания уделяется нарушениям половых клеток родителей. Ребенок наследует от родителей не только черты внеш-

него сходства, но и факторы, определяющие состояние его здоровья.

Выше мы упоминали о том, что при слиянии женских и мужских половых клеток оплодотворенная яйцеклетка снова получает полный набор хромосом — 23 пары, из которых половина материнского и половина отцовского происхождения.

Однако при некоторых неблагоприятных факторах, связанных либо с внешней средой, либо с пожилым возрастом родителей, воздействием облучения, заболеваниями и др., наблюдается нарушение в расхождении какой-либо пары хромосом. В таких случаях оплодотворенная яйцеклетка содержит избыток или недостаток хромосомного комплекта, и тогда в клетках развивающегося зародыша содержится 45 или 47 хромосом. Болезни, при которых наблюдается нарушение хромосомного комплекта, называются хромосомными болезнями человека. Обычно пораженный зародыш самостоятельно абортируется или рождается ребенок с физическими и умственными дефектами развития.

Чаще такие дети встречаются в потомстве пожилых родителей, так как у них чаще, чем у молодых, наблюдается неполноценность в хромосомном комплексе ввиду старения половых клеток.

Результаты работы медико-генетических центров ряда стран позволили установить, что частота пороков развития плода при возрасте матери от 35 до 39 лет наблюдается у одной из 60 супружеских пар, а при возрасте от 40 до 44 лет — у одной из 40 пар.

Мы считаем, что оптимальным возрастом для рождения ребенка является возраст матери от 20 до 25 лет.

При повреждении у родителей переносчика наследственной информации — гена развиваются генные, или наследственные, болезни. Каждая хромосома объединяет тысячи генов. Функция генов заключается в том, что они задают программу для синтеза ферментов при биологической постройке будущего организма.

Ряд физических и химических факторов внешней среды при действии на половые клетки родителей вызывает необратимые изменения в генах. Наиболее сильным повреждающим действием обладают радиоактивные изотопы, рентгеновские, космические и гамма-лучи. Поврежденный ген, переданный при оплодотворении яйцеклетки, перестает ведать по-настоящему теми или иными процессами, например обменом веществ в организме, и тогда обмен веществ нарушается, что приводит к аномалиям в развитии органов зрения, слуха, различным нарушениям нервной системы у плода.

Для большинства наследственных заболеваний типичен семейный характер распространения, т. е. повторение того же заболевания среди родственников на протяжении ряда поколений.

При браках, заключенных между отдаленными родственниками, или среди населения, живущего в изолированной местности, где миграция людей незначительная, вероятность рождения детей с пороками развития значительно повышается.

В настоящее время некоторые наследственные болезни, если

они обнаруживаются своевременно (особенно в первые дни и недели жизни), успешно лечатся. Так, наследственные дефекты костей, мышц, сердца, легких, почек устраняются хирургами. Наследственные болезни, связанные с нарушением обмена веществ, лечат педиатры, терапевты, диетологи.

При обнаружении наследственной патологии членам семьи рекомендуется пройти специальное обследование в медико-генетических консультациях для выявления ранних симптомов болезни или предрасположенности к ней. Это позволяет начать своевременное лечение и провести профилактику наследственных болезней. Чтобы выявить отклонения в здоровье, вредные профессиональные и другие неблагоприятные факторы, женщина должна в течение всей беременности регулярно приходить в дни, назначенные врачом, и пройти рекомендованное ей обследование. В первые 20 нед беременности женщина может посещать врача не реже 1 раза в месяц, с 20 до 32 нед — 1 раз в 2 нед. После получения родового отпуска беременная ни в коем случае не должна уходить из-под наблюдения врача. Она обязана являться на прием не реже 1 раза в 10 дней, поскольку в эти сроки наиболее часто возникают осложнения беременности в виде поздних токсикозов.

Каждая женщина в течение беременности проходит определенный объем обследований. Так, при первой явке беременной к акушеру-гинекологу она обязательно должна сдать анализы мочи, крови, проверить группу крови и определить ее резус-принадлежность, а также реакцию крови на сифилис. Необходимо пройти осмотр у терапевта, зубного врача, отоларинголога, окулиста. Этот круг обследований дает возможность выявить у беременной имеющиеся или скрытые заболевания и своевременно приступить к их лечению. При выявлении хронических или острых заболеваний у беременной врач-терапевт берет такую женщину на специальный учет и во время беременности наблюдает ее чаще, чем здоровых женщин, назначая те или иные необходимые медицинские средства. Во время беременности особенно внимательно устанавливается наблюдение за анализами крови и мочи.

Пристальное внимание к анализу крови вызвано тем, что во время беременности у женщин часто развивается анемия (малокровие). Частота анемий довольно высока и колеблется в пределах 15—30%. Анемия при беременности связана с тем, что часть железа матери расходуется на построение органов кроветворения плода. Особенно потребность плода в железе возрастает в 16—20 нед, когда активно строится его костномозговое кроветворение. В эти сроки беременной необходимо повторить анализы крови и при снижении гемоглобина ниже 110 г/л (66%) начать лечение антианемическими средствами, а также усилить питание продуктами, содержащими железо (см. раздел Питание).

Анализ мочи проверяется у беременной при каждой очередной явке. Как было сказано выше, почки при беременности испытывают большую нагрузку, особенно в последние 2 мес перед рода-

ми, поэтому систематические анализы мочи помогают выявить ранние нарушения их функции.

При каждом посещении врач осматривает беременную: измеряет у нее артериальное давление на обеих руках, определяет массу тела, высоту стояния дна матки, окружность живота, положение плода в матке, выслушивает его сердцебиение.

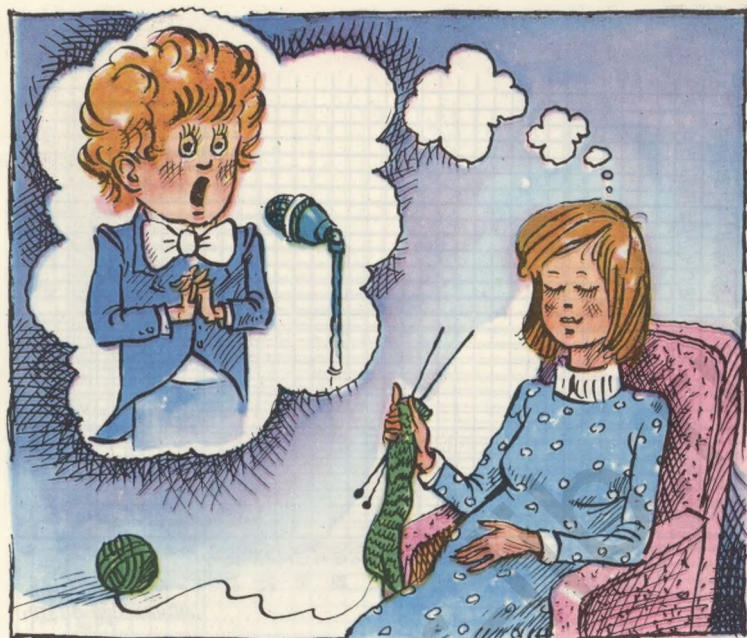
Весьма важно следить за изменением высоты дна матки, так как этот показатель очень хорошо отражает благополучие развития плода, указывает на соответствие его внутриутробного возраста календарным срокам беременности.

С этой точки зрения для беременной также важна ранняя явка в женскую консультацию, т. е. в первые 3 мес беременности. Именно в эти сроки можно наиболее точно установить срок беременности и в дальнейшем более правильно осуществлять контроль за ростом и массой тела плода. При позднем обращении в женскую консультацию возрастает риск того, что поздно определяется отставание физического развития плода от истинных сроков беременности. Тогда при доношенной беременности рождается ребенок с массой тела менее 3000 г и даже менее 2500 г. Такой плод с признаками гипотрофии (малоупитанный) плохо переносит роды и нуждается в особом уходе после родов.

Иногда может возникнуть необходимость в проведении дополнительных методов обследования беременной. На сегодняшний день в практику здравоохранения внедрены надежные диагностические методы исследования с использованием современной аппаратуры. Не нужно бояться ни одного метода исследования, предлагаемого беременной, так как все они безвредны как для здоровья матери, так и для здоровья плода. В течение последних 10—15 лет во всем мире широко используется ультразвуковое исследование плода. Этот метод позволяет получить изображение плода на специальном экране. Врач может определить размеры головки и туловища плода, длину его рук и ног, выявить аномалии развития, двойню, тройню и т. д. Легко определяются расположение плаценты в матке, обвитие пуповины, различные опухоли в матке и пороки ее развития. Распознавание беременности возможно уже на 3—4-й неделе ее.

Для дополнительной оценки внутриутробного состояния плода применяются гормональные методы исследования. По определению уровня гормонов в моче или крови беременной можно судить о жизнедеятельности внутриутробного плода.

Особое место в системе обследования беременной занимают методы наблюдения за сердечной деятельностью плода. С этой целью применяются электрокардиограммы. Запись электрокардиограммы плода осуществляется в амбулаторных условиях наложением специальных электродов на переднюю стенку живота беременной. При этом беременная сама выслушивает ритм сердцебиения плода, который передается на аппарат. Достоверную информацию о состоянии сердечной деятельности плода можно получить после 34 нед беременности. Электрокардиограмма плода по-



могает своевременно выявить признаки его внутриутробного страдания, когда возникает хроническое кислородное голодание при снижении функции плаценты или при обвитии пуповины, тяжелых заболеваниях матери и др.

Надежной и простой характеристикой благополучия плода является его двигательная активность. В результате многочисленных исследований установлено, что снижение частоты шевелений внутриутробного плода можно рассматривать как угрозу его жизни. Отдельные движения плод начинает совершать на 7—8-й неделе своего развития, однако женщина их еще не ощущает. Движения плода становятся координированными к 16-й неделе, поэтому первое шевеление плода женщина ощущает между 16-й и 20-й неделями беременности. По данным различных ученых, плод на 20-й неделе совершает около 200 движений в сутки, на 32-й неделе наблюдается наибольшее число движений (около 600), затем постепенно число их снижается.

С внедрением в медицину современной диагностической аппаратуры открыто много нового и интересного в жизни внутриутробного плода, недоступной ранее для исследования. Установлено, что плод имеет собственный ритм активности длительностью до 40 мин и ритм сна до 20 мин. Они между собой чередуются.

У здорового плода двигательная активность повышается в вечерние часы, особенно между 21-м и 1-м ч. Плод реагирует на звуковые сигналы и на световой раздражитель. Внезапные звуковые сигналы и освещение брюшной стенки матери яркой лампой вызы-

часы	28 нед						
9.00	п	в	с	ч	п	с	в
9.30							
10.00							
10.30							
11.00							
11.30							
12.00							
12.30							
13.00							
13.30	×	А					
14.00							
14.30							
15.00							
15.30							
16.00							
16.30							
17.00							
17.30							
18.00							
18.30							
19.00							
19.30							
20.00							
20.30							
21.00							
9							
8							
7	×						
6							
5							
4				×			
3							
2							
1							
0							×

ТЕСТ ДВИЖЕНИЙ ПЛОДА „СЧИТАЙ ДО 10”

Фамилия, и.о.

Адрес

Дом. телефон

Начато19...г. при сроке
беременности нед

движение плода начинайте считать
в 9 ч утра, когда почувствуете
10-е движение, время отмечайте
в таблице и больше не считайте.
Например: 10-е движение зарегистри-
ровано между 13.00 и 13.30 ч и
отмечено в клетке А.

На следующее утро начинайте
считать движения снова.

Если с 9.00 до 21.00 ч почувствовали
меньше 10 движений, отметьте
только их число за это время в
нижней части таблицы
(клетки б и в).

Запомните:

1. Если 2 дня подряд наблюдается
меньше 10 движений – обращайтесь
к врачу.
2. Если за день не отмечали ни
одного движения – немедленно
обращайтесь к врачу, жизнь
вашего ребенка в опасности

часы	28 нед					29 нед					30 нед					31 нед					
	п	в	с	ч	п	с	в	п	в	с	ч	п	с	в	п	в	с	ч	п	с	в
9 00																					
30																					
10 00																					
30																					
11 00																					
30																					
12 00																					
30																					
13 00																					
30																					
14 00																					
30																					
15 00																					
30																					
16 00																					
30																					
17 00																					
30																					
18 00																					
30																					
19 00																					
30																					
20 00																					
30																					
21 00																					
30																					
9																					
8																					
7																					
6																					
5																					
4																					
3																					
2																					
1																					
0																					

число движений
(меньше 10)

вают усиление движений плода и изменение ритма его сердцебиения. На сегодняшний день существует много доказательств того, что ребенок слышит голос матери, ее сердцебиение, урчание кишечника и все это действует на него успокаивающе. Применение ультразвукового исследования позволило установить, что внутриутробный плод совершает дыхательные движения, хотя, естественно, его легкие не функционируют, а дыхание осуществляется через кровеносное русло. Эти дыхательные движения грудной клетки нужно рассматривать как тренировочные движения мышц грудной клетки, которые включаются в работу после рождения плода. Дыхательные движения бывают различных типов, в том числе в виде «икоты», что может восприниматься матерью как движения типа частой пульсации. В связи с тем что двигательная активность плода отражает состояние его благополучия, важным является регистрация шевелений плода самой беременной. Научные исследования показали, что беременная отмечает 90% движений плода, зарегистрированных на диагностических аппаратах. В связи с этим учет числа шевелений плода является простым и надежным способом для самой матери. Мы рекомендуем применять тест шевелений плода «Считай до 10» Д. Пирсона, где на специальной карте ежедневно отмечается число шевелений плода, лучше с 28-й недели беременности. Счет шевелений надо начинать с 9 ч утра, при этом считается только 10 шевелений плода, время 10-го шевеления отмечается крестиком в карте.

Установлено, что число шевелений плода менее 10 за 12 ч является угрожающим для плода и требует немедленного обращения к врачу. Каждый раз при посещении врача беременная должна показывать ему свою карту движений плода. Вялые и слабые шевеления плода также свидетельствуют о его неблагополучии.

Внимательное отношение матери к жизни своего внутриутробного малыша поможет своевременно выявить имеющиеся нарушения в его развитии.

Мы уже говорили, что в сроки 28—32 нед плод совершает наибольшее число движений. Это обусловлено тем, что объем матки и вод для него в это время велики и плод легко перемещается. Начиная с 35-й недели плод устанавливается в матке в продольном положении, головкой вниз. Однако у 3% беременных сохраняется тазовое предлежание плода, когда ко входу в таз матери обращен тазовый конец плода, а головка находится в дне матки. В этом случае врач может предложить специальные упражнения для исправления положения плода. Однако, если плод сохранит тазовое предлежание или положение его в матке будет поперечное либо косое, необходима госпитализация беременной в родильный дом за 2—3 нед до родов. От предложенной врачом госпитализации беременная не должна отказываться, поскольку от ее своевременности зависит исход родов. Так, при запоздалой госпитализации беременных с нефропатией, когда у женщины повышается артериальное давление, появляются отеки на теле и белок в моче, потеря

детей при родах возрастает в 8 раз по сравнению с группой беременных, которые госпитализировались вовремя.

С 15—16-й недели беременности женщине целесообразно посещать «Школу матерей», занятия в которой проводят акушер-гинеколог, детский врач и юрист. На занятиях демонстрируют наглядные пособия, включающие предметы туалета для беременной, предметы ухода за новорожденными и др.

Врач акушер-гинеколог дает рекомендации по режиму жизни во время беременности, рассказывает о подготовке к предстоящим родам и о поведении при родах. В последнее время с успехом практикуются занятия с беременными в детских поликлиниках, куда приглашаются будущие мамы, и детский врач знакомит их с правилами ухода за новорожденными. Желательно, чтобы будущие отцы и другие члены семьи, которые примут участие в воспитании ожидаемого ребенка, также посещали «Школу матерей».

Юрист знакомит женщин со всеми правилами и законами, существующими в стране по охране интересов матери и ребенка,

Большинство женщин, особенно первородящих, недостаточно осведомлены о процессе родов, слышали о болях в родах и поэтому неоправданно страшатся их приближения. Действительно, родовые схватки могут быть болезненными, сами роды требуют физической энергии от женщины. Однако заблаговременная психическая и физическая подготовка к родам делает их управляемыми самой роженицей, вследствие чего схватки воспринимаются менее болезненно и роды проходят без особого труда для женщины.

С целью физической подготовки к родам беременным рекомендуется проведение определенного комплекса гимнастических упражнений. Многочисленные наблюдения убедили врачей в том, что систематические занятия гимнастикой при беременности нормализуют, стабилизируют функциональные системы матери, обеспечивающие благополучное развитие плода, повышают защитные силы организма, адаптируют его к физическим нагрузкам в родах. Под влиянием многократно повторяющейся мышечной работы организм приобретает способность к более быстрой и полной мобилизации ресурсов в момент предъявления к нему высоких требований и экономному их использованию. С этой точки зрения гимнастика во время беременности рассматривается как одно из мероприятий по предупреждению осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Комплекс гимнастических упражнений преследует цель последовательного включения в тренировку мышечных групп организма, принимающих активное участие в процессе родов. В связи с этим система физических упражнений разделяется на 3 комплекса, охватывающие сроки беременности до 16 нед, от 17-й до 31-й недели и от 32-й недели до родов.

Занятия гимнастикой в первые недели предусматривают обучение беременных навыкам полного дыхания, правильному напряжению и расслаблению мускулатуры тела, постепенной адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам. В комплекс

включаются упражнения для тренировки мышц рук, ног, корпуса, брюшного и грудного дыхания.

С 17-й до 31-й недели особое внимание уделяется упражнениям, направленным на укрепление мышц брюшного пресса и спины, которые несут повышенную нагрузку из-за смещения центра тяжести, а также мышц стопы в связи с возможным уплощением и плоскостопием. Для этого используются движения, способствующие увеличению гибкости и пластичности позвоночника и тазовых сочленений, при этом многие упражнения выполняются с гимнастической палкой. В период максимальной функциональной нагрузки на сердце (28—32 нед) целесообразно уменьшить общую физическую нагрузку за счет введения большего количества дыхательных упражнений.

Широко используются движения для укрепления мышц ног с целью профилактики венозного застоя в нижних конечностях.

В 3-м комплексе упражнений особое значение придается развитию и закреплению навыков, имеющих применение в родовом акте: волевое напряжение и расслабление мышц брюшной стенки, тазового дна и тренировка дыхания с задержкой вдоха, выдоха и последующим полным расслаблением тела (релаксация). С этой целью используются упражнения, имитирующие позы при потугах.

В комплекс гимнастических упражнений вводятся приемы «обезболивания» родов, с которыми женщины знакомятся на занятиях по психопрофилактической подготовке к родам. В женской консультации обычно проводятся групповые занятия по гимнастике. Их проводит методист лечебной физкультуры или специально обученная медицинская сестра. При подборе гимнастических упражнений учитываются возраст женщины и особенность ее телосложения с целью соблюдения посильности выполнения физических нагрузок. При этом осуществляется контроль за частотой пульса, дыхания, величиной артериального давления до и после гимнастики, результаты заносятся в учетную карту, оформляемую на каждую беременную. После некоторого обучения женщины самостоятельно контролируют вышеуказанные физические параметры. Гимнастика продолжается 20—25 мин и завершается ультрафиолетовым облучением обнаженных беременных, которое особенно полезно зимой. Если в силу каких-либо причин беременная не может посещать занятия физкультурой в женской консультации, их можно самостоятельно проводить дома. Занятия проводятся в медленном темпе, каждое упражнение повторяется 3—5 раз. Нужно помнить о том, что после гимнастики не должна ощущаться физическая усталость, пульс должен быть в пределах нормы (60—80 ударов в минуту). После гимнастики рекомендуется несколько минут посидеть в кресле в расслабленной позе. Для упражнений рекомендуется иметь специальную спортивную одежду.

С целью психологической подготовки к родам организованы специальные занятия, на которые приглашаются женщины после

32 нед беременности. На этих занятиях беременная получает сведения о строении половых органов, о функции матки во время беременности и родов, о жизни внутриутробного плода. Подробно на рисунках показываются периоды родов, приемы «обезболивания», которые женщина может с успехом применять в родах во время схваток. В последние годы в комплекс психопрофилактической подготовки начали с успехом вводить элементы аутогенной тренировки. Характерной особенностью этого метода является то, что сам тренирующийся включается в психотерапевтическую работу при полном сохранении инициативы и самоконтроля. Цель аутогенной тренировки — привести основные системы организма в состояние мобилизации и эффективного выполнения «приказа» согласно волевому желанию человека. Аутотренинг во время беременности готовит эмоциональное состояние женщины к выполнению главной функции организма в родах — активной деятельности матки.

А. В. Терещенков в Ленинграде разработал вариант самостоятельной тренировки беременных и с успехом применил его на практике. Курс рассчитан на 9—10 занятий, продолжительность каждого занятия 7—10 мин. Цель 1-го занятия — научить женщину расслабляться: сначала надо расслабить мышцы лица, затем верхних и нижних конечностей. Для этого необходима удобная поза в кресле, голова должна свободно лежать на его изголовье, не вызывая напряжения мышц шеи. Занятие начинается с установления контроля над дыханием, которое должно быть спокойным, по возможности брюшным, с удлиненным выдохом. Сначала надо расслабить мышцы лица, лба, брови поставить в нейтральное положение, веки опустить, фиксировать взгляд немного кнутри и книзу, язык мягко приложить к верхним зубам, нижняя челюсть немного отвиснута. Повторить выполнение «маски релаксации» 2—3 раза. Расслабить мышцы шеи и затылка, затем следует расслабление мышц верхних конечностей. Обычно начинают с правой руки. Нужно мысленно представить руки свободно свисающими. Аналогичен порядок расслабления мышц ног. Занятия заканчиваются активным выходом из состояния мышечного расслабления.

2-е з а н я т и е: преднамеренное усилие ощущений тяжести и тепла в руках и ногах. Для этого необходимо ярко представить себе эти ощущения, словесно, в виде самоприказа. Предлагается повторять про себя: «Я хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Очень хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Хочу, чтобы мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Мои руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Руки и ноги стали тяжелыми и теплыми. Руки и ноги тяжелые и теплые». Сокращая фразу от пожелания «Я очень хочу» переходим к утверждению «Руки и ноги стали тяжелые и теплые». После самоприказа установите, как он повлиял на ощущения. К концу занятия нужно добиться ощущения максимального отдыха и телесного покоя.

3-е з а н я т и е: дыхательная гимнастика. Она состоит в правильной регуляции продолжительности вдоха, выдоха, паузы после выдоха. Выполняется под устный счет. Условно делится на 4 этапа:

$$I \quad \frac{3}{3} 2 \frac{3}{4} 2 \frac{3}{5} 2 \frac{3}{6} 2;$$

$$II \quad \frac{4}{6} 2 \frac{4}{7} 2 \frac{4}{8} 2;$$

$$III \quad \frac{5}{8} 3 \frac{6}{8} 3 \frac{7}{8} 3 \frac{8}{8};$$

$$IV \quad \frac{7}{8} 3 \frac{6}{7} 3 \frac{5}{6} 3 \frac{4}{5} 2 \frac{4}{4} 2 \frac{2}{3} 2.$$

Числитель — продолжительность вдоха, знаменатель — продолжительность выдоха, третий показатель — пауза после выдоха. Каждый счет равен 1 с.

На I этапе постепенно увеличивают продолжительность выдоха до тех пор, пока он не станет в 2 раза длиннее вдоха. На II этапе пауза после выдоха равна половине вдоха. На III этапе удлиняют вдох и паузу после выдоха. На IV этапе дыхание постепенно возвращается к исходному. Продолжительность дыхательной гимнастики около 4 мин.

Во время 4-го занятия повторяется предыдущая программа занятий и предлагается следующая формула самоприказа для вызывания ощущения тепла в животе: «Я очень хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом. Очень хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом. Хочу, чтобы мой живот прогрелся приятным глубинным теплом. Мой живот прогрелся приятным глубинным теплом. Живот прогрелся приятным теплом. Живот прогрелся». Требуется не простое повторение формул, а эмоциональное переживание их. Это занятие фактически подготавливает беременную к органотренировке, т. е. выполнение приказа адресовано органам брюшной полости.

На 5-м занятии предлагаются упражнения на регуляцию сердечной деятельности. Саму тренировку начинают с повторения предыдущих упражнений: сосредоточив внимание на левой руке, надо представить ее свисающей и спускающейся в ванну с теплой водой. Уровень воды от кончиков пальцев постепенно разогревается от чуть теплой до приятно горячей. Теплая волна поднимается от руки вверх и появляется ощущение тепла в левой половине грудной клетки. Ощущение тепла в левой руке сопровождается расширением коронарных сосудов сердца, что улучшает питание сердечной мышцы.

6-е занятие предусматривает другой вариант упражнений для сердца. Нужно представить, что в левой руке — теннисный мяч. По команде начинается мысленное сжатие его в ритме дыхания. На вдохе — мяч мысленно сжимается, на выдохе — отжима-

ется. Темп движений кисти ускоряют, а ритм дыхания — прежний. Движения продолжаютс^я 1¹/₂—2 мин. Обычно после упражнения появляется ощущение легкой мышечной усталости в левой руке и выраженного тепла с распространением на левую половину грудной клетки.

На 7-м занятии разучивают упражнения, направленные на регуляцию ритма сердцебиения. Для этого надо отрегулировать частоту дыхания по пульсу так, чтобы продолжительность вдоха и выдоха соответствовала определенному количеству ударов пульса. Например, 3 удара пульса на вдохе и 3 удара на выдохе. Затем начинайте менять ритм дыхания, то учащая, то замедляя его и по-прежнему контролируя ритм пульса. Если при изменении дыхания изменяется ритм пульса, цель упражнения достигнута.

На 8-м занятии разучиваются упражнения, направленные на появление ощущения прохлады в области лба. Для этого предлагается сделать несколько вдохов через рот, почувствовать прохладу вдыхаемого воздуха. Перейдя на обычное носовое дыхание, надо постараться сохранить ощущение прохлады при вдохе, особенно по контрасту с выдыхаемым воздухом. Фиксация внимания на температурном контрасте создает ощущение прохладного ветра в верхней части лица, дыхание становится легким и свободным. После выполнения этого упражнения возникает ощущение «отдохнувшего мозга».

9-е занятие предназначено для отбора упражнений, которыми нужно пользоваться во время родов. При этом надо различать два состояния во время родов: первое, когда шейка матки раскрывается, и второе, когда изгоняется из матки плод. В этих состояниях в свою очередь учитываются два момента: схватки и паузы.

В период раскрытия шейки матки нужно установить контроль за дыханием. В момент схватки дыхание должно быть брюшным и глубоким. При болезненных схватках надо проводить мысленный счет, согласованный с дыханием. Обычно цикл дыхания: вдох — выдох — пауза — длится 5 с. Нужно мысленно от общей продолжительности схватки, которая длится 50 с, отнять эти 5 с и сказать себе: «Мне осталось еще 45 с». Затем после каждого дыхания счет времени схватки уменьшать на 5 с. Такой контроль за продолжительностью схватки ослабляет восприятие болевого ощущения. Такой же контроль должен быть за мышцами матки. Зная, что мышечное напряжение вызывает напрасную трату сил, нужно в момент схватки остаться в состоянии расслабления. Но это расслабление не пассивное, а активное, оно подчинено Вашей воле. В этот период применяются формулы самовнушения: «Я спокойна. Схватка — показатель родовой деятельности. Постепенно схватки будут усиливаться. Дыхание у меня ровное, глубокое. Мышцы расслаблены. Схватка заканчивается. После этого будет период отдыха». Между схватками женщина применяет приемы релаксации, начиная с мышц лица и кончая мышцами нижних конечностей. Самовнушение в период между схватками осуществляется мыслен-

ным повторением формул: «Я спокойна. Контролирую себя. Мое дыхание ровное, спокойное. Мышцы лица расслаблены. Расслаблены мышцы плеч, предплечий, кистей рук. Все мышцы моих рук полностью расслаблены и теплы. Расслаблены мышцы промежности, ягодиц. Полностью расслаблены мышцы бедер, голени. Между схватками мой организм отдыхает. Роды у меня протекают благополучно. Я спокойна. Я хорошо ощущаю шевеления ребенка. Состояние ребенка хорошее. Я за него спокойна».

В период изгнания плода необходимо чередование мышечного напряжения в момент потуги и полного расслабления между потугами. В момент потуги мысленно повторяются формулы: «Вдох. Напрячь мышцы живота. Плавно усилить давление на низ. Давление сильнее и сильнее. Ребенок все дальше продвигается по родовым путям. Плавный выдох». За время одной потуги так повторяют трижды.

Опыт проведения таких занятий показал, что беременные легко усваивают рекомендованные приемы и сами положительно оценивают в родах результаты подготовки. Роженицы с аутогенной тренировкой воспринимали длительность родов, гораздо короче, чем они продолжались в действительности, так как начало родов происходило без болевых ощущений.

Таким образом, физкультура и психопрофилактическая подготовка, названные комплексом физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам, мобилизуют все физические и психические силы женщины для благополучного течения и исхода родов.

Все результаты обследования беременной и посещения занятий по психопрофилактике заносятся в специальную обменную карту, которая выдается на руки женщине для предоставления ее в родильный дом при госпитализации.

НАЧАЛО РОДОВ

В течение 9 мес женщина живет в ожидании дня родов и наконец этот день наступает. Обычно в женской консультации срок родов устанавливается по данным последней менструации, момента первого шевеления плода и срока беременности при первой явке к врачу. Беременность длится 280 дней (40 нед), считая от первого дня последней менструации. Однако женщина может родить на 2 нед раньше или позже установленного срока. Если роды наступили в 37 нед беременности, они считаются срочными родами, т.е. наступившими в срок, так как ребенок, рожденный в этот срок, является доношенным. Поэтому женщина должна быть готова к наступлению родов уже после 37 нед беременности.

Каковы же признаки начала родов? Прежде всего это появление регулярных схватывающих болей внизу живота, или выделение из половых путей слизи с сукровицей, или излитие околоплодных вод.

Рожаящая женщина называется р о ж е н и ц е й. Появившиеся схватки вначале слабые и носят нерегулярный характер. Постепенно сила схваток начинает нарастать, они повторяются через 10—15 мин, затем все чаще и чаще. Пора идти в родильный дом без промедления. Некоторые беременные не ощущают схваток и не придают значения неприятной тяжести внизу живота и пояснице. Такое невнимательное отношение к себе накануне родов может привести к домашним родам или родам в машине скорой помощи. Обычно начиная с 35—36 нед беременности мышцы матки начинают «тренироваться» перед родами. Почти каждая женщина в течение дня ощущает напряжение живота, тяжесть в пояснице, но все эти ощущения носят нерегулярный и кратковременный характер. Если на фоне такого состояния в один из дней начинает постоянно нарастать тяжесть в пояснице и внизу живота, даже без выраженных схваток, можно подумать о начале родов и обратиться в родильный дом. Не надо смущаться, если схватки оказались «ложными», в этом случае все равно разумнее получить консультацию врача, чем остаться без помощи.

Вместе с появлением схваток из половых путей начинает выделяться слизь с сукровицей. Беременная часто говорит «у меня отошла родовая пробка». Действительно, появление этих выделений вызвано началом открытия шейки матки и слизь с сукровицей, которая находилась в шейке матки, как «пробка», начинает отходить. Почти у половины беременных до начала каких-либо схваток изливаются околоплодные воды. Количество вод может быть различным, буквально от нескольких капель до мощной струи, которую ни с чем нельзя перепутать. Однако даже при скудном количестве излившихся вод беременная продолжает ощущать постоянные водянистые выделения из влагалища, подложенная прокладка становится влажной. Необходимо обратить внимание на цвет вод: они могут быть светлые, зеленые или с примесью крови. Об этом нужно сообщить врачу.

В случае излития вод без схваток ни в коем случае нельзя оставаться дома и ждать их появления. Незамедлительно следует обратиться в родильный дом, так как чем длиннее безводный промежуток, тем это хуже для состояния плода.

Если в предполагаемые дни роды не наступают, не надо испытывать судьбу ребенка дальнейшим их ожиданием, нужно обязательно госпитализироваться в родильный дом для подготовки к родам. Перенашивание беременности нередко заканчивается внутриутробной гибелью плода, а роды протекают для переносенного ребенка гораздо тяжелее. Дело в том, что детское место при перенашивании беременности начинает «стареть» и не обеспечивает младенца тем объемом жизненных средств, которым владело раньше. Кроме того, кости плода становятся более плотными и его головка хуже приспособляется при прохождении в родах к костному каналу матери, роды затягиваются. Обычно у первородящей женщины роды длятся не более 14—18 ч, у повторнородящей 8—12 ч.

Различают 3 периода родов. Первый период — это период раскрытия шейки матки; он самый длинный. Шейка должна раскрыться на 10 см, чтобы пропустить плод. Шейка раскрывается благодаря схваткам, схватки считаются хорошими, если повторяются через 2—3 мин по 60—80 с. При нормальном течении родов в конце первого периода изливаются воды. Поскольку первый период родов наиболее длинный и болезненный, здесь пригодятся все навыки, полученные в женской консультации: умение экономно расходовать силы, полностью расслабляться и отдыхать между схватками. Во время родов не нужно забывать о регулярном мочеиспускании (через 2—3 ч), ибо переполненный мочевой пузырь мешает хорошим схваткам, делает их более болезненными и препятствует продвижению головки плода.

Во втором периоде родов плод начинает изгоняться из матки. Этот период продолжается обычно не более 1—2 ч. Роженица начинает ощущать потуги, когда головка плода опускается в таз и начинает рождаться из родовых путей. В этот самый ответственный момент родов от роженицы требуется максимальная мобилизация силы воли и умение слушаться команды врачей и акушерки, принимающей роды. Неправильное поведение роженицы мешает плавному рождению головки и приводит к разрывам половых путей. В этот период родов женщине очень пригодятся самоприказы аутотренинга. После рождения ребенка его сразу показывают матери и спрашивают: «Кто родился, сын или дочь?»

Затем начинается третий период родов — последовый, который длится обычно 5—20 мин и заканчивается изгнанием детского места. Теперь роды закончены.

С момента окончания родов женщину называют роженицей.

Начался послеродовой период, который будет продолжаться 6 нед; в течение этого времени матка сократится и вернется к тому состоянию, которое было до беременности.

Женщина теперь стала матерью, с честью выполнив великую миссию, о которой было сказано в начале нашей книги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, он родился, долгожданный малыш. Он лучше всех других. Однако чтобы, удерживая его на руках или кормя грудью, вы испытали это ни с чем не сравнимое чувство материнства, нужно соблюдать здоровый образ жизни до его зарождения, а потом терпеливо в течение девяти месяцев создавать ему все условия для нормального развития и рождения.

Женщины должны помнить, что здоровье их будущих детей во многом зависит от них самих.

Как уже говорилось, при беременности в организме женщины происходят многочисленные и сложные изменения. С повышенной нагрузкой начинают работать сердце, легкие, печень, почки, усиливается обмен веществ, меняется возбудимость центральной нервной системы. Вот почему женщина при наступлении беременности должна обратиться к врачу женской консультации, который, оценивая клинику течения беременности, получая объективную информацию о состоянии плода и самой матери с помощью современных методов исследования, может вовремя констатировать отклонения и принять меры к их устранению.

При этом сама женщина должна правильно строить режим труда и отдыха, питаться, остерегаться инфекционных болезней.

Большое значение для благополучного течения беременности имеет также благоприятный микроклимат в семье. Доброжелательное, теплое отношение к женщине со стороны родственников, особенно мужа, помогает ей легче переносить возникающие проблемы при беременности.

Поучительны в этом отношении стихи «О сыне» Николая Доризо:

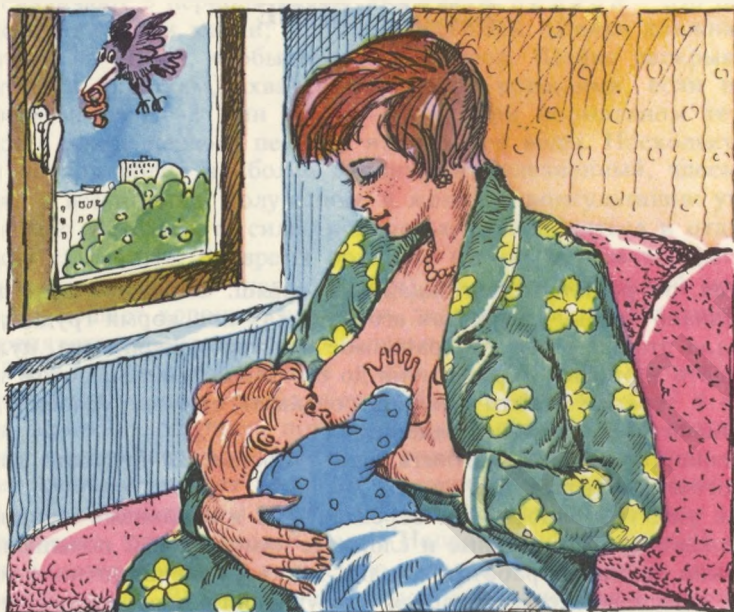
Был я невнимательным супругом,
Забывал тебе подать пальто,
А теперь вот

со смешным испугом

Только я и думаю про то,
Чтобы лишний раз ты не нагнулась,
Чтоб себя ты бережней несла,
Боже упаси, —

не поскользнулась

До того заветного числа.
Именем семейного устава
Ты должна к себе нежнее быть,
Ведь тебе дано святое право
Больше всех теперь себя любить.



Ничего нет в мире человеческой,
Чем твоя забота о себе,
Ничего нет в мире бесконечной
Новой той судьбы

в твоей судьбе!

Сколько на лице твоём покоя —
Стало так задумчиво оно,
Будто что-то слышишь ты такое,
Что другим услышать не дано.
Выполняю просьбы,

как приказы.

Мы вдвоем

и все же — не вдвоем:

Выпущены в талии запасы
На любимом платье твоем...
Тяжелей твоя походка стала,
Глубже взгляд,

значительней слова.

Я с тобой не спорю,

как бывало, —

Высшей правдой ты теперь права!

Родить и воспитать здорового ребенка — святая обязанность каждой женщины. В нашей стране созданы все условия для того, чтобы помочь женщине выполнить эту важнейшую социальную задачу.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	4
Система государственной охраны материнства и детства в СССР	5
Физиология беременности	7
Гигиена беременных	21
Питание	21
Питание беременных при гипертонической болезни	28
Питание беременных при мочекаменной болезни	29
Одежда для беременных	34
Режим труда и отдыха	36
Личная гигиена	37
Медицинское наблюдение во время беременности	40
Начало родов	58
Заключение	61