

СОВРЕМЕННАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МОЛОДОЙ СЕМЬИ

СВЫШЕ
700 000
ЧИТАТЕЛЕЙ

СОВРЕМЕННАЯ
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ
МАМЫ И МАЛЫША

ОТ БЕРЕМЕННОСТИ
ДО ТРЕХ ЛЕТ



А. В. Митрошенков

О. В. Еремеева

Современная энциклопедия мамы и малыша. От беременности до трех лет

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=303542

Современная энциклопедия мамы и малыша. От беременности до трех лет: РИПОЛ Классик;

Москва; 2009

ISBN 978-5-386-01574-9

Аннотация

Среди сотен изданий, посвященных здоровью и воспитанию детей, книга, которую вы держите в руках, занимает особое место. Подготовленная видными российскими учеными и специалистами, она ставит своей целью научить будущих родителей грамотному подходу к воспитанию ребенка и помочь им справиться с проблемами, возникающими с момента рождения до трех лет.

Говоря о том, что нужно для того, чтобы физическое и психическое формирование ребенка проходило без отклонений, авторы не обходят вниманием и те особенности поведения и самочувствия ребенка, которые могут свидетельствовать о серьезной болезни. Такие признаки порой малозаметны, тем не менее позволяют внимательным родителям рано обнаружить болезнь и вовремя приступить к ее лечению.

Авторы приводят уникальные данные о психической жизни новорожденных и младенцев. Неповторимость этапов развития детской психики, их необычайная емкость, тесная взаимосвязь и преемственность, исключительная роль общения со взрослыми в становлении психики ребенка – лишь немного из того, о чем рассказывают ученые-психологи на страницах этой книги. Их рекомендации помогут вам лучше понимать своих малышей, воспитать гармонично развитых и счастливых людей.

Хочется верить, что эта книга станет верной помощницей миллионов молодых семей в нашей стране.

Содержание

ГЛАВА 1	4
ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ	5
БЕРЕМЕННОСТЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ	6
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	12
ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ	14
ВРЕМЯ ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ В ЖЕНСКОЙ	34
КОНСУЛЬТАЦИИ	
МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ	35
ЖЕНЩИНЫ	
НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВНУТРИУТРОБНЫМ СОСТОЯНИЕМ	36
ПЛОДА	
ПИТАНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	38
ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА БЕРЕМЕННОЙ	42
ОДЕЖДА И ОБУВЬ	43
ПОДГОТОВКА К РОДАМ	44
КОГДА ВАМ РОЖАТЬ?	46
ГОТОВЫ ЛИ ВЫ К ПРИЕМУ РЕБЕНКА?	47
ЧТО ЕЩЕ ОСТАЛОСЬ СДЕЛАТЬ ПЕРЕД РОДАМИ	50
КОГДА ВЫЗЫВАТЬ МАШИНУ «СКОРОЙ ПОМОЩИ»?	51
РОДИЛЬНЫЙ ДОМ	52
ГЛАВА 2	53
ПРИЧИНА НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ	53
НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ	54
КАК ПРАВИЛЬНО ВЕСТИ СЕБЯ ВО ВРЕМЯ РОДОВ	57
РОДЫ ДОМА И ДОМАШНИЕ РОДЫ	59
ЕСЛИ РОДЫ НАЧАЛИСЬ В ДОРОГЕ	60
РОДЫ В ВОДУ	61
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РОДОВ	62
ГЛАВА 3	68
ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА	69
КАК ПРИБЫВАЕТ МОЛОКО	72
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ	73
МОЖНО ЛИ КОРМИТЬ ГРУДЬЮ, ЕСЛИ МАТЬ БОЛЬНА?	75
ПИТАНИЕ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ	76
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЛЕКАРСТВА	77
ДОПУСТИМЫЕ НАГРУЗКИ	78
ГЛАВА 4	79
АДАПТАЦИЯ И РОДОВОЙ СТРЕСС	80
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО	81
РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА	82
Конец ознакомительного фрагмента.	93

О. В. Еремеева, А. В. Митрошенков

Современная энциклопедия мамы и малыша

От беременности до трех лет

ГЛАВА 1

ВЫ ЖДЕТЕ РЕБЕНКА

Беременность – естественное физиологическое состояние, во время которого в организме женщины происходят большие изменения. Перестраивается деятельность желез внутренней секреции. Несколько иначе протекают обменные процессы, регулируемые центральной нервной системой. Новые «нюансы» возникают в функционировании важнейших систем и органов. В результате создаются условия, благоприятные для вынашивания и развития ребенка, происходит подготовка к родам, а также вскармливанию младенца.

ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Женщины по-разному ощущают беременность. Некоторые буквально через несколько дней узнают о ней по каким-то им одним известным признакам – эти признаки непросто определить, настолько они трудноуловимы. Со временем появляются симптомы: «скачет» настроение, разыгрывается небывалый аппетит или, напротив, вид привычной пищи вызывает отвращение, возникает чувство распирания, из-за которого бывает трудно дышать, и т. д. Другие женщины ничего не чувствуют и узнают о том, что беременны, спустя несколько месяцев. Словом, некоторые признаки беременности достаточно индивидуальны.

Но есть и более характерные. Можно предположить, что беременность наступила, если менструации отсутствуют; нагрубают и побаливают молочные железы; обычная пища кажется невкусной и пресной, хочется чего-нибудь соленого, острого; по утрам подташнивает, а порой возникает и рвота; учащается мочеиспускание; привычный труд становится утомительным. Однако и эти признаки только косвенно могут свидетельствовать о наступлении беременности. Бывает так, что при беременности они отсутствуют и наблюдаются, когда женщина не беременна. Даже прекращение месячных может быть связано с другими причинами – психологического или физиологического характера. И в то же время при беременности менструации могут 2–3 месяца наступать, правда, менее обильные, чем обычно.

Вы скажете, что факт беременности может установить врач. Это верно, но только не в самые ранние сроки, поскольку в конце 1-го месяца внутриутробного развития величина зародыша составляет всего 7 мм. Даже в полтора месяца не всегда возможно распознать беременность, поскольку и перед менструацией слизистая матки сильно набухает.

В конце 3-го месяца из молочных желез можно выдавить молозиво. Это надежный признак беременности, но только в том случае, если она первая.

В последние годы стало возможно выявлять беременность на ранних стадиях с помощью ультразвукового исследования. Применяют и биохимические методы, основанные на том, что верхний слой зародыша выделяет гормон – хорионический гонадотропин. Его можно обнаружить в моче беременной женщины с помощью экспресс-метода, называемого грав-индексом. Анализ длится всего несколько минут. Вероятность ошибки составляет около 2 %. Достаточно надежно можно установить факт беременности этим методом через 35–40 суток, считая от 1-го дня последней менструации.

В более поздние сроки диагностировать беременность уже нетрудно.

БЕРЕМЕННОСТЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ

Внутриутробное развитие ребенка

Как же происходит зарождение новой жизни? Вы помните, что после овуляции яйцеклетка попадает сначала в брюшную полость, а затем в маточную трубу, где и может произойти ее оплодотворение. Для того чтобы это случилось, сперматозоиду необходимо проникнуть внутрь женской половой клетки, а это своего рода крепость. Чтобы взять ее, нужно разрушить оболочку яйцеклетки. Орудия сперматозоида – ферменты, расщепляющие вещества, из которых она построена. И, скажем прямо, это нелегкая работа, одному сперматозоиду с ней не справиться. Ее могут выполнить по крайней мере четыре мужские половые клетки. Однако в полученную брешь проникает все же только одна из них, затем в оболочке яйцеклетки происходят сложные физико-химические изменения, и она становится неприступной для других сперматозоидов. После оплодотворения в клетке сначала находятся два ядра – яйцеклетки и сперматозоида, но, двигаясь навстречу друг другу, они наконец сливаются: образуется одноклеточный зародыш – зигота с нормальным для человека кариотипом из 46 хромосом.

С момента оплодотворения яйцеклетки начинается **первый** из трех периодов внутриутробного развития человека. Этот период называют бластогенезом (греч. btestos – росток, зародыш). Он длится 15 суток.

Подгоняемый бахромками, которыми изнутри покрыта фаллопиева труба, увлекаемый током жидкости в ней, зародыш медленно приближается к матке. Через 30 часов после оплодотворения совершается первое деление (дробление) зиготы. Затем происходит по одному делению в сутки.

К 4-м суткам, когда зародыш достигает матки, он представляет собой комочек из 8—12 клеток. Следующие 3 суток зародыш плавает в жидкости, омывающей слизистую оболочку матки. Здесь клетки дробятся быстрее, и к середине 6-х суток зародыш состоит из более чем сотни клеток. На этой стадии его называют морулой. На ее поверхности клетки делятся быстрее и выглядят более светлыми. Они образуют оболочку – трофобласт. Более темные крупные клетки, расположенные под светлыми, формируют зародышевый узелок – эмбриобласт.

К тому моменту, когда зародыш попадает в матку, она подготовлена к его приему. Под влиянием гормона желтого тела прогестерона ее слизистая оболочка утолщается в 3–4 раза, набухает, становится рыхлой. В ней развивается много дополнительных кровеносных сосудов, разрастаются железы.

К 7-м суткам после оплодотворения зародыш снова меняет свою структуру. Теперь это уже не гроздь клеток, а пузырек – бластоциста. Трофобласт образует его поверхность, а эмбриобласт смещается с центра полости пузырька в сторону. Зародыш готов к внедрению в слизистую оболочку матки, или имплантации. Его поверхностные клетки начинают выделять ферменты, которые разрушают слизистую. На трофобласте возникают выросты, они быстро увеличиваются и прорастают в ткани матки. Разрушаются кровеносные сосуды, и зародыш погружается в излившуюся кровь. Теперь это та среда, из которой он будет черпать питательные вещества и кислород до тех пор, пока не сформируется плацента. На имплантацию зародышу требуется 40 часов.

В следующие несколько дней в зародыше образуются два пузырька – желточный и амниотический (из него в дальнейшем разовьется околоплодный пузырь). В месте их соприкосновения возникает двухслойный зародышевый щиток. «Крыша» желточного пузырька –

нижний его слой (энтодерма), а «дно» амниотического – верхний (эктодерма). К концу 2-й недели задняя часть эмбриона утолщается – в ней начинают закладываться осевые органы.

С 16-го дня начинается **второй**, или собственно эмбриональный, период внутриутробного развития ребенка, который заканчивается к 13-й неделе. Изменения в зародыше нарастают лавинообразно, но следуя четкому плану. Вот краткая хронология событий.

В течение 3-й недели между экто- и энтодермой образуется еще один слой – мезодерма. Эти три зародышевых листка – эктодерма, мезодерма и энтодерма – в дальнейшем дадут начало эмбриональным зачаткам, из которых разовьются все ткани и органы ребенка. К концу недели в эктодерме видна нервная трубка, а ниже, в мезодерме, – спинная струна. Одновременно закладывается сердечная трубка, формируется стебелек – тяж, соединяющий зародыш с ворсинками хориона – зародышевой оболочки, образовавшейся из трофобласта. Через брюшной стебелек проходят пупочные сосуды.

На 4-й неделе закладываются многие органы и ткани зародыша: первичная кишка, зачатки почек, костей и хрящей осевого скелета, поперечно-полосатой мускулатуры и кожных покровов, ушей, глаз, щитовидной железы, глотки, печени. Усложняется строение сердца и нервной трубки, особенно ее передней части – будущего головного мозга.

На 5-й неделе длина зародыша составляет 7,5 мм. В возрасте 31–32 суток появляются зачатки рук, подобные плавникам. Закладывается поперечная перегородка сердца. В это время с помощью ультразвукового исследования можно ясно видеть сокращения сердца. Это означает, что у зародыша уже есть система кровообращения. Развиваются органы зрения и слуха, формируются органы обоняния, зачатки языка, легких, поджелудочной железы. Почечные каналы достигают клоаки, а зачатки мочеточников – задней почки. Возникают половые бугорки.

Шестая неделя знаменуется началом кроветворения в печени. К 40-му дню появляются зачатки ног.

В течение 7-й недели закладываются веки, пальцы рук, а потом и ног. Заканчивается образование межжелудочковой перегородки сердца. Отчетливо выражены семенники и яичники.

В конце 8-й недели у эмбриона длиной 3–3,5 см уже отчетливо видны голова, туловище, зачатки конечностей, глаз, носа и рта. По микроскопическому строению половой железы можно определить, кто родится – мальчик или девочка. Зародыш находится в амниотическом пузыре, наполненном околоплодными водами.

На 3-м месяце у зародыша хорошо различима кора больших полушарий головного мозга. К 12-й неделе формируется кроветворение в костном мозге, в крови появляются лейкоциты, а к концу этой недели – и гемоглобин, как у взрослого человека, происходит становление групповых систем крови.

С 13-й недели начинается **третий**, или фетальный (плодный), период внутриутробного развития ребенка.

На 14-й неделе плод уже двигается, но мать этих движений пока не замечает. В 16 недель масса плода составляет примерно 120 г, а его длина – 16 см. Личико у него почти сформировано, кожа тонкая, но подкожно-жировой клетчатки еще нет. Поскольку в этот период интенсивно развивается мышечная система, двигательная активность плода нарастает. Отмечаются слабые дыхательные движения. Установлено также, что плод в возрасте 16,5 недели, если дотрагиваться до его губ, открывает и закрывает рот, у 18-недельного плода в ответ на раздражение языка наблюдаются начальные сосательные движения. В течение 21—24-й недель сосательная реакция полностью формируется. Шевеление ребенка женщина впервые чувствует между 16-й и 20-й неделями. К концу 5-го месяца беременности можно насчитать уже 200 движений плода в сутки. Его длина в это время достигает 25 см, а масса – 300 г. Врач уже может прослушать биение сердца ребенка. Кожа плода, начиная с головы

и лица, покрывается тончайшими волосками (пушок). В кишечнике формируется меконий (первородный кал). Начинается образование подкожно-жировой клетчатки.

В конце 24-й недели длина плода уже около 30 см, а его масса – приблизительно 700 г. Внутренние органы его сформированы настолько, что в случае преждевременных родов такой ребенок может жить и развиваться в специальных условиях.

В конце 28-й недели беременности длина плода достигает 35 см, а масса 1000 г. Все его тело покрыто пушком, хрящи ушных раковин очень мягкие, ногти не достигают кончиков пальцев. Кожа плода начинает покрываться специальной родовой смазкой, защищающей ее от размокания (мацерация) и облегчающей прохождение плода по родовым путям. Он становится очень активен, и мать ощущает его движения постоянно, так как он пока свободно перемещается в плодном пузыре. Положение ребенка еще неустойчиво, голова обычно направлена вверх.

К концу 32-й недели плод имеет длину около 40 см, а массу – 1600 г, в возрасте 38 недель – около 45 см и 2500 г.

К 40-й неделе плод вполне готов к существованию вне материнского организма. Длина его тела в среднем 50–51 см, масса – 3200–3400 г. Теперь ребенок, как правило, располагается головой вниз. Положение его становится устойчивым, так как из-за больших размеров он не может свободно перемещаться в чреве матери.

Плацента. Система мать – плацента – плод

На 3-й неделе после зачатия начинает формироваться плацента (детское место). В ворсинки хориона постепенно внедряются кровеносные сосуды. Затем на стороне хориона, обращенной к матке, ворсинки разрастаются, ветвятся, переплетаются с ее тканями и в конце концов образуют плаценту. Этот процесс в основном завершается к окончанию эмбрионального периода, то есть к 13-й неделе беременности.

Плацента состоит как бы из двух частей – детской и материнской. Детская – это хорион с ворсинками, а материнская – участок слизистой оболочки матки с огромным количеством кровяных озер, или лакун, возникших при разрушении сосудов матки ворсинками хориона. Ворсинки погружены в материнскую кровь, которая все время меняется. Суммарная площадь ворсинок очень велика – 14–15 м².

Кровь в материнской части плаценты течет довольно медленно, а потому кровь плода хорошо очищается (из нее уходят все шлаки и углекислый газ), обогащается кислородом и питательными веществами. Иначе говоря, кровь матери в лакунах и кровь плода в ворсинках обмениваются веществами.

Сосуды ворсинок соединяются в пупочную вену, которая от плаценты идет по пупочному канатику к плоду, а там кровь по сосудам разносится по всему его организму. От плода кровь возвращается к плаценте по двум артериям, от них отходят веточки к каждой ворсинке.

Итак, плацента представляет собой орган, с помощью которого плод дышит, питается и выводит продукты обмена веществ через кровь матери. Но этим функции плаценты не ограничиваются. Ворсинки защищают плод иммунологически от групповых факторов крови матери и некоторых возбудителей инфекции. Регулирует плацента и переход веществ из крови матери в организм плода. То есть плацента является своеобразным «фильтром». Выполняет она и функции эндокринных желез, вырабатывает все гормоны, которые до беременности синтезировались гипофизом и яичниками женщины. Но некоторые гормоны она продуцирует совместно с печенью и надпочечниками плода.

Таким образом, мать и плод через плаценту образуют единую функциональную систему, которую так и называют «система мать – плацента – плод». Причем плацента не только объединяет, но и разобщает организмы матери и плода.

Физиология беременной женщины

Во время беременности более интенсивно функционируют практически все органы и системы матери. Без этого невозможна нормальная жизнедеятельность плода. Например, ребенок нуждается в достаточном количестве кислорода. Однако в вене пуповины его содержится всего 46,5 %, тогда как в крови матери 94–98 %. Тем не менее плод, если беременность протекает без отклонений, не испытывает дискомфорта. Справиться с неблагоприятными условиями ему помогают компенсаторные механизмы.

Первый механизм – увеличение в крови плода количества эритроцитов. Если у взрослого человека в 1 мл крови их можно насчитать от 3,9 до 5 млн, то у плода – 6 млн. Второй – наличие в эритроцитах фетального гемоглобина, который в отличие от гемоглобина взрослых людей более быстро присоединяет кислород. Третий – высокая частота сердечных сокращений у плода – от 120 до 160 уд./мин (у взрослого – около 60 уд./мин). И наконец, четвертый компенсаторный механизм – интенсивный кровоток через плаценту. Материнская часть плаценты пропускает в минуту от 375 до 550 мл крови. Такая скорость может быть обеспечена только за счет более напряженной, чем обычно, работы сердца женщины: у нее увеличиваются масса сердечной мышцы и выброс сердцем крови за минуту.

Но и это не все. По мере развития плода возрастают и его потребности в питательных веществах, кислороде. Во второй половине беременности увеличивается масса плаценты, матки, молочных желез, объем амниотической жидкости. Поэтому количество крови в организме женщины постепенно нарастает и достигает максимума (5300–5500 мл по сравнению с исходными 4000 мл) к 7 месяцам беременности. Это также увеличивает нагрузку на сердечно-сосудистую систему матери.

Почкам беременной женщины приходится выводить из организма продукты обмена не только матери, но и плода. Поэтому очень важно регулярно сдавать мочу на анализы, чтобы как можно раньше обнаружить нарушение функции почек. Особенно с большим напряжением они работают в последние 2 месяца беременности. Здоровая женщина за сутки выделяет в среднем 1200–1600 мл мочи, из них 900–1200 мл – днем.

С таким же напряжением, как и почки, у беременной женщины работает печень. Она обезвреживает токсические продукты обмена и матери, и плода. Поэтому встречаются расстройства функции и этого органа. Может появиться сильный зуд кожи, к которому позже присоединяются тошнота, рвота, боли в правом подреберье. Не пытайтесь сами себе поставить диагноз, сразу идите к врачу – вам требуется неотложная медицинская помощь.

Со второй половины беременности у будущей матери меняется центр тяжести тела, и она вынуждена прогибаться назад – нагрузка на поясничный отдел позвоночника сильно увеличивается. В нем появляются боли. Сильные боли могут возникать даже в положении лежа на спине, причем без посторонней помощи женщина нередко не в состоянии ни встать, ни повернуться на бок. В этом случае помогают приемы массажа.

Тыльными сторонами обеих кистей выполняют одновременно или поочередно поглаживания от поясницы вверх. Силу давления повышают с каждым новым движением. Прием повторяют 6–8 раз.

Ребрами каждой кисти или кулаками одновременно или попеременно производят выжимания от позвоночника в стороны, постепенно продвигая руки вверх и увеличивая давление. Прием повторяют от 4 до 6 раз.

Выполняют растирание одновременно или попеременно обеими руками (ребром кисти со стороны большого пальца). Руки двигают поперек туловища – как будто пилят дрова, постепенно поднимаясь вверх по спине. Давление должно быть средней силы. Прием повторяют 5–6 раз.

Разминание выполняют пальцами, собранными в кулак (большим и указательным). Кистями делают круговые движения по направлению от позвоночника вверх по спине. Сила давления должна быть средней. Прием повторяют от 4 до 6 раз. Массаж можно выполнять самостоятельно. После родов боли проходят без лечения.

По мере увеличения размеров плода у женщины изменяются связки в суставах, а потому нередко возникают подвывихи и растяжения связок. Особенно подвижными становятся сочленения таза – это необходимо для нормального прохождения ребенка по родовым путям. Но иногда несколько расходятся лонные кости. Тогда в лоне появляются боли, становится трудно ходить. В таком случае нужно обратиться к врачу.

До 20 недель беременности здоровая женщина прибавляет в массе еженедельно от 270 до 330 г, с 21 до 30 недель – 290–370 г и с 31-й недели до родов – 310–370 г. В целом за беременность в норме масса тела увеличивается на 10 кг, из них на первую половину беременности обычно приходится около 3 кг. Весь прирост складывается из массы плода – 3300 г, плаценты – 650 г, околоплодных вод – 800 мл, матки – 900 г, молочных желез – 400 г, крови – 1250 мл, тканевой жидкости – около 2500 мл. Остальной прирост приходится на жир. Существует такая закономерность: женщины с меньшим содержанием жира в подкожной клетчатке до беременности поправляются больше. Количество жира может увеличиваться на 3,5–4 кг, особенно на бедрах и ягодицах.

Поэтому неудивительно, что нагрузка на ноги возрастает, к ним притекает все больше крови. Но в то же время отток ее затруднен, и она застаивается в сосудах. В результате на ногах появляются варикозно расширенные вены, причем, как правило, на той конечности, на стороне которой плацента прикреплена к матке.

Во второй половине беременности внутренние органы женщины смещаются, подчиняясь давлению уже крупного плода. Деятельность их изменяется. Так, беременная матка отодвигает желудок и кишечник вверх, они сдавливаются. При этом часть содержимого желудка может попасть в пищевод – появляется изжога. Чаще всего это происходит в последнем триместре беременности. В таких случаях следует пить щелочные минеральные воды (боржоми) либо раствор питьевой соды из расчета 1 чайная ложка на стакан воды. Рекомендуется также принимать пищу не позднее чем за 2 часа до сна. Головной конец кровати должен быть приподнят.

Кроме того, под влиянием гормонов, которые вырабатывает плацента, уменьшается тонус кишечника. У беременных часто бывают запоры. Поэтому им нужно есть больше продуктов, богатых клетчаткой, – хлеб из муки грубого помола, черный хлеб, овощи, фрукты. Послабляющее действие оказывают чернослив, вареная свекла, курага. К слабительным препаратам можно прибегать, только посоветовавшись с врачом женской консультации.

Головка плода придавливает мочевой пузырь матери. К тому же тонус его снижен – в этом «повинен» прогестерон, вырабатываемый плацентой. В результате возникает застой мочи, создаются условия для инфицирования мочевого пузыря. При анализе мочи здоровой женщины в поле зрения микроскопа иногда встречается 5–6 лейкоцитов, не более. Если же их число повышается до 8–10 и в моче обнаруживается белок, ставится диагноз «цистит» – воспаление мочевого пузыря, к которому склонны беременные. Такие симптомы нельзя оставлять без внимания, поскольку без лечения может возникнуть поражение почек. При первых же признаках болезни врач назначает лекарства, они, как правило, дают хороший эффект и безвредны для ребенка. В моче может появляться и сахар. После родов он обычно исчезает. Но чтобы исключить подозрение на сахарный диабет, после возвращения из родильного дома необходимо пройти обследование.

С течением беременности диафрагма все больше оттесняется вверх, сдавливая легкие. Казалось бы, объем вдыхаемого воздуха должен уменьшаться, а число дыханий в минуту возрастать. Однако этого не происходит. Поверхность альвеол (легочные пузырьки, опле-

тенные сетью капилляров; в них осуществляется газообмен) не уменьшается: грудная клетка и бронхи беременной расширяются, и через них проходит в конечном итоге больше воздуха, а стало быть, лучше выводится углекислота из плацентарного кровотока. Число дыханий женщины остается таким же, как и до беременности, – 16–18 в минуту.

Практически не изменяется и артериальное давление. Даже в том случае, если давление немного повышено до беременности или в ее начале, к 4–7-му месяцу оно снижается под действием прогестерона, расслабляющего сосудистые стенки. Однако у таких женщин к 7–8-му месяцу беременности артериальное давление может снова повыситься, а это неблагоприятно для плода. Поэтому нужно следить за давлением в ранние сроки беременности, чтобы прогнозировать его изменение на поздних этапах. У здоровой беременной женщины артериальное давление считается нормальным, если оно не превышает 130 и 80 мм рт. ст.

Под влиянием гормонов гипофиза и плаценты сильно изменяются молочные железы и половые органы. Молочные железы становятся больше и нагрубают. Приток крови к ним усиливается. Уже в начале беременности из них можно выдавить капельки молозива. Размеры и масса матки тоже постепенно увеличиваются. Если до беременности высота ее составляет 7–8 см, а масса – 50–100 г, то во время беременности эти показатели достигают 95 см и 1000–1200 г. Объем полости матки возрастает в 500 раз. Мышечные волокна становятся тоньше и длиннее, а сеть кровеносных сосудов гуще – они как бы оплетают матку. В правильном положении ее удерживают связки, которые постепенно утолщаются и растягиваются, иногда женщина ощущает боли по сторонам живота, это может быть связано с растяжением связок. Усиливается кровоснабжение наружных половых органов. На них могут появляться варикозно расширенные вены.

Довольно часто у беременных женщин на лице, вокруг сосков, на средней линии живота возникает темная пигментация. Темные пигментные пятна на лице особенно тревожат женщин: не останутся ли они на всю жизнь?

Некоторые женщины пытаются вывести их с помощью кремов, отбеливающих кожу, типа «Ахромина». Этого делать ни в коем случае нельзя, поскольку в такие кремы введены добавки, которые могут вредно повлиять на плод. После родов пигментные пятна постепенно исчезают или сильно бледнеют.

Предметом особой заботы во время беременности должно быть состояние зубов. Плод нуждается в минеральных солях, в частности кальция, который расходуется на построение костной системы. Если его не хватает в пище, используется кальций зубов, и тогда они у беременной начинают разрушаться. Чтобы предотвратить их порчу, включайте в рацион продукты, богатые кальцием. Больные зубы нужно лечить, так как это источник инфекции для плода, а если лечение не дает результата, то и удалять.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Иногда беременность приобретает патологические черты – здоровье женщины ухудшается. Причиной тому могут быть хроническая болезнь, существовавшая до зачатия; болезнь, перенесенная во время беременности; осложнение, возникшее как реакция на развитие эмбриона, плода; вредные привычки матери; воздействие неблагоприятных факторов внешней среды. У органов, затронутых патологическим процессом, ресурс «прочности» снижается, и, хотя в обычных условиях они могут функционировать нормально, другой, более напряженный режим работы лежит за пределами их возможностей – они перестают справляться с нагрузкой. Так иногда и происходит во время беременности.

Как оказалось, на болезни матери прежде всего реагирует плацента: нарушается ее функция. Возникает плацентарная недостаточность. Для ребенка это означает, во-первых, ограничение в самом насущном – в питании, кислороде, гормонах, а во-вторых, неполное очищение крови от шлаков. В результате развиваются характерные патологические состояния плода – хроническая гипоксия и хроническая гипотрофия.

Если малыш страдает от хронической гипоксии (кислородная недостаточность), у него замедляется движение крови по сосудам, повышается проницаемость их стенок, затрудняется отток крови из тканей. Появляются отеки. В первую очередь от них страдает головной мозг. Отеки переходят в кровоизлияние. Это одна из причин детского церебрального паралича. Кроме того, хроническая гипоксия создает условия, когда любые повреждающие факторы действуют прежде всего на мозг ребенка.

Из-за хронического недостатка питательных веществ плод голодает. Развивается гипотрофия – пониженное питание. Однако неверно думать, что дело заключается только в недостатке мышечной массы. Г. Н. Сперанский, замечательный педиатр, давая определение гипотрофии новорожденных, говорил: «Гипотрофия – это когда все *гипо*». То есть при гипотрофии снижена не только масса тела, но и активность мозга, печени, почек, глубоко нарушены все обменные процессы. Часто гипотрофия сочетается с гипоксией. Ткани и органы плода лишены возможности расти и созревать нормально. Ребенок рождается плохо приспособленным к жизни вне материнского организма, с отклонениями в развитии.

Поэтому во время беременности регулярно посещайте женскую консультацию и врача-специалиста, если вы находитесь под его наблюдением, и сообщайте им о любом ухудшении вашего состояния, о каждом тревожном или необычном симптоме. Только так можно предотвратить болезнь плода.

Нужно внимательно следить и за внутриутробным поведением ребенка. Если он сильно бьется, толкается, причиной тому может быть гипоксия – малыш задыхается, необходимо обратить на это внимание врача, настоять на обследовании. Сейчас имеются надежные методы определения внутриутробной гипоксии и ее лечения. Не менее важно как можно раньше выявлять и устранять осложнения беременности. Если врач направляет вас на обследование и лечение в стационаре, согласитесь с ним. Как правило, в таких случаях речь идет о болезнях, способствующих развитию внутриутробной гипоксии.

Влияние неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье плода и новорожденного

Мы не случайно так подробно остановились на первых 3–4 месяцах внутриутробного развития ребенка. Нам хотелось обратить ваше внимание на то, как много важнейших, ключевых для его дальнейшей жизни событий происходит в этот, в сущности, очень короткий

период: закладываются и формируются практически все органы и системы, четко и быстро реализуется наследственная программа созидания нового организма.

Но эта тонкая и сложная работа может быть нарушена. Для плода материнский организм является внешней средой. Ребенок целиком зависит от ее качества. Неблагоприятные изменения, происходящие в ней под влиянием болезней беременной или вредных факторов извне, отражаются на его развитии.

Особенно беззащитен перед вредными воздействиями эмбрион. Поэтому первые 90 дней беременности врачи называют критическими из-за исключительной важности для внутриутробного развития ребенка. В этом временном промежутке выделяют два периода, когда неблагоприятные условия приводят к наиболее тяжелым последствиям.

Первый период – это час зачатия и 5–7 суток после него, когда зародыш продвигается по фаллопиевой трубе и затем внедряется в слизистую матки. Второй – время закладки и формирования органов, тканей ребенка и плаценты – с 3-й по 12-ю неделю включительно. В первом периоде зародыш погибает чаще всего. Во втором – в результате влияния вредных факторов могут возникать пороки развития: аномалии мозга, сердечно-сосудистой, нервной, костной, пищеварительной систем, почек, печени, других органов и тканей.

Характерно, что реакция эмбриональной ткани зависит не от природы, а от времени неблагоприятного воздействия. Так, если оно совпадает с закладкой и формированием, скажем, сердца, легких или мозга, то у плода, а затем у новорожденного будут наблюдаться дефекты этих органов.

В фетальном периоде интервал с 18-й по 22-ю неделю также считают критическим. Это время качественного изменения биоэлектрической активности мозга, рефлекторных реакций, кроветворения, образования гормонов. Органы и ткани плода теперь реагируют на неблагоприятные воздействия не так, как эмбриональные: например, в них начинаются воспалительные процессы, в результате чего задерживается созревание функций, происходят дистрофические изменения.

Поэтому медики различают среди болезней, которыми страдает плод, а следовательно, и новорожденный, эмбриопатии (возникают в первые 12 недель внутриутробного развития) и фетопатии (появляются с 13-й недели вплоть до рождения).

ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ

Болезни сердечно-сосудистой системы

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

В последние десятилетия наметилась тенденция к «омоложению» гипертонической болезни. Ее можно встретить у молодых людей и даже у детей. У беременных женщин гипертоническая болезнь наблюдается в 1,2–3,8 % случаев. А это не так уж редко. Характерной особенностью ее является длительный спазм мелких кровеносных сосудов. С годами их стенки становятся толще, просвет – уже. Уменьшается поступление к органам и тканям питательных веществ и кислорода. То же происходит и с сосудами матки и плаценты. Таким образом, у женщины с гипертонической болезнью плод может страдать от голода и удушья на ранних стадиях беременности.

Внутриутробная гипоксия проявляется тем сильнее, чем выше артериальное давление у матери. Состояние плода еще больше ухудшается, если к гипертонической болезни присоединяется ОПГ-гестоз, что наблюдается в 25–50 % случаев. Из-за этого возрастает опасность преждевременной отслойки плаценты – осложнения, чреватого гибелью ребенка. С внутриутробной гипотрофией рождаются 18–30 % детей, особенно часто у матерей со II стадией гипертонической болезни. Масса тела ребенка может составлять 2500 г вместо средней 3500 г. Длина тела обычно соответствует норме, поскольку костная система при гипотрофии страдает меньше. Дети нередко рождаются незрелыми. Частота асфиксии (удушье) у новорожденных достигает 18–20 %. У них снижена сопротивляемость инфекционным болезням, в частности пневмонии.

Гипертоническая болезнь – патологический процесс, в который вовлекаются различные органы и системы, прежде всего сердце, почки, мозг. Больная женщина вынуждена лечиться и во время беременности. При этом нужно учитывать, как лечение влияет на плод. Беременную с гипертонической болезнью должны наблюдать и акушер, и терапевт. Необходимо, чтобы курс лечения они выбирали совместно.

Большое значение в лечении беременной с гипертонической болезнью имеет диетическое питание. Оно, с одной стороны, должно быть полноценным, содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей и микроэлементов. Но, с другой стороны, необходимо ограничить употребление поваренной соли, азотистых экстрактивных веществ, животных жиров и легкоусвояемых углеводов. Рацион обогащается солями калия и магния, витаминами группы В, аскорбиновой кислотой и витамином Р. Полезны хлеб грубого помола, продукты моря: кальмары, креветки, мидии, морская капуста. Важное условие питания – быть умеренной в еде. Есть нужно не менее 4–5 раз в день небольшими порциями. Все блюда готовят без соли, но по согласованию с врачом ее разрешается добавлять в пищу (не более 3–5 г в день). Общий объем свободной жидкости (включая и первые блюда) не должен превышать 1,5 л. На второе рекомендуется рыба или мясо в отварном или запеченном виде. Особенно желательны свежие овощи, фрукты и ягоды. Запрещаются жирное мясо, крепкие мясные и рыбные бульоны, крепкий чай и кофе, свиное, говяжье, баранье сало, субпродукты, острые закуски, какао, шоколад.

Следует помнить, что при гипертонической болезни на поздних стадиях беременности нужно особенно внимательно относиться к зрению, поскольку возможны кровоизлияния в сетчатку, ее отслойка и слепота.

Прежде чем решиться на беременность, женщины, страдающие гипертонической болезнью, должны посоветоваться с врачом.

ПОРОКИ СЕРДЦА

Среди болезней сердечно-сосудистой системы у беременных женщин пороки сердца занимают одно из первых мест. Передаются ли они по наследству? Этот вопрос часто задают будущие родители. Передаются, но далеко не всегда. И тем не менее в этой группе риска пороки сердца у детей встречаются в 4 раза чаще, чем в популяции. Дают о себе знать и последствия внутриутробной гипоксии и гипотрофии. По статистическим данным, если порок сердца у матери компенсирован, такие патологические состояния плода наблюдаются в 20 и 12,2 % случаев, а если декомпенсирован – то в 50 и 32–70 %, соответственно. Одна из причин их возникновения – недостаточность кровообращения у беременной, другая – поражение плаценты, из-за чего развиваются дистрофические изменения в ворсинках хориона и фетальных сосудах, а следовательно, еще более ухудшается снабжение плода питательными веществами и кислородом.

У женщин с пороками сердца беременность сопровождается ОПГ-гестозом и анемией, нередки преждевременные роды и различные осложнения во время родов.

Среди приобретенных поражений сердца чаще всего встречается ревматизм. Эта хроническая болезнь может обостриться во время беременности. Некоторые препараты, применяемые для лечения ревматизма (салицилаты, гликозиды, кардиотонические и мочегонные средства), могут неблагоприятно действовать на плод.

Раньше при пороке сердца женщине запрещали рожать – она могла погибнуть в родах. Теперь проводят корригирующие операции на сердце, после которых значительно улучшается кровоток. А это совершенно необходимо для нормального вынашивания беременности. Кроме того, в Москве создан специализированный родильный дом для беременных женщин с пороками сердца, где используются совершенные методы, предотвращающие пагубное действие гипоксии на мозг и другие органы плода. Применяют и кесарево сечение.

В настоящее время в Москве действует кардиологический неонатальный центр, куда из всех родильных домов столицы направляются дети, родившиеся с пороком сердца.

ГИПОТОНИЯ

Пониженное артериальное давление встречается у 10–18 % беременных. Женщины могут терять сознание, если им придется долго стоять или они резко меняют горизонтальное положение на вертикальное. Такие обмороки чаще возникают при расширении вен на ногах. В последние недели беременности может наблюдаться особая форма острой сосудистой недостаточности – гипотонический синдром в положении на спине: женщина жалуется, что ей не хватает воздуха. Дыхание у нее несколько учащается, однако одышка бывает редко. Затем появляются ощущение слабости, головокружение, шум в ушах, в глазах темнеет. Женщина бледнеет, тело покрывается холодным липким потом. Возможны тошнота, рвота, потеря сознания.

У части больных понижение артериального давления связано с недостаточностью надпочечников, и это сказывается на развитии эндокринной системы и созревании иммунитета у плода. Поскольку при гипотонии ухудшается маточноплацентарное кровообращение, плод получает недостаточно кислорода и питательных веществ, страдает от внутриутробной гипоксии и гипотрофии. Нередко на поздних стадиях беременности у больных гипотонией развивается ОПГ-гестоз. Несколько чаще, чем у здоровых женщин, наблюдаются преждевременные роды, слабость родовой деятельности, кровотечения.

Беременные женщины, страдающие гипотонией, должны уделять много внимания режиму труда и отдыха, избегать переутомления, чаще бывать на свежем воздухе. Им необходимо калорийное и витаминизированное питание.

Сахарный диабет у матери

Сахарный диабет – болезнь, возникающая вследствие недостаточности в организме инсулина – гормона, вырабатываемого поджелудочной железой. В результате серьезно нарушается углеводный, жировой и белковый обмен.

Сейчас люди стали болеть сахарным диабетом гораздо чаще. К тому же не только в пожилом возрасте, но и в молодом. Поэтому диабет у беременных женщин стал проблемой, требующей пристального внимания и медиков, и самих больных, – недостаток инсулина в крови матери является причиной разнообразных отклонений в жизнедеятельности ребенка.

При сахарном диабете матери высока частота эмбрио- и фетопатий. Диабетическая эмбриопатия формируется в первые 10 недель беременности и приводит к таким аномалиям развития, которые в 3–4 % случаев несовместимы с жизнью. Причем пороки развития встречаются тем чаще, чем дольше болеет женщина. Как правило, поражаются сердце, аорта, скелет (аномалии костей таза, коленных суставов, нижних конечностей, стоп и т. д.), мочеполовая система, головной мозг. Характерные особенности имеют диабетические фетопатии.

Внутриутробное поражение поджелудочной железы происходит довольно редко: например, при цитомегалии, сифилисе, токсоплазмозе. У плода поджелудочная железа, как правило, работает нормально, если функция того же органа у матери не нарушена. При недостатке инсулина у беременной поджелудочная железа плода начинает вырабатывать его в таком количестве, чтобы обеспечить им оба организма – и собственный, и материнский. Потому женщины, больные диабетом, во время беременности чувствуют себя хорошо, нередко даже не вводя себе инсулин. От них можно услышать: «Всегда бы ходила беременной!» У этих женщин порой создается ложное представление о том, что беременность протекает благополучно. Однако хорошее самочувствие матери в таком случае достигается за счет разрушения здоровья ребенка. Гиперфункция железы у малыша ведет к ее истощению, у него возникает предрасположенность к диабету. Повышенное выведение инсулина приводит к нарушению углеводного, белкового, жирового и водного обмена. Из-за этого некоторые системы ребенка не успевают созреть к наступлению родов. Малыш «не укладывается в срок», он не готов к самостоятельному существованию. Более того, дети у женщин с диабетом рождаются чаще всего преждевременно. Поскольку к плоду поступает повышенное количество жирных кислот, откладывается много жира в его подкожной клетчатке. Независимо от срока беременности увеличиваются размеры тела и внутренних органов ребенка – сердца, почек, печени, надпочечников. Около 2/3 детей у женщин с сахарным диабетом рождаются с массой тела 5,5–6,5 кг и даже выше, а длиной 60 см и более.

При нелеченом диабете матери развивается внутриутробная гипоксия плода. Его кислородное голодание усиливается во время осложненных родов, так как прохождение крупного плода по родовым путям затруднено. Дети нередко получают родовые травмы.

Сразу после рождения поджелудочная железа ребенка продолжает функционировать с тем же напряжением, хотя связь с матерью уже прервалась и весь вырабатываемый инсулин остается в организме младенца. В результате в его крови содержание глюкозы резко падает, развивается тяжелое патологическое состояние – гипогликемия, которое может перерасти в кому (потеря сознания, расстройство рефлекторной деятельности, глубокие нарушения дыхания и обмена веществ). Если ребенку срочно не ввести в вену раствор глюкозы, он погибнет.

Дети, родившиеся у матерей с диабетом, часто страдают недостаточностью дыхания. Из-за гипоксии и сдвигов в обмене веществ повреждаются стенки легочных капилляров и плазма крови выходит в альвеолы. Белок плазмы крови – фибрин – образует так называемые гиалиновые мембраны – пленки, которые нарушают дыхание ребенка (болезнь гиали-

новых мембран). Поэтому такие новорожденные часто нуждаются в оживлении и интенсивной терапии.

Половина детей, родившихся у матерей с нелеченым диабетом, в дальнейшем отстают в нервно-психическом развитии, страдают болезнями сердца, водянкой мозга.

И тем не менее женщины-диабетики могут выносить и родить здоровых детей, если будут лечиться и во время беременности, несмотря на ухудшение самочувствия. Нужно тщательно выполнять все назначения врача: регулярно делать инъекции инсулина, принимать препараты, устраняющие последствия нарушения обмена веществ.

Открылись специализированные родильные дома, в которых применяются комплексные методы лечения будущих матерей, больных диабетом, и их детей с момента рождения. К сожалению, таких родильных домов в России пока мало: они имеются только в Москве и Санкт-Петербурге.

Ожирение

Ожирение встречается у 40 % женщин старше 30 лет. Это состояние может быть связано с конституцией, когда человек ест умеренно, но в подкожной клетчатке откладывается много жира. Но чаще ожирение возникает и развивается от переедания.

При ожирении страдают органы и системы женщины. В первую очередь сердечно-сосудистая система и органы дыхания (ухудшается газообмен).

Поэтому ожирение небезопасно для плода. Почти у каждой четвертой беременной женщины с избыточной массой тела наблюдается ОПГ-гестоз. Часто отмечается слабость родовой деятельности. В совокупности с большой массой ребенка (обычно 4–5 кг) это приводит к тому, что он появляется на свет в состоянии асфиксии, с родовыми травмами. Частота таких осложнений составляет 15–18 %. Кроме того, у женщин с ожирением крупные дети часто рождаются переносными.

Поэтому при ожирении лучше заблаговременно, до беременности, пройти курс лечения, а во время беременности питаться рационально. Пища должна содержать нормальное количество белков, витаминов и минеральных веществ, но калорийность ее снижается за счет уменьшения доли углеводов и жиров (сокращается количество сахара, хлеба, круп, мучных изделий, картофеля, бобовых, винограда, сливочного и растительного масла, сметаны, сливок). Поскольку питание беременной женщины имеет первостепенное значение для нормального развития ребенка, диету может назначать и корректировать только врач.

Несовместимость крови матери и плода

Что такое несовместимость крови матери и плода? Влияет ли она на внутриутробное развитие ребенка? Для того чтобы ответить на эти вопросы, напомним о некоторых свойствах крови.

Кровь состоит из плазмы (55 %) и форменных элементов (45 %), к которым относятся эритроциты, лейкоциты и тромбоциты. Если смешивать плазму крови одного человека с эритроцитами другого, то в некоторых случаях эритроциты начнут склеиваться, образуя комочки. Это явление было названо реакцией агглютинации, или склеивания. Позднее в плазме были обнаружены антитела, которые обозначили α и β , а в эритроцитах – антигены, названные А и В.

Антигены – это вещества, обладающие способностью при введении их в кровь или под кожу вызывать образование специфических белков – антител.

При встрече антитела и соответствующего ему антигена возникает реакция агглютинации. Сравнивая антигены эритроцитов и антитела плазмы крови у различных людей, К.

Ландштейнер и Я. Янский выделили четыре группы крови: 0 или I, A или II, B или III, AB или IV. Пары антиген – антитело (A и α , B и β) были названы одноименными.

Оказалось, что в крови человека не могут одновременно существовать одноименные антигены и антитела, так как это вызвало бы реакцию агглютинации.

В эритроцитах крови группы 0 (I) нет антигенов, но в ее плазме присутствуют антитела α и β . В эритроцитах группы A (II) имеется антиген A, а в сыворотке – антитело β . Группа крови B (III) характеризуется наличием в сыворотке антитела α , а в эритроцитах – антигенов B. И наконец, эритроциты группы AB (IV) содержат оба антигена, в сыворотке же антител нет.

Совместимой по группам считают кровь, если в эритроцитах донора и плазме реципиента не содержится одноименных антигенов и антител. Этот принцип используется при переливании крови.

В 1940 году К. Ландштейнер и И. Винер обнаружили еще один антиген в крови человека. Впервые он был найден в эритроцитах обезьяны макаки-резус. Этот антиген назвали резус-фактором. Оказалось, что он присутствует в эритроцитах 85 % людей (резус-положительны) и только у 15 % его нет (резус-отрицательны). В отличие от антигенов A и B резус-фактор не имеет соответствующих ему врожденных антител. При первом введении резус-положительной крови резус-отрицательному человеку ничего опасного для него не происходит – эритроциты донора не успевают склеиться, так как быстро разрушаются. Однако антитела к резус-фактору в организме резус-отрицательного реципиента начинают вырабатываться и длительное время сохраняются. Происходит сенсibilизация его организма, он становится чувствительным к резус-фактору. И если такому человеку снова ввести резус-положительную кровь, имеющиеся в его крови антитела на этот раз вызовут склеивание эритроцитов донора. Возможно и развитие гемотрансфузионного шока (расстройство кровообращения, дыхания и обмена веществ, повреждение почек).

На формирование плода оказывает влияние и резус-, и групповая несовместимость с кровью матери.

Резус-несовместимость крови. Если кровь матери резус-отрицательна, а у ребенка резус-положительна, то в этом случае плод может заболеть. Организм матери начинает вырабатывать антитела против резус-фактора ребенка. Антитела, проникая в его кровь через плаценту, вызывают склеивание эритроцитов у плода, а затем их разрушение. При повторных беременностях резус-конфликт становится все более выраженным, так как резус-антитела у матери сохраняются от предыдущих беременностей, и, следовательно, опасность для ребенка повышается.

Поскольку резус-фактор появляется в крови плода до 12-й недели внутриутробного развития, разрушительное воздействие на кровь ребенка будет продолжительным и вызовет серьезные нарушения в его жизнедеятельности – из-за недостатка эритроцитов у плода развиваются гипоксия тканей и органов, тяжелая хроническая анемия, глубокие нарушения обмена веществ и кровообращения. Ребенок может погибнуть в чреве матери или родиться с гемолитической болезнью.

При отечной форме болезни ребенок родится с отеком подкожного жирового слоя, накоплением жидкости в полостях тела и тяжелой анемией. В большинстве случаев при отечной форме гемолитической болезни новорожденные погибают в первые часы жизни.

Желтушная форма – тяжелая и наиболее часто встречающаяся разновидность гемолитической болезни новорожденного – характеризуется наряду с увеличением печени и селезенки умеренной анемией и желтушным окрашиванием кожи, которое появляется в 1—2-е сутки жизни и быстро прогрессирует. Оно связано с повышением в крови ребенка концентрации билирубина.

Билирубин образуется при распаде эритроцитов, сухое вещество которых на 90–95 % состоит из гемоглобина. Во время превращения гемоглобина образуется так называемый «непрямой», или свободный, билирубин. Это соединение с током крови попадает в печень, где обезвреживается, превращаясь в «прямой» билирубин, и выводится из организма. Из двух форм билирубина «непрямой» обладает сильным токсическим действием, тогда как «прямой» является соединением достаточно безвредным.

Если во время внутриутробного развития свободный билирубин, образующийся у плода из-за массового распада эритроцитов под действием резус-антител матери, выводится через плаценту и обезвреживается в печени беременной женщины, то новорожденный лишен этой возможности. Распад эритроцитов у ребенка продолжается под влиянием резус-антител материнского организма, содержащихся в его крови. Нейтрализовать токсическое действие билирубина печень ребенка не в состоянии: ферментная система, участвующая в превращении этого соединения, у него еще не созрела. И свободный билирубин накапливается в крови ребенка. Если в норме в крови человека содержится от 0,25 до 1,2 мг %, а чаще 0,8 мг % свободного билирубина, то его концентрация 2 мг % и выше приводит к желтухе, которую называют гемолитической (гемолиз – распад эритроцитов).

Если количество свободного билирубина в крови возрастает до 18–20 мг%, происходит поражение мозга ребенка (ядерная желтуха). Это осложнение можно предотвратить, если принять экстренные меры (произвести, например, заменное переливание крови).

Наиболее легкой является анемическая форма гемолитической болезни.

Итак, резус-несовместимость крови матери и плода может привести к очень тяжелым последствиям для ребенка. Поэтому каждая девочка, девушка, женщина должна знать свою резус-принадлежность. Может случиться так, что из-за травмы или во время операции потребуются переливание крови. И женщине, девочке, девушке с резус-отрицательной кровью могут перелить кровь от резус-положительного донора. Ее организм будет sensibilized, в нем начнут вырабатываться резус-антитела. И тогда уже первый ребенок у такой женщины родится с гемолитической болезнью.

Женщине с резус-отрицательной кровью лучше аборт не делать. Как мы уже говорили, резус-фактор у плода появляется достаточно рано, и, хотя в те сроки беременности, когда разрешено делать аборт, плацента еще не сформирована, резус-фактор попадает в кровь женщины во время операции и sensibilizes ее организм. Если у резус-отрицательной женщины не было абортов и переливаний резус-положительной крови, первая беременность у нее с вероятностью 95 % завершается рождением здорового ребенка. Только один новорожденный из 25 в таком случае появляется на свет больным. От второй беременности больным рождается каждый второй ребенок. Поэтому молодые супруги должны помнить: если у женщины кровь резус-отрицательная, первая беременность у нее должна закончиться рождением ребенка.

Отметим, что эффективно подавляет образование резус-антител введение в течение 48 часов после искусственного аборта, или первых родов, или переливания резус-положительной крови резус-отрицательной женщине иммуноглобулина антирезус-Rho (D) человека.

Групповая несовместимость крови. Если у женщины первая группа крови (0), а у ребенка – вторая (A) или третья (B), то антитела матери проникают через плаценту в кровь плода и вызывают сначала агглютинацию, а затем разрушение его эритроцитов. Ребенок и в этом случае может родиться с гемолитической болезнью. Групповая несовместимость крови матери и плода очень распространена. Несмотря на то что групповые антигены у плода появляются с 5–6-й недели внутриутробного развития, а у матери имеются врожденные (- и (-антитела, гемолитическая болезнь у новорожденных возникает реже и в более легкой форме, чем при резус-несовместимости крови. Только в одном случае из 2500 у ребенка развивается тяжелая патология, когда требуется заменное переливание крови.

Почему так происходит? Групповые антигены содержатся не только в эритроцитах, но и во всех тканях организма. Так, групповые антигены плода находятся в детской части плаценты, амниотической оболочке, в большом количестве выделяются в околоплодные воды. Создается своеобразный защитный барьер, который принимает на себя основной удар иммунной системы материнского организма. Ее антитела агглютинируют с антигенами защитного барьера и задерживаются. Пусть не полностью, но так или иначе их действие на плод становится значительно слабее. В то же время амниотическая оболочка и жидкость лишены резус-антигенов, поэтому резус-антитела беспрепятственно проникают к плоду, вызывая более тяжелые формы гемолитической болезни, чем при групповой несовместимости крови.

Встречается и такой вариант, когда резус-отрицательная женщина имеет первую группу крови, а ее муж – резус-положительную вторую. Казалось бы, резус-положительному ребенку со второй группой крови в этом случае угрожает тяжелейшая гемолитическая болезнь. Однако нет. Чаще всего ребенок рождается здоровым или с легкой формой патологии. В чем же дело? Это явление связано с так называемой конкуренцией антигенов. Если в организм попадает несколько антигенов, то антитела вырабатываются к самому сильному из них. Групповые антигены сильнее резус-фактора. В организме матери будут продуцироваться антитела только против группового антигена А. Групповая же несовместимость крови, как мы только что показали, для плода менее опасна, чем несовместимость по резус-фактору.

Во время беременности резус-отрицательные женщины должны ежемесячно сдавать кровь для исследования на резус-антитела, особенно на 24, 32, 36-й неделях. Важно также определить и резус-принадлежность отца. Под особым наблюдением в женской консультации и родильном доме должны находиться и женщины с первой группой крови, если муж имеет другую группу.

Осложнения беременности

РАННИЙ ТОКСИКОЗ

В первые недели беременности у женщины могут возникать неприятные ощущения: тошнота, отвращение к пище, повышенное слюноотделение. По утрам возможна небольшая рвота, как правило слюной. Это естественные явления, связанные с перестройкой организма, которая необходима для благополучного вынашивания беременности.

Однако бывают и более серьезные случаи. Рвота может учащаться до 10 раз в день. Женщина худеет, чувствует себя усталой, у нее несколько понижено артериальное давление, учащен пульс, повышена температура тела, сухие слизистые оболочки. Она плохо спит, не хочет есть.

Облегчает состояние беременной регулярное питание небольшими порциями 6–7 раз в сутки. Хорошо, если у нее есть возможность первый завтрак съесть в постели, немного полежать после еды с теплой грелкой на подложечной области – верхняя часть туловища должна быть приподнята. Иногда помогает и перемена обстановки – поездка на несколько дней на дачу или в гости.

Иногда тошнота и рвота становятся мучительными и продолжаются днями и неделями. Уже одна мысль о пище, всего лишь изменение положения тела способны вызвать приступ сильнейшей рвоты. Она бывает 20 и более раз в день. Это уже серьезное неблагополучие, которое может приводить к обезвоживанию организма, нарушению обмена веществ. Будущей матери не стоит пытаться своими силами справиться с такой рвотой. Ей требуется медицинская помощь. Если врач предлагает лечь в стационар, нужно согласиться с ним.

При прогрессировании рвоты может возникнуть угроза для жизни и матери, и ребенка.

Почему развивается «неукротимая» рвота беременных, точно не выяснено. Однако есть сведения, что в этом повинен психологический фактор. Очень часто такая рвота бывает у женщин, которые по какой-то причине отрицательно относятся к своей беременности: из-за перенесенных в прошлом родов, или потому что беременность нежелательна, или женщина стыдится ее.

Порой, для того чтобы рвота утихла, достаточно физического и эмоционального покоя в условиях стационара без специального лечения. Однако такие беременные очень внушаемы. И если женщина попадает в палату с больной, страдающей рвотой, болезнь может дать рецидив. Иногда рвота возобновляется и после выписки из стационара, когда женщина возвращается в привычную, чем-то ее травмирующую обстановку. Поэтому беременная и после больницы должна находиться на особом учете в женской консультации.

Другим довольно неприятным проявлением раннего токсикоза является слюноотделение. Обычно им страдают все женщины, у которых бывает рвота. Однако слюноотделение порой встречается и без нее. Потеря слюны достигает в тяжелых случаях 1 л и более. Это не только обезвоживает организм, но и страшно угнетает. Кроме того, из-за обильного слюноотечения может возникнуть мацерация (размокание) кожи и слизистой оболочки губ. Помогает полоскание рта настоем ромашки и шалфея. Некоторые врачи рекомендуют глотать, а не сплевывать слюну. Нередко это дает быстрый положительный эффект.

В ранние сроки беременности могут возникать дерматозы (болезни кожи, ногтей, волос). Это может быть зуд кожи и слизистых, реже – экзема. Очень опасен гнойный лишай пузырьчатой формы (гипокальциноз). Изредка наблюдаются высыпания на коже, напоминающие сыпь при скарлатине, – экзантемы. Во всех случаях дерматоза нужно обязательно показаться врачу.

У женщин, страдающих суставным ревматизмом, эндокардитом и тонзиллитом, могут возникать судорожные подергивания мышц лица, туловища, ног, рук. Чаще всего это происходит на 4—5-м месяце беременности и нередко свидетельствует об обострении болезни.

Безусловно, при таких явлениях нужно не откладывая обратиться к врачу. В тяжелых случаях для спасения женщины приходится прерывать беременность.

ОПГ-ГЕСТОЗ

Нередко у женщин во второй половине беременности развивается патологическое состояние, которое называют ОПГ-гестозом, что означает: отеки; белок, или протеин, в моче; повышенное артериальное давление, или гипертензия. Ранее такое состояние именовалось токсикозом второй половины, или поздним токсикозом, беременности. Причем необязательно обнаруживается триада признаков – может быть два, а то и один симптом. В основе этого состояния лежат заболевания мелких сосудов, что приводит к нарушению функционирования почек, повышению артериального давления и отекам.

Во время беременности, особенно во второй ее половине, нагрузка на почки резко повышается. Именно поэтому беременная должна регулярно сдавать мочу на анализ, с помощью которого можно обнаружить ОПГ-гестоз на ранних стадиях. Если его не лечить, беременность может закончиться трагически и для матери, и для ребенка. Болезнь эта коварна. Женщина обычно чувствует себя хорошо и не обращает внимания на беспокойство врача по поводу резких «скачков» массы ее тела – вчера одна, а сегодня на 2 кг больше. А между тем нужно насторожиться – почки плохо справляются с нагрузкой. Появляется белок в моче – еще одно серьезное предупреждение о неблагополучии. Белковый обмен при ОПГ-гестозе страдает в первую очередь.

Если не принять срочных мер, присоединяются другие нарушения деятельности почек (по выведению солей, концентрации мочи). У женщины повышается артериальное давление. И наконец, ОПГ-гестоз переходит в грозное осложнение – эклампсию: нарушается мозговое

кровообращение, повышается проницаемость стенок капилляров мозга. В результате резко возрастает давление спинно-мозговой жидкости.

Припадок начинается внезапно – возникают сильные судороги, охватывающие все тело, одновременно развивается кома. Припадок может закончиться гибелью либо женщины, либо плода. Но и в том случае, если роженицу удастся спасти, у нее нередко на всю жизнь остаются осложнения после перенесенной эклампсии – например, слепота.

Поэтому важно очень внимательно следить за работой почек: если утром не надевается обручальное кольцо или вчера еще свободные туфли сегодня стали тесными, нужно немедленно обратиться к врачу и в дальнейшем выполнять все его рекомендации. Из-за беспечного отношения женщин к себе, что в первую очередь связано с незнанием последствий ОПГ-гестоза, в нашей стране эклампсия у беременных возникает значительно чаще, чем в других странах.

Если врач направляет вас в стационар по поводу ОПГ-гестоза, нужно лечь в больницу. Там будет проведено необходимое лечение: восстановится нормальное функционирование почек, снизится артериальное давление.

Большое значение для улучшения состояния женщины и плода имеет диета. Обычно врач назначает молочно-растительную пищу, дополнительно разрешается 1–2 раза в неделю есть отварное мясо или рыбу. Количество животного белка можно увеличивать по совету врача, если женщина много теряет белка с мочой.

Чем скорее будет устранен ОПГ-гестоз, тем лучше для будущего ребенка. При этой болезни развивается недостаточность плацентарного кровообращения, а следовательно, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода. Серьезным осложнением является невынашивание беременности, частота которого возрастает с увеличением длительности патологического состояния и его тяжести: при легкой и средней степени ОПГ-гестоза преждевременно рождаются 8–9 % детей, при тяжелой 19–20 %, при переходе ОПГ-гестоза в преэклампсию – до 32 % детей. Если ОПГ-гестоз продолжается 2–3 недели, недоношенными рождаются 11–13 % детей, а если до 4 недель – до 20 %. Низкую массу тела имеют 30–35 % новорожденных. Таких детей приходится выхаживать, они растут невропатичными, плохо едят, доставляют много хлопот родителям.

Почему же у одних женщин беременность протекает вполне благополучно, а у других осложняется ОПГ-гестозом? Женщина должна знать о факторах, которые способствуют заболеванию. Прежде всего, к ним относятся любые болезни почек, даже перенесенные в детстве и не дающие о себе знать. Беременность может активизировать заглушенный патологический процесс. Кроме того, к ОПГ-гестозу может привести чрезмерное питание во время беременности. С этим фактором нужно считаться сегодня, когда в пище повышено содержание вредных веществ и выведение их из организма является дополнительной нагрузкой на почки.

АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Во время беременности нередко развивается анемия (малокровие), если женщина получает с пищей недостаточно железа. Тогда ребенок использует для построения собственной кроветворной системы часть железа из организма матери. Анемии возникают у 30 % беременных женщин обычно между 16-й и 20-й неделями. Из них 21–27 % приходится на железодефицитные анемии, развитию которых способствует и увеличение во время беременности жидкой фракции крови. При нормальном течении беременности небольшое снижение содержания гемоглобина (до 11 г %) не отражается на состоянии женщины. Реже встречаются анемии, вызванные недостатком одного из витаминов – фолиевой кислоты.

Обычно дети у женщин с анемиями рождаются с нормальным количеством гемоглобина и достаточным запасом железа в организме, независимо от тяжести болезни матери. И все же их внутриутробное развитие проходит в неблагоприятных условиях. Из-за уменьше-

ния в крови матери количества гемоглобина плод получает мало кислорода. Поэтому внутриутробная гипоксия является основным повреждающим фактором. Приблизительно половина беременных женщин с анемиями страдают гипотонией. С одной стороны, это еще более ухудшает снабжение плода кислородом, а с другой – он получает недостаточно питательных веществ. В результате ребенок рождается с признаками внутриутробной гипоксии и гипотрофии. Новорожденные склонны к заболеваниям кожи и слизистых оболочек.

Чтобы предотвратить развитие анемии, нужно повторить анализ крови на 5-м месяце беременности. Если содержание гемоглобина в крови ниже нормы, врач назначает противоанемическое лечение. При этом в рацион следует включить продукты, богатые железом: айву, инжир, чернику, урюк, курагу, чернослив, сухие яблоки, ржаной и пшеничный хлеб.

Влияние абортa на течение и исход последующих беременностей

То, что искусственное прерывание беременности, особенно первой, может привести к бесплодию, достаточно известный факт. Но немногие знают, что отдаленным последствием искусственного аборта является патологическое течение беременности. Невынашивание беременности, ранний или преждевременный разрыв плодных оболочек и излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, низкое расположение плаценты или приращение ее, резус-несовместимость крови матери и плода – вот основные осложнения, которые возникают при беременности в результате аборта, перенесенного в прошлом. Вывод – искусственных абортов лучше избегать, пользуясь различными противозачаточными средствами и способами, которые вам подскажет врач. Особенно не стоит делать аборт при первой беременности, поскольку первая беременность нередко является и последней. Проходит время, и ребенок, не нужный еще недавно, становится желанным, совершенно необходимым. И женщина, когда-то с легким сердцем решившаяся на аборт, теперь готова на любое лечение, только бы сынок или дочка появились на свет. Но далеко не всегда это получается.

Инфекционные болезни

Инфекционные болезни при беременности нарушают ее нормальное течение, могут привести к преждевременным родам, аномалиям развития плода, его внутриутробному заболеванию и гибели, могут неблагоприятно отразиться на здоровье самой женщины. К наиболее тяжелым последствиям для внутриутробного развития ребенка приводят вирусные заболевания матери.

К вирусам наиболее чувствительны эмбрионы. Для этих возбудителей характерно, что они предпочитают развиваться на эмбриональных, незрелых тканях. Недаром и в лабораториях вирусы культивируют на куриных эмбрионах. Поэтому вирусные инфекции опасны именно в первые 90 дней внутриутробного развития плода.

В фетальном периоде, то есть после 3 месяцев беременности, к плоду могут проникать не только вирусы. Бактерии и простейшие также способны преодолевать плацентарный барьер, что бывает, правда, не столь уж часто. Такой путь проникновения возбудителя называют трансплацентарным. При этом плацента может быть поражена, что само по себе крайне неблагоприятно для плода: он перестает получать нужное количество кислорода и питательных веществ. Однако возбудители не всегда поражают плаценту.

Иногда они попадают к плоду из влагалища матери через околоплодный пузырь. В этом случае сначала инфицируется полость матки и амниотическая жидкость, которая является хорошей средой для размножения возбудителей. Поражаются также плацента, пуповина и плодные оболочки. В организм ребенка возбудитель проникает через кожу, пупочный канатик, дыхательные пути, глаза и уши.

Болезнетворные микроорганизмы могут попадать к плоду и из брюшной полости по маточным трубам. Не исключен и контактный путь заражения, если очаг инфекции локализован в стенке матки или плаценте.

ВИРУСНЫЕ БОЛЕЗНИ

Краснуха. Иногда одного контакта матери с больным краснухой бывает достаточно, для того чтобы плод заболел. Болезнь, которая у детей протекает, как правило, легко, нередко даже без повышения температуры, производит катастрофические разрушения в организме ребенка, если он внутриутробно поражен вирусом краснухи в первом триместре беременности. Вирус попадает к эмбриону через кровь матери. В этом случае очень высока вероятность рождения мертвого ребенка или ребенка с пороками развития: поражениями мозга, сердца, слухового анализатора, кожи, костной системы, печени, селезенки, почек. Среди поздних осложнений можно назвать глухоту, глаукому, микроцефалию, гидроцефалию, энцефалопатию (последствие органического поражения головного мозга), сильное отставание в психомоторном развитии, позднее закрытие швов и родничков, сахарный диабет, болезни щитовидной железы. Среди живых детей, которые рождаются у матерей, перенесших краснуху на 1—2-м месяце беременности, 50—80 % имеют пороки развития, а на 2—3-м месяце – 15—30 %. Поэтому, если женщина переболела краснухой в течение первых 90 дней беременности, это рассматривается как абсолютное показание к искусственному аборту. В Австралии, где впервые в 1944 году было установлено пагубное влияние краснухи на плод, применялся своеобразный способ иммунизации девочек. К заболевшему краснухой ребенку приглашали в гости девочек со всей округи... чтобы они заразились и переболели краснухой, которая дает пожизненный иммунитет. Позднее эта болезнь уже не могла нанести вред детям этих девочек.

Беременная женщина, не болевшая краснухой, должна помнить, что эта болезнь у взрослых протекает, как правило, в легкой форме, обычно с небольшим повышением температуры или без него, с высыпаниями на коже. Сыпь имеет вид мелких красных точек. Поскольку температура бывает невысокой и держится недолго, такую сыпь нередко принимают за аллергическую и не обращают на нее внимания. Однако любая сыпь у беременной женщины, особенно в первые 2—3 месяца, должна быть поводом для обращения к врачу за консультацией. Что отличает краснуху от аллергии? При аллергии, как правило, не бывает температуры. Кроме того, при краснухе увеличиваются затылочные лимфатические узлы, что всегда может определить врач.

Корь. У взрослых корь сейчас встречается довольно редко, поскольку практически все население иммунизируется. Но тем не менее следует знать, что иммунитет к кори, выработанный в процессе болезни, и иммунитет, полученный в результате прививки, различаются по продолжительности. Первый остается на всю жизнь, второй может ослабевать. Поэтому при контакте беременной с больным корью ей вводят антикоревой у-глобулин. Корь, перенесенная женщиной на ранних стадиях беременности, приводит к таким же тяжелым последствиям для плода, как и краснуха. Если женщина заболела корью в первом триместре беременности, это является абсолютным показанием для искусственного аборта.

Цитомегалия. Возбудитель относится к группе вирусов герпеса. Его называют также вирусом слюнных желез, так как он локализуется в их клетках. По статистическим данным, в России около 30 % населения являются носителями этого вируса. Другими словами, он присутствует в организме, но ничем себя не проявляет. Однако женщина, – носитель вируса цитомегалии может через свою кровь заразить эмбрион или плод, и тогда начинается патологический процесс, который часто приводит к тяжелым поражениям ребенка. Малыш появляется на свет до срока, желтушный, с пороками глаз, костной системы, слуха. В дальнейшем развиваются глухота, слепота, энцефалопатия, микроцефалия, пневмосклероз, цирроз печени, поражения кишечника, почек.

В настоящее время разработаны специальные диагностикумы, позволяющие по количеству антител, имеющихся в организме против вируса цитомегалии, установить, является человек носителем этого возбудителя или нет. Лучше такое обследование пройти заранее, чтобы в случае носительства и врач, и сама женщина были насторожены в отношении цитомегалии. Коварство цитомегалии заключается в том, что болезнь часто протекает бессимптомно или признаки ее напоминают обычную простуду.

При носительстве цитомегалии беременная должна при любом недомогании обратиться к врачу, который по увеличению слюнных желез может заподозрить цитомегалию. Положение с заболеваемостью цитомегалией усугубляется тем, что все еще неизвестны внеутробные пути передачи возбудителя от человека к человеку, а потому не разработаны меры профилактики этого заболевания. Не располагает отечественная медицина и радикальными средствами лечения цитомегалии. Если беременной женщине поставлен диагноз «цитомегалия», то, чтобы ослабить действие вируса на эмбрион или плод, ей могут вводить специальный у-глобулин – антитела против этого возбудителя.

Вызывает трудности и прогнозирование здорового потомства у больной женщины.

Герпес. Как проявляет себя вирус герпеса, известно всем. Это высыпания на теле, а чаще на губах – так называемая простуда. Большинство людей являются носителями вируса герпеса. Он дает о себе знать в тот момент, когда иммунная защита организма по той или иной причине снижается. Но если герпес не причиняет большого вреда ребенку и взрослому, то у плода он вызывает очень серьезные повреждения. Особенно опасен в этом отношении вирус II типа, который локализуется на слизистых оболочках половых органов женщины. В этом случае заражение плода происходит через инфицирование амниотической жидкости. Но чаще всего вирус попадает к плоду через плаценту, а к эмбриону – через кровь матери. Поскольку вирус герпеса предпочитает развиваться в нервной ткани, ребенок рождается, как правило, с поражением центральной нервной системы.

Он может внутриутробно перенести менингоэнцефалит, последствием которого у новорожденного являются микроцефалия, водянка мозга, слепота, замедленное развитие. Нередко встречается укорочение конечностей.

В настоящее время разработан метод, позволяющий еще до беременности провести лечение, чтобы ослабить действие вируса на плод. Такое же лечение проводится и во время беременности, если у женщины появились герпетические высыпания на теле.

Грипп. Может ли грипп, перенесенный женщиной во время беременности, повлиять на ребенка? Получить ответ на этот вполне закономерный вопрос оказалось не так просто. На первый взгляд пандемия гриппа 1953–1957 годов (возбудитель – вирус А-2, азиатский) не вызвала увеличения количества новорожденных с уродствами. Однако позже, когда были собраны и проанализированы статистические данные, выяснилось, что количество таких детей все-таки несколько увеличилось. Словом, если женщина заболела в первом триместре беременности, опасность поражения ребенка существует. Но если болезнь протекала сравнительно легко, то нарушений здоровья ребенка обычно не наблюдается. Только при очень тяжелом течении гриппа у матери ребенок может родиться с последствиями внутриутробно перенесенного инфекционного заболевания. Из поздних осложнений можно назвать энцефалопатию, из-за которой малыш будет отставать в психомоторном развитии.

Совсем другой прогноз дают медики, если женщина заболела гриппом на поздней стадии беременности. В таком случае ребенок может родиться раньше срока со сниженной реактивностью организма – он больше подвержен инфекционным заболеваниям. Как говорят, вирус гриппа прокладывает дорогу другой инфекции, которая «въезжает в организм верхом на гриппе». Например, у ребенка чаще возникает сепсис. Поэтому даже к легкой форме гриппа на поздней стадии беременности нужно относиться очень серьезно и, не прибегая к

самолечению, сразу обратиться к врачу. Неправильно принимаемые лекарственные препараты могут повредить ребенку.

Вирусный гепатит. Может ли рожать женщина, перенесшая эту болезнь? Может, но до наступления беременности она должна выяснить, в каком состоянии у нее печень и каким возбудителем был вызван гепатит. Если женщина перенесла гепатит типа А, то может не волноваться – к этому вирусу вырабатывается стойкий иммунитет, и вновь она уже не заболеет.

До недавнего времени считалось, что причиной тяжелого течения болезни является вирус типа В. Болезнь часто приобретает хронический характер и приводит к серьезному осложнению – циррозу печени. Кроме того, нередко встречается носительство вируса гепатита В.

Однако оказалось, что и вирус В в чистом виде не вызывает тяжелого гепатита. Был обнаружен третий тип вируса – дельта. В ассоциации с вирусом В он и обуславливает неблагоприятное течение болезни. Та же ассоциация вирусов при носительстве матери опасна и для плода. Если он заражен вирусами типа В и дельта, роды могут произойти раньше срока. Ребенок рождается с гипотрофией и внутриутробным гепатитом. У новорожденного наблюдаются кровоточивость, увеличение печени, нарушение ее функции. 20 % таких детей погибают в первые месяцы после рождения, 40 % – доживают до 2 лет, 40 % малышей удается вылечить, и они растут здоровыми.

Синдром приобретенного иммунодефицита. Передается ли вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) от матери к плоду – проблема, нуждающаяся в дополнительном изучении. Однако имеющиеся сведения позволяют предполагать, что вероятность такой передачи ВИЧ достаточно высока и составляет от 30 до 50 %. Бывают случаи, когда женщина хочет иметь ребенка от мужчины, у которого обнаружены антитела к ВИЧ. И хотя проявления СПИДа у него отсутствуют, то есть мужчина пока не болен, а является носителем вируса, опасность заражения женщины очень велика.

В настоящее время все женщины обследуются в первые месяцы беременности на присутствие в крови антител к ВИЧ. В случае положительного ответа при тестировании женщине показан искусственный аборт из-за высокой вероятности заражения плода. Конечно, она сама решает, оставить ей беременность или нет.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ

Туберкулез. Среди болезней, вызываемых бактериями, сейчас особое внимание привлекает туберкулез. Инфекция, с которой в свое время справилось отечественное здравоохранение, стала снова распространяться, в первую очередь поражая людей, живущих в местностях с неблагоприятными экологическими, социально-бытовыми и санитарно-эпидемиологическими условиями.

Если в окружении женщины есть больной туберкулезом, ей необходима консультация врача. Если же она сама больна, то сначала должна вылечиться, так как иначе ей, беременной, придется принимать антибиотики, влияние которых на плод неоднозначно.

Туберкулезный процесс может возникнуть или обостриться во время вынашивания ребенка. В нашей стране разработана и действует система лечения беременных женщин, больных туберкулезом. В Москве для них открыт специализированный родильный дом. При соответствующем наблюдении и лечении дети у таких женщин обычно рождаются здоровыми.

Листерия. Возбудитель этой болезни – бактерия. Заражение может произойти через плохо обработанное мясо и молоко, а также при контакте с больными животными. Об этом нужно помнить женщинам, которые по роду своей трудовой деятельности имеют дело с животными, – дояркам, ветеринарам, работницам звероферм.

К плоду листерии попадают через плаценту. Но при этом возможно и вторичное заражение плода: выделяя возбудителя с мочой, он инфицирует околоплодные воды, которые

попадают в его дыхательные пути. Возникает тяжелая внутриутробная пневмония. Заражение околоплодных вод происходит и в том случае, если бактерии попадают в полость матки из влагалища матери.

У женщин, больных листериозом, дети часто рождаются с генерализованной формой инфекции – сепсисом. У них увеличены печень и селезенка, уже в первые сутки жизни развивается желтуха, на коже в 40 % случаев появляется сыпь. Заражение ребенка возможно и во время родов. В дальнейшем у него могут развиваться водянка мозга и энцефалопатия.

Сифилис. Плод может заразиться лишь от больной матери. Болезнь у женщин может протекать не только в острой, но и в скрытой форме. Бледная спирохета поражает плод чаще всего на 6—7-м месяце беременности. Плацента сначала не изменяется, признаки ее поражения появляются уже после заболевания плода. Следствием заражения может быть выкидыш или рождение мертвого ребенка. Если же он появился на свет живым, в случае раннего врожденного сифилиса признаки болезни могут быть обнаружены уже к концу 1-й недели или 2-го месяца жизни. Однако болезнь может заявить о себе в любом возрасте до 16–17 лет. При раннем врожденном сифилисе поражаются кожа (сифилитическая сыпь), слизистые оболочки, кости, поджелудочная железа, печень, головной мозг, а в дальнейшем развиваются водянка мозга, сифилитический насморк. При позднем врожденном сифилисе преимущественно поражается центральная нервная система.

При своевременном выявлении и лечении сифилиса женщина в дальнейшем может иметь здоровых детей.

Стрептококковая инфекция. Если у беременной женщины имеются очаги хронической инфекции, например при тонзиллите, синуситах, воспалительных заболеваниях мочеполового тракта, они могут стать причиной тяжелого поражения плода. Возбудителями болезни являются мелкие бактерии шарообразной формы, которые обычно объединяются в цепочки. Они могут проникать к плоду через плаценту или заражая околоплодные воды. Ребенок рождается с симптомами внутричерепной травмы, у него нарушено дыхание, наблюдаются кровотечения, вялость. Часто дети погибают сразу после рождения. У умерших детей обнаруживаются кровоизлияния в мозговые оболочки, вещество мозга, ткани легких. Если ребенок не погибает сразу, болезнь прогрессирует: поражаются легкие и центральная нервная система.

МИКОПЛАЗМОЗ

Болезнь вызывается микоплазмой – микроорганизмами различной формы. Это мелкие шары, короткие нити, лишенные клеточных стенок. Они часто являются причиной заболеваний мочеполовой системы. К плоду возбудитель может попадать через плаценту и околоплодные воды. При внутриутробном инфицировании заболевание плода носит генерализованный характер. Дети в большинстве случаев рождаются недоношенными. У них наблюдаются желтуха, дыхательные расстройства и поражение мозга. Доношенные младенцы страдают врожденной пневмонией и кровотечениями. Спустя некоторое время у них возникает менингоэнцефалит.

При поражении микоплазмой на ранних сроках беременности ребенок рождается с разнообразными пороками развития. В дальнейшем у него возможны гидроцефалия и энцефалопатия.

В связи с тяжелыми осложнениями для плода, которые формируются при инфицировании его стрептококками и микоплазмой, чрезвычайно важно, чтобы беременная женщина тщательно соблюдала правила личной гигиены. Не менее важно по направлению врача сделать анализы, чтобы вовремя обнаружить и прервать воспалительный процесс в мочеполовой системе.

ТОКСОПЛАЗМОЗ

Возбудитель болезни – простейшее, токсоплазма. Источники инфекции – домашние и дикие животные, а также птицы. Особую опасность представляют кошки.

Человек человека может заразить только внутриутробно. Токсоплазма проникает к плоду через плаценту, если женщина заболела незадолго до беременности или во время нее. Возбудитель может поразить и эмбрион. Но это происходит крайне редко и только в том случае, если токсоплазма попала в стенку матки и в этом же месте в нее внедрился зародыш. Пораженный эмбрион погибает, так как токсоплазма – внутриклеточный паразит: размножившись, она покидает клетку, разрушая ее. А затем поражает другие клетки. Поэтому внутриутробный токсоплазмоз является типичной фетопатией. В зависимости от продолжительности внутриутробного патологического процесса ребенок поражается по-разному: чем раньше заразился плод, тем тяжелее нарушения. Если инфекционный процесс начался на 4—5-м месяце беременности, ребенок родится с водянкой мозга или микроцефалией, так как возбудитель прежде всего поражает центральную нервную систему. При этом клетки мозга, в которые проникла токсоплазма, в течение времени, оставшегося до рождения, успевают пропитаться известью. И тогда на рентгеновских снимках черепа у таких детей видны кальцификаты, что характерно для токсоплазмоза. Не менее часто у больных детей бывают поражены глаза. Если плод был заражен на 6—7-м месяце беременности, то ребенок рождается с энцефалитом; если непосредственно перед родами – то с желтухой, увеличенными печенью и селезенкой. Позже нередко появляются симптомы менингоэнцефалита.

Если во время беременности женщине пришлось ухаживать за больным животным, у которого впоследствии был диагностирован токсоплазмоз, ей нужно немедленно обратиться к врачу и пройти обследование. В настоящее время беременных женщин, больных токсоплазмозом, лечат, так же как и младенцев, зараженных непосредственно перед родами. Такое лечение достаточно эффективно. Хуже дело обстоит с теми детьми, которые заболели на ранних стадиях фетального периода и родились с грубыми нарушениями здоровья.

Невынашивание беременности

До 1975 года недоношенными считали детей, родившихся между 28-й и 38-й неделями беременности с массой тела от 1000 до 2500 г и длиной тела от 35 до 45 см. С 1975 года по рекомендации Всемирной организации здравоохранения недоношенным считают ребенка, родившегося между 22-й и 38-й неделями внутриутробного развития с массой тела от 500 до 2500 г.

Как вы могли убедиться, невынашивание беременности может быть вызвано различными причинами, в частности болезнями и патологическими состояниями беременной. Ревматизм и ревматические пороки сердца, гипертоническая болезнь, пиелонефрит, анемия, сахарный диабет и т. п. вызывают такие изменения в организме беременной, из-за которых нарушается маточно-плацентарное кровообращение, развивается ОПГ-гестоз. Хотим обратить ваше внимание на то, что ОПГ-гестоз в последние годы стал одной из главных причин невынашивания беременности. На него приходится до 25 % всех преждевременных родов.

Очень опасны в этом отношении инфекционные болезни у беременных, так как их течение связано с сильным повышением температуры тела и интоксикацией организма. Преждевременные роды в таких случаях наступают в разгар болезни, когда температура достигает максимума. Однако выкидыш может произойти и через 2 недели после выздоровления. Как правило, во время эпидемий гриппа увеличивается количество досрочных родов.

На частоту невынашивания беременности влияют также и искусственные аборты в прошлом, поскольку после этой операции в тканях матки нередко развиваются патологические изменения, при которых выносить ребенка в течение 40 недель невозможно.

Нередко причиной преждевременных родов являются генные и хромосомные болезни плода, резус- и групповая несовместимость крови матери и ребенка, внутриутробные инфекции, многоплодие, особенности положения и предлежания плода. Например, при тазовых предлежаниях риск невынашивания беременности значительно возрастает.

Среди других причин невынашивания можно назвать юный (менее 18 лет) или пожилой (старше 36 лет) возраст беременной. Заметим также, что у низкорослых женщин чаще бывают преждевременные роды, так же как у первородящих и страдающих инфантилизмом половых органов. Повышается риск прерывания беременности зимой и весной (30–40 % случаев) по сравнению с летом и осенью, а также в годы высокой солнечной активности. Определенную роль играет также и наследственная предрасположенность. Например, известны случаи семейного невынашивания беременности (бабушка – мать – дочь). Преждевременные роды чаще происходят у жительниц крупных городов. По-видимому, это связано с обилием стрессовых ситуаций и особенно неблагоприятными экологическими условиями в мегаполисах.

Поэтому, планируя беременность, учитывайте и факторы, опасные для ее вынашивания. Гинеколог поможет вам рассчитать время, наиболее благоприятное для беременности. Если вероятность ее прерывания все же будет велика, врач примет меры для предотвращения досрочных родов или выкидыша.

Перенашивание беременности

Переношенной называется беременность, если ребенок родился после 294 дней, или 40 недель, внутриутробного развития. Как правило, женщины считают, что в перенашивании беременности нет ничего особенного, и не спешат в родильный дом, когда срок родов уже миновал. Рассуждают они примерно так: плохо родить досрочно, а переносить, что ж, это только хорошо – ведь малыш еще подрастет, станет крепче, лучше перенесет роды. Это серьезная ошибка.

Природа рассчитала так, что плацента к окончанию нормального срока беременности начинает стареть: нарушаются все ее функции. Причем эти процессы убыстряются после 40 недель беременности.

Чем это оборачивается для ребенка? В плаценте ухудшается кровоток, а значит, к плоду доставляется все меньше и меньше кислорода и питательных веществ. Развивается кислородная недостаточность, ребенок начинает голодать. Положение его ухудшается еще и оттого, что к этому возрасту ему требуется кислорода значительно больше, чем прежде. Устойчивость же организма ребенка к гипоксии убывает. При перенашивании уменьшается содержание эстрогенных гормонов в организме малыша, из-за чего снижается его защищенность перед родовым стрессом и переходом в новые условия жизни. Период адаптации к ним у переношенного проходит менее благополучно, чем у ребенка, рожденного в срок.

Причины перенашивания беременности изучены недостаточно. Для того чтобы предотвратить неблагоприятные последствия переношенной беременности, следует ориентироваться на срок предполагаемых родов. Как только он наступил, нужно ехать в родильный дом. Там вам будут обеспечены необходимое наблюдение и помощь.

Вредные привычки и беременность

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ПЛОД

Как известно, женщины осваивают прошлые мужские достижения неуклонно и повсеместно, даже если слово «достижение» и приходится порой брать в кавычки. Рост, спортивные рекорды, интеллект... и болезни. Например, заболеваемость раком легких вследствие

курения – болезнью недавно преимущественно «мужской» – в последние десятилетия увеличилась среди женщин более чем на 30 %. То же можно сказать и об алкоголе. В употреблении спиртных напитков женщины догоняют мужчин, а в некоторых регионах пьют наравне с ними.

Пьющие женщины, как правило, не отдают себе отчета в том, что с ними происходит. Подавляющее большинство из них считают, что употреблять алкогольные напитки не только безвредно, но и подчас полезно при простуде, для снятия нервного напряжения, повышения аппетита.

Но обратимся к статистике. По данным известного отечественного исследователя С. З. Пашенкова, 85,3 % женщин, больных алкоголизмом, имеют различные хронические болезни. У женщин, злоупотребляющих алкоголем, в 2,5 раза чаще, чем у непьющих, отмечаются патологические изменения половых органов. Менструации у них прекращаются раньше – порой к 36–38 годам. У этих женщин уменьшены размеры матки, просвет маточных труб, нарушено формирование яйцеклеток, что беспорно сказывается на их детородной функции.

Как правило, печальна судьба детей, родившихся у женщин, употреблявших алкоголь во время беременности. Эти дети появляются на свет с тяжелыми нарушениями здоровья, настолько типичными, что для их определения был введен специальный термин – алкогольный синдром плода. Задержка роста, низкая масса тела при рождении, характерное строение лица: косоглазие, укорочение длины глазных щелей,птоз – опущение верхнего века из-за паралича мышц, удлинение лица, низкий лоб, недоразвитый подбородок, расщелины верхней губы («заячья губа») и нёба («волчья пасть»), маленький, седловидного типа нос, уплощение затылка, маленькая голова, аномалии формы грудной клетки, укорочение стоп, неполное разгибание рук в локтевых суставах, аномалии расположения пальцев, недоразвитие тазобедренных суставов, пороки сердца (около половины детей), генитально-анальные нарушения – вот неполный перечень признаков алкогольного синдрома плода, которые приводятся в «Справочнике неонатолога» (М.: Медицина, 1984. С. 103). В дальнейшем дети очень сильно отстают в физическом и психическом развитии, нередко страдают эпилептическими припадками.

На развитии плода сильнее сказывается алкоголизм матери, чем отца. Так, по данным В. Г. Лунина, 16 % детей отстают в формировании статических и двигательных функций при алкоголизме отца и 30 % – при алкоголизме матери, в развитии «фразовой» речи – 14 и 32 %, соответственно.

Как же влияет алкоголь на внутриутробное развитие ребенка?

При алкоголизме происходит поражение жизненно важных органов и систем женского организма – прежде всего печени, сердца, нервной системы. Эти изменения сами по себе неблагоприятно влияют на плод. Проникая к нему с кровью, алкоголь воздействует на плаценту, которая перестает выполнять свои функции в нужном объеме: хуже пропускает вещества, необходимые для питания ребенка, и продукты его обмена. При этом печень женщины способна обезвредить ограниченное количество этилового спирта. Если выпито много алкоголя, печень не успевает расщепить его до углекислого газа и воды – процесс останавливается на промежуточном продукте – ацетальдегиде. Токсические свойства этого соединения выражены много сильнее, чем у самого этанола. В крови алкоголиков накапливается именно ацетальдегид, он и обуславливает запах перегара. Для превращения алкоголя в организме нужны ферменты. Однако такая ферментная система у плода еще не сформирована полностью и не может достаточно быстро обезвредить алкоголь и ацетальдегид. Кроме того, проницаемость плаценты для алкоголя и ацетальдегида в обратном направлении снижена. Поэтому даже небольшие количества этанола и ацетальдегида, попавшие в плод, длительно циркулируют в нем, производя страшные разрушения. В первые три месяца беременности

развиваются эмбриопатии. В результате ребенок появляется на свет с уродствами. В более поздние сроки возникают фетопатии. Только у трети пьющих женщин рождаются внешне благополучные дети. Однако с течением времени у них, как правило, возникают различные нарушения в развитии.

Бывает и так, что у матери, больной алкоголизмом, ребенок рождается в состоянии алкогольной абстиненции, то есть похмелья. Ему можно вводить одну дозу седуксена за другой – он будет кричать. Старые врачи в подобных случаях давали ребенку несколько капель разведенного спирта, которые он выпивал с жадностью, и лишь тогда успокаивался. Другими словами, эти дети рождаются алкоголиками. Болезнь они приобретают внутриутробно. В будущем велика вероятность того, что после первой же рюмки у них возникнет непреодолимое влечение к алкоголю.

Могут возразить: все, о чем здесь говорится, касается неумеренного употребления алкоголя. Неужели изредка нельзя выпить? Во время беременности употреблять спиртные напитки нельзя. Кроме того, если вы планируете беременность, следует отказаться от них заблаговременно. По научным данным, если в крови присутствует алкоголь, резко повышается чувствительность генетического материала, находящегося в хромосомах половых клеток, к воздействию внешних факторов, которые в обычных условиях не изменяют наследственность. Под влиянием алкоголя в хромосомах половых клеток происходят изменения. Таким образом, повреждающее действие алкоголя наблюдается уже на стадии образования половых клеток, и ребенок в таком случае родится с серьезными дефектами, даже если родители в момент зачатия были трезвыми.

Еще хуже дело обстоит при так называемом пьяном зачатии. Е. С. Сыворцева приводит данные швейцарских исследователей начала века. Ими были обследованы 8196 детей-идиотов, содержащихся в специальных приютах. Все они были зачаты во время Маслениц, карнавалов, свадеб пьяными родителями. «Дети пьяной субботы», «дети карнавала», «дети легкого ужина» – так называют во Франции этих несчастных. Современные исследования показывают, что у детей, зачатых пьяными родителями, в 5 раз чаще наблюдаются психические и нервные расстройства. Недаром на Руси молодым на свадьбе подавали только квас. Более того, употребление женщиной алкоголя всегда порицалось обществом, поскольку наносило потомству физический и нравственный ущерб. Например, в Древней Индии, если в пьянстве уличали женщину, принадлежавшую к высшему сословию, на лбу у нее выжигали клеймо в виде сосуда для вина, изгоняли из дома, и никто не смел дать ей приют.

Ради своего будущего ребенка женщины, планирующие его рождение, и беременные должны полностью исключить алкоголь из употребления.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ МАТЕРИ НА ПЛОД

О вреде курения табака для здоровья написано много. Мы остановимся здесь только на том, как курение влияет на генеративную функцию женщины, в частности на течение беременности и здоровье ее будущего ребенка.

Если у мужчин курение затрудняет зачатие из-за уменьшения количества сперматозоидов и их подвижности, снижения выработки половых гормонов, ослабления потенции, то у курящих женщин наряду с уменьшением способности к зачатию и нарушениями менструального цикла формируются такие изменения деятельности органов и систем, которые имеют непосредственное отношение к здоровью потомства.

Как известно, курильщики со стажем обязательно страдают болезнями органов дыхания. Хронический бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма – традиционные спутники многолетнего курения табака. Такие заболевания у беременной женщины сами по себе становятся причиной кислородного голодания ребенка во время его внутриутробного развития.

Однако у женщин, которые недавно приобрели эту вредную привычку и продолжают курить во время беременности, ее течение редко бывает благополучным. При курении в организм в избытке попадают вещества, подавляющие иммунную систему. Поэтому курящие часто болеют. А это небезразлично для плода. Никотин угнетает синтез гормонов – прогестерона и пролактина, что пагубно влияет на ребенка.

При выкуривании 10–20 сигарет в день может произойти разрыв плаценты и начаться кровотечение. В плаценте обнаруживаются участки омертвления тканей, уменьшается количество кровеносных сосудов. Под влиянием никотина происходит спазм сосудов матки. Окись углерода, содержащаяся в табачном дыме, образует прочное соединение с гемоглобином – карбоксигемоглобин, не способный переносить кислород к тканям. Все вместе это приводит к нарушению кровообращения в плаценте, а значит, к внутриутробной гипоксии и гипотрофии.

Поэтому неудивительно, что у детей, родившихся у курящих женщин, масса тела на 200–300 г ниже нормы. Расстройства обмена веществ, обязательные при внутриутробной гипоксии, сопровождаются нарушениями вегетативной нервной системы: дети все время кричат, плохо спят, неохотно берут грудь. Кислородное голодание во время внутриутробной жизни во многом определяет судьбу этих детей: они отстают в умственном и физическом развитии, у них долго сохраняются расстройства вегетативной нервной системы и гормональный дисбаланс, они сильно подвержены бактериальным и вирусным инфекциям, болезням бронхов и легких.

Все это находит отражение в данных статистики: даже при умеренном курении матерей (до 9 сигарет в день) смертность новорожденных увеличивается более чем на 20 %, в 2 раза больше рождается детей с аномалиями развития. Если беременная выкуривает более 10 сигарет в день, эти показатели становятся еще выше – на 26 % и в 3 раза.

Если вы курите, но хотите иметь ребенка, от курения необходимо отказаться, и заблаговременно – до наступления беременности. Сначала вы должны выздороветь.

НАРКОМАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Длительное употребление наркотиков вызывает разнообразные изменения в физическом и психическом здоровье людей. Наркоманы обычно страдают расстройствами пищеварения, и у них поражена печень, нарушена деятельность сердечно-сосудистой системы, и прежде всего сердца. Быстро снижаются выработка половых гормонов, способность к зачатию. И хотя половое влечение при наркомании быстро угасает, около 25 % наркоманов имеют детей. И эти дети, как правило,отягощены тяжелыми недугами.

Некоторые наркотические вещества, в основном вызывающие галлюцинации (ЛСД), могут пагубно действовать уже на стадии образования гамет, приводя к разрывам хромосом. Хромосомные аномалии всегда обуславливают неблагоприятные последствия для потомства. Большинство зародышей с подобными нарушениями погибают и abortируются. Но у живых формируются пороки развития – уродства.

Токсическое действие наркотиков на плод может быть непосредственным (через повреждение его клеточных структур) и косвенным (через нарушение образования гормонов, изменение слизистой оболочки матки). Наркотические вещества обладают малой молекулярной массой и легко проникают через плаценту. Из-за незрелости ферментных систем печени плода наркотики медленно обезвреживаются и долго циркулируют в его организме.

Если отравление наркотиками в первые 3 месяца беременности приводит к разнообразным аномалиям скелетномышечной системы, почек, сердца и других органов ребенка, то в более поздние сроки наблюдается задержка роста плода. У 30–50 % матерей-наркоманок младенцы имеют низкую массу тела.

У плода, при употреблении наркотиков матерью, может сформироваться физическая зависимость от наркотических веществ. В этом случае ребенок рождается с синдромом

абстиненции, который возникает из-за прекращения регулярного поступления наркотиков в его организм после рождения. Ребенок возбужден, пронзительно кричит, часто зевает, чихает. У него повышена температура, изменен по сравнению с нормой мышечный тонус.

Из-за длительной внутриутробной гипоксии дети у матерей-наркоманок рождаются с нарушениями дыхания, расстройствами деятельности центральной нервной системы, разнообразными пороками развития.

Будьте осторожны с лекарствами

На одном из международных симпозиумов академик Б. Е. Вотчал сказал: «Мы сейчас имеем все более безопасную хирургию и все более опасную терапию». В 60-х годах XX столетия произошла трагедия, связанная с двумя снотворными препаратами – талидамидом и кантерганом, которые широко рекламировались в США и ФРГ. Эти препараты принимали и беременные женщины, что привело к рождению детей без рук и ног или с дефектами конечностей.

Оказалось, что плацента беспрепятственно пропускает такие лекарственные вещества, как сульфаниламиды, антибиотики, барбитураты, атропин, папаверин, аминазин, кофеин и многие другие соединения. В тканях и жидкостях плода может создаваться избыточная концентрация этих препаратов. Если в печени женщины лекарства обезвреживаются и выводятся из организма, то в печени плода из-за незрелости его ферментных систем этого не происходит. Лекарства долго остаются в теле ребенка, неблагоприятно действуя на его здоровье.

Например, тетрациклин, стрептомицин, кортизон, снотворные, антикоагулянты, противоопухолевые и противорвотные препараты могут вызывать уродства у детей. Так же иногда действуют ацетилсалициловая кислота и ее производные, особенно если эти препараты применялись на ранних стадиях беременности.

Есть сведения о возможности возникновения врожденных дефектов слуха при лечении матери во время беременности антибиотиками и сульфамидными препаратами. Так, установлено, что стрептомицин способен вызывать дегенеративные изменения в органе слуха плода.

Поэтому лучше вылечиться до беременности или, по крайней мере, добиться стойкой компенсации патологического процесса. Беременность нужно планировать так, чтобы полностью подготовиться к этому ответственному шагу. Но если во время беременности лечиться все же приходится, то делать это нужно только под контролем и по назначению врача.

ВРЕМЯ ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Итак, не стоит откладывать визит в женскую консультацию к участковому акушеру-гинекологу. Даже если до беременности было прочитано много специальной литературы, не следует переоценивать полученные знания и пренебрегать консультацией и помощью квалифицированных специалистов.

Если очередная менструация задержалась, нужно сразу же, во всяком случае не позднее срока 7–8 недель, обратиться к врачу. Чем раньше вы придете в консультацию, тем точнее будет установлено время зачатия, что очень важно для определения в дальнейшем, насколько соответствует развитие ребенка сроку беременности. Из-за позднего обращения в консультацию можно упустить момент, когда малыш начал отставать во внутриутробном развитии. Если же начать лечение вовремя, можно избежать многих трудностей, связанных с выживанием больного ребенка.

Ученые выделили группу причин, которые могут нарушать внутриутробное развитие плода и приводить к тяжелым болезням и гибели ребенка. О некоторых таких причинах мы уже рассказали. Добавим только – от 17 до 30 % беременных женщин составляют группу «высокого риска». Это те женщины, состояние здоровья которых во время беременности представляет угрозу для жизни плода. Для количественной оценки факторов риска (возраст родителей, профессиональные вредности, эмоциональные перегрузки, вредные привычки, рост и показатели массы тела матери, порядковый номер родов, количество аборт перед первыми родами, наличие преждевременных родов и мертворожденных детей, смерть ребенка в первые недели жизни, аномалии развития у имеющихся детей, болезни половых органов и т. д.) пользуются балльной системой. К группе беременных «высокого риска» относят женщин, у которых факторы риска получили суммарную оценку 10 баллов и выше. В группе «среднего риска» такая оценка составляет 5–9 баллов, в группе «низкого риска» – до 4 баллов. При оценке 10 баллов и выше решается вопрос о целесообразности сохранения беременности.

Некоторые тяжелобольные женщины не приходят в консультацию, рассчитывая на то, что, может быть, все обойдется. Не стоит так рассуждать. Слишком велик риск и для будущего ребенка, и для самой мамы, которая может погибнуть в результате обострения болезни во время беременности или в родах. Кроме того, сейчас разработаны специальные методы ведения беременных с различными заболеваниями. Они позволяют этим женщинам родить вполне здоровых детей.

В женской консультации врач открывает «Индивидуальную карту беременной и родильницы», составляет план наблюдения за ней. План зависит от состояния ее здоровья. С картой женщина затем поступает в родильный дом.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

При первой явке к акушеру-гинекологу беременная сдает на анализ мочу и кровь. Устанавливают группу крови и ее резус-принадлежность, проводят реакцию Вассермана на сифилис, определяют наличие в крови антител против ВИЧ. Женщину осматривают терапевт, стоматолог, окулист, отоларинголог. Это обследование позволяет судить о состоянии здоровья беременной. Если у нее обнаружены какие-либо болезни, немедленно приступают к лечению. В таком случае терапевт ставит больную на специальный учет.

В первые 20 недель беременности женщина посещает врача не реже 1 раза в месяц, с 20-й по 32-ю неделю 1 раз в 2 недели, в последние 2 месяца перед родами она должна бывать у врача не реже 1 раза в 10 дней и при этом сдавать все анализы, назначенные врачом.

Больше всего внимания уделяют анализам крови и мочи. Во время беременности, как вы уже знаете, у женщин нередко (в 15–30 % случаев) развивается анемия (малокровие), которая требует специального лечения.

Мочу на анализ женщина сдает после каждого посещения врача. Особенно это важно во второй половине беременности, в частности в последние 2 месяца, когда высок риск развития такого осложнения беременности, как ОПГ-гестоза. Его нужно вовремя распознать и лечить.

На каждом приеме врач измеряет у беременной артериальное давление на обеих руках и массу тела.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВНУТРИУТРОБНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПЛОДА

Врач женской консультации следит также и за тем, как развивается плод. Для этого используются достаточно простые методы – измерение окружности живота беременной, определение высоты стояния дна матки, положения плода, частоты его сердечных сокращений.

Особенно информативно определение высоты стояния дна матки. По этому тесту врач судит о том, правильно ли развивается плод, соответствуют ли его размеры гестационному возрасту (срок беременности). Частоту сердечных сокращений определяют обычно с помощью акушерского стетоскопа. Этот метод дает элементарное представление о деятельности сердечно-сосудистой системы ребенка. Если же врача что-либо настораживает в состоянии матери или плода, он может прибегнуть к другим методам обследования.

Не менее важно иметь дополнительные сведения о внутриутробном состоянии ребенка при различных болезнях самой женщины. Методы исследования, о которых мы сейчас расскажем, безвредны для плода и матери. Но они дают информацию, благодаря которой врач может составить достаточно полное представление о том, как развивается ребенок, и, если положение неблагоприятно, вмешаться и изменить ситуацию к лучшему.

Например, более детальное изучение деятельности сердечно-сосудистой системы плода проводится с помощью специальной аппаратуры – плодовых кардиомониторов, которые позволяют либо зафиксировать частоту сердцебиений плода (а она в норме меняется), либо кривую изменения сердцебиений. Электрокардиограммы получают путем наложения электродов на переднюю стенку живота женщины. Электрокардиограмма дает возможность достаточно рано (начиная с 34-й недели) обнаружить признаки кислородного голодания плода из-за поражения плаценты, обвития пуповины или болезней матери. Нормой считается 120–160 уд./мин, учащенным сердцебиением (тахикардия) – от 160 до 180 уд./мин, замедленным (брадикардия) – менее 120 уд./мин. Тахикардия является ранним признаком внутриутробного повреждения плода. Брадикардия может указывать на более глубокие нарушения его состояния.

Во время исследования женщина может и сама слышать, как бьется сердце ее ребенка, через аппарат.

Когда ребенок двигается в утробе матери, частота его сердцебиений возрастает. Эту реакцию сердечно-сосудистой системы ребенка в ответ на его шевеление также используют для определения состояния плода. За ним наблюдают в течение 20 минут с помощью кардиомонитора. Если за это время регистрируется 4–5 ускорений сердцебиений на 15–20 уд./мин, делают вывод, что состояние плода нормально. Отсутствие учащений сердцебиений говорит о серьезном неблагополучии ребенка. В этом случае могут проводить и другие исследования, которые позволяют выяснить причину этого неблагополучия.

Одним из эффективных методов раннего распознавания ухудшения состояния плода является изучение околоплодной жидкости, которую получают посредством амниоцентеза: под местной анестезией прокалывают переднюю стенку брюшной полости и матку специальной иглой и набирают в шприц околоплодные воды. При визуальном исследовании в амниотической жидкости может быть обнаружен меконий, что считают одним из ранних признаков гипоксии плода. Однако меконий может довольно быстро исчезать из околоплодных вод. Поэтому проводят их биохимическое исследование, которое дает более точные сведения о степени кислородного голодания ребенка.

К генетическому исследованию околоплодных вод, а именно взвешенных в них клеток, прибегают в тех случаях, когда риск рождения ребенка с тяжелой наследственной болез-

нию составляет не менее 1 %, если установлена хромосомная или генная болезнь у одного из родителей или возраст матери превышает 40 лет. Однако у амниоцентеза в данном случае есть серьезный недостаток. Дело в том, что отбор околоплодных вод нельзя производить ранее 14–16 недель беременности. Плюс несколько недель занимает само исследование. Поэтому при установлении наследственной болезни плода вмешательство возможно только в последние сроки беременности. В качестве альтернативного метода используют биопсию ворсин хориона, которая доступна уже на 10-й неделе внутриутробного развития. Полученный материал исследуют так же, как и при амниоцентезе. Применяют и фетоскопию – обследование плода с помощью эндоскопа. Метод позволяет выявить нарушение роста и развития ребенка в более ранние сроки.

Как мы уже говорили, плацента является эндокринным органом. В ней вырабатываются гормоны, которые до беременности продуцировались половыми железами и гипофизом матери. О том, как функционирует плацента, можно судить по количеству гормонов, которые содержатся в амниотической жидкости, крови и моче матери.

Например, нарушение функционирования плаценты можно обнаружить по изменению содержания одного из женских половых гормонов – эстриола – в моче беременной. Ухудшение состояния плаценты всегда влечет за собой неблагополучие плода, так как при этом нарушаются его питание и снабжение кислородом. При значительном снижении концентрации эстриола в моче женщины необходимо принимать экстренные меры для спасения ребенка.

В последние годы все шире используют ультразвуковое исследование (сканирование) плода. Этот метод дает возможность следить за его развитием по изменению размеров головки, туловища, конечностей. Можно определить положение плаценты в матке, обвитие пуповины, выявить аномалии развития. Это позволяет определить сроки беременности в неделях, корректировать тактику ведения беременной, прогнозировать течение родов, выбрать способ родовспоможения.

ПИТАНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременной женщине нужно питаться так, чтобы обеспечить, с одной стороны, правильное внутриутробное развитие плода, а с другой – сохранение собственного здоровья.

Если в рационе матери не хватает каких-либо веществ, нужных ребенку для строительства своего организма, он их берет из тела матери. Тогда у нее развивается патологическое состояние, например железодефицитная анемия, или портятся зубы.

Иногда женщины, боясь сильно поправиться, стараются поменьше есть, не думая о том, как это отразится на ребенке. В результате у него развивается внутриутробная гипотрофия, он рождается ослабленным, сопротивляемость его организма снижена, некоторые органы и системы остаются незрелыми. По данным ученых, неполноценное питание беременных является одной из причин выкидышей, гибели детей во время родов и после них.

Однако и избыточное (повышенной калорийности) питание приводит к неблагоприятным последствиям и для матери, и для новорожденного. Усиленное образование жировой ткани у женщины (вплоть до ожирения) может стать причиной слабой родовой деятельности. Многие беременные женщины усиленно питаются, для того чтобы ребенок родился крупным – богатырем. Однако большая масса новорожденного отнюдь не говорит о его богатырском здоровье. Скорее, напротив. Хотя бы уже потому, что родить крупного ребенка трудно. А значит, он испытывает значительно больший родовой стресс, чем новорожденный с оптимальной массой тела – от 3000 до 3500 г. Кроме того, во время родов крупные дети часто получают травмы, и прежде всего – головы. Они в 2 раза чаще погибают непосредственно перед родами, в родах или сразу после них, чем дети с нормальной массой тела. Крупные дети хуже адаптируются к жизни вне материнского организма, медленно растут, чаще болеют. Женщины, рожающие крупных детей, как правило, получают травмы родовых путей – вплоть до их разрывов.

Другими словами, питание беременной женщины должно быть рациональным – достаточным для матери и плода. В противном случае повышается риск заболеваемости и смертности детей.

Питание женщины меняется в зависимости от срока беременности. Связано это прежде всего с увеличением массы плода. В течение последних 12 недель перед родами ребенок растет наиболее интенсивно – за это время он прибавляет в массе от 2200 до 2500 г.

Поэтому в первой половине беременности питание женщины, как правило, мало отличается от привычного. Но надо, чтобы оно было разнообразным и содержало в необходимом количестве белки, жиры, углеводы и минеральные соединения. Кроме того, следует употреблять свежеприготовленную пищу, поскольку при употреблении несвежих продуктов токсины через плаценту попадают к плоду.

В начале беременности женщине хочется то одного, то другого – часто кислого, соленого, острого. Можно удовлетворять эти желания, но в меру.

При нормальном течении беременности в первой ее половине лучше есть от 4 до 5 раз в день, по возможности в одно и то же время. В этот период суточный рацион женщины с массой тела 58–65 кг и ростом 158–165 см должен соответствовать 2400–2700 ккал.

В него входят 110 г белка, 75 г жира и 350 г углеводов, то есть на белки приходится 20–25 %, на жиры – 20–30 % и на углеводы – 40–45 % рациона.

Из-за того что во второй половине беременности плод быстро растет, органы желудочно-кишечного тракта у женщины отодвигаются и несколько сдавливаются. Увеличивается не только плод, увеличиваются размеры плаценты, масса молочных желез, крови, тканевой жидкости, жировых отложений. Возрастают нагрузки на все органы и системы. Поэтому питание необходимо перестроить. Общее количество пищи увеличивается. В рационе в

среднем должно содержаться (для тех же массы тела и роста женщины): 120 г белка, 85 г жира, 400 г углеводов в сутки. Энергетическая ценность пищи возрастает до 2800–3000 ккал. Даже при нормальном течении беременности, особенно в последние 2 месяца, нельзя есть острое и соленое, копчености и консервы. Пищу рекомендуется недосаливать. Мясо лучше есть вареным, через день-два. Жареное мясо, грибные и рыбные бульоны, мясную подливу – не чаще чем 1 раз в неделю. Хорошо каждый день употреблять в пищу творог, сметану, молочно-кислые сыры, выпивать до 0,5 молока. Следите за тем, чтобы пища была богата полноценными белками. Эти вещества не только являются источниками энергии и поставщиками строительных «кирпичиков» для синтеза собственных тканевых белков, ферментов, гормонов матери и плода, но и выполняют в организме беременной особую функцию. Белки обеспечивают устойчивость нервно-психологической сферы, повышают сопротивляемость к воздействию неблагоприятных факторов, и прежде всего возбудителей инфекционных болезней.

Во второй половине беременности нужно, чтобы 50 % общего количества белков дневного рациона приходилось на белки животного происхождения. Из них 50 % составляют белки мяса и рыбы, 40 % – молока и молочных продуктов, 10 % – яиц. Оставшиеся 50 % могут быть растительными белками.

Существует и другой расчет. До 16-й недели беременности включительно женщина должна получать 1 г белка на 1 кг массы тела, а начиная с 17-й недели – по 1,5 г.

Пожалуй, не меньшее значение имеет для нормального течения беременности правильное употребление в пищу углеводов. Это основной вид «топлива» в организме, главный источник энергии, используемый в различных реакциях обмена веществ. Полное окисление углеводов, входящих в дневной рацион во второй половине беременности (400 г), обеспечивает более 50 % суточной энергетической потребности организма.

Имеется прямая зависимость между количеством углеводов в рационе беременной и массой плода. При недостатке углеводов в организме в качестве «топлива» используются белки. А это означает, что их мало поступает к плоду, из-за чего его развитие ухудшается. Если женщина не получает углеводов только в течение 8 часов, возникают сдвиги в обмене веществ – из печени исчезает гликоген, и в результате снижается сопротивляемость организма. Кроме того, недостаток углеводов усиливает процессы возбуждения в коре головного мозга, что крайне неблагоприятно сказывается на течении беременности.

Лучше всего, если беременная получает углеводы из продуктов, богатых клетчаткой – хлеба, фруктов, овощей. Начиная с четвертого месяца беременности количество сахара в рационе нужно снизить до 40–50 г в сутки, вместо него можно есть мед.

Приблизительно 10–20 % массы тела человека приходится на жиры. Они имеют преимущественно энергетическое значение. Но, кроме того, жиры содержат полиненасыщенные жирные кислоты – предшественники простагландинов – гормоноподобных веществ, обнаруженных в различных органах и тканях человека. Эти вещества влияют на деятельность сердечно-сосудистой системы, гладкой мускулатуры кишечника, женского репродуктивного тракта. У беременных простагландины участвуют в родовых схватках. Жировая ткань выполняет и чисто механическую роль – предохраняет другие ткани организма от толчков и ударов, а также служит термоизолятором, помогая сохранять внутреннюю температуру тела. В связи с этим необходимо, чтобы беременная женщина получала в пищу достаточное количество жиров. Длительное употребление пищи, почти лишенной жиров, может привести к гибели плода.

Больше всего жиров содержится в растительных маслах, которые к тому же богаты и полиненасыщенными жирными кислотами. В соевом масле их 65–70 %, кукурузном – 68 %, а подсолнечном – 60 %, хлопковом – 51 %, горчичном – 23 %, оливковом – 14 %. Кроме того, в жирах различного происхождения растворен витамин Е (токоферол), который еще называют

витамином размножения. Если его в пище недостаточно, беременность не вынашивается, заканчиваясь самопроизвольным абортom. Всасывающийся из пищи витамин Е концентрируется в основном в плаценте и передней доле гипофиза – своего рода депо этого витамина.

В рационе беременной должно быть до 40 % жиров растительного происхождения. Из животных жиров рекомендуется употреблять в пищу коровье масло. Бараний и говяжий жир, а также маргарин не следует включать в рацион беременной женщины.

Нормальное течение беременности, здоровье плода и новорожденного невозможны, если женщина не получает витамины А, D, PP, C, E, группы B и другие. Витамины в качестве активной группы многих ферментов участвуют в обмене веществ. Велика их роль в функционировании нервной и сердечно-сосудистой систем, а также пищеварительного тракта. Недостаток витаминов в пище приводит к задержке роста, нарушениям в развитии плода.

Взрослый человек должен получать в сутки: витамина А – 1,25 мг (или 2–5 мг каротина), D – 13–25 мкг, E – 30 мг смеси природных токоферолов, PP – 15–25 мг, C – 100 мг, B1 – 2–3 мг, B2 (рибофлавин) – 2–4 мг, B6 (пиридоксин) – около 2 мг, пантотеновой кислоты – 10 мг. Потребность в витаминах во время беременности увеличивается приблизительно в 2 раза.

Витамин А содержится только в животных продуктах. Особенно богаты им жир трески и палтуса, коровье масло и печень. Чрезвычайно много этого витамина (до 37 %) в жире и печени морского окуня (в жире и печени палтуса – 2,5–15 %). Однако в растениях имеются пигменты красного, оранжевого и желтого цвета – каротины, из которых в организме человека при их расщеплении получается витамин А. Поэтому такие пигменты еще называют провитаминами. Их особенно много в моркови, рябине, облепихе, петрушке, сельдерее, шиповнике (сухом), урюке, кураге.

Витамин D (антирахитический) в значительном количестве имеется в коровьем масле и яичном желтке, а также рыбьем жире. В других пищевых продуктах его немного.

Витамином E наиболее богаты соевое (до 170 мг/100 г продукта) и хлопковое (до 160 мг/100 г) масла. Подсолнечное масло содержит от 40 до 120 мг/100 г этого витамина, кукурузное – до 100 мг/100 г, оливковое – всего 25 мг/100 г. Довольно много витамина E в ягодах шиповника и семенах яблок. Небольшое количество его содержится в коровьем масле и яичном желтке.

Витамин PP (никотиновая кислота) встречается в рисовых отрубях, где его особенно много (до 100 мг/100 г продукта), а также в дрожжах и пшеничных отрубях.

Из источников витамина C в первую очередь следует назвать шиповник, сладкий перец, черную смородину, облепиху, укроп, брюссельскую капусту, садовую землянику.

Витамин B1 (тиамин) широко распространен в пищевых продуктах растительного происхождения. Это соя, горох, фасоль, пшеничные отруби, дрожжи, овсяная, гречневая крупы, пшено. Из животных продуктов витамин B1 в наибольшем количестве содержится в мясной свинине, говяжьей печени, почках и сердце.

Рибофлавин встречается во всех животных и растительных тканях. Особенно богаты витамином B2 говяжья печень, почки и сердце, а также дрожжи и сыры.

Источниками пиридоксина (витамин B6) также являются продукты животного и растительного происхождения. Больше всего витамина B6 в рисовых отрубях, бобах, дрожжах, почках, печени, мясной мякоти.

Чтобы получать достаточно витаминов, нужно больше есть овощей и фруктов. Однако если беременность приходится на зимние и весенние месяцы, в рацион следует добавлять по назначению врача витаминные препараты, например витаминный комплекс для беременных гендевит (но только в том случае, если женщина не старше 30 лет). В последние месяцы беременности полезно облучаться ультрафиолетовыми лучами (кварц) в консультации, бла-

годаря чему в организме синтезируется витамин D. Эти процедуры предотвращают развитие рахита у ребенка.

Во время беременности нельзя забывать о минеральных солях (кальция, фосфора, калия, натрия) и микроэлементах (железо, кобальт, йод и т. д.).

Отдельно остановимся на употреблении поваренной соли. Если в первой половине беременности женщина может получать в сутки 10–12 г соли, то во второй – не более 8 г, а в последние 2 месяца еще меньше – 5–6 г. Дело в том, что натрий способствует задержке жидкости в организме, а следовательно, появлению отеков. Во второй половине беременности это опасно, так как почки работают с перегрузкой и может развиваться тяжелое патологическое состояние – эклампсия.

Почти 70 % общей массы человека приходится на жидкость. Потерю жидкости организмом необходимо восполнять. Беременной женщине следует получать 1,5 л свободной жидкости с водой, молоком, соками, супом, чаем. Однако в последние 2 месяца беременности потребление жидкости нужно ограничить 1–1,2 л в сутки, особенно если женщина склонна к отекам.

Мы рассказали о питании женщины при благополучном течении беременности. Если же беременная больна или беременность развивается с отклонениями от нормы, врач консультации скорректирует рацион и режим питания.

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА БЕРЕМЕННОЙ

Мы уже говорили о том, как полезны для будущей матери движение и свежий воздух. Благодаря им увеличивается поступление кислорода к плаценте. Мы также упоминали о том, как велика нагрузка на почки беременной, которые вынуждены выводить из организма продукты обмена и матери, и плода. Однако у человека имеется еще один «орган», который выполняет функции дыхания и выделения. Это кожа. Через нее совершается газообмен: поглощается кислород, выводится углекислый газ. Кроме того, через потовые железы выделяется жидкость. Способность кожи выводить жидкость используется при лечении болезней почек. При высокой температуре окружающего воздуха и малой относительной влажности через кожу выделяется так много жидкости, что почки практически не работают, отдыхают. Нужно ли говорить о том, как необходима такая разгрузка для беременной женщины! Однако кожа способна выполнять функции выделения и дыхания только при одном условии: она должна быть чистой. Поэтому беременной нужно следить за чистотой тела. Если есть возможность, утром и вечером нужно принимать душ, по крайней мере 1 раз в неделю тщательно мыться, часто менять нижнее и постельное белье.

Очень полезны и воздушные ванны. Их лучше принимать в тени деревьев, избегая открытого солнечного света. Но если в ненастную погоду их можно и отменить, то для молочных желез в закрытом помещении они обязательны. Продолжительность их 15–20 минут. Воздушные ванны хорошо закаляют кожу молочных желез, уменьшают вероятность появления трещин сосков во время кормления ребенка. Предотвращает появление трещин сосков и такая процедура: молочные железы каждый день обмывают водой комнатной температуры, а затем растирают жестким полотенцем. Полезно также частое обтирание сосков одеколоном. При такой подготовке кожа сосков грубеет, и они становятся более устойчивыми к механическому воздействию при сосании. Иногда с той же целью в чашечки бюстгалтера подшивают кусочки махрового полотенца.

Если соски плоские или втянутые, их нужно осторожно массировать, оттягивая вперед. При этом руки должны быть тщательно вымыты. Для вытягивания сосков удобно пользоваться простым молокоотсосом с резиновой трубкой длиной около 30 см. Приложив его к соску, через трубку несколько раз энергично отсасывают воздух. Затем, зажав ее, оставляют сосок на некоторое время в вытянутом положении. Подобную процедуру нужно проделывать в последние месяцы беременности ежедневно, утром и вечером.

Особое внимание следует уделять чистоте половых органов. Обычно из них выделяется много прозрачного секрета, который является питательной средой для болезнетворных микроорганизмов. Для профилактики воспалительных процессов наружные половые органы нужно не менее 2 раз в день обмывать кипяченой водой. При появлении обильных выделений (бели) нужно немедленно обратиться к врачу, так как это может быть результатом воспалительного процесса в половых путях. Его необходимо устранить. В противном случае он может распространиться на околоплодные оболочки и привести к инфицированию плода. Возможно также и заражение ребенка во время родов.

Беременной необходимо изменить и ритм половой жизни. В первые 3 и в последние 2 месяца сношения абсолютно противопоказаны, они могут вызвать преждевременное прерывание беременности. В другие сроки половые сношения должны быть ограничены, так как при этом существует опасность инфицирования половых путей женщин.

ОДЕЖДА И ОБУВЬ

Можно ли сохранить свое обаяние и во время беременности? Многие скажут: конечно, нет. Недомогания, располневшая фигура, отяжелевшая походка, изменившиеся черты лица, запрет на применение косметики – все против этого. А между тем как часто мы встречаем беременных женщин, которым беременность как будто к лицу! Так они свежи, милы и приветливы. В чем же секрет? Прежде всего – в хорошем самочувствии и настроении. Правильное питание, полноценный сон, свежий воздух, прогулки, гимнастика помогут в этом. Да и сам приятный внешний вид поднимает настроение. Одежда во время беременности может быть оригинального фасона. Хорошо сшитое платье всегда украшает женщину.

Однако одежда беременной не должна вызывать у нее неприятных ощущений и утомления. И нижнее, и верхнее платье шьют так, чтобы живот и молочные железы не были стянуты. Оно должно быть мягким, легким и чистым. Необходимо, чтобы бюстгальтер соответствовал величине молочных желез, на протяжении беременности его размер увеличивается. Бюстгальтер нужно носить обязательно, так как он поддерживает грудь и не дает ей растягиваться.

Обувь лучше носить на низком каблуке, особенно на последних месяцах беременности, когда смещается центр тяжести тела из-за выдающегося вперед живота. Такая обувь позволяет избежать плоскостопия, делает походку устойчивой. В ней вы будете меньше уставать.

Ни в коем случае нельзя носить чулки на круглых резинках. Сдавливая сосуды, они способствуют расширению вен на ногах. А беременность сама по себе создает предрасположенность к возникновению этого заболевания, поскольку затруднен отток крови из нижних конечностей.

На последних стадиях беременности, особенно если живот очень большой, сильно растягиваются мышцы его передней стенки. Это может привести к изменению положения плода в матке. Кроме того, после родов чрезмерно растянувшиеся мышцы живота плохо сокращаются. Поэтому начиная с 7-го месяца беременности лучше носить бандаж. Размеры его вам помогут выбрать в консультации. Там же научат, как им пользоваться. Бандаж не только поддерживает живот, но и предотвращает появление на нем продольных полосок, которые не всегда исчезают после родов. Надевают его лежа, плотно зашнуровывают, но не туго.

Выполнение этих правил поможет вам сохранить хорошее самочувствие, правильную осанку, стройную фигуру. Вы сможете быстро восстановить форму после родов.

ПОДГОТОВКА К РОДАМ

Большей частью женщины, особенно те из них, кто ждет ребенка впервые, воспринимают свое состояние исключительно как период, в течение которого они вынашивают беременность. Однако это время необходимо еще для того, чтобы хорошо подготовиться к очень важной, завершающей этот период стадии – родам.

Что означает – подготовиться к родам? Вы можете возразить: в организме женщины происходят изменения, не подвластные ее воле. И ребенок, и тело женщины независимо от ее желания готовятся к родам, которые затем происходят также самопроизвольно. Но, согласитесь, такое отношение к ним как к чему-то неуправляемому, стихийному почти всегда становится причиной страха. К тому же женщины, как правило, уверены в опасности и чрезвычайной болезненности родов. Боязнь возникает еще и потому, что беременная часто и представления не имеет о тех процессах, которые происходят в ней во время родов. А страх – всегда плохой помощник.

Если женщина, испугавшись родовой боли, начинает кричать, делать лишние движения, напрягаться, у нее повышается тонус мышц нижнего отдела матки. А значит, и медленнее раскрывается шейка матки, а это затягивает роды, делает каждую схватку более болезненной.

Нужно заранее избавиться от боязни. Для этого следует приобрести уверенность в своих силах, благополучном исходе родов. Этому и служит подготовка к ним.

Еще в 20—30-е годы XX века были предприняты попытки предотвратить возникновение порочного круга в развитии болевых ощущений: страх – напряжение – боль – еще больший страх – увеличение напряжения – усиление боли. Или, по крайней мере, ослабить боли во время схваток. Работы прежде всего отечественных ученых, медиков Франции и Великобритании позволили разработать систему психопрофилактической подготовки беременных к родам.

Суть этой системы заключается в следующем. Беременная получает знания о том, что происходит в ее организме в каждом периоде родов, при каждой схватке, каждой потуге. И у нее исчезает страх перед неизвестным. Ей становится понятным и то, почему во время родов нужно вести себя так, а не иначе. Женщина учится правильно дышать во время схваток и при потугах. Она осваивает приемы аутотренинга, самомассажа и обезболивания схваток. Когда будущая мать приобретет все необходимые знания и навыки, она сумеет контролировать, а значит, облегчить роды. И они из стихийного превратятся в управляемый процесс.

По статистическим данным, около 35 % женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку, могут рожать безболезненно. У остальных 65 % болевые ощущения значительно снижены, и они способны контролировать свое поведение во время схваток.

Роды требуют от будущей мамы больших затрат физических сил. Да и само вынашивание беременности из-за возрастания массы тела и изменений центра его тяжести приводит к увеличению нагрузки на связки, мышцы таза и живота, длинные мышцы спины. А эти мышцы у женщин, как правило, не разработаны. Поэтому в подготовку к родам входят и комплексы физических упражнений. Эти упражнения позволяют постепенно, без напряжения, укрепить мышцы и связки, устранить неприятные ощущения и боли по сторонам живота, обусловленные растяжением связок, боли в пояснице – из-за возросшей нагрузки на поясничный отдел позвоночника, предотвратить уплощение стопы и развитие плоскостопия. И конечно же тренируют те группы мышц, которые принимают активное участие в родах.

Все эти «дисциплины» женщина может усвоить, посещая с 15–16-й недели беременности школу матерей в консультации, где занятия проводит акушер-гинеколог. Если бере-

менная по тем или иным причинам не будет посещать занятия, она может выполнять упражнения самостоятельно.

Нередко женщины, которые до беременности занимались каким-либо из видов спорта – плаванием, конькобежным или лыжным, обращаются к участковому гинекологу с вопросом: можно ли им продолжать занятия? Обычно врач разрешает им заниматься спортом в первые месяцы беременности, но с небольшими нагрузками. И эти рекомендации врача нужно выполнять. Поскольку любое физическое напряжение вызывает приток артериальной крови к работающим мышцам, плод недополучает при этом «полагающиеся» ему питательные вещества и кислород. Он вынужден приспосабливаться к неблагоприятной ситуации. Малыш начинает активно двигаться, у него чаще бьется сердечко, быстрее бежит кровь по сосудам, и в итоге он получает все, что ему нужно. Однако не следует забывать о том, что адаптационные возможности плода ограничены. Если во время занятий матери спортом условия внутриутробной жизни изменяются в физиологических пределах и плод может приспособиться к новым обстоятельствам, то все в порядке. Считайте, что ваш малыш тренируется вместе с вами и это ему идет на пользу. Но когда напряжение матери оборачивается непосильными нагрузками для плода, это не может не повредить ему. Поэтому в занятиях спортом беременным важно не переусердствовать. Вам следует, с одной стороны, прислушиваться к своим ощущениям – разминка должна быть вам приятна, а с другой – не забывать советоваться с врачом. Из всех видов спорта исключение делается только для плавания – им можно заниматься в течение всей беременности, но не спеша, в чистой и достаточно теплой воде.

КОГДА ВАМ РОЖАТЬ?

Сразу предупредим, что точно определить день рождения вашего малыша заранее невозможно. И хотя известно, что плод созревает 9 календарных месяцев и 9 дней, или 10 лунных месяцев (по 28 дней), или 280 суток, или 40 недель, с момента зачатия, все-таки это лишь приблизительная продолжительность беременности. В ее течение вмешиваются разнообразные факторы, учесть влияние которых подчас очень трудно. К тому же женщина не может знать, когда наступила беременность, поскольку даже при единственном половом сношении оплодотворение яйцеклетки может произойти не сразу, а спустя несколько дней.

По одному, правда не особенно точному, способу к дате 1-го дня последней менструации прибавляют 7 дней, а от порядкового номера месяца отнимают 3. Например, последняя менструация началась 17 декабря. Тогда $17 + 7 = 24$. Если от декабря отнять 3 месяца, то получится сентябрь. Значит, приблизительный день родов приходится на 24 сентября.

Срок родов можно узнать также исходя из времени первого шевеления плода. Нерожавшие женщины впервые чувствуют шевеление ребенка между 18-й и 20-й неделями, а рожавшие между 16-й и 20-й. Поэтому к дате первого шевеления ребенка прибавляют приблизительно 20–22 либо 22–24 недели, соответственно.

При наблюдении за течением беременности врач может вносить уточнения в предполагаемый срок родов, в частности, на основании высоты расположения дна матки. В конце 3-го месяца беременности дно матки находится над лобковой костью, в конце 4-го – на трети расстояния между лобковой костью и пупком, в конце 5-го – на высоте двух третей этого расстояния. В конце 6-го месяца дно матки находится на уровне пупка, в конце 7-го – на трети расстояния между пупком и грудиной, в конце 8-го месяца – на высоте двух третей того же расстояния. В конце 9-го месяца дно матки достигает грудины, а в конце 10-го – опускается до уровня, соответствующего 8-му месяцу беременности.

Однако вы должны знать, что роды могут начаться и раньше, и позже установленного срока. Если они начинаются в 38 недель беременности, то считаются срочными, поскольку ребенок, рожденный в такой срок, доношен. Поэтому нужно быть готовым к более раннему, чем вы рассчитали, началу родов и никуда не уезжать из дома. Если роды не наступают в те сроки, которые предполагает врач, лучше послушаться его совета и лечь в родильный дом, так как переносная беременность опасна для плода.

ГОТОВЫ ЛИ ВЫ К ПРИЕМУ РЕБЕНКА?

Приданое

Все вещи, которые будут нужны для ухода за ребенком, лучше подготовить заранее, чтобы не спешить и не нервничать, когда того или другого не будет в магазинах.

Предметы, входящие в детское приданое, должны быть сшиты из мягких, гигроскопичных натуральных тканей, которые легко постирать, прокипятить и отгладить горячим утюгом. Как правило, это хлопчатобумажные ткани. Швы не должны быть грубыми.

Подгузники делают из ветоши или марли. Можно пользоваться и готовыми памперсами из специальной гигроскопичной бумаги, которые выпускает промышленность.

Все вещи следует заранее выстирать, прокипятить и прогладить. Для стирки лучше использовать мыло «Детское» или «Яичное».

При условии ежедневной стирки для ухода за ребенком нужны:

распашонки из тонкой хлопчатобумажной ткани	6—8 шт.
распашонки теплые из фланели	4—6 шт.
пеленки из хлопчатобумажной ткани 100×100 см	24—30 шт.
пеленки теплые из фланели 100×100 см	6—8 шт.
подгузники из марли без рубцов 50×50 см	24—30 шт.
простынки для кровати	2—3 шт.
детские клеенки 30×30 см	2 шт.
детская клеенка для постели 100×100 см	1 шт.
одеяла байковые	2 шт.
одеяло шерстяное	1 шт.
одеяло ватное	1 шт.
пододеяльники	2—3 шт.
чепчики хлопчатобумажные или тонкие косынки	2—3 шт.
чепчик фланелевый	1 шт.
шапочка шерстяная	1 шт.
лента длиной 1,5 м	1 шт.

Необходимо также подготовить аптечку для ухода за новорожденным. В нее входят:

стерильная вата	1 пачка
соски резиновые для бутылочки	6 шт.
рожки градуированные на 200—250 мл	4 шт.
бутылочки для чая на 30—50 мл	3—4 шт.
«Детский крем»	1 тюбик
детская присыпка	1 коробочка
марганцовокислый калий в порошке	1 флакон
раствор йода (5%-ный)	1 флакон
фурацилин в таблетках	10 таблеток
вазелиновое масло	1 флакон
стерильный бинт	2 шт.
водный раствор бриллиантовой зелени (1%-ный)	1 флакон
пипетки	2 шт.

Необходимы также: стеклянная банка с плотно закрывающейся крышкой для хранения ваты; небольшая кастрюля с крышкой для кипячения сосок; кастрюля для кипячения бутылочек; резиновая груша; детская клизма № 3; газоотводная трубка; термометр для измерения температуры тела и водяной термометр; ведро с крышкой для грязных пеленок.

Также заблаговременно нужно приготовить все, что понадобится вашему малышу для выписки из родильного дома:

белую распашонку	1 шт.
фланелевую распашонку	2 шт.
белые пеленки	2 шт.
фланелевую пеленку	1 шт.
подгузники	3 шт.
детскую клеенку 30×30 см	1 шт.
косынку	1 шт.
одеяло	1 шт.
пододеяльник	1 шт.
ленту	1 шт.

В зависимости от погоды в родильный дом нужно взять: летом – байковое или шерстяное одеяло, зимой – шерстяное или ватное.

Все вещи нужно завернуть в чистую, хорошо проглаженную простынку.

Кроватка

Кроватка у ребенка должна быть такой, чтобы он мог спать в ней до 2—3-летнего возраста. Проверьте, устойчива ли кроватка, на которой вы остановили свой выбор. Ведь ваш малыш уже через несколько месяцев будет вставать в ней, держась за ее стенки, наклоняться над ними, рассматривая что-нибудь на полу, а еще немного погодя будет пытаться выбраться из кроватки. Так вот, она не должна переворачиваться.

Матрац лучше выбрать жесткий, набитый конским волосом или морской травой. Обратите внимание на то, ровная ли у него поверхность. Это очень важно: скелет у новорожденного ребенка мягкий и слабый, легко искривляется. Кладут матрац на деревянный каркас кроватки, застилают детской клеенкой, а затем простынкой.

По бокам матраца некоторые мамы пришивают клапаны, к которым можно обычными бельевыми прищепками прикреплять одеяло, чтобы оно не сползло с ребенка во время ночного сна, если малыш спит беспокойно.

Некоторые родители предпочитают, чтобы ребенок обходился без подушки, считая, что в этом случае у малыша будет ровная спинка и он не задохнется, если уткнется личиком в матрац. Это правильные рассуждения. Но избегать следует мягкой перьевой или пуховой подушки. На такие подушки действительно нельзя класть ребенка. Но если вы будете пользоваться плоской жесткой подушкой во всю ширину кровати, то это не принесет вреда вашему малышу.

Нельзя подкладывать под ребенка полиэтиленовый пакет, используя его вместо детской клеенки. Это может стать причиной несчастья. Пройдет совсем немного времени, и малыш начнет вертеться в кроватке. Пакет может прилипнуть к его личику.

Комната

Еще до рождения ребенка нужно полностью подготовить комнату, в которой он будет жить. Лучше всего провести в ней ремонт. Но закончить его необходимо задолго до появле-

ния в ней маленького новосела. Конечно, вы покрасите заново оконные рамы, подоконник, пол. Но запах растворителей должен выветриться полностью. Он вреден для ребенка.

Готовя помещение для своего малыша, чаще думайте о том времени, когда ваша кроха начнет интересоваться окружающим, бегать, брать вещи в руки, исследовать их. Это произойдет очень скоро.

Не держите в комнате опасных предметов, и в частности лекарств, которые имеют очень привлекательный вид для малышей. Желтые, красные, оранжевые, круглые, продолговатые – они так и просятся в рот. Бывают случаи, когда маленькие дети, которые только недавно научились передвигаться, с тяжелыми отравлениями попадают в больницы.

Обстановка должна быть удобной для поддержания чистоты. Унесите вещи, на которых собирается пыль: ковры, половики, полки. Пусть в комнате будет по возможности свежо, просторно – ребенку нужен чистый воздух. Постарайтесь, чтобы пол был гладким – не успеете оглянуться, как малыш начнет ползать.

Стены лучше оклеить светлыми обоями спокойной расцветки. На окна нужно повесить плотные шторы, чтобы ребенка можно было защитить от яркого солнечного света.

Понадобится вам и стол для пеленания ребенка. Это может быть и обычный письменный стол с тумбами, приспособленный для хранения детского гардероба. Перед пеленанием на стол кладут байковое одеяло и пеленку. Хорошо, если у вас будет тумбочка, на которую вы сможете ставить бутылочки с водой и молоком, а также предметы для туалета ребенка. Стоит обзавестись широким низким креслом с подлокотниками – в нем удобно кормить малыша.

Конечно, у вас может и не быть отдельной комнаты для новорожденного. В этом случае отведите ребенку светлый, защищенный от сквозняка уголок. Там вы разместите кроватку, стол для пеленания, кресло, тумбочку. Теперь все у вас под рукой.

Коляска

К коляске предъявляется много требований. Она должна быть гигиеничной, то есть такой, чтобы ее легко можно было мыть. Высокой, благодаря чему во время прогулок в нее меньше попадет пыли. Устойчивой, чтобы не могла перевернуться, когда ваше любопытное дитя будет выглядывать из нее. Глубокой – так вам будет спокойнее: ребенок не выпадет. У нее должен быть полог, который защитит малыша от непогоды.

В коляску кладут матрас, такой же ровный и жесткий, как и в кроватку. Матрас застилают детской клеенкой и простынкой. Если ребенок привыкнет спать с приподнятой верхней частью туловища, в коляску положите маленькую плоскую подушку.

ЧТО ЕЩЕ ОСТАЛОСЬ СДЕЛАТЬ ПЕРЕД РОДАМИ

В последние недели беременности вам необходимо быть полностью готовой к тому, что в любой день могут начаться роды и вам нужно будет незамедлительно отправиться в родильный дом. Хорошо, если кто-то из близких сможет пожить с вами это время, чтобы помочь добраться до больницы. Во всяком случае, нужно помнить, что вам потребуется чья-то помощь, и заранее договориться о ней.

Если у вас есть дети, заблаговременно решите, с кем они останутся до тех пор, пока вы не вернетесь домой. Необходимо приготовить вещи, которые понадобятся вам в родильном доме: зубную щетку и пасту, расческу, мыло, зеркало, носовой платок, бумагу и карандаш. На всякий случай возьмите с собой халат, сорочку, полотенце и тапочки. Не забудьте о паспорте и обменной карте. Лучше все это сложить в сумку, чтобы осталось только взять ее, когда придет время ехать в родильный дом.

Еще раз проверьте, все ли вы положили в пакет для новорожденного. Если так случится, что муж будет в отъезде, лучше всего пакет взять с собой.

КОГДА ВЫЗЫВАТЬ МАШИНУ «СКОРОЙ ПОМОЩИ»?

Роды – процесс продолжительный, особенно если они первые. В этом случае лучше вызвать машину, когда вы почувствуете регулярные схватки – через 15–20 минут продолжительностью по 20–30 секунд.

Иногда до родовой деятельности или сразу после начала схваток подтекают или изливаются околоплодные воды. В этом случае, как и при кровяных выделениях из половых путей, нужно вызвать машину «Скорой помощи» и немедленно лечь в постель.

При повторных родах, которые обычно происходят быстрее, чем первые, вызывать машину нужно сразу после появления первых схваток.

РОДИЛЬНЫЙ ДОМ

Вас доставят в приемное отделение родильного дома, где вы пройдете через «фильтр». Медицинская сестра измерит у вас температуру, осмотрит кожу и слизистые оболочки полости рта. При повышенной температуре, насморке, катаральных явлениях роженицу направляют в наблюдательное отделение, так как она может служить источником инфекции. Роженица с выраженными симптомами инфекционной болезни (грипп, ангина, вирусный гепатит и т. д.) доставляется в специализированный родильный дом.

Если вы здоровы, то после санитарной обработки (очистительная клизма, сбривание волос на наружных половых органах, душ) и акушерского обследования в смотровой комнате вас переведут в предродовую палату, в которой вы и проведете весь первый период родов.

И вот вы накануне великого события – вскоре появится на свет ваше дитя. Вам предстоит роды. Почему они происходят? Как протекают? Что еще нужно сделать для того, чтобы ребенок родился здоровым? Эти вопросы конечно же волнуют беременную женщину.

ГЛАВА 2 РОДЫ

ПРИЧИНА НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ

В предыдущей главе мы уже говорили о том, что после зачатия начинается гормональная перестройка организма будущей матери. При этом в нем постепенно устанавливается такое соотношение гормонов – эстрогенов и прогестерона, при котором возникают самые благоприятные условия для внутриутробного развития ребенка. Однако к концу беременности в системе мать – плацента – плод происходят некоторые изменения. С одной стороны, начинает «стареть» плацента, и участие ее в выработке гормонов идет на убыль. С другой стороны, созревает собственная эндокринная система плода, она оказывает все большее влияние на обмен гормонов. И тогда существовавшее на всем протяжении беременности равновесие нарушается.

В коре головного мозга нарастают процессы торможения, а подкорка растормаживается, усиливается возбудимость спинного мозга. Такое соотношение возбудимости головного и спинного мозга наряду с изменением концентраций гормонов приводит к повышению возбудимости матки, она становится очень чувствительной к внешним и внутренним воздействиям. В организме женщины в большом количестве накапливается еще один гормон – окситоцин, который способствует сокращениям матки.

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ

Предвестники родов

За несколько дней до родов появляются определенные признаки, которые так и называют – предвестники родов. Что же это за признаки?

У беременной уменьшается высота стояния матки. Уже за 2–3 недели до родов дно матки, находившееся в подреберье, начинает понемногу опускаться. Перед родами оно уже располагается на середине расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком. При этом многие женщины говорят о том, что им стало легче дышать – это связано с уменьшением давления со стороны брюшной полости на диафрагму.

В конце беременности обычно несколько снижается двигательная активность плода, а его головка прижимается ко входу в малый таз (у женщин, рожаящих впервые). Уменьшается количество околоплодных вод. Благодаря всему этому и опускается дно матки.

Из влагалища начинает выделяться густая слизь – это слизистая пробка, которая во время беременности закрывает канал шейки матки.

Матка становится возбудимой. Если вы надавите на нее ладонью, она станет напряженной и твердой, а затем постепенно расслабится. То же происходит и при шевелении ребенка. Другие признаки скорого наступления родов появляются несколько позже и непосредственно предшествуют им. Они характерны для подготовительного, или прелиминарного, периода родов.

Подготовительный период

В норме прелиминарный период продолжается не более суток, а обычно меньше. За это время организм настраивается на предстоящие роды. Шейка матки становится совсем мягкой, способной растягиваться под действием схваток. Мышцы матки начинают периодически сокращаться. От схваток в родах эти сокращения отличаются нерегулярностью (промежутки между сокращениями бывают то больше, то меньше), неодинаковой силой и продолжительностью. Такие сокращения в норме безболезненны и ощущаются только как напряжение живота или небольшое давление в его нижних отделах.

Лучше всего подготовительный период протекает тогда, когда женщина спит – будь то днем или ночью. При этом внешние раздражители ею не воспринимаются, а потому быстрее устанавливаются важные связи между центральной нервной системой и нервно-мышечным аппаратом матки.

У женщин возбудимых, испытывающих страх перед родами и неуверенных в их благополучном исходе, подготовительный период родов часто протекает патологически.

При патологическом течении прелиминарного периода сокращения матки сопровождаются болью, хотя они и остаются нерегулярными. У женщин нарушается сон, нарастают чувство тревоги, ощущение усталости. И хотя патологический прелиминарный период нередко продолжается более суток, шейка матки не успевает подготовиться к родам. Из-за этого, а также потому, что женщина устала, очень часто за аномалиями прелиминарного периода следует и патологическая родовая деятельность. При нарушениях течения прелиминарного периода лучше вызвать врача.

Начало родов

Роды начинаются сразу после прелиминарного периода, но точно установить время их наступления непросто. Сокращения матки становятся регулярными (это уже схватки), но пока нечастыми и слабыми: за 15–20 минут возникает одна схватка продолжительностью 10–15 секунд. Постепенно сила, длительность и частота схваток нарастают, они иногда сопровождаются болезненными ощущениями.

Собственно роды

Сущность процесса родов заключается в том, что под влиянием схваток шейка матки постепенно раскрывается, а затем из нее выталкиваются плод и послед (плацента с пуповиной и оболочками).

В течении родов различают три периода.

Первый период самый продолжительный. Его называют периодом раскрытия шейки матки. Он длится 13–18 часов у женщин, рожаящих впервые, и 10–12 часов у тех, кто уже рожал.

В этом периоде частота, сила и продолжительность схваток увеличиваются. Однако плод практически не перемещается по родовому каналу, так как этому препятствует шейка матки. Каждое сокращение матки начинается с одного из участков ее мышцы (он остается постоянным на протяжении всех родов и обычно расположен ближе к ее дну) и постепенно распространяется на весь орган. При этом мышечные волокна мало-помалу перемещаются к дну матки, где толщина мышечного слоя все увеличивается, а в нижних отделах становится тоньше. Шейка матки при этом укорачивается, сглаживается и, наконец, полностью раскрывается.

К этому же времени раскрывается плодный пузырь и изливаются околоплодные воды.

Основными показателями, по которым судят о правильности течения первого периода родов, являются частота, регулярность и сила схваток, а также скорость раскрытия шейки матки.

Состояние шейки матки в родах определяет врач, производя влагалищное исследование, а качество схваток оценивается с помощью специальных приборов – мониторов, которые кроме показателей родовой деятельности регистрируют и частоту сердечных сокращений плода.

Если монитора нет, схватки просто подсчитывают, определяя их продолжительность и интервалы между ними по секундомеру, а их силу – по тому, как напрягается матка во время схватки. Для этого кладут ладонь на живот беременной.

Второй период родов, или период изгнания плода, следует непосредственно за первым. К его началу схватки достигают значительной продолжительности и силы, а так как шейка матки более не препятствует рождению плода, матка понемногу выжимает его из своей полости.

Хотя схватки в конце первого периода родов значительно сильнее и продолжительнее, чем в начале родов, их силы недостаточно для того, чтобы преодолеть сопротивление тканей родового канала рождающейся головке плода. Когда головка опускается в полость малого таза, включается рефлекторный механизм, заставляющий сокращаться мышцы передней брюшной стенки (как при акте дефекации), а также мышцы промежности, живота, бедер и ряд других мышц. Такие напряжения других мышц, синхронные с сокращениями матки, называются потугами. При потугах резко увеличивается давление в брюшной полости и полости матки, благодаря чему плод и продвигается по родовому каналу.

С особенностями размеров малого таза и формой головки плода связаны те движения, которые совершает плод в процессе рождения.

Головка плода вначале сгибается так, чтобы проходить через плоскости малого таза наименьшими размерами, затем, по мере продвижения, повторяя форму родового канала, головка совершает внутренний поворот, потом показывается из половой щели, разгибается и рождается. После рождения головки внутренний поворот совершает плечевой пояс плода. Плечики его опускаются по родовому каналу и рождаются. Вслед за ними без затруднений рождается туловище и ножки, поскольку размеры их существенно меньше уже родившихся головки и плечевого пояса плода.

Бывают случаи, когда размеры плода (прежде всего его головки) больше размеров малого таза, через которые они должны пройти. Это встречается при рождении крупного ребенка и даже ребенка нормальных размеров, если у его матери узкий таз. Естественные роды при этом становятся невозможными, и родоразрешение производится путем операции кесарева сечения.

Во втором периоде родов, как и в первом, родовая деятельность может ослабеть – наблюдается слабость потуг. При этом плод как бы застревает в полости малого таза, что обычно приводит к его гипоксии. При ее возникновении сразу изменяется частота сердцебиений плода. Нужно сказать, что по характеру сердечной деятельности судят о состоянии плода во время родов. Его сердцебиение выслушивают и в период беременности, и при родах с помощью специального портативного прибора (если не производится непрерывный мониторинг) или акушерского стетоскопа не реже 2 раз в час в первом периоде родов и после каждой потуги – во втором.

После рождения головки плода из ее носовых ходов и полости рта удаляют слизь, чтобы она не попала в дыхательные пути, когда ребенок начнет самостоятельно дышать. Родившегося малыша отделяют от плаценты, которая еще находится в полости матки. Для этого пуповину пересекают между двумя зажимами. С момента первого вдоха (крика) плод становится новорожденным. Рождением ребенка завершается второй период родов.

Третий период называют еще последовым. Объем матки после рождения ребенка значительно уменьшается. Требуется некоторое время, для того чтобы она вновь обрела тонус – отделение и рождение последа также происходят благодаря ее сокращениям. Обычно они начинаются через 5–10 минут после окончания второго периода у первородящих и несколько позже – у повторнородящих, так как мышца матки у них обладает уменьшенным тонусом из-за растяжения в предыдущих родах. Обычно послед рождается за 15–20 минут.

Если плацента под действием сокращений матки не отделяется от ее стенки и не рождается в течение 20–30 минут, ее приходится либо отделять и удалять под наркозом, либо выжимать. При выжимании у женщин возникают кратковременные неприятные ощущения, и роды заканчиваются. Продолжительность родов при правильном их течении составляет у первородящих 15–20, а у повторнородящих – 10–12 часов. Женщина, которая в родах была роженицей, теперь становится родильницей.

После окончания родов женщина еще 2 часа остается в родильном зале. Врач обязательно осматривает плаценту и родовые пути. Третий период родов наиболее часто осложняется кровотечением, которое может продолжаться и после родов. Причиной кровотечения может быть аномальное прикрепление плаценты к стенке матки, снижение сократительной способности матки, травма родовых путей. В таких случаях принимают необходимые меры: или удаляют ручную неродившуюся часть плаценты; или массируют матку через переднюю брюшную стенку, назначают лед на низ живота (на 15–20 минут), вводят лекарства, сокращающие матку; или зашивают повреждения родовых путей.

КАК ПРАВИЛЬНО ВЕСТИ СЕБЯ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

В первом периоде родов во время каждой схватки ухудшается снабжение плода кровью. Ваши ощущения при этом таковы, что вам невольно хочется дышать глубже. У вас к тому же учащается сердцебиение. Благодаря таким рефлекторным реакциям на схватку ребенок получает больше кислорода. Если вы во время схватки спокойно, ровно и глубоко дышите, тем самым вы помогаете своему малышу справиться с временной гипоксией.

Правда, глубокое дыхание во время родов – понятие относительное. Из-за высокого стояния диафрагмы женщина в родах может дышать только за счет верхних отделов легких. Но при каждом вдохе воздух должен как бы вливаться в легкие, свободно заполняя верхнюю часть грудной клетки. И так же легко нужно делать выдох. Нельзя втягивать воздух судорожно, с усилием, а выдыхать – толчками.

Положение роженицы во время схваток может быть различным. Одни женщины предпочитают стоять, другие – ходить. И это вполне допустимо, если нет противопоказаний из-за многоводия, многоплодной беременности, высокого артериального давления и т. д. Но лучше всего лежать на боку, слегка подогнув колени, и мягко поглаживать, едва прикасаясь, нижнюю половину живота в ритме вдоха и выдоха. Поглаживание производят кончиками пальцев обеих рук в направлении от средней линии живота в стороны. Во время поглаживания можно повторять формулу, которую вы использовали при аутотренинге: «Я спокойна. Контролирую себя. Мое дыхание ровное, глубокое...» Для обезболивания родов можно применять и точечный самомассаж. Спереди надавливая на точки у передневерхнего края подвздошных костей; сзади – на точки у наружных углов поясничного ромба. Ладони при нажатии на точки располагаются вдоль бедер, само же массирование точек производится концами отставленных, слегка вибрирующих больших пальцев. Точки у наружных углов поясничного ромба прижимают, подкладывая под поясницу либо сжатые в кулаки кисти, либо валик. Все приемы выполняют точно.

И кроме того, вам следует следить за временем начала и окончания схваток. Напоминать себе с появлением каждой из них о том, что вот еще немного раскрылась шейка матки, вы стали чуть ближе к окончанию родов, что вам нужно ровно и спокойно дышать, чтобы помочь своему малышу.

Если вам очень больно, скажите об этом врачу. И он в зависимости от ситуации найдет способ вам помочь. Однако помните: лучше все-таки обойтись без анальгетических средств. После применения больших доз этих препаратов ребенок может родиться в состоянии наркотической депрессии, что сильно затруднит его адаптацию к новым условиям жизни.

В первом периоде родов у многих женщин возникает рвота. Если при этом нет других патологических симптомов – например, болей в желудке, головной боли, «мелькания мушек» перед глазами, – это не страшно и обычно бывает связано с изменением тонуса вегетативной нервной системы во время родов, а также с раскрытием шейки матки. Такая рвота обычно длится недолго и не требует лечения. После прекращения позывов на рвоту нужно прополоскать рот водой и сделать 1–2 глотка, но не более, чтобы не спровоцировать новый приступ тошноты.

Во втором периоде родов вас переведут в родовой зал. Потугами вы можете управлять. Эффективность потуг контролирует врач и акушерка. В этом периоде роженица испытывает несколько неприятное чувство распираания. Нужно сказать, что болезненность потуг во многом зависит от того, правильно ли вы тужитесь и правильна ли ваша поза.

Вы лежите на родовом столе, плечи у вас немного приподняты. Упритесь стопами в стол, ухватитесь руками за поручни родильного стола и, глубоко вздохнув, задержите дыхание, плотно закрыв рот, и натужьтесь. Так вы усилите потуги. Затем расслабьтесь и глу-

боко, спокойно дышите без задержек на вдохе. Потуги становятся наиболее сильными, когда головка проходит через таз. Как только она появляется из наружных половых органов, акушерка оказывает пособие, защищающее мышцы промежности от разрыва. В это время необходимо очень точно выполнять все указания акушерки. Помните о том, что головка плода выводится из половых путей вне потуги. Для этого, несмотря на возникающий рефлекс потуги, нужно сдерживать ее – расслабиться и дышать через рот без малейшей задержки на вдохе.

РОДЫ ДОМА И ДОМАШНИЕ РОДЫ

В последние годы в развитых странах, да и в нашей стране, растет интерес к родам дома. Это связано со стремлением будущих родителей: 1) исключить вмешательство в естественное течение родов, 2) создать роженице условия максимального психологического комфорта – «дома и стены помогают», 3) не иметь контакта с посторонними людьми – возможными носителями инфекции. Кроме того, жены желают рожать в присутствии мужей, а мужа хотят присутствовать при родах. Как считают большинство специалистов, эти обстоятельства положительно сказываются на течении родов и на дальнейших взаимоотношениях в семье.

К сожалению, у нас в стране традиция родов дома утрачена. Система отечественного родовспоможения совершенно не предусматривает и практически исключает такую возможность. Женщину, родившую дома, полагается госпитализировать вместе с новорожденным, причем в наблюдательное отделение.

Если, тем не менее, вы непременно хотите рожать дома, сначала все как следует обдумайте и подготовьтесь. Вам обязательно потребуется консультация специалиста-акушера. Мы же со своей стороны дадим несколько советов. Вы можете рожать дома, если:

- 1) у вас уже есть ребенок и первые роды прошли без отклонений;
- 2) вы практически здоровы, а состояние плода не вызывает сомнений в его здоровье;
- 3) в течении беременности не было осложнений;
- 4) в случае осложнений родов есть возможность быстро доставить вас в больницу. Но даже если все у вас хорошо, пригласите на роды опытного врача-акушера.

Во всех других случаях, тем более если возможны отклонения от нормального течения родов из-за крупного плода, многоводия, многоплодной беременности и т. д., безусловно нужно рожать в родильном доме.

Однако может случиться и так, что роды начнутся неожиданно и будут быстро развиваться. Чаще всего это бывает у женщин, рожавших много раз, а также при бурной родовой деятельности, преждевременных родах, небольших размерах плода. То есть случится непредвиденное – вы родите дома. Естественно, что такие роды (они называются «домашними») ничуть не соответствуют понятию «роды дома», к которым специально готовятся и которые, как правило, ведет врач. После таких родов родильницу и новорожденного следует срочно доставить в родильный дом для осмотра, введения противостолбнячной сыворотки, проведения других мероприятий.

ЕСЛИ РОДЫ НАЧАЛИСЬ В ДОРОГЕ

Мы уже говорили о том, что в конце беременности лучше не предпринимать никаких поездок. И все же обстоятельства могут сложиться так, что вам не удастся избежать поездки даже перед самыми родами. Роды могут начаться в дороге. Что же делать в таком случае?

Если это случится в поезде или самолете, прежде всего обратитесь к проводнику или стюардессе, которые постараются найти среди пассажиров медика. Если специалиста не оказалось, помощь вам может оказать любой человек, сопровождающий вас, – муж, мать, сестра. Или женщина из числа пассажиров, но лучше, если она имеет собственный опыт родов. Конечно, во время родов необходимо соблюдать максимально возможную чистоту. В аптечке вагона или самолета всегда найдутся стерильный бинт, йод, спиртовой раствор бриллиантовой зелени. Вам потребуется и чистое белье (в поезде это не проблема). Оказывающий помощь должен тщательно вымыть руки с мылом, затем протереть их одеколоном и смазать кончики пальцев и ногти спиртовым раствором йода.

Неспециалисту нельзя вмешиваться в течение родов и прикасаться к животу и половым органам роженицы. В данном случае пусть природа распорядится сама процессом появления на свет нового человека. Ребенка сразу после рождения его головки и плечиков нужно положить на чистое белье или простыню между ногами матери и стерильным бинтом, удалить слизь из его ротика и ноздрей. Делать это следует осторожно: слизистые оболочки новорожденного чрезвычайно нежны. Важно, чтобы пуповина не натягивалась. Приблизительно через минуту после рождения ребенка пуповину перевязывают в двух местах – на расстоянии 10 и 15 см от пупка новорожденного. Узел, завязанный ближе к ребенку, должен быть особенно надежным. Пуповину между узлами обрабатывают спиртовым раствором йода. Ножницы или бритву (перочинный нож) обжигают в пламени спички или зажигалки и обрабатывают раствором йода, а затем перерезают пуповину между узлами. Поверх конца пуповины со стороны ребенка нужно наложить повязку из стерильного бинта. Малыша следует запеленать в чистую простыню и закутать в одеяло или теплую одежду.

После рождения ребенка матери необходимо лежать, поскольку роды еще не закончились. Должно отделиться и родиться детское место. Ни в коем случае нельзя тянуть за пуповину. Это может вызвать нарушение нормального отделения и рождения последа. После того как послед появится из половых путей, его нужно завернуть в ткань или бумагу, так как плаценту обязательно осмотрит врач больницы, в которую будут доставлены мать и дитя. Для того чтобы лучше сокращалась матка, можно надавить несколько раз на низ живота родильницы.

Через 10–15 минут, если все прошло благополучно, новорожденный становится розовым, дышит ровно и громко кричит. В таком случае его можно тут же приложить к груди матери. Однако как бы ни прошли роды – благополучно или с осложнениями, – мать и новорожденного нужно как можно быстрее доставить в ближайшее медицинское учреждение. Лучше, если это будет родильный дом.

РОДЫ В ВОДУ

С начала 80-х годов во всем мире стал распространяться необычный способ родов – в воду. На Западе этот метод называют «русским», так как он был разработан нашим соотечественником и современником И. Б. Чарковским. Суть метода заключается в том, что плод попадает из матки по родовому каналу не в воздушную, а в водную среду. И это значительно смягчает воздействие внешних факторов на новорожденного.

Существенно и то, что в водной среде мать находится в расслабленном, комфортном состоянии и ей проще контролировать напряжение матки. Почти все родившие в воду говорят о том, что подобные роды дают ощущение «ни с чем не сравнимого блаженства». Звучит, согласитесь, несколько странно, но. приходится верить на слово.

Последователи И. Б. Чарковского активно пропагандируют его метод в США, Бельгии, Дании и многих других странах. Дети, рожденные в воду и начавшие плавать с первых же дней жизни, демонстрируют чудеса здоровья, физического и психического развития. Ходят они с 6–8 месяцев, не боятся простуды, рано начинают говорить и отлично успевают в школе.

Конечно, одного желания рожать в воду недостаточно. Это можно делать только под контролем врача, хорошо владеющего необычной методикой.

Сторонники метода И. Б. Чарковского сейчас объединяются в клубы. Там проводится комплекс подготовительных мероприятий к родам в воду, обеспечивается врачебный контроль за самими родами. После родов предлагается система физического совершенствования детей: закаливание, плавание (в частности, и зимой в проруби), хождение босиком по снегу.

Несомненно, идеи И. Б. Чарковского должны изучаться, однако самостоятельность в отношении родов в воду недопустима, так как чревата самыми серьезными последствиями.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ РОДОВ

Головные предлежания плода

Даже если ребенок идет головкой, то есть роды происходят в головном предлежании плода, возможны различные варианты. Среди них нормальным, или физиологическим, считается только один – когда головка ребенка проходит по родовому каналу, согнувшись таким образом, что первым появляется на свет затылок, обращенный вперед. Так протекает подавляющее большинство родов (90–95 %).

Но при головном предлежании бывают случаи, когда головка не сгибается, а разгибается. Тогда говорят о разгибательных предлежаниях головки. Они различаются между собой.

При переднеголовном предлежании, по сравнению с затылочным, головка плода проходит по родовому каналу несколько большим размером. Естественные роды при этом возможны. Однако вероятность получения родовых травм для матери и ребенка несколько выше, чем при затылочном предлежании. В лобном предлежании головка разогнута и входит в малый таз настолько большим размером, что роды через естественные родовые пути невозможны. Единственным способом родоразрешения является операция кесарева сечения.

Лицевое предлежание представляет собой крайнюю степень разгибания головки. При этом головка появляется из родовых путей затылком назад. Естественные роды возможны, если таз матери имеет большие размеры или плод невелик. И все же лучшим выходом и для матери, и для ребенка будет операция кесарева сечения.

Тазовые предлежания плода

Если плод вступает во вход в малый таз ягодичками или ножками, то говорят о его тазовом предлежании. Таких предлежаний бывает немало, и все они в современном акушерстве рассматриваются как патологические. Различают чисто ягодичное, смешанное ягодичное и ножное предлежания. В большинстве случаев при тазовых предлежаниях требуется родоразрешение с помощью кесарева сечения, поскольку только оно позволяет порой предотвратить тяжелые травмы у матери и ребенка.

Если роды при чистом тазовом предлежании ведутся через естественные родовые пути, женщине оказывают специальную акушерскую помощь. Смысл ее заключается в том, чтобы сохранить такое положение плода, при котором вытянутые вдоль туловища ножки прижимают ручки и удерживают их от запрокидывания при рождении плечиков ребенка.

Смешанное ягодичное предлежание из всех тазовых предлежаний самое благоприятное для течения родов – ребенок во чреве матери как бы сидит на корточках. При этом суммарный объем его ягодиц и ножек достаточно велик и хорошо расширяет пути для рождения головки.

Роды при смешанном ягодичном предлежании ведут, не оказывая женщине специального акушерского пособия во время рождения туловища ребенка. К пособию прибегают только при рождении головки, если в этом возникает необходимость.

При ножном предлежании плода также используется особый прием ведения родов: ножки удерживают от рождения до тех пор, пока не опустятся ягодицы. Для этого стерильной салфеткой закрывают область половых органов и положенной на нее рукой препятствуют рождению ножек. При этом во время каждой потуги плод как бы садится на корточки

во влагалище, расширяя его и создавая условия для рождения более объемных плечиков и головки.

Неправильное положение плода

К неправильным относится поперечное и косое положение плода в матке. При поперечном положении плод пересекает длинную ось матки под прямым, а при косом – под острым углом. В обоих случаях предлежащая часть отсутствует. Роды в таких случаях невозможны, а с началом родовой деятельности возникает опасность излития околоплодных вод, после чего неправильное положение плода в матке фиксируется.

Для исправления неправильных положений плода применяются специальные упражнения, которые рекомендуется делать начиная с 29-й недели беременности.

Для разминки выполняют *вводные упражнения*. Ноги расставлены вдоль туловища. На счет «раз» руки поднимают в стороны ладонями вниз, встают на носки и одновременно прогибают спину, делая глубокий вдох. На счет «два» руки опускают в исходное положение – выдох. Упражнение выполняют 3–4 раза.

Основное упражнение выполняется на кушетке. Беременная ложится на тот бок, к которому обращена спинка плода, при ягодичном предлежании или противоположный тому, к которому обращена головка, при поперечном положении плода. Ноги сгибают в коленях и тазобедренных суставах и лежат спокойно 5 минут. Затем делают глубокий вдох, поворачиваются через спину на другой бок и лежат спокойно еще 5 минут. После этого выпрямляют ногу, противоположную тому боку, на котором лежат, при тазовом предлежании плода или одноименную боку, на котором лежат, при поперечном положении плода (вторая нога остается согнутой). Сделав глубокий вдох и согнув выпрямленную ногу в коленном и тазобедренном суставах, обхватывают руками колено и отводят его в сторону спинки при тазовом предлежании или в сторону ягодичек – при поперечном положении плода. Туловище женщины при этом наклоняется вперед, а согнутая нога описывает полукруг внутрь, касаясь передней стенки живота. Беременная делает глубокий выдох, расслабляется, выпрямляет и опускает ногу. Затем делает глубокий вдох и упражнение повторяет еще раз. Основное упражнение женщина должна делать 5–6 раз ежедневно и через день показываться врачу.

Заключительное упражнение выполняется в положении лежа на спине. Ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, стопы упираются в пол на ширине плеч, руки вытянуты вдоль туловища. На счет «раз» делается вдох и приподнимается таз (упор на стопы и плечевой пояс), на счет «два» таз опускается и делается выдох. Затем ноги выпрямляют, сокращают мышцы ягодич, втягивают живот и промежность, одновременно делая вдох, после чего расслабляют все мышцы – выдох. Упражнение повторяют 6–7 раз.

Если плод повернулся на головку, вводное и основное упражнения прекращают выполнять. А заключительное делают до конца беременности.

Если упражнения не приносят успеха в течение недели, прибегают к операции наружного акушерского поворота плода на головку. Но чаще используют родоразрешение путем операции кесарева сечения и обычно до начала родовой деятельности.

Многоплодная беременность

В отличие от большинства млекопитающих многоплодная беременность у человека является отклонением от нормы, хотя до сих пор иногда и рассматривается как пограничное состояние между нормой и патологией. Известно, что количество осложнений во время беременности и родов, а также смертность детей в родах и сразу после них в таких случаях в несколько раз выше, чем когда родится один ребенок.

Это, конечно, вовсе не означает, что роды двойней или тройней обязательно должны закончиться неблагоприятно, но во время беременности и в родах необходимо более тщательное наблюдение за состоянием детей.

При многоплодной беременности в первом периоде родов чаще развивается слабость родовых сил, чем при одноплодной. После рождения первого ребенка схватки на некоторое время прекращаются, так как объем матки уменьшается наполовину и ей требуется некоторое время, для того чтобы вновь обрести необходимый для сокращения тонус. В течение этого времени врач постоянно контролирует частоту сердцебиений второго плода. Затем вскрывают его плодный пузырь, после чего ребенок довольно быстро появляется на свет даже при тазовом предлежании. Это и понятно – родовые пути уже подготовлены (расширены) рождением первого ребенка, и, кроме того, дети при многоплодной беременности обычно имеют небольшую массу и размеры тела. При многоплодной беременности у детей нередко встречаются последствия внутриутробной гипотрофии и гипоксии. Особенно часто в состоянии гипоксии рождается второй плод.

Крупный плод

В последние годы все чаще рождаются крупные дети. С одной стороны, это связано с общими проявлениями акселерации, с другой – с нарушениями жирового обмена и неправильным режимом питания (потребление большого количества углеводов) у многих женщин. Особенно часто развивается крупный плод у беременных, страдающих сахарным диабетом.

Рождение крупного ребенка всегда связано с риском осложнений во всех периодах родов и для матери, и для плода. Это слабость родовой деятельности вследствие перерастяжения матки. Затруднение изгнания плода при несоответствии размеров головки и таза матери, разрывы шейки матки, стенок влагалища и промежности, травмирование и гипоксия плода, послеродовые кровотечения из-за сниженного тонуса матки, «уставшей» во время родов.

При составлении плана ведения родов врач учитывает предполагаемую массу плода, размеры его головки (по данным ультразвукового исследования). Эти параметры сравнивают с размерами таза беременной. Если они не соответствуют друг другу, производят оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.

Отклонения в родовой деятельности

В первом периоде родов может быть три варианта таких отклонений: 1) слабая родовая деятельность, 2) дискоординированные схватки и 3) чрезмерно сильная (бурная) родовая деятельность.

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

О слабости родовой деятельности говорят в том случае, если схватки с течением времени не усиливаются, а порой ослабевают. Раскрытие шейки матки при этом замедляется, а роды затягиваются.

Возможных причин для возникновения слабости родовых сил немало: инфантилизм – недостаточная общая и половая зрелость организма женщины, нарушение жирового обмена, врожденные аномалии развития матки, перенесенные воспалительные заболевания половых органов, различные осложнения беременности и не связанные с нею болезни, аборт. Иногда единственный аборт приводит к подобному осложнению в родах.

Чаще всего слабостью родовой деятельности осложняются роды, начавшиеся после патологического прелиминарного периода. Таким роженицам дают отдохнуть. Им вводят

обезболивающие, седативные и снотворные средства, а кроме того, глюкозу, витамины и эстрогенные гормоны для восполнения энергетических затрат организма. После нескольких часов сна у рожениц обычно развивается хорошая родовая деятельность, и роды в дальнейшем протекают и заканчиваются благополучно.

Если же и после отдыха родовая деятельность не усиливается, прибегают к применению препаратов, сокращающих мышцу матки, или к родоразрешению путем кесарева сечения.

ДИСКООРДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

При дискоординированной родовой деятельности схватки нерегулярны и имеют различную силу и продолжительность. От прелиминарных сокращений они отличаются значительно большей силой и выраженной болезненностью. Несмотря на силу схваток, при их дискоординации шейка матки не раскрывается, поскольку сокращение мышцы матки начинается одновременно в нескольких участках. В результате не происходит постепенного перемещения мышечных волокон от шейки ко дну матки.

Для лечения дискоординированной родовой деятельности применяют глубокий медикаментозный сон, а при его неэффективности производят операцию кесарева сечения.

ЧРЕЗМЕРНО АКТИВНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Это частые и сильные схватки, когда возникает угроза травмирования и матери (разрывы шейки матки, стенок влагалища, мышц промежности и даже самой матки), и плода (черепно-мозговая травма). Быстрое течение родов чаще встречается у женщин, уже имеющих детей, особенно у тех, кто рожал много раз, или при преждевременных родах.

Для того чтобы уменьшить силу схваток, нужно лечь на бок, противоположный той стороне, к которой обращена спинка плода. Помогает в таких случаях и введение препаратов, снижающих сократительную активность матки.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Если родовая деятельность возникает при сроках от 22 до 38 недель, говорят о преждевременных родах.

Поскольку недоношенный плод развит недостаточно, его органы и системы плохо подготовлены к нагрузкам в родах. Несмотря на небольшие размеры, он сильнее страдает в процессе появления на свет, чем доношенный. У незрелых детей чаще бывает гипоксия, выше у них и риск получения родовых травм. Понятно, что чем меньше срок беременности, при котором начинаются роды, тем больше вероятность осложнений для плода.

При преждевременном возникновении родовой деятельности, если она не зашла далеко – шейка матки еще не раскрылась, – применяют препараты, блокирующие ее сокращения. При неудаче такого лечения или при раскрытии шейки матки роды ведут самым бережным для плода образом.

После родов недоношенный новорожденный нуждается в особых условиях выхаживания. Его помещают в специальное устройство – кювез (своеобразный инкубатор), где поддерживается постоянная температура, влажность и концентрация кислорода.

ЗАПОЗДАЛЫЕ РОДЫ

При переносимости беременности к началу родов плод становится крупным, кости его черепа уплотняются, головке трудно приспособиться к размерам и форме родовых путей, а потому возрастает вероятность травмы из-за тяжелых родов. Ухудшается и состояние плода из-за гипоксии. Если мать прибыла в родильный дом ко времени предполагаемых родов, за плодом наблюдают с помощью самых современных методов диагностики, которые позволяют рано заметить неблагоприятные изменения в его состоянии, типичные для переносимости беременности. И тогда роды вызывают искусственно, ребенок рождается здоровым. Если же срок перенашивания беременности уже значителен, а ребенок очень крупный, прибегают к оперативному родоразрешению – кесареву сечению.

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Акушерские родоразрешающие операции условно подразделяют на две группы: 1) операции, которые можно производить только в родах, обычно в конце второго их периода, когда плод появляется на свет, и 2) операции, выполняемые во время беременности или в начале родов.

В первую группу операций входят наложение акушерских щипцов на головку плода, вакуум-экстракция плода и рассечение промежности.

Операция кесарева сечения (в разных вариантах и модификациях) составляет вторую группу родоразрешающих вмешательств. Значение и частота использования кесарева сечения в практике таковы, что оно является основной акушерской операцией, обеспечивающей рождение живого и здорового ребенка при различных патологиях беременности и родов.

НАЛОЖЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ И ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА

В обиходе, но нередко и среди врачей сложилось неверное представление о чрезвычайной травматичности операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода за головку. Действительно, относительное количество травм, получаемых во время родов, в которых выполняются эти операции, выше, чем во время родов, которые могут разрешиться самопроизвольно. Дело в том, что здесь причину и следствие меняют местами. Причина травмирования плода заключается не в операции, а в том состоянии, при котором она производится.

Подумайте сами – что делать, если головка плода уже опустилась в полость малого таза, а родовая деятельность ослабела? На мониторе, на котором фиксируется сердцебиение плода, акушер видит, как оно сначала учащается, затем становится неритмичным и, наконец, начинается брадикардия – урежение сердцебиения. Ясно, что ребенок в опасности и, если не принять срочных мер, он погибнет. Операция кесарева сечения в такой ситуации невыполнима. Да и извлечь плод через разрез в матке, когда его головка уже опустилась в полость малого таза, очень трудно и обязательно приведет к травмированию ребенка и матери. Единственное, что здесь возможно, – это операция наложения акушерских щипцов или вакуум-экстракция плода. Но ребенок уже страдает от гипоксии, и совершенно очевидно, что после рождения он будет чувствовать себя далеко не лучшим образом.

Безусловно, операция должна производиться опытным специалистом при тщательном соблюдении техники ее выполнения и, что главное, своевременно, то есть когда состояние плода заметно не ухудшилось или существует лишь угроза его здоровью.

Суть операции наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода состоит в том, что с помощью специальных приспособлений создается дополнительное усилие для извлечения плода из родового канала.

Разница между операциями заключается не столько в способе извлечения плода, сколько в том, что щипцы могут полностью заменить родовую деятельность (исключить необходимость потуг), а вакуум-экстракция только дополняет собственные усилия роженицы. Поэтому, когда напряжение в родах противопоказано (это бывает при пороках сердца у беременных, ОПГ-гестозе с высоким артериальным давлением, гипертонической болезни и т. д.), в конце второго периода родов накладывают акушерские щипцы. При ослаблении родовых сил и угрозе гипоксии плода могут производиться обе эти операции.

Извлечение плода за головку не приводит, как иногда думают, к растяжению шеи плода и травме шейного отдела позвоночника, так как при расположении головки плода в полости малого таза плечевой пояс плода находится в его широкой части и не испытывает препятствий своему продвижению.

РАССЕЧЕНИЕ ПРОМЕЖНОСТИ

Кроме костей таза матери основным препятствием для рождения ребенка является промежность с ее достаточно мощными мышцами. В современном акушерстве довольно

широко практикуется разрез тканей промежности в момент появления плода из половых путей (прорезывания).

Прежде всего, эта операция производится, как правило, при наложении акушерских щипцов или во время вакуум-экстракции плода. Она необходима для облегчения и ускорения выведения головки, а значит, и для уменьшения ее травмирования. Но также и для защиты промежности от разрыва. Выглядит это на первый взгляд парадоксально. Практика показывает, что зашитый разрез заживает гораздо лучше зашитого разрыва.

Есть еще одно основание для применения профилактического разреза промежности. Дело в том, что, если мышцы даже и не разрываются, они подвергаются столь сильному растяжению, что в дальнейшем (с возрастом) тонус их снижается настолько, что может произойти опущение или даже выпадение внутренних половых органов – стенок влагалища и матки.

Профилактический разрез промежности производится и в случае преждевременных родов – только уже не для предупреждения разрыва промежности, а для исключения возможности травмирования головки ребенка при ее сдавлении мышцами.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Это – серьезная операция, и производить ее можно только тогда, когда роды через естественные родовые пути невозможны или представляют большой риск для плода и матери.

Во всем мире наметилась тенденция снижения частоты операций кесарева сечения, выполняемых без медицинских показаний, то есть на основании только желания беременной.

Кесарево сечение иногда применяют как операцию прерывания беременности по медицинским показаниям. Если такая операция производится при сроке менее 28 недель беременности, она называется малым кесаревым сечением и выполняется только в интересах здоровья матери, так как плод в этом случае нередко нежизнеспособен.

Послеоперационный рубец (особенно при наложении специального подкожного шва с помощью рассасывающегося материала – кетгута) совершенно незаметен, что, конечно, немаловажно для молодой женщины. После рассечения и разделения слоев передней брюшной стенки и вскрытия или сдвига в сторону брюшины в поперечном направлении вскрывают переднюю стенку матки, извлекают плод, рукой отделяют и удаляют плаценту и оболочки. Затем матку зашивают и послойно восстанавливают целостность передней брюшной стенки.

ГЛАВА 3

ПОСЛЕ РОДОВ

Итак, роды благополучно завершились. Вы видели своего малыша и нашли его замечательным. Вы счастливы и испытываете блаженное ощущение необыкновенной легкости во всем теле. Но вскоре на смену эйфории приходят усталость и легкая слабость. Вы нуждаетесь в хорошем отдыхе и глубоком сне.

Однако вам необходимо не только восстановить силы. С момента окончания родов в женском организме начинаются изменения, которые в основном закончатся только через 8 недель. Эти перемены многообразны, происходят с различной скоростью. Вы можете ощущать их, не замечать вовсе – но так или иначе через 2 месяца функционирование вашего тела будет мало отличаться от того, что было до беременности. Некоторые проявления происходящей перестройки могут беспокоить вас, хотя они и нормальны. Поэтому о них нужно знать, как и о тех мерах предосторожности, которые следует принимать для того, чтобы избежать осложнений послеродового периода.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

В первые 2 часа после родов матка сильно сокращается, кровотечение из ее зияющих сосудов прекращается – они закрываются сгустками крови, тромбами. При отклонении от нормального течения раннего послеродового периода кровотечение может не только не остановиться, но и усилиться. Поэтому за родильницей в эти первые часы наблюдают и врач, и акушерка.

В дальнейшем матка все более уменьшается в размерах, стенки ее утолщаются с 0,5 до 3 см, просвет шейки матки сужается. Тотчас после родов через внутренний зев в шейку матки можно ввести руку, спустя сутки – 2 пальца, на 3-и сутки проходит едва лишь один. К 10-му дню канал шейки матки уже сформирован, но наружный зев еще пропускает кончик пальца. На 3-й неделе наружный зев закрывается.

Таким образом, в начале послеродового периода половые пути открыты, из-за чего возникает опасность проникновения болезнетворных микроорганизмов в глубокие отделы полового тракта и даже в матку. Условия же, существующие в это время в родовых путях, благоприятны для размножения патогенных бактерий. Внутренняя поверхность матки представляет собой рану, отделяющую раневой секрет – лохии (греч. *lochía* – роды). В первые дни после родов в них содержится кровь. Отсутствуют естественные защитные барьеры – вместо кислой реакции нормального влагалищного содержимого, убийственного для патогенной микрофлоры, лохии имеют щелочную реакцию, нет и слизистой пробки цервикального канала. Если не принимать мер предосторожности, могут возникнуть осложнения – тяжелые воспалительные процессы в половых органах. Поэтому после родов туалет наружных половых органов следует проводить с использованием слабодезинфицирующего раствора марганцовокислого калия. Желательно пользоваться стерильными прокладками, пеленками и клеенками. Несоблюдение правил гигиены может привести к нагноению и расхождению швов, наложенных после разрыва или рассечения промежности.

Обратное развитие тела матки происходит довольно медленно. Нормальной массы (60–80 г) она достигает только через 6 недель. У женщин, родивших крупного ребенка или двойню, при многоводии, а также у рожавших многократно или пожилых на восстановление прежних размеров матки потребуется еще больше времени.

Постепенно изменяется вид лохий. Если в первые 3–4 дня они кровянистые, то с 4-х суток становятся буровато-коричневыми, а затем желтовато-белыми. С 10-го дня они приобретают вид обычных влагалищных выделений. При слабом тоне матки или ее загибах лохии могут задерживаться в полости этого органа, нарушая его обратное развитие.

С окончанием родов изменяется функционирование эндокринной системы. В короткий срок из организма женщины выводятся стероидные гормоны, синтезированные плацентой. Сразу после этого передняя доля гипофиза начинает вырабатывать лактогенный гормон – пролактин. Под его влиянием на 3–4-й день после родов усиливается приток крови к молочным железам – они нагрубают. Это – подготовка к лактации, поскольку молоко образуется из веществ, поступающих к молочным железам с кровью. Синтез пролактина передней долей гипофиза рефлекторно нарастает при раздражении соска во время сосания. В эти же дни увеличивается и выделение задней долей гипофиза гормона окситоцина – он вызывает сокращение мышц молочных ходов и сосков, а значит, и хорошее опорожнение молочной железы. Одновременно под действием окситоцина возникают и схваткообразные сокращения матки, порой болезненные. Некоторые женщины (чаще повторнородящие) ощущают их особенно сильно, когда кормят ребенка грудью.

Приблизительно на 20-й день в передней доле гипофиза синтезируется гормон, стимулирующий деятельность яичников. Заканчивается регресс желтого тела, и через несколько

недель после родов возобновляется созревание фолликулов, которому во время беременности препятствовала гормональная деятельность плаценты. У не кормящих и некоторых кормящих матерей менструальная функция восстанавливается на 6—8-й неделе после родов. Но у большинства кормящих женщин (до 80 %) менструации отсутствуют на протяжении всего периода вскармливания грудью.

Общее состояние женщин после благополучных родов обычно хорошее. Но вскоре у некоторых из них температура повышается до 38 °С, иногда возникает озноб – это следствие усиленной мышечной работы в родах. Температура может быть несколько повышена и в первые дни – такова реакция организма на всасывание продуктов тканевого распада на раневой поверхности матки.

После родов может понижаться артериальное давление. Это не случайно: поскольку перестало функционировать маточно-плацентарное кровообращение, сокращается матка и, стало быть, снижается ее кровенаполнение, то организм принимает экстренные меры, для того чтобы избавиться от ненужного количества крови. Почки выводят больше жидкости, и объем циркулирующей крови быстро уменьшается. С этим и связано изменение артериального давления. Как правило, оно вскоре возвращается к норме.

Несмотря на то что в течение нескольких дней после родов почки выделяют намного больше мочи, чем обычно, родильницы нередко не испытывают потребности в мочеиспускании, и приходится напоминать им о необходимости помочиться. Иногда позывы к мочеиспусканию возникают под действием шума вытекающей из крана воды или обливания наружных половых органов теплой водой. Если помочиться все же не удастся, нужно прибегнуть к помощи катетера.

В первые дни не все благополучно и с функционированием кишечника. Тонус его понижен, пищеварение замедленно, стул отсутствует. Поэтому опорожняйте кишечник с помощью клизмы, слабительного, а также соответствующей диеты. Переполненный мочевой пузырь, забитый кишечник сдавливают матку, отток лохий затрудняется, а возвращение ее к нормальным размерам замедляется.

Иногда у родильниц отекают и воспаляются геморроидальные узлы. В таких случаях помогают примочки настоя ромашки, специальные ректальные свечи, бальзам Шостаковского.

После родов многие женщины замечают, что с трудом удерживают мочу, особенно при чихании, кашле или смехе. Это бывает, если во время родов чрезмерно растянулась запирающая мышца – сфинктер мочевого пузыря. Помогают такие упражнения:

- сожмите влагалище и через 10 секунд расслабьте его; при этом укрепляются и мышцы стенок влагалища;

- опорожняйте полный мочевой пузырь не сразу, а постепенно, чередуя выпускание небольших порций мочи со сжатием влагалища.

После регулярных упражнений запирающая мышца укрепится и будет удерживать мочу.

При отсутствии противопоказаний (тяжелые роды, разрывы промежности, кесарево сечение) нужно вставать с постели не позднее суток после родов и пытаться как можно скорее восстановить двигательную активность. Это хорошая профилактика тромбоэмболических осложнений (перенесение током крови тромбов и закупорками сосудов). Скорее наладится и самостоятельный стул, мочеиспускание, подтянется растянутая передняя брюшная стенка, восстановится функция половых органов. С 1-го дня после родов по утрам можно делать физические упражнения. Но они не должны утомлять вас. Выполняют их лежа на спине в постели.

1. Развести руки в стороны, затем поднять их вверх и опустить вдоль туловища. Напрягать и расслаблять брюшной пресс.

2. Подтянуть ноги, согнутые в коленях, к животу и разогнуть их до исходного положения. Разводить ноги в стороны и сводить их вместе.
3. Согнуть ноги в коленях, подтянуть ступни к тазу, приподнять таз, вернуться в исходное положение.
4. Из положения лежа сесть, наклониться вперед, руками коснуться пальцев ног, снова лечь.
5. Сгибая ноги в коленях, поочередно подтягивать ступни к тазу.
6. Делать круговые движения ногами, как при езде на велосипеде.
7. Лежа на животе, поочередно сгибать ноги в коленях, приподнимая голову и верхнюю часть туловища.

КАК ПРИБЫВАЕТ МОЛОКО

В 1-й день после родов обычно можно сцедить несколько капель молозива, в дальнейшем его секреция усиливается по-разному. В одних случаях молоко прибывает постепенно, и на 4—5-й день его становится много. В других случаях прилив молока бывает внезапным, бурным (на 3—4-й день после родов). Молочные железы в течение нескольких часов твердеют, увеличиваются в объеме, становятся болезненными, через блестящую напряженную кожу просвечивают расширенные вены, повышается температура. Такое состояние может продолжаться 1–2 дня, после чего, если молочная железа хорошо опорожняется, устанавливается нормальная лактация. Иногда, чаще всего у первородящих, молоко появляется поздно – секреция начинается только на 5—6-й день и даже в начале 2-й недели. С момента прилива молока секреция непрерывно нарастает, достигает до максимума между 10-й и 20-й неделями, оставаясь на этой высоте до окончания лактационного периода. Продолжительность лактации колеблется в широких пределах и зависит от индивидуальных особенностей молочной железы, а также от того, как долго мать кормит ребенка грудью. Суточное количество молока в 1-ю неделю колеблется в пределах 200–300 мл.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

В последние годы жалобы молодых матерей на то, что у них мало молока, стали обычным явлением. Между тем истинная агалактия (отсутствие выработки молока) встречается крайне редко. Как правило, она обусловлена недоразвитием молочной железы, но может быть связана и с нарастающим физическим истощением женщины, пережитым ею психическим потрясением. В двух последних случаях молоко может появиться, если матери создать нормальные условия жизни.

Чаще всего, когда женщина утверждает, что у нее нет молока, речь идет о снижении лактации – гипогалактии. Причины ее могут быть различными. Среди них – недостаточное питание самой женщины, переутомление, недосыпание, неспокойная обстановка в семье, социальная нестабильность. Грудной возраст ребенка – период, когда женщина особенно нуждается во внимании близких, в их помощи. И если помимо забот, связанных с кормлением и уходом за ребенком, на нее возложены и другие домашние дела, у нее просто не хватает времени поесть и выспаться. А это немедленно отражается на количестве молока. Поэтому при лечении гипогалактии обязательны: достаточный сон – 7–8 часов в сутки, полноценное питание с употреблением не менее 1 л молока, разведенного 1 л крепкого чая, или такого же количества кисломолочных продуктов. Рекомендуются также и психотерапия.

Некоторые женщины для усиления лактации с успехом используют отвар крапивы (20 г сухих листьев заливают 1 л кипятка, настаивают и принимают по 1 столовой ложке 3 раза в день) или сбора (берут 25 г плодов аниса, укропа, фенхеля, травы душицы; плоды измельчают в ступке или кофемолке, хорошо перемешивают; 1 чайную ложку сбора заливают стаканом кипятка, настаивают и пьют 2–3 раза в день по 1 стакану).

Можно рекомендовать и такое народное средство: есть хлеб, испеченный с тмином, и сметану, в которой варился тмин (берут 1 чайную ложку семян на 1 стакан сметаны, кипятят 3 минуты на слабом огне).

Применяются также и медикаментозные средства, иглотерапия, физиотерапевтические процедуры, которые назначает врач.

При лечении гипогалактии рекомендуют соблюдать режим кормления ребенка, а главное – тщательно сцеживать молоко после того, как малыш поест (до последней капли). После сцеживания молока хорошо принять горячий душ, особенно на грудные железы. Если у матери мало молока с первых дней после родов, малыша нужно прикладывать к груди не менее 7 раз в сутки, а если он будет просить, то и ночью, причем при каждом кормлении – к той и другой молочной железе.

Встречается и еще одно нарушение лактации – галакторея, самопроизвольное истечение молока. Незначительное выделение молока перед кормлением и во время него из другой груди – явление физиологическое. При галакторее молоко вытекает из груди между кормлениями. Иногда оно течет непрерывно, сильно раздражая кожу груди. При этом общий объем вытекающего молока может быть невелик. Нередко галакторея сочетается с гипогалактией. Галакторею считают проявлением невроза. Поэтому для ее лечения необходимы прежде всего нормальный сон и полноценное питание. Проводят также и медикаментозное, физиотерапевтическое или психотерапевтическое лечение.

Бывает и так, что ребенок, высасывая достаточное количество молока, тем не менее плохо прибавляет в массе тела. Возникает подозрение на неполноценность молока. Оно обычно имеет синеватый цвет, водянистый вкус. При анализе молока обнаруживают в нем недостаток либо белка, либо жиров, либо углеводов. В первом случае в рацион женщины добавляют творог, мясо, яйца, во втором – сливки, масло, мучные изделия, в третьем – кондитерские изделия, сахарный сироп.

Нередко дети лишаются материнского молока из-за того, что во время беременности женщины с неправильной формой сосков (втянутыми, инфантильными, плоскими, расщепленными) не стараются ее исправить. Если во время беременности женщина вытягивает их, то с наступлением лактации соски становятся более выпуклыми, и ребенок в конце концов приспосабливается к ним. В противном случае сначала применяют накладки и одновременно после кормлений вытягивают соски пальцами, делают массаж, обязательно сцеживают остатки молока с помощью молокоотсоса – короче говоря, стремятся изменить форму сосков, чтобы ребенка можно было кормить грудью.

Создает затруднения при кормлении ребенка и так называемая тугая грудь, когда молока много, а ребенку не удается его высосать. Чтобы облегчить опорожнение молочной железы, перед тем как приложить малыша к груди, нужно сцедить немного молока. Если такой прием мало помогает, врач назначает кварцевые облучения и массаж груди.

Очень неприятное осложнение возникает в том случае, если во время беременности женщина не готовила нежную и уязвимую кожу соска к кормлению ребенка и к тому же при первых прикладываниях к груди позволяла ему сосать долго. Появляются трещины сосков.

Они причиняют сильную боль и могут привести к воспалению молочных желез. Иногда трещины бывают глубокими и кровоточат. При кормлении стараются реже давать ребенку больную грудь или кормят через накладку. После того как малыш поест, молоко тщательно сцеживают для профилактики мастита и обрабатывают трещины 2 %-ной таниновой мазью, 2–5 %-ным раствором азотнокислого серебра, 3 %-ным раствором метиленовой сини, 2 %-ным формалиновым спиртом, витамином А. Если началось воспаление, соски смазывают синтомициновой эмульсией, которая быстро снимает его проявления, соком каланхоэ, подорожника, бальзамом Шостаковского, 0,2 %-ным раствором фурацилина. Хороший эффект дает местное ультрафиолетовое облучение.

Тяжелым заболеванием кормящей матери является мастит – воспаление молочной железы в результате попадания в нее микробов. Чтобы предотвратить это заболевание, нужно соблюдать следующие правила: один раз в сутки обмывать грудь теплой водой с мылом, к сцеживанию молока готовиться так же, как и к кормлению ребенка, – надеть косынку, маску и тщательно вымыть руки. Между кормлениями следует надевать бюстгальтер и менять его не реже 1 раза в сутки. Особенно осторожной нужно быть, если появились трещины сосков. При лечении мастита необходимо избегать застоя молока в железе. А поэтому, несмотря на боли, ребенка продолжают кормить и молоко сцеживают после кормления. Только при тяжелом течении болезни, особенно если в молоко попадает гной, кормление грудью прекращают. Ее высоко подбинтовывают, накладывают согревающие компрессы (простые, со спиртом, бальзамом Шостаковского). Рекомендуются физиотерапевтические процедуры. В крайних случаях назначают прием антибиотиков внутрь, а также хирургическое лечение.

МОЖНО ЛИ КОРМИТЬ ГРУДЬЮ, ЕСЛИ МАТЬ БОЛЬНА?

Можно кормить или нет, зависит от болезни, ее стадии, тяжести течения, поскольку вскармливание ребенка может чрезмерно истощить силы матери и быть опасным для самого малыша.

Например, открытая форма туберкулеза – абсолютное противопоказание для кормления ребенка грудью. Несмотря на то что ребенка сразу после появления на свет вакцинируют против туберкулеза, его изолируют от матери на 2 месяца с момента рождения. Если патологический процесс неактивен, кормление грудью разрешается, но мать должна находиться под постоянным наблюдением врача. При первых же признаках ухудшения ее состояния ребенка отлучают от груди. Но в любом случае педиатр и врач противотуберкулезного диспансера вместе вырабатывают тактику вскармливания ребенка, его вакцинации, выписки из родильного дома.

Заражение сифилисом, как правило, не рассматривается в качестве препятствия для кормления собственного ребенка грудью. Однако, если заражение матери произошло после 6—7-го месяца беременности и у ребенка нет признаков болезни, кормить его грудью нельзя. Новорожденному обязательно проводят курс превентивного лечения пенициллином. Если мать заразилась раньше, но ребенок родился без проявлений сифилиса, кормить его грудью можно, но при этом ему проводят курс предварительного лечения. Но через 4–5 месяцев лучше прервать грудное вскармливание. При отсутствии у матери симптомов сифилиса и наличии их у новорожденного ребенка кормить грудью разрешается.

При сахарном диабете у матери ребенка прикладывают к груди на 2—6-й день после рождения. До этого его кормят сцеженным молоком из бутылочки.

Если кормящая мать заболела кишечной инфекцией (брюшной тиф, паратиф, дизентерия) или рожей или у нее затянулся послеродовой сепсис, кормление малыша временно прекращают, так как он может заразиться от матери. При легком течении болезни молоко сцеживают для поддержания лактации.

При кори, скарлатине, ветряной оспе у матери она может кормить ребенка, но его необходимо иммунизировать (2–3 мл у-глобулина). При коклюше ребенка изолируют, но кормят сцеженным молоком. Если мать заболела дифтерией или столбняком, кормление грудным молоком прекращают.

Ангина, грипп и другие острые респираторные заболевания, а также пневмония у матери не являются противопоказанием к кормлению ребенка грудью. Перед кормлением мать должна надеть маску из четырех слоев марли, закрывая нос и рот. Маску нужно кипятить после каждого кормления, грудь матери и одеяло закрывают чистой салфеткой, проглаженной горячим утюгом.

Грудное вскармливание противопоказано женщинам с тяжелыми формами острого и хронического гломерулонефрита и пиелонефрита; декомпенсированными врожденными и приобретенными пороками сердца; острым эндокардитом и миокардитом; тяжелыми формами болезней крови и кроветворной системы; выраженными формами базедовой болезни.

ПИТАНИЕ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ

Женщине, кормящей грудью, нужно питаться разнообразно, так как количество и качество молока зависят от рациона и режима, которого придерживается мать.

Постарайтесь каждый день пить молоко, кефир, простоквашу (не менее 0,5 л), есть творог или изделия из него (50—100 г), мясо (около 200 г), овощи (600—800 г), яйца, масло (50 г), фрукты (не менее 300—500 г), хлеб (400—500 г). Очень рекомендуем употреблять в пищу растительное масло как источник полиненасыщенных жирных кислот и витамина Е (20—30 г).

Повышению лактации способствуют мед, арбузы, грибные супы, пивные дрожжи (напиток и паста), грецкие орехи, рыбные блюда. Следите за объемом потребляемой жидкости — он не должен быть менее 2—2,5 л в сутки с учетом всех жидких блюд. Очень полезно за 10—15 минут до кормления выпить стакан молока.

Особое внимание обращайте на содержание железа в своем рационе. У кормящей матери потребность в пищевом железе составляет 30 мг в сутки. Многие исследователи рекомендуют матерям недоношенных детей, двоен, крупных и гигантских детей в период вскармливания их грудью принимать препараты железа (например, гемостимулин).

В последние годы сильно увеличилось количество новорожденных с недостаточностью иммунной системы. Поэтому избегайте продуктов, которые могут вызвать аллергию у ребенка. Это мед, рыба, цитрусовые, клубника, шоколад, натуральный кофе, соленья, крепкий мясной бульон, консервированные продукты промышленного приготовления, избыток яиц и колбас.

Категорически запрещаются все алкогольные напитки, в том числе и пиво.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЛЕКАРСТВА

Очень осторожно относитесь к приему лекарственных препаратов. Дело в том, что вместе с вами эти лекарства будет принимать и ребенок – они очень быстро попадают в грудное молоко. Имеется группа препаратов, которые противопоказаны женщине при кормлении грудью. Это тетрациклины, стрептомицин, сульфаниламиды, налидиксин, йод, резерпин, глюкокортикоиды, цитостатические средства, эрготамин, метронидазол, хлорпропамид. Если мать принимает эти лекарственные средства, у ребенка могут возникнуть поражение слуха, задержка роста, гипербилирубинемия, вялость, сыпь, расстройства пищеварения, кровавый понос, рвота. Конечно, бывает и так, что по состоянию здоровья женщина вынуждена лечиться. Но в таком случае нужно обязательно посоветоваться с врачом – он порекомендует наиболее удачный вариант лечения.

ДОПУСТИМЫЕ НАГРУЗКИ

Вернувшись из родильного дома, здоровая женщина, как правило, чувствует себя вполне уверенно. Однако это не означает, что она должна выполнять всю работу по дому, в том числе и тяжелую, вести хозяйство. Если молодой матери все же приходится этим заниматься, тогда не нужно удивляться, если температура у нее вдруг повышается, усиливаются кровяные выделения, кружится голова. Выполнять домашние обязанности в полном объеме можно не раньше, чем в конце 1-го месяца после родов.

Когда новорожденный, насытившись, засыпает, желательно, чтобы и вы легли отдохнуть, ведь ночью ребенок будит вас, и, чтобы выспаться, вам необходим дневной сон.

ГЛАВА 4

ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Появление на свет – самый сложный период в жизни человека. Впечатления от путешествия по узким родовым путям навсегда остаются в подсознании человека, потому что во время родов он подвергается чрезвычайным испытаниям.

В утробе матери ребенок развивался при постоянной температуре, ему было обеспечено бесперебойное поступление питательных веществ и кислорода. Амниотическая жидкость и ткани материнского организма защищали его от механических травм. Легкие малыша находились в спавшемся состоянии, желудочно-кишечный тракт практически не функционировал. Впервые открыв глаза в утробе матери (а такие фотографические снимки получены), ребенок не видел ничего. В матке темно, ведь даже слабый свет, который проникает через растянутую кожу живота матери, вскоре рассеивается в околоплодной жидкости. В последние 4 месяца перед рождением малыш тщетно «вглядывался» в этот текучий сумрак... почти без света и звука.

Но вот пришла пора родов – пора перехода из одной среды в другую. Из водной – в воздушную. Ребенок ничего не слышит – ему мешает жидкость во внутреннем ухе. Его ослепляет свет. Нежнейшей кожей он ощущает новые, порой довольно неприятные прикосновения. Испытывает такой перепад температур, как если бы взрослого человека раздели, облили водой и мокрого выгнали на стужу. В его легкие врывается воздух, причиняя сильную боль. Оглушенный, ослепленный младенец отчаянно кричит, инстинктивно сжимая грудную клетку. После первого крика ребенок начинает дышать. Акт первого вдоха необычайно важен: мозг не может существовать без кислорода. Пять минут – максимальный промежуток времени, в течение которого при обычной температуре окружающей среды дыхание должно установиться.

АДАПТАЦИЯ И РОДОВОЙ СТРЕСС

После рождения ребенок должен перестроить жизненно важные системы и включить механизмы, которые во время внутриутробного развития у него не функционировали. Если раньше он снабжался кислородом через пупочную венозную систему (кровь переходила из правой половины сердца в левую через овальное окно), то теперь он может получать кислород только с помощью легких. Должен начать функционировать малый круг кровообращения. Ребенок теперь вынужден сам регулировать температуру тела, так как находится в среде, температура которой меняется и к тому же существенно отличается от его собственной. После появления ребенка на свет давление на его кожу уменьшается и кровеносные сосуды расширяются. Младенец становится розовым, а кожа согревается теплом, приносимым кровью. Изменяется также кровообращение печени и почек.

Приспосабливаться (адаптироваться) к новым условиям жизни непросто, даже при нормальном развитии ребенка в утробе и появлении его на свет без осложнений. К тому же нужно учесть, что перестройка и наладка систем организма начинаются не в спокойных условиях, а во время родового стресса.

К родам готовится не только материнский организм, но и сам ребенок. Как же это происходит? Согласно теории Селье, в механизме стресса активное участие принимают надпочечники. Выделяемые ими гормоны помогают организму благополучно перенести чрезвычайную ситуацию, приспособиться к новым условиям. Было установлено, что надпочечники имеют самые большие относительные размеры перед рождением человека. У родившегося младенца они быстро уменьшаются, происходит их инволюция.

Родовой стресс «запускает» адаптационные системы ребенка. Различают три основные фазы его адаптации к внеутробным условиям существования. Первая продолжается в течение 3 часов после рождения. В этот период в крови малыша высока концентрация материнских гормонов. Наиболее активно они проникают в плод в конце беременности и особенно во время родов. Высокая их концентрация в пуповинной крови отражает стрессовую реакцию на роды и матери, и ребенка. В следующей (второй) фазе адаптации содержание материнских гормонов в крови ребенка снижается, но зато увеличивается концентрация его собственных гормонов. В третьей фазе – на 4—6-й день после рождения – в крови младенца начинает уменьшаться количество и материнских, и собственных гормонов.

После рождения у ребенка развивается ряд состояний, которые могут сильно беспокоить мать, если она не знает, что происходящие с ребенком изменения связаны с его приспособлением к новым условиям жизни. Эти состояния невозможно отнести к патологическим, но и нормой их также назвать нельзя. У ребенка могут измениться масса тела, цвет и температура кожи, внешний вид половых органов, стул, могут быть и другие проявления. Характерно, что такие изменения возникают вскоре после рождения ребенка и сравнительно быстро исчезают. Поэтому их называют переходными, транзиторными, пограничными физиологическими состояниями. Приспособление к новым условиям существования и составляет суть периода новорожденности.

Продолжительность этого периода по рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) определена в 4 недели (28 дней). Однако дети все разные. Поэтому период новорожденности может сокращаться до 2 недель, а у недоношенных он бывает и больше месяца. Различают ранний (первые 7 суток) и поздний (с 8-х суток по 28-е сутки) неонатальные периоды.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Во всем мире для определения состояния здоровья ребенка после рождения используется 10-балльная шкала, предложенная в 1953 году австралийской исследовательницей Вирджинией Апгар. Эта методика позволяет прогнозировать, как будет в дальнейшем развиваться ребенок. Оцениваются пять показателей: окраска кожных покровов, характер дыхательных движений и особенности крика, частоты сердцебиений, мышечный тонус и рефлексорные реакции. Каждый параметр оценивается в пределах от 0 до 2 баллов.

Что это означает? Если малыш хорошо дышит, ему ставят высший балл – 2, за хорошую деятельность сердца – 2, розовую окраску кожи – 2, нормальные рефлексы и мышечный тонус – также по 2 балла. При ухудшении показателей оценку снижают.

Первый раз состояние ребенка определяют спустя 1 минуту после рождения. Только 15 детей из 100 имеют при этом оценку 10 баллов.

Большинство получают 7–8 баллов из-за синюшного окрашивания конечностей (акроцианоз), что является следствием перестройки кровообращения и сниженного мышечного тонуса. Через 5 минут оценку повторяют. Как правило, она выше – 8–10 баллов. Суммарная оценка от 8 до 10 баллов означает удовлетворительное состояние ребенка, от 4 до 7 – состояние средней тяжести и от 1 до 3 – тяжелое состояние малыша.

Хотя эта оценка чрезвычайно важна и родителям необходимо знать ее и помнить, так как в дальнейшем это может помочь участковому врачу при лечении малыша, тем не менее она относительна для прогноза дальнейшего развития ребенка. Многолетние наблюдения показывают, что даже при низкой оценке по шкале Апгар правильно и своевременно оказанная медицинская и педагогическая помощь нередко дают возможность младенцу нормально развиваться.

Состояние недоношенного ребенка оценивают по шкале Апгар трижды: через 1 минуту, 10–15 минут и 2 часа. Эту последнюю оценку рассматривают как прогностическую для дальнейшего развития ребенка. У недоношенных применяются и другие методики, например шкала Сильвермана, и др.

РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Масса и размеры тела

Если ребенок родился после 38 недель беременности, то он считается доношенным. Масса тела доношенных зрелых детей в среднем равна для мальчиков – 3400–3500 г, для девочек – 3200–3400 г. Длина новорожденного варьирует от 45 до 54 см, но бывает и больше. Наиболее точно рост новорожденного можно определить спустя 2–3 дня, когда исчезает отек мягких тканей головы и уменьшается деформация костей черепа. На массу и рост ребенка влияет множество факторов: состояние здоровья, режим и питание матери во время беременности, рост и возраст родителей, характер их труда и т. д. Как правило, у молодых родителей дети менее крупные, при повторных родах и масса, и рост детей бывают большими, чем при первых.

Напоминаем, что недоношенным в нашей стране считают ребенка, если он родился между 22-й и 38-й неделями внутриутробного развития с массой тела от 500 до 2500 г.

Выделяют четыре степени недоношенности. В основу деления положена масса тела ребенка при рождении. Первая степень – 2500–2001 г, вторая – 2000–1501 г, третья – 1500–1000 г, четвертая степень – менее 1000 г. Однако наиболее правильной является оценка степени недоношенности по сроку гестации (беременность).

В первые дни жизни происходит так называемая транзиторная, или физиологическая, убыль массы тела ребенка. Она возникает главным образом из-за голодания и потери воды с дыханием и потоотделением. Однако в происхождении этого состояния принимают участие и некоторые другие, до конца не расшифрованные факторы. Даже усиленное кормление ребенка не предотвращает потери массы его тела.

Максимальная убыль массы тела наблюдается обычно на 2–4-й, реже на 5-й день после рождения. При благополучном течении беременности и родов, оптимальных условиях вскармливания и выхаживания у здоровых доношенных новорожденных потеря массы тела не превышает 6 %.

Сильнее выражена убыль массы у первенцев, а также у крупных младенцев или после затяжных и тяжелых родов. Девочки обычно меньше теряют в массе, чем мальчики. Если ребенок был приложен к груди в первые 6 часов после рождения, то транзиторная потеря массы тела снижается.

Масса тела восстанавливается, как правило, к 6–7-му дню жизни у 50–70 % новорожденных, к 10-му дню – у 75–85 % и к 2-й неделе жизни – у всех здоровых детей. Режим свободного питья, раннее прикладывание к груди, оптимальный тепловой режим – вот основные факторы, которые способствуют быстрейшему восстановлению первоначальной массы тела новорожденного.

Недоношенный ребенок, поскольку он еще не готов к жизни вне материнского организма, с большим трудом, чем доношенный, приспосабливается к новым условиям существования. Поэтому и период адаптации у недоношенных детей проходит несколько иначе: одни транзиторные состояния протекают более тяжело, и ребенку требуется больше времени, чтобы с ними справиться, другие – менее выражены либо вовсе отсутствуют. В частности, недоношенные дети дольше теряют массу тела, и ее потери очень значительны – 9–14 %. Восстанавливается масса тела у них только на 2–3-й неделе жизни.

Рождение доношенного ребенка с низкой массой тела всегда свидетельствует о каком-то неблагополучии во время его внутриутробного развития. Его причиной могут быть болезни беременной, ОПГ-гестоз, неправильный образ жизни будущей матери или ее вред-

ные привычки – например, употребление алкоголя или наркотиков, курение. Малая масса тела новорожденного заставляет предполагать его физиологическую незрелость или какую-то болезнь, признаки которой могут проявиться в будущем. Поэтому такие дети относятся к группе риска по нарушению психомоторного развития и нуждаются в особом наблюдении педиатра.

Очень крупные дети – с массой тела 5,5–6,5 кг и выше и длиной тела 60 см и более – рождаются у больных диабетом. У таких детей высока вероятность родовых травм и различных пороков развития. Они также относятся к группе риска.

С большой массой тела рождаются дети с врожденным гипотиреозом. У них обнаруживаются отеки в области надключичных и подключичных ямок, голеней и стоп. Такие дети нуждаются в специальном лечении, которое нужно проводить начиная с первых дней жизни.

Кожа

Кожа у здорового новорожденного нежная, эластичная, бархатистая на ощупь, очень упругая. Если попытаться собрать ее в складку, то она моментально расправляется. Но кожа новорожденного несколько суховата, поскольку потовые железы функционируют пока недостаточно активно. Роговой слой очень тонкий, а потому кожа легкоранима.

Цвет кожи здорового новорожденного зависит от его возраста. В первые минуты после рождения она бледно-синюшного цвета. Реже ребенок рождается розовым. Как только младенец начинает самостоятельно дышать, его кожа розовеет.

Новорожденный ребенок покрыт творожистой смазкой, которая в течение внутриутробной жизни предохраняет его кожу от размокания (мацерация). После родов смазку осторожно удаляют, особенно тщательно очищая кожные складки, во избежание инфицирования. Есть сведения о том, что первородная смазка обладает бактерицидными свойствами, а потому в 1-е сутки жизни ребенка ее не следует снимать. Однако эта информация требует дополнительной проверки.

Иногда могут встречаться необильные кровоизлияния в кожу подлежащей части. Они возникают в связи с повышенной проницаемостью стенок сосудов. У некоторых детей могут быть красновато-синюшные сосудистые пятна, располагающиеся на границе волосистой части головы и задней поверхности шеи, на верхних веках, спинке носа или на лбу между бровями. Их возникновение связано с расширением сосудов кожи.

На бедрах, пояснице и ягодицах, реже – на лопатках могут появляться синие («монгольские») восточные пятна. Это временные скопления серовато-синего пигмента под кожей. У детей монголоидной расы такие пятна встречаются в 90 % случаев. Иногда родители путают их с синяками. К ним пятна никакого отношения не имеют, как и к нарушениям кровеносной системы. Без лечения «монгольские» пятна исчезают к 4–7 годам.

Изредка на коже новорожденных может возникать сыпь в виде точечных пузырьков, наполненных прозрачной жидкостью и выступающих над поверхностью кожи. Они напоминают по виду капли росы. С развитием потовых желез сыпь исчезает.

Голубоватый оттенок могут иметь ладони и ступни новорожденного: из-за перестройки системы кровообращения еще недостаточно крови доставляется к конечностям. Особенно часто это явление возникает после продолжительного сна или длительной неподвижности. Как только малыш начинает двигать ножками и ручками, ладони и ступни у него розовеют.

У новорожденных детей первых месяцев жизни потовые железы развиты недостаточно, а работать им в период адаптации приходится много. Поэтому уже в конце раннего неонатального периода (примерно к 7-му дню жизни) наблюдается их гиперфункция: уси-

ливается потоотделение, особенно на коже головы и шеи, расширяются устья желез и кровеносные сосуды вокруг них, которые как бы просвечивают через кожу.

Детишки, родившиеся раньше срока, отличаются от доношенных не только массой и длиной. В зависимости от степени недоношенности кожа этих младенцев бывает ярко-розового, красного и даже темно-красного цвета. В последнем случае она выглядит глянцевой и как бы просвечивает. В этом нет ничего удивительного. В теле плода жир наиболее интенсивно накапливается в последнем триместре беременности. До 6-го месяца на жировую ткань приходится только около 1 % массы тела. У недоношенного ребенка с массой тела 1500 г этот показатель равен 3 %, с массой тела 2500 г – 8 %, а у доношенного малыша – 16 %. У недоношенного младенца практически отсутствует подкожный жировой слой, его можно обнаружить только на щеках. Поэтому-то кожа ребенка и имеет столь необычный цвет – кровеносные сосуды близко подходят к ее наружному слою. По этой же причине она морщинистая и легко собирается в складки. Личико у недоношенного ребенка – как у маленького старичка. Но пройдет время, и по внешнему виду недоношенный ребенок ничем не будет отличаться от своих доношенных сверстников.

Транзиторные изменения кожных покровов в той или иной степени наблюдаются у всех новорожденных на 1-й неделе жизни.

После удаления первородной смазки или после первой ванны под влиянием воздуха и более низкой температуры окружающей среды по сравнению с температурой тела кровеносные сосуды новорожденного расширяются, и его кожа становится ярко-красной. Это *физиологическая эритема* (катар). В первые часы жизни такая краснота имеет синеватый оттенок, на 2-е сутки она становится более яркой. Затем постепенно бледнеет и к середине – концу 1-й недели исчезает. У недоношенных ребятшек это состояние продолжается дольше – эритема исчезает только к 3-й неделе жизни.

Примерно у трети новорожденных на 2—5-й день жизни возникает *токсическая эритема*. На коже появляются слегка плотноватые красные пятна или кольца, нередко в центре их располагаются серовато-желтые папулы (пузырьки). Чаще они встречаются группами на разгибательных поверхностях конечностей вокруг суставов, на ягодицах, груди, реже – на животе и лице. Иногда эти высыпания покрывают все тело. На ладонях, стопах, слизистых оболочках их не бывает. В течение 1–3 дней могут появляться новые пятна, но большей частью через 2–3 дня после возникновения сыпь бесследно исчезает. Состояние детей при этом, как правило, не нарушается, температура тела остается нормальной.

Токсическую эритему связывают с интенсивным распадом белка в период транзиторной потери массы тела. Однако, как недавно установлено, токсическая эритема является реакцией организма, которая подобна аллергической. Она возникает под влиянием веществ, попавших к ребенку из организма матери. Но если у малыша появилась токсическая эритема, это вовсе не означает, что он предрасположен к аллергодерматозу.

Иногда при обильной токсической эритеме ребенок бывает беспокойным, у него может расстраиваться стул. Младенцу нужно давать почаще пить. И все-таки лучше обратиться к врачу.

У недоношенных детей токсическая эритема встречается крайне редко.

На 3—5-й день жизни у новорожденных может возникнуть сильное *шелушение кожи*. Особенно оно выражено у детей с очень яркой простой эритемой при ее угасании. Чаще такое шелушение появляется на животе и груди. Обильное шелушение бывает, как правило, у переносных детей. Проходит оно без лечения.

У младенца может наблюдаться *отек предлежащей части тела*. Это – так называемая родовая опухоль. Она возникает из-за перепада давления: в матке оно выше атмосферного – причиной тому схватки. Если ребенок идет головкой, то в момент, когда она вставляется в зев матки, на нее воздействует присасывание со стороны внешней среды. В этом месте и

может произойти отек тканей. Как правило, он проходит без лечения через 1–2 дня. На месте родовой опухоли некоторое время могут оставаться мелкоточечные кровоизлияния, которые также исчезают сами по себе.

С конца вторых, а чаще на третьи сутки после рождения у 60–70 % детей кожа начинает желтеть. *Желтушное окрашивание* появляется прежде всего на лице и между лопатками, затем на туловище и конечностях. Обычно окрашиваются белки глаз, слизистая оболочка полости рта, кожа кистей и стоп. Максимум физиологической желтухи приходится на 3–4-е сутки жизни, после чего она начинает уменьшаться. Исчезает желтуха к концу 1-й – середине 2-й недели, после чего кожа ребенка приобретает розовый оттенок и постепенно бледнеет.

Не столь благоприятно, как у доношенных младенцев, протекает физиологическая желтуха у недоношенных детей. Она бывает практически у всех малышей, родившихся раньше срока (95 % случаев). В их крови значительно больше, чем у доношенных детей, «непрямого» билирубина (171 против 120 мкмоль/л). При этом ферментная система печени, обезвреживающая «непрямой» билирубин, еще более неразвита, чем у доношенных новорожденных. В результате при физиологической желтухе у недоношенных малышей возникает угроза поражения мозга. Положение осложняется еще и тем, что концентрация «непрямого» билирубина в крови у них снижается медленно, его токсическое действие более длительно. Только к 3-недельному возрасту ребенка содержание билирубина становится близким к норме.

Осматривая кожу ребенка, можно заметить бледновато-желтые точки, выступающие над поверхностью кожи. Это *милиарная*, или *просовидная*, сыпь. Она возникает из-за недостаточного развития сальных желез и их протоков у новорожденных. Наиболее часто сыпь покрывает кончик и крылья носа, реже – носогубный треугольник. Исчезает она сама собой в первые месяцы жизни ребенка.

Иногда у новорожденного сразу после рождения или в первые же сутки жизни наблюдается желтушное окрашивание кожи. Это симптом многих патологических состояний – гемолитической болезни новорожденных, сепсиса, цитомегалии, токсоплазмоза, сфероцитарной гемолитической анемии Минковского – Шоффара, гипотиреоза, муковисцидоза, врожденного гепатита.

У детей, родившихся у матерей с тяжелым сахарным диабетом, желтуха нередко развивается на 2–3-й день жизни, но течение ее может быть тяжелым – требующим заменного переливания крови.

Если у ребенка желтушное окрашивание кожи сохраняется долго, это также должно насторожить родителей, поскольку может быть симптомом болезни ребенка, например гипотиреоза.

На коже новорожденных нередко встречаются пигментные пятна бурого, синеватого, светло-коричневого или черного цвета, которые возвышаются над поверхностью кожи. Дети с такими пятнами должны наблюдаться у дерматолога и детского хирурга, которые и назначают тактику лечения ребенка.

Порой малыш рождается с бледной кожей. Это может быть признаком тяжелой гипоксии, перенесенной ребенком в родах, родовой травмы, повреждения шейного отдела позвоночника. Если бледность кожи новорожденного сохраняется долго, то у него возможна анемия. Бледность кожи является симптомом острой надпочечниковой недостаточности, некоторых пороков сердца и инфекционных болезней.

У некоторых детей в конце 1-й недели жизни могут возникать инфекционные болезни, сопровождающиеся поражениями кожи. Это пузырчатка новорожденных и эксфолиативный дерматит Риттера. Дети с такими болезнями нуждаются в немедленной помощи врача.

У новорожденных могут обнаруживаться на коже пятна цвета кофе с молоком диаметром до 1,5 см и более. Иногда они сочетаются с асимметрией лица. Это могут быть симптомы наследственного заболевания нервной системы – синдрома Реклингхаузена.

При погрешностях ухода за ребенком у него на коже могут появляться потертости, потница, опрелости.

Волосяной покров тела и ногти

Впервые развернув своего малыша, вы увидите, что все его тельце покрыто тонкими волосками (лануго). Особенно много их на плечиках, под лопатками, а у недоношенного ребенка – и на щечках. Обычно через 2 недели этот волосяной покров уменьшается.

Голова доношенного ребенка тоже, как правило, покрыта волосами, но более длинными – до 2 см. У одних малышей их очень мало, у других больше. Но встречаются младенцы и с блестящими, длинными, густыми, спутанными волосами. Все это считается нормой. Цвет волос обычно темный. Как бы ни выглядели волосы при рождении, большая часть их выпадает и заменяется другими. Цвет волос также может измениться.

Ресницы и брови у малыша почти незаметны, но тем не менее они есть, хотя состоят всего из нескольких волосков.

Ногти у новорожденных уже хорошо сформированы. У недоношенных они очень тонкие и не всегда достигают кончиков пальцев, у доношенных, как правило, доходят до них, а у переносенных ногти можно стричь после рождения. Часто детишки царапают своими тонкими ноготками лицо. Поэтому на младенца лучше надевать распашонки с зашитыми рукавами или специальные рукавички без пальцев из байки или мягкого полотна.

Очень редко у новорожденных встречается избыточный рост волос на спине и пояснице. Волосы не исчезают и через 2 недели. Это может быть признаком некоторых наследственных заболеваний центральной нервной системы, например синдрома Корнелии де Ланге. При подозрении на этот синдром ребенка следует показать невропатологу и врачу-генетику.

Голова и лицо

Новорожденный ребенок поражает большими размерами головы. У доношенного младенца на ее долю приходится четвертая часть тела, у недоношенного – до трети, тогда как у взрослого человека – всего лишь восьмая часть. Такие размеры головы у новорожденного объясняются преимущественным развитием его головного мозга.

У доношенных мальчиков окружность головы в среднем составляет 34,9 см, у девочек – 34 см. Форма головы может быть различной. Например, сплюсненной. Это часто бывает при первых родах. При кесаревом сечении или тазовом предлежании плода голова новорожденного имеет округлую форму. Встречается брахицефалическая (вытянутая в передне-заднем направлении), долихоцефалическая (вытянутая в поперечном направлении) и неправильная форма головы. Все это варианты нормы. Они определяются положением плода в родах, расположением костей черепа при прохождении ребенка по родовым путям, а также наследственными факторами. У недоношенных детей обычно голова более круглая, чем у доношенных. Спустя несколько дней после родов форма головы начинает меняться.

У здорового новорожденного мозговой череп преобладает над лицевым. Кости черепа у него достаточно плотные, за исключением мест их стыков, где в дальнейшем образуются швы. Если встречаются три и четыре кости черепа, остаются незаращенные мягкие участки – роднички.

Большой родничок образован на стыке теменных и лобной костей. Размеры его индивидуальны – от 1 до 3 см. При хорошем освещении видно, как родничок пульсирует в ритме биения сердца. Матери обычно боятся повредить родничок даже осторожным прикосновением. Однако бояться не нужно: мозг малыша защищен прочными мембранами. У здорового новорожденного родничок ровный: не натянутый и не расслабленный. По мере роста ребенка родничок постепенно сужается и между 8-м и 18-м месяцами исчезает полностью.

В месте схождения лобных костей с теменными и височными расположены два передних боковых родничка, а между теменными, височными и затылочными – два задних боковых. У большинства доношенных новорожденных эти роднички уже закрыты. У недоношенных – и швы, и роднички нередко открыты.

Лицо младенца обычно симметрично. Иногда при крике малыша можно заметить, что носогубный треугольник у него сглаживается. Но эта особенность, как правило, исчезает к концу 1-й недели жизни.

В тех случаях, когда по состоянию здоровья роженице необходимо ускорить роды или исключить потуги, как уже отмечалось, оказывают помощь, например накладывают акушерские щипцы или применяют вакуум-экстракцию. После таких акушерских операций у ребенка могут обнаруживаться повреждения кожных покровов, небольшие подкожные кровоизлияния, сдавления тканей, которые проходят самопроизвольно в течение 3–5 дней после родов. Значительно реже встречаются более серьезные осложнения – подапневротическая гематома и кефалогематома. В первом случае кровь скапливается под апоневрозом (апоневроз – соединительнотканная пластинка, с помощью которой фиксируются мышцы). По всей голове ребенка образуется припухлость, которая может спускаться на шею, лоб, лицо, веки. Подапневротические гематомы рассасываются в течение 5–7 дней. Ребенок должен находиться под наблюдением врача.

Кефалогематома возникает не только как следствие акушерских операций, но и при естественных родах, особенно когда рождается крупный ребенок, а также при кесаревом сечении. Кровь скапливается под надкостницей в пределах одной кости черепа – кефалогематома в отличие от подапневротической имеет локальный характер. Это безболезненная припухлость на подлежащей части без покраснения кожи и отека тканей. Обычно ребенок чувствует себя нормально. Исчезает кефалогематома через 2–3 недели. Большие кефалогематомы, как правило, пунктируют, удаляя из них кровь, так как при значительных размерах гематомы могут нагнаиваться.

Иногда дети рождаются с увеличенной головкой. Нередко она асимметрична. Причем, как говорят медики, мозговая часть черепа значительно превосходит лицевую. Лобные бугры выступают, так же как и глазные яблоки. Это гидроцефалия, или водянка мозга, которая развивается при многих внутриутробных инфекциях. Гораздо чаще ее признаки появляются на 1-м месяце жизни ребенка. Если гидроцефалия сформировалась внутриутробно, очень велика вероятность родовой травмы из-за несоответствия размеров черепа ребенка и родовых путей.

Другим серьезным отклонением в развитии ребенка является микроцефалия. Ребенок рождается с головой, окружность которой составляет всего 25 см. Родничков нет. Лицевая часть черепа преобладает над мозговой, поскольку такая аномалия сопровождается уменьшением размеров головного мозга. Микроцефалия может иметь наследственный характер, но нередко сопровождается различными патологическими состояниями плода. Как и гидроцефалия, микроцефалия может развиваться и после периода новорожденности как следствие нарушения внутриутробного развития ребенка.

Во время внутриутробной жизни у плода может происходить раннее окостенение одного или нескольких швов черепа, из-за чего голова плода не может увеличиваться равно-

мерно во все стороны, как это происходит в норме. В результате ребенок родится с деформированным черепом. Это краниостеноз.

При гидроцефалии, микроцефалии и краниостенозе ребенок должен находиться под постоянным наблюдением врача.

Из пороков развития лицевой части черепа наиболее часто встречаются незаращение верхней губы («заячья губа») и незаращение твердого нёба («волчья пасть»). Эти аномалии могут возникать при различных внутриутробных поражениях плода, в частности при инфекционных заболеваниях или вследствие употребления матерью алкоголя во время беременности.

Порой мать обращает внимание на то, что, когда ребенок кричит и пытается зажмуриться, глаза у него как бы «закатываются», а веки не смыкаются до конца. При этом один угол рта опущен, одна носогубная складка более выражена, чем другая. Или во время крика у ребенка складки на лбу образуются неравномерно, а рот перетягивается в одну сторону. Так бывает при поражении некоторых черепных нервов во время родов. Подобные парезы (частичные параличи) довольно быстро проходят без лечения. Но бывают и исключения. Поэтому ребенка нужно обязательно показать невропатологу.

Необычное строение лица ребенка может быть признаком одного из наследственных заболеваний, например болезни Дауна, синдромов Эдвардса, Рабинстайна – Тауби, Вильямса, Корнелии де Ланге.

Иногда родители или врач обращают внимание на беспокойное выражение лица, «испуганный» взгляд новорожденного. Это могут быть симптомы субарахноидального кровоизлияния (в пространство между паутинной и мягкой оболочками головного мозга) или гипоксии головного мозга. Слабая мимика или маскообразное лицо бывает у детей с субдуральными гематомами (кровь скапливается между твердой и паутинной оболочками головного мозга), билирубиновой энцефалопатией, синдромом Мебиуса.

Нос

Нос у новорожденного мал. Носовые ходы узкие, и покрывающая их слизистая оболочка нежная. Она содержит большое количество кровеносных сосудов. Носовые ходы у новорожденного ребенка должны быть свободными. В противном случае он не сможет сосать, так как будет задыхаться.

Иногда мама замечает, что малышу трудно дышать носом: он сопит, с трудом может есть – задыхается. Из носа могут появляться жидкие прозрачные бесцветные выделения, носовые ходы могут быть забиты корочками. Это насморк (ринит). Насморк у новорожденных, даже если у малыша нет температуры и состояние его в остальном не вызывает тревоги, тем не менее считается серьезным заболеванием. Ребенку требуется медицинская помощь.

Насморк может протекать и более тяжело (особенно у недоношенных детей), когда из носовых ходов появляются слизистые или гнойные выделения, а дыхание через нос сильно затруднено. У ребенка повышается температура, он становится беспокойным, плохо спит, неохотно ест, худеет. Такой ринит может осложниться этмоидитом (гнойное воспаление клеток решетчатого лабиринта) или гайморитом (воспаление верхнечелюстных пазух), который очень опасен для новорожденного, особенно в первые дни его жизни. Поэтому при таких симптомах вам следует срочно обратиться к врачу.

При внутриутробных поражениях плода различной природы у ребенка могут наблюдаться различные пороки развития наружного носа. Он может полностью или частично отсутствовать, наблюдается его раздвоение, расщепление носовой перегородки.

Иногда сразу после рождения ребенок с трудом дышит через нос или способен дышать только через рот. Виной тому может быть другой порок развития – атрезия хоан (отсутствие

внутренних носовых отверстий, соединяющих носовую и ротовую полости), что нередко приводит к крайне тяжелому состоянию новорожденного. Помочь в этом случае может только немедленное хирургическое лечение.

Глаза

Осмотреть глазки новорожденного в 1-й день его жизни довольно трудно – они у него закрыты. Из-за того что малыш плотно сжимал веки во время родов, они у него слегка опухают и краснеют.

У здорового доношенного младенца глазки ясные, роговица прозрачная, зрачки круглые, диаметром около 3 мм. Белки глаз имеют более голубой оттенок, чем у детей старшего возраста. Конъюнктивы гладкие, блестящие, розовые. Малыш живо реагирует на свет.

У глубоко недоношенных детей зрачок как бы подернут «флером» – зрачковой оболочкой.

Слезные железы ко времени рождения ребенка еще недоразвиты, и поэтому в первые дни жизни ваш малыш кричит и плачет без слез. Только при раздражении конъюнктивы глазными каплями образуется секрет, похожий на слезы. Настоящие же слезы появляются у новорожденного только к 3-недельному возрасту.

В первые дни после рождения у ребенка может возникать конъюнктивит – воспаление слизистой оболочки век и глазных яблок. Он бывает реакцией на закапывание в глаза новорожденного нитрата серебра с профилактической целью (против бленореи, вызываемой гонококком). Однако конъюнктивит может иметь и инфекционное происхождение. У ребенка краснеет слизистая глаза и конъюнктивы, текут слезы, выделяется гной, по краям век образуются корочки и пленки. На слизистой можно видеть фолликулы и кровоизлияния. При таких симптомах вам нужно обратиться к врачу. До его прихода протрите глазки ребенка ватными шариками, смоченными в слабом (бледно-розового цвета) растворе марганцовокислого калия. Если конъюнктивит вовремя не вылечить, он может дать осложнения, приводящие к потере остроты зрения.

Иногда у новорожденных обнаруживаются нарушения зрачков и радужной оболочки. Разная величина зрачков левого и правого глаза, их некруглая форма, смещение от центра радужной оболочки, отсутствие последней – сплошной зрачок, разный цвет радужки правого и левого глаза, а также участки радужки разного цвета (двухцветная радужка) – все это поводы для обязательного обращения к офтальмологу.

У здорового ребенка зрачок имеет черный цвет. Но порой у новорожденного на зрачке можно обнаружить белые либо желтые полосы, которые иногда полностью закрывают его. Мелкие помутнения хрусталика являются вариантом нормы и не влияют на зрение. В частности, они нередко встречаются у недоношенных детей и обычно бесследно исчезают.

Белый цвет зрачка может быть обусловлен помутнением хрусталика – катарактой. Сама по себе она требует хирургического лечения в раннем возрасте, для того чтобы не допустить развития слепоты. Такой дефект у младенцев сильно сказывается и на их психическом развитии. В то же время катаракта может быть следствием других заболеваний, например фенилкетонурии или галактоземии. Поэтому ребенка при симптомах катаракты необходимо обследовать.

Обязательно исследуют глаза новорожденного и в том случае, если белое пятно обнаруживается в глубине зрачка.

Встречаются у новорожденных и пороки развития глаз. Например, при врожденном нарушении оттока внутриглазной жидкости давление в глазу повышается, возникает глаукома. Внешне это выражается в увеличении размеров глазного яблока, расширении зрачка, голубоватом цвете склеры. Ребенок может бояться света, зажмуривать глазки. У него текут

слезы, малыш плачет. Нередко возникает отек роговицы. Врожденная глаукома – серьезная болезнь, вызывающая потерю зрения, если ее не лечить.

Если у ребенка обнаружено опущение века (птоз), вам обязательно нужно обратиться к невропатологу. Веко может быть опущено полностью или частично, на одном или на обоих глазах. Причины этого нарушения различны.

Иногда у детей веки смыкаются не полностью (лагофтальм). Следствием этого могут быть сухость и дистрофия роговицы, ее изъязвление. Причины такой патологии также различны. Вам необходимо проконсультироваться у офтальмолога и детского невропатолога.

Внутренний угол глаза у ребенка может быть прикрыт складкой кожи, которая имеет полулунную форму и называется эпикантусом. Для детишек монголоидной расы – это вариант нормы. Но у европейцев эпикантус может быть признаком нарушения внутриутробного развития. Встречается он и при хромосомных болезнях. Незначительный эпикантус исчезает самопроизвольно.

Уши

У здорового доношенного новорожденного ушная раковина твердая, по ее краям находится хрящ. Если раковину перегнуть и отпустить, то она сразу же возвратится в прежнее положение. Вся ее верхняя часть загибается внутрь. У недоношенных детей ушные раковины мягкие, плотно прижатые к голове.

У здорового ребенка из наружного слухового прохода может выделяться сера. Небольшие ее комочки продвигаются короткими волосками, покрывающими поверхность слухового прохода, к его наружному концу.

Во время прохождения по родовым путям или непосредственно после родов ребенок может инфицироваться, из-за чего у него нередко возникает катаральное или гнойное воспаление среднего уха – отит. Гнойный отит может быть одним из проявлений сепсиса. Характерных симптомов отита практически нет. Малыш плачет, беспокоен, выталкивает сосок, сделав два-три сосательных движения. У него может быть немного напряжена затылочная мышца. Если надавить на козелок, ребенок может закричать от боли. Температура у него повышается, только если отит гнойный. При таких симптомах неблагополучия новорожденного вам следует обратиться к врачу: отит для ребенка в таком возрасте – серьезное заболевание.

У младенцев встречаются врожденные аномалии развития уха. При этом либо вся ушная раковина ненормально увеличена, либо ее части (макротия). Это явление может быть односторонним. При микротии ушная раковина или полностью отсутствует, или недоразвита. Микротия часто сочетается с недоразвитием или полным отсутствием (атрезия) наружного слухового прохода.

Врожденная атрезия наружного слухового прохода сопровождается потерей слуха из-за препятствия для проведения звуков. Лечат такую аномалию посредством пластической операции, формируя наружный слуховой проход.

Полость рта

Слизистые оболочки губ и полости рта у новорожденного очень нежные и легко травмируемые. Они богаты кровеносными сосудами, а потому у здоровых младенцев имеют ярко-розовый цвет. Однако слизистая полости рта немного суховата, поскольку слюноотделение в этом возрасте у ребенка еще незначительно.

Полость рта у новорожденного приспособлена для сосания: язык у него довольно большой, на деснах слизистая образует складку, благодаря которой обеспечивается герметич-

ность ротовой полости во время сосания. Слизистая оболочка губ имеет поперечную исчерченность и образует подушечки. У некоторых детей они покрыты беловатым налетом. На верхней губе младенца имеется характерная присоска. Она может исчезать в промежутках между кормлениями, но ее всегда можно обнаружить, пока вы кормите своего малыша грудью.

Обычно на 2-й или 3-й день жизни на слизистой оболочке твердого нёба появляются белые или желтоватые точки. Как правило, они вскоре исчезают. По обеим сторонам от средней линии на твердом нёбе могут обнаруживаться скопления клеток эпителия. Эти скопления имеют жемчужно-белый цвет. Их так и называют – «жемчужины Эпштейна». Когда такие скопления клеток бывают на острых краях десен, то их еще называют «ложными зубами». Они не представляют опасности для ребенка и проходят сами собой.

Слизистая оболочка языка обычно розового цвета, но после кормления на ней может возникать беловатый налет. Если молодая мама беспокоится, не стоматит ли это, она должна проверить, есть ли налет до кормления.

У здоровых новорожденных язык располагается вдоль средней линии. У некоторых детей при крике кончик языка может приподниматься. Это свидетельствует о короткой уздечке языка. Иногда такой дефект может затруднять сосание. Однако со временем ребенок приспосабливается к нему. Подрезать уздечку нецелесообразно, так как послеоперационный рубец может только осложнить положение.

При дефектах ухода и питания, а также при пониженной сопротивляемости организма ребенка на корне языка, слизистой оболочке мягкого нёба, щек и десен образуется налет сначала белого, затем сероватого и даже желтоватого цвета. Иногда он превращается в сплошную серо-белую пленку, которая легко снимается тампоном, смоченным 6 %-ным раствором пищевой соды или буры в глицерине. Это так называемая молочница – поражение слизистой, вызываемое дрожжеподобным грибом *Candida albicans*. Порой на слизистой появляются и небольшие эрозии, из-за чего ребенку больно сосать. Молочницу переносят 4–5 % новорожденных. К возникновению болезни предрасполагают частые срыгивания, так как кислая среда способствует развитию гриба. Если смазывание слизистой оболочки полости рта 6 %-ным раствором пищевой соды не дает эффекта, вам следует получить консультацию у врача.

Иногда мать обращает внимание на то, что язык ребенка постоянно отклоняется в сторону. Это тем проще заметить, что в первые дни малыш часто высовывает его изо рта. Такой признак может свидетельствовать о поражении черепных нервов. В этом случае нужно показать ребенка невропатологу. Большие размеры языка бывают при гипотиреозе и некоторых наследственных болезнях.

Грудная клетка

У доношенного новорожденного окружность груди на 1–3 см меньше окружности головы. Форма грудной клетки у здорового новорожденного бочкообразная, ребра располагаются почти горизонтально. Во время вдоха в первые часы жизни у ребенка могут слегка западать надключичные ямки и межреберные промежутки. Грудная клетка симметрична. Ее нижние отделы активно участвуют в дыхании. У некоторых детей мечевидный отросток отклонен кнаружи и приподнимает кожу. С возрастом его положение становится нормальным.

При аномалии в развитии скелета может встречаться килевидная (куриная, птичья) грудь, когда отклоненные вперед грудина и ребра напоминают киль корабля. Другой дефект – воронкообразная грудь. В этом случае грудина западает, а ребра направлены назад. Оба дефекта лечатся с помощью хирургических операций.

Иногда наблюдается асимметрия грудной клетки. Это бывает при некоторых врожденных пороках сердца.

Живот

Живот у новорожденного округлой формы, мягкий на ощупь, немного выступает над уровнем грудной клетки. Он активно участвует в дыхании.

Немного ниже центра живота находится место отхождения пуповины. У недоношенных детей оно смещено к лону. В разных больницах пуповину перевязывают по-разному. Установлено, что после наложения скобы Роговина пуповина отпадает наиболее быстро.

Остаток пуповины (пупочная культя) постепенно высыхает, приобретая коричнево-черную окраску, становится плотным, как хрящ, и отпадает в первые же дни жизни ребенка. Поэтому у здорового новорожденного, выписанного из родильного дома на 5-е сутки, пуповины уже нет.

Если стенки пупочного канатика были более толстыми (так называемая сочная пуповина), то пуповина может отпадать позже. Чтобы не ждать, когда пуповинный остаток высохнет и будет отторгнут, пуповину на 2-й или 3-й день отсекают. При этом пупочная ранка заживает значительно быстрее. Обычно ее заживление происходит в течение 1-й недели после рождения. За состоянием пупочной ранки необходимо тщательно следить – ее инфицирование может стать причиной тяжелого заболевания младенца. В первые дни пупочную ранку по 3–4 раза в сутки обрабатывают раствором бриллиантовой зелени или марганцово-кислого калия.

У недоношенных детей и малышек с последствиями внутриутробной гипотрофии подкожный жировой слой очень тонок, а потому сквозь кожу отчетливо видна сеть кровеносных сосудов. Если ребенок истощен, то можно даже наблюдать перистальтику кишечника.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.