

СОВРЕМЕННАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ МОЛОДОЙ СЕМЬИ

СВЫШЕ
700 000
ЧИТАТЕЛЕЙ

СОВРЕМЕННАЯ
ЭНЦИКЛОПЕДИЯ
МАМЫ И МАЛЫША

ОТ БЕРЕМЕННОСТИ
ДО ТРЕХ ЛЕТ



**Современная энциклопедия
мамы и малыша. От
беременности до трех лет**

«РИПОЛ Классик»

2009

Современная энциклопедия мамы и малыша. От беременности до трех лет / «РИПОЛ Классик», 2009

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 немногое 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.

, 2009

© РИПОЛ Классик, 2009

Содержание

ГЛАВА 1	5
ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ	6
БЕРЕМЕННОСТЬ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ	7
ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	13
ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ МАТЕРИ	15
ВРЕМЯ ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ В ЖЕНСКОЙ	35
КОНСУЛЬТАЦИИ	
МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ	36
ЖЕНЩИНЫ	
Конец ознакомительного фрагмента.	37

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; нагрубеют 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 бахрамками, 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, оплетенные 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 *gino*». 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 созреть 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 обратиться 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 незащищен 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 (удушьё) 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 приходится 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 маточно-плацентарное 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 гиалиновых 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 улучшение 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, А или II, В или III, АВ или IV. Пары антиген – антитело (А и α , В 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 А (II) имеется антиген А, а в сыворотке – антитело β . Группа крови В (III) характеризуется наличием в сыворотке антитела α , а в эритроцитах – антигенов В. И наконец, эритроциты группы АВ (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 А и В 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 рождается 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 задер-

живаются. Пусть не полностью, но так или иначе их действие на плод становится значительно слабее. В то же время амниотические 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 заглохший 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 кровеносной 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 уменьшения 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 отнестись 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 родится 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 непосред-

ственно 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 аборт 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 ускорятся 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 бесспорно 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 – талидамином 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 выхаживанием 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 имеющих 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 нею. 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.

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.