Учебник
для медицинских училищ и колледжей

Т.П. Авдулова, М.В. Дзигуа, Т.А. Тихонова

ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

Рекомендовано в качестве учебника для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 «Акушерское дело» по ПМ.01 «Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода», МДК.01.01 «Физиологическое акушерство», МДК.01.02 «Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам», МДК.01.03 «Сестринский уход за здоровым новорожденным»

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений 5
Введение 6
Глава 1. Психология беременности и психопрофилактика: открывающиеся возможности акушерской практики 9
1.1. Перинатальная психология — новая область знаний 10
1.2. Психологические принципы взаимодействия с беременной. Мотивация родительства 15
1.3. Внутрисемейные отношения пары во время беременности 19
1.4. Будущий отец в период ожидания ребенка. Влияние отцов на развитие ребенка 23
1.5. Симбиоз «мать–дитя». Уровни взаимосвязи беременной и пренейта 30
1.6. Воздействие стресса и отрицательных эмоций матери на формирование плода 34
Глава 2. Психология беременности и физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам 39
2.1. Стили переживания беременности и психологический компонент гестационной доминанты 39
2.2. Питание, режим и гигиена беременной 45
2.3. Вредные привычки и беременность 61
2.4. Комплекс гимнастических упражнений для беременных 65
2.5. Психологическая подготовка к родам и немедикаментозное обезболивание в родах 87
2.6. Партнерские роды 100
2.7. Психологическая готовность к материнству 106
2.8. Психологические особенности беременной 112
Глава 3. Психика плода и пренатальное воспитание 119
3.1. Семья с новорожденным. Психическое развитие малыша в первые месяцы жизни 119
3.2. Развитие органов чувств плода: слуховые, зрительные ощущения и восприятие, осязание и телесные ощущения, вкус и обоняние. Формирование сенсорного опыта плода 120
3.3. Пренатальное воспитание и пренатальная педагогика 127
3.4. Современные методики и теории пренатального развития 133
Глава 4. Диагностика эмоционального состояния как профилактика осложнений беременности, родов и послеродового периода 140
4.1. Тест «Дом. Дерево. Человек» 141
4.2. Тест отношений беременных (ТОБ-б) 166
4.3. Рисуночный тест «Я и мой ребенок» (Г.Г. Филиппова) 171
4.4. Психологическая беседа (интервью) по Е.И. Захаровой 175

Глава 5. Грудное вскармливание ... 177
5.1. Принципы успешного грудного вскармливания младенцев ... 177
5.2. Периоды грудного вскармливания ... 180
5.3. Принципы правильного прикладывания новорожденного к груди ... 189
5.4. Позиции при грудном вскармливании ... 195
5.5. Питание кормящей матери ... 214
5.6. Гипогалактия ... 216
5.7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде ... 222

Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам: тестирование ... 234
Список литературы ... 257
Приложения ... 260

ГЛАВА 2

ПСИХОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

2.1. СТИЛИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

Развитие беременности и ее влияние на психику женщины в совокупности с факторами готовности или неготовности к материнству ведут к развитию относительно устойчивых стилей переживания беременности. Выделено шесть стилей переживания беременности, которые отражают преимущественно эмоциональный компонент и отношение к ней (Филиппова Г.Г., 2002).

– **Адекватный стиль.** Беременность идентифицируется достаточно рано, этот процесс не сопровождается явными негативными эмоциями. Женщина в контакте с телесными изменениями, и симптоматика беременности ее не тяготит. Тревога I триместра умеренная, без депрессивных эпизодов, во II триместре преимущественно положительный эмоциональный фон. В III триместре мобилизация к родам. Первое шевеление плода ощущается относительно рано и переживается положительно. В дальнейшем шевеления воспринимаются как соматически приятные и четко дифференцируются от других проявлений физиологии организма.
– **Тревожный стиль.** Идентификация беременности актуализирует выраженную тревогу и беспокойство. Симптоматика беременности переживается болезненно, вызывает негативные эмоции. Во всех триместрах отмечается тревога, депрессивные состояния. Первое шевеление отмечается рано, часто сопровождается

болезненными ощущениями и усилением страхов. Тревога распространяется как на собственное здоровье и будущее, так и на здоровье ребенка, его соматический статус.

– **Эйфорический стиль.** Отношение к беременности и к своему состоянию носит эйфорическую окраску и чрезмерный оптимизм. Дифференциация шевелений затруднена. Ожидания послеродового периода на бессознательном уровне программируются как негативные. Нередко возникают объективные осложнения, связанные с неадекватностью восприятия симптоматики.
– **Игнорирующий стиль.** Поздняя идентификация беременности, окрашенная отрицательными эмоциями (досада, недоумение). Соматический компонент не выражен и изменения в эмоциональном состоянии также не обнаруживаются — ровное, нейтральное отношение. Первое шевеление опознается поздно, но и не вызывает эмоций, расценивается как физиологическая составляющая. Активность не связана с беременностью или ребенком.
– **Амбивалентный стиль.** Отмечается разнонаправленность эмоций и в отношении беременности, и в отношении шевеления. Ощущения могут быть прямо противоположными. Фоновая тревога достаточно высокая, но ситуация для самой себя интерпретируется женщиной как страх за ребенка. Активность направлена на внешние обстоятельства, которые якобы мешают беременности.
– **Отвергающий стиль.** Идентификация беременности носит выраженно отрицательный характер. Симптомы беременности переживаются физически болезненно и эмоционально негативно. Возможны аффективные выбросы и депрессивные состояния, а шевеления воспринимаются негативно, вплоть до брезгливости и дисморфофобий.

Стиль переживания беременности коррелирует с отношением к ребенку и его ценностью для матери. Адекватный стиль переживания беременности в 100% случаев является прогностическим фактором адекватного отношения к ребенку, а игнорирующий и отвергающий стили в подавляющем большинстве случаев связаны с низкой ценностью ребенка.

В концепции психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) базовые варианты не только хорошо согласуются с понятием стиля, но расширяют понимание психологических механизмов развития беременности (рис. 4).

ПКГД — психологическая составляющая общей физиологической доминанты беременности, отражающая психическое состояние в связи с беременностью, отношение к беременности и ее проживание, психологическую картину изменения самоотношения в связи с беременностью.

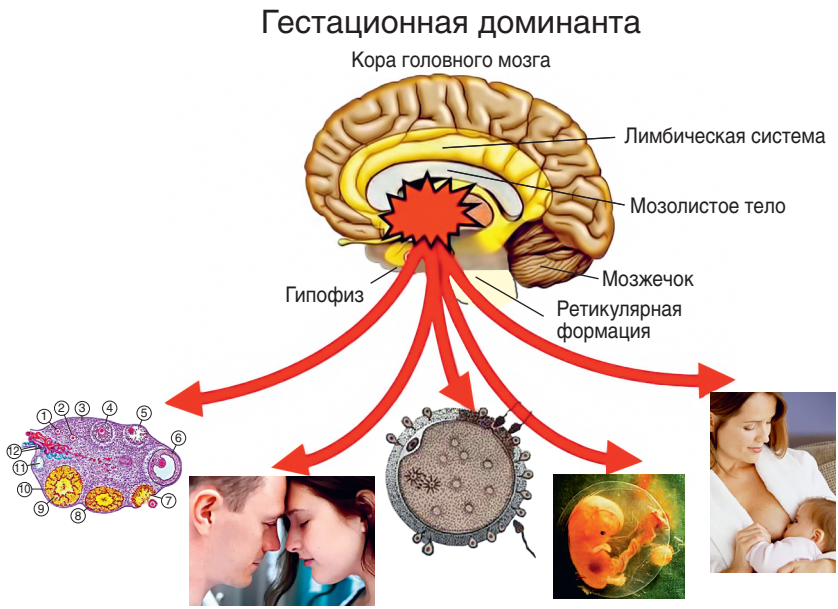


Рис. 4. Составляющие гестационной доминанты (И.В. Добряков, 2010)

На основании экспериментальных исследований и лонгитюдных наблюдений И.В. Добряковым были выделены следующие типы гестационной доминанты (рис. 5).

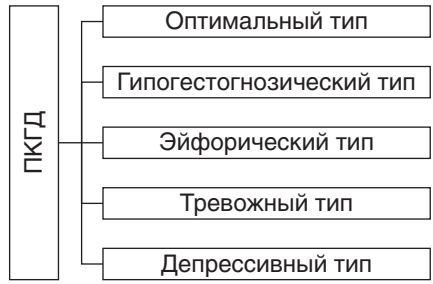


Рис. 5. Типы психологического компонента гестационной доминанты

Критерии выделения типов гестационной доминанты следующие:
– эмоциональное отношение к беременности, принятие беременности, отношение к системе «мать–дитя»;
– адекватность изменения поведения в связи с беременностью;

– сепарированность женщины и ее личностная зрелость, восприятие женщиной отношения к ней окружающих;
– отношение женщины к себе беременной, принятие себя как матери и психологическая готовность к беременности;
– образ ребенка и взаимодействие с ним.

Оптимальный тип доминанты характеризуется положительным отношением женщины к беременности, ответственностью и настроенностью на симбиотическое единство с пренейтом (в I триместре естественна небольшая тревога). Это женщины, сепарировавшиеся от родителей и сохраняющие с ними хорошие, партнерские отношения. Члены семьи принимают беременность, и сама женщина готова к материнству: рождение ребенка для нее — желанное и ожидаемое событие. Супружеские отношения гармоничны, что становится предпосылкой для формирования гармоничного стиля воспитания.

Женщина с оптимальным типом меняет образ жизни с учетом ограничений беременности, но сохраняет активность. Медицинское сопровождение воспринимается позитивно, часто такие женщины посещают курсы дородовой подготовки и конструктивно сотрудничают с врачами.

Первое шевеление плода ощущается достаточно рано и воспринимается положительно. Женщина общается с будущим ребенком, представляет его именно как ребенка, а не часть своего тела, стремится понять его состояния.

Дополнительного психологического сопровождения женщине с оптимальным типом доминанты не требуется, и медицинская работа строится в рамках общих правил.

Гипогестогнозический вариант доминанты проявляется прежде всего в отрицании беременности, стремлении не думать и не проживать беременность в связи с общей психологической неготовностью к материнству. Гипогестогнозический тип (от греч. *hypo* — слабость; лат. *gestation* — вынашивание, беременность; греч. *gnosis* — знание) означает игнорирование, нежелание знать о беременности. Игнорирование беременности для окружающих подменяется позицией «у меня все хорошо, переживать не о чем, и менять в жизни надо что-то только после рождения ребенка: будем решать проблемы по мере их поступления». Формирование данного типа ПКГД происходит по механизму вытеснения, когда известие о беременности становится для женщины травмирующим опытом, справиться с которым в текущем моменте она не может. Вытеснение — защитный механизм психики, направленный на удаление из сознания мыслей и чувств, причиняющих страдание; мотивированное забывание.

Формально такая женщина вполне благополучна, но скрытое непринятие беременности в дальнейшем сказывается на отношении к ребенку, появлении дисгармоничных стилей воспитания и стремлении переложить заботу и уход на других членов семьи или няню. Желательны выявление женщин с данным типом ПКГД и психологическая, психотерапевтическая работа с ними в направлении повышения ценности ребенка, осознания смысловых сторон материнства, помощь в принятии себя как матери.

Эйфорический тип доминанты отличается повышенным фоном настроения и преувеличенной радостью от беременности. Эйфорический тип (от греч. *eu* — хорошо; *phero* — переносить) отмечается у женщин, склонных видеть будущее чрезмерно оптимистично, вплоть до фантазий относительно гениальности ребенка и уникальности испытываемого ими чувства любви по отношению к пренейту.

Такие женщины требуют максимум внимания и заботы со стороны окружающих. Анекдоты о беременных и специфические проявления моды для беременных созданы как раз по прототипу эйфорического отношения: неадекватного реальности и фиксированного на собственной личности. Такие женщины стремятся получить максимальную выгоду от своего состояния и проявляют рентные установки в отношении мужа и других членов семьи.

Сотрудничество с врачами часто строится со стороны женщины с эйфорическим типом неэффективно, так как женщина больше ориентируется на собственные иллюзии и не готова действовать в интересах ребенка.

Подобная позиция ведет к массовым разочарованиям и неадекватному поведению, так как ребенок в младенчестве не может проявить свою гениальность, трудности оказываются реальными, и женщина безответственно реагирует на осложнения и нарушения.

Медицинская и психологическая работа в случаях эйфорического варианта ПКГД должна ориентировать женщину на ребенка, его объективные потребности и состояния, практические упражнения, связанные с уходом и заботой о малыше, понимание потенциальных сложностей и реальной ответственности. Стратегическая задача — помочь женщине найти в материнстве смыслы не формальные и демонстративные, а ценностные и личностные.

Тревожный тип доминанты — это доминирующая тревога, страхи и ожидание негативного развития событий. Переживание вегетативных изменений женщиной оценивается как угрожающее, естественные события переживаются как опасные и травмирующие, а тревога несет не мобилизующую адаптивную функцию, но разрушает деятельность,

блокирует активность и приводит к общей невротизации как в период ожидания ребенка, так и после его рождения.

Развитию тревожного типа ПКГД способствует ряд факторов (Добряков И.В., 2010):

– случайность беременности;
– манипулятивный характер мотивов, побудивших женщину забеременеть (меркантильный, самоутверждения, компенсаторный и др.);
– беременность вне брака;
– супружеская дисгармония;
– дисфункциональная семья;
– неблагоприятные материально-бытовые условия;
– некоторые базовые личностные особенности (низкая самооценка, высокий уровень тревожности и др.);
– соматическое нездоровье;
– психическое нездоровье.

Развитие тревожного типа доминанты ведет к снижению активности и ресурсности женщины, ухудшению соматического статуса, снижению настроения в целом, амбивалентным чувствам в отношении ребенка и материнства, а также ожиданию проблемного течения родов, что может запускать психологический механизм «самоисполняющегося пророчества».

Самоисполняющееся пророчество — установки психики, которые на бессознательном уровне программируют поведение человека, включая селективность восприятия, уровень активности, включенность в деятельность и др. Самопрограммирование может работать как в негативном, так и в позитивном направлении.

Работа медиков с такой пациенткой должна строиться очень корректно и быть направлена на снижение тревоги, поддержание чувства безопасности, прояснение страхов. В отношении таких женщин велик риск развития ятрогений и дисморфофобий, соответственно, информирование пациенток с тревожным ПКГД о различных рисках и угрозах следует осуществлять в максимально щадящем режиме и при оценке способности женщины адекватно понимать последствия угроз и необходимые действия. Такие женщины нуждаются в подробной информации и спокойных, поддерживающих беседах.

Ятрогении (др. греч. ιατροζ — врач; γενεα — рождение) — ухудшение физического или эмоционального состояния человека, ненамеренно спровоцированное медицинским работником на психологическом уровне.

Дисморфофобии (от греч. *dys* — отрицание; *morphe* — образ, форма; *phobos* — страх) — психическое расстройство, проявляющееся

в убежденности в наличии физических дефектов или изменений, которое основывается на соматических ощущениях.

Депрессивный тип доминанты оценивается как непринятие беременности, отвержение ребенка и нередко заканчивается искусственным прерыванием беременности. Переживание беременности для женщины становится разочарованием, а ребенок воспринимается как помеха или угроза благополучию. Если беременность сохраняется, то женщина с депрессивным ПКГД испытывает выраженные негативные чувства в связи беременностью, психологически не готова к материнству и нередко испытывает специфические страхи по поводу родов. Беременность эмоционально и физически переживается негативно.

Сложность ситуации усугубляется еще и тем, что женщина не стремится к помощи, не готова менять свое отношение к ребенку, а беременность сохраняется за счет мотивов, не связанных с ценностью ребенка. Соответственно, рождение ребенка ведет к еще большему разочарованию и неудовлетворенности, так как ребенок не может удовлетворить ни социальным, ни инструментальным мотивам и служит средством достижения иных, помимо смысловых и ценностных, целей.

Диагностический комплекс, направленный на оценку психологического компонента гестационной доминанты, особенностей переживания беременности, формирующегося отношения к ребенку и к материнству представлен в главе 4. На основании своевременной диагностики необходимо строить медико-психологическую работу с беременной, направленную на оптимизацию ее соматического и психического статуса, присвоение материнской позиции и формирование адекватного отношения к ребенку.

2.2. ПИТАНИЕ, РЕЖИМ И ГИГИЕНА БЕРЕМЕННОЙ

ПИТАНИЕ

Во время беременности в организме женщины наступает перестройка обменных процессов, поэтому особое внимание следует уделять рациональному питанию. Наряду с другими факторами, правильное питание становится одним из важных условий благоприятного течения и исхода беременности, родов, нормального развития плода и новорожденного. В рекомендациях по рациональному питанию при беременности обычно учитывают интересы матери и плода, т.е. питание должно быть направлено на сохранение здоровья матери и плода в течение всего периода беременности.

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

Избыточное потребление пищи приводит к нарушению сбалансированности питания. Повышенная энергетическая ценность продуктов питания во время беременности вызывает усиленное образование жировой ткани как у матери, так и у плода. В специальных работах по данному вопросу показано, что избыточное питание беременной вызывает увеличение массы тела новорожденного, что, в свою очередь, приводит к росту числа осложнений беременности и неблагоприятным исходам родов как для матери, так и для плода.

У матери при прохождении родовых путей крупным (массой 4000 г и более) ребенком отмечаются травмы различной степени вплоть до разрывов родовых путей, а у ребенка в связи с этим возможны травмы головы или других частей тела. При доношенной беременности оптимальная масса плода при рождении составляет 3000–3500 г. Известно, что плод на каждом этапе развития нуждается в определенном составе пищевых веществ. В первой половине беременности питание женщины не должно существенно отличаться от такового до беременности. Однако пища должна быть разнообразной и содержать все основные питательные вещества: белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы. При этом следует категорически исключить продукты, пагубно влияющие на плод (алкоголь, крепкий чай, кофе и др.).

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

Следует учитывать и особенности развития плода в течение беременности. Так, в первые 16 нед (о чем говорилось выше) масса плода составляет всего 120 г, а к концу 20-й недели — уже 230 г, в 28 нед — около 1000 г; за последние 12 нед масса плода значительно увеличивается и достигает 3200–3500 г. Такое физиологическое нарастание массы плода зависит и от питания матери.

Принимать пищу необходимо в одни и те же часы, учитывая рефлекторные механизмы, лежащие в основе аппетита. При нормальном течении беременности в первые месяцы рекомендовано 4-разовое питание. Так, для женщины со средними массой тела (58–65 кг)

и ростом (158–165 см) суточный рацион питания должен составлять 2400–2700 ккал и содержать 110 г белка, 75 г жиров и 350 г углеводов, т.е. на белки приходится 20–25%, на жиры — 20–30%, углеводы — 40–45% потребляемой пищи.

Во второй половине беременности целесообразно перейти на 5- и даже 6-разовое питание. Необходимость такого режима обусловлена тем, что увеличиваются размеры плода и, соответственно, матки, которая, занимая значительное место в брюшной полости, отодвигает и даже сдавливает некоторые органы желудочно-кишечного тракта. В связи с этим более частый прием пищи способствует лучшему ее усвоению. Во вторую половину беременности наряду с увеличением массы плода и матки возрастают размеры плаценты, молочных желез, количество крови, в связи с чем увеличивается потребность в белках. Именно поэтому потребление белков женщиной со средними массой тела и ростом должно возрасти до 120 г, жиров — до 85 г, углеводов — до 400 г. Общая энергетическая ценность суточного рациона в этот период должна быть увеличена до 2800–3000 ккал. Следует стремиться к тому, чтобы в дневном рационе беременной было около 50% белков животного происхождения, из них до 25% — за счет мяса и рыбы, до 20% — за счет молока и молочных продуктов, 5% — за счет яиц.

Остальные белки могут быть растительного происхождения. Пища, бедная белками, снижает у беременных сопротивляемость к инфекционным заболеваниям, способствует развитию малокровия.

К продуктам, содержащим полноценные белки, относят молоко, простоквашу, кефир, нежирный творог, неострый сыр, отварные мясо и рыбу, картофель, бобы, пшеницу, рис, гречневую крупу. В конце беременности следует ограничивать потребление грибных и рыбных бульонов, мясных подлив. Супы лучше готовить овощные и молочные.

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

Белки выполняют еще одну важную функцию, имеющую значение для организма беременной: обеспечивают напряженность нервно-психических процессов, поддерживают устойчивость к стрессу, а также к различным вредным факторам внешней среды (инфекции, интоксикации и др.). В организме, по мнению ученых, не существует белковых депо, поэтому для оптимального сохранения здоровья крайне важно поступление необходимого количества белка.

По имеющимся данным, женщина должна получать 1 г белка на 1 кг массы тела в сутки до 16 нед беременности, в дальнейшем — 1,5 г. С 17-й

недели из 100 г белков, потребляемых матерью, около 1 г приходится на долю плода. В данном случае белок выступает в качестве строительного материала для плода.

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

В течение беременности суточная потребность в углеводах превышает в 3–3,5 раза потребность в белках, т.е. составляет 350–400 г, но не более. Доказана прямая зависимость между количеством потребляемых углеводов и массой плода. Если беременная недополучает углеводы, то на выработку энергии расходуются белки. Если в организм женщины в течение 1 ч не поступают углеводы, это ведет к нарушению обмена, в частности к исчезновению гликогена из печени, что снижает общую сопротивляемость организма.

В свою очередь, избыточное поступление углеводов в организм временно приводит к увеличению массы плода сверх оптимальной и последующему осложнению в родах. Кроме того, избыточное потребление углеводов понижает сопротивляемость организма, способствует развитию диатеза. Для беременной целесообразно получать углеводы с продуктами, богатыми клетчаткой, — хлебом из муки грубого помола, овощами, фруктами (рис. 6), крупами. Эти продукты, помимо углеводов, содержат и витамины. Фрукты и ягоды частично можно заменить соками. С 14-й недели беременности женщине необходимо уменьшить потребление кондитерских изделий, конфет; количество сахара не должно превышать 40–50 г. Сахар можно заменить пчелиным медом.

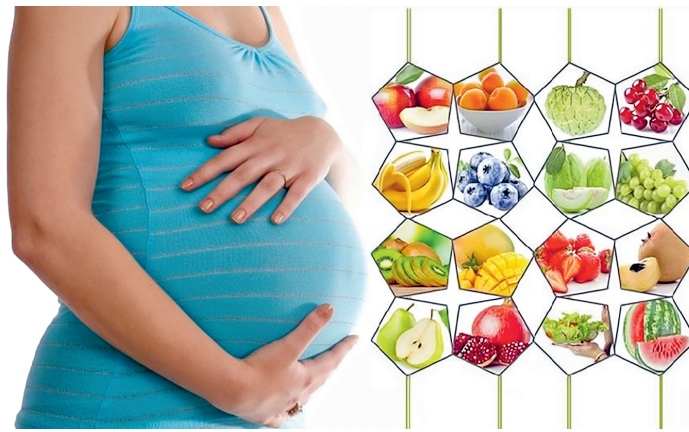


Рис. 6. Полезные продукты, содержащие углеводы

В структуру всех тканей организма входят жиры, служащие также важным энергетическим резервом, так как они дают в 2,5 раза больше тепловой энергии, чем углеводы и белки. Ценность жиров состоит и в том, что в их состав входят важные жирорастворимые витамины.

Жиры участвуют в пластических процессах, оказывают влияние на функции ЦНС, эндокринных желез, уменьшают отдачу тепла и смягчают влияние колебаний внешней температуры на организм. В рационе беременной должно быть до 40% жиров растительного происхождения, содержащих ненасыщенные жирные кислоты и богатых витамином Е. Из растительных жиров в состав пищи беременной целесообразно включать подсолнечное и оливковое масло. Из животных жиров необходимо рекомендовать сливочное и топленое масло. Баранье, говяжье сало, маргарин не следует включать в рацион беременной.

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

Особенно большое внимание при беременности следует уделять достаточному содержанию в пище витаминов. Благоприятное течение беременности, родов, нормальное развитие плода и новорожденного обеспечиваются питанием, содержащим важнейшие для жизнедеятельности организма витамины А, С, D, группы В, РР, Е и др. (рис. 7). Они выступают регуляторами процессов обмена веществ, протекающих в виде биохимических реакций в клетках и тканях организма. Кроме того, доказана их роль в состоянии реактивности и иммунных свойств организма.

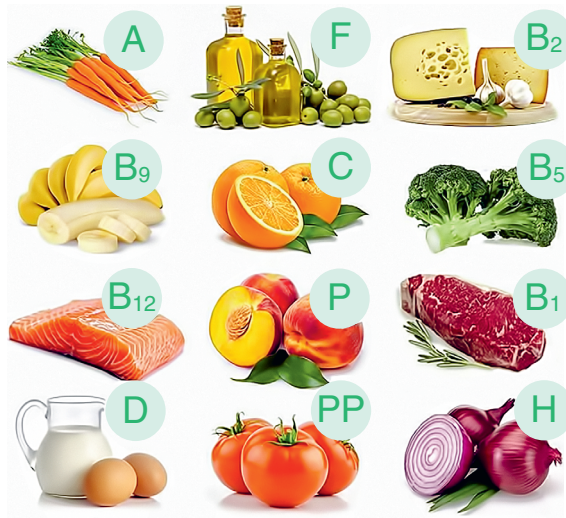


Рис. 7. Полезные продукты, содержащие витамины

Во время беременности потребность в витаминах возрастает в 2 раза. Изделия из муки грубого помола, крупы, бобовые, картофель, фрукты, печень, мясо, творог, молоко, масло, как правило, обеспечивают потребность беременной в витаминах. В зимние и ранние весенние месяцы беременной следует по согласованию с врачом принимать витаминные препараты, например специальный комплекс витаминов для беременных — Гендевит♠.

Однако следует помнить, что вреден не только недостаток витаминов, вызывающий гипо- и авитаминоз, но и их избыток. Истинная потребность организма человека в витаминах еще требует научного обоснования. Однако в настоящее время четко установлено, что потребность в продуктах питания, богатых витаминами, возрастает в зависимости от температурного пояса и географической зоны, вида труда.

Витамин А (каротин) содержится в печени, почках, сливочном масле, молоке, яйцах, моркови, рыбьем жире, абрикосах, сыре. Суточная потребность в нем составляет 5000 МЕ (около 1,5 мг). В последние 2 мес беременности она может повышаться до 10 000–20 000 МЕ (рис. 8).

Рис. 8. Полезные продукты, содержащие витамин А

Витамин С (аскорбиновая кислота) содержится во многих фруктах, ягодах, овощах, особенно богаты им шиповник, черная смородина, лимон, зеленый лук. Суточная потребность в нем беременной и кормящей женщины — 100–200 мг, во второй половине беременности она значительно возрастает (рис. 9).

Рис. 9. Полезные продукты, содержащие витамин С

Витамин B_1 (тиамин) содержится в печени, почках, молоке, желтке яиц, хлебе и пивных дрожжах. Суточная потребность в нем — не менее 10–20 мг (рис. 10).

Рис. 10. Полезные продукты, содержащие витамин B_1

Витамин B_2 (рибофлавин) содержится в дрожжах, печени, почках, мясе, яйцах, молочных продуктах. Суточная потребность в этом витамине — не менее 2–3 мг. Витамин B_2 имеет большое значение для нормального течения беременности и родов (рис. 11).

Рис. 11. Полезные продукты, содержащие витамин B_2

Витамин B_6 (пиридоксин), необходимый для нормального обмена веществ, содержится в рыбе и морепродуктах, яйцах, мясе, овощах и фруктах, сухофруктах, орехах, семенах, крупах, зерновых продуктах и бобовых, молочных продуктах. Суточная потребность в нем — не менее 5 мг (рис. 12).

Рис. 12. Полезные продукты, содержащие витамин B_6

Витамин B_{12} (цианокобаламин) участвует в образовании нуклеиновых кислот, благоприятно влияет на функции печени, ЦНС; содержится в гречневой крупе, дрожжах, печени. Суточная потребность — 0,003 мг (рис. 13).

Рис. 13. Полезные продукты, содержащие витамин B_{12}

Витамин РР (никотиновая кислота) содержится в дрожжах, ржаном хлебе, мясе, печени, легких, зернах пшеницы, картофеле. Средняя суточная потребность беременной и кормящей женщины в этом витамине — 18–23 мг (рис. 14).

Велика роль жидкости в организме человека — она составляет основную массу крови и часть тканей (около 70% общей массы тела). Суточная потребность человека в жидкости — 2–2,5 л. Беременная должна получать 1–1,2 л свободной жидкости (вода, молоко, чай, компот, суп и др.). В последние недели беременности, особенно при склонности к отекам, количество свободной жидкости следует уменьшить до 0,7–0,8 л/сут. Эта рекомендация относится и к поваренной соли. В первой половине беременности ее можно употреблять до 10–12 г/сут, во второй половине соль следует ограничить до 8 г/сут, а в последние 2 мес беременности — до 5–6 г/сут.

Организм беременной нуждается также в минеральных солях и микроэлементах.

Рис. 14. Полезные продукты, содержащие витамин PP

Все перечисленное выше показывает, как серьезно должна беременная относиться к своему питанию. Рекомендуют следующий режим питания: 4-разовое в первой половине беременности (завтрак в 7–9 ч — 30% энергетической ценности продуктов; обед в 14–15 ч — 40%, ужин в 18–19 ч — 10%; в 21 ч — стакан кефира, отвара шиповника). Во второй половине беременности целесообразно 5–6-разовое питание (увеличивается количество потребляемых фруктов, овощей). Отдых после еды должен составлять не менее 1,5 ч. Последний прием пищи не должен быть позже 2–3 ч до сна.

При наличии у женщины осложнений беременности или каких-либо заболеваний в предложенные схемы вносят коррективы. Как правило, это делают акушер-гинеколог (акушерка), наблюдающий беременную в женской консультации, или терапевт женской консультации.

Примечания

Для профилактики осложнений у плода, вызванных недостатком микронутриентов, по назначению врача акушерка рекомендует женщине с самого начала беременности курсами принимать витаминно-минеральные комплексы.

Во второй половине беременности целесообразно использовать молочные напитки, специально разработанные для беременных и кор-

мящих женщин, характеризующиеся сбалансированным составом макро- и микронутриентов.

Дефицит отдельных макро- и микронутриентов во внутриутробном периоде влияет не только на формирование плода, но и отрицательно сказывается на состоянии здоровья ребенка и служит причиной развития целого ряда заболеваний в последующем (табл. 1).

Таблица 1. Виды дефицитных состояний и возможные последствия для плода

Дефицитные состояния	Нарушения развития плода
Белково-энергетический дефицит	Внутриутробная гипотрофия, задержка развития головного мозга
Дефицит длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот омега-3 и омега-6	Нарушение развития ткани головного мозга и сетчатки глаза. Отставание в росте, кожные нарушения, нарушения репродуктивной функции, жировая дегенерация печени, нарушение когнитивных функций
Дефицит фолиевой кислоты	Дефекты развития нервной трубки (мозговая грыжа, анэнцефалия и др.), замедленный рост энтероцитов
Дефицит витамина А	Врожденные пороки развития
Дефицит йода	Нарушение нервно-психического развития (при врожденных формах – врожденный кретинизм)

– Дефицит **цинка** у беременной сопровождается снижением иммунного ответа, повышенной заболеваемостью, увеличивает частоту осложнений беременности и рецидивов хронических заболеваний.
– Недостаточная обеспеченность **железом** беременных увеличивает риск преждевременных родов. Дефицит железа отрицательно влияет на иммунный ответ и увеличивает риск инфекции; при этом снижается активность фагоцитов и нейтрофилов и уменьшается бактерицидное действие клеток-киллеров.
– Однако опасен не только дефицит, но и избыточное потребление некоторых микронутриентов, особенно витамина А, отличающегося токсичностью в больших дозах.

Рекомендуемый среднесуточный набор продуктов питания для беременных и содержание в них питательных веществ представлены в табл. 2 и 3.

Питание женщины во время беременности должно полностью соответствовать физиологическим потребностям в пищевых веществах и энергии как самой женщины, так и растущего плода с учетом срока гестации.

Таблица 2. Рекомендуемый среднесуточный набор продуктов питания для беременных, г, брутто (разработан ГУ НИИ питания РАМН, утвержден Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития РФ 16.05.2006 №15-3/691-04)

Рацион питания	
Продукты	**Рекомендуемое потребление во второй половине беременности, г**
Мясо, птица	170
Рыба	70
Молоко, кисломолочные продукты 2,5% жирности (кефир, ряженка и др.)	500
Творог 9% жирности	50
Сыр	15
Сметана 10% жирности	15
Масло сливочное	25
Масло растительное	15
Яйцо	1/2 шт.
Крупы, макаронные изделия	60
Картофель	200
Овощи	500
Фрукты свежие	300
Соки	150
Фрукты сухие	20
Сахар	60
Хлеб ржаной	100
Хлеб пшеничный	120
Мука пшеничная	15
Кондитерские изделия	20
Чай	1
Кофе	3
Соль	5

Таблица 3. Химический состав суточных рационов беременных

Питательные вещества, энергия	Потребность во второй половине беременности
Белок, г, в том числе животный	96/56
Жиры, г, в том числе растительные	86/23
Углеводы, г	348
Энергетическая ценность, ккал	2550

РЕЖИМ ТРУДА И ОТДЫХА

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

При нормально протекающей беременности женщина получает отпуск по беременности и родам в 30 нед беременности.

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

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

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

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

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

При беременности потребность в кислороде повышается на 25–30%. Дыхание плода осуществляется путем переноса кислорода из материнской крови в кровь плода через стенки сосудов в ворсинках плаценты.

Переход кислорода осуществляется за счет разности его напряжения по обе стороны плацентарной мембраны (со стороны матери выше, со стороны плода ниже).

Поскольку материнская кровь насыщается кислородом через легкие, становится понятной необходимость регулярных прогулок. Беременным целесообразно гулять несколько раз в день по 1–1,5 ч. Перед сном прогулка обязательна.

Существенное значение для нормального течения беременности имеет сон. Во время сна органы получают наиболее полный отдых, восстанавливается работоспособность нервных клеток. Сон беременной должен продолжаться не менее 9–10 ч в сутки (обычно с 22–23 ч вечера до 7–8 ч утра), проходить в хорошо проветриваемом помещении.

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

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА

С момента наступления беременности, как уже говорилось, в организме женщины начинают происходить многочисленные изменения, проявляющиеся функциональной перестройкой всех органов и систем. В связи с этим особое значение приобретает соблюдение ряда гигиенических требований во время беременности.

В этот период возрастает потребность в солях кальция, в связи с чем имеющийся кариес зубов обостряется, а зачастую и интенсивно развивается вновь. Именно поэтому в систему медицинского наблюдения за беременной обязательно включают осмотр стоматологом и санацию полости рта. Беременная, наряду с общепринятыми гигиеническими мерами (чисткой зубов утром и вечером, полосканием рта после приема пищи), должна более внимательно следить за состо-

янием полости рта и зубов. При появлении кариеса зубов, гингивита и других признаков воспаления следует обязательно обратиться к стоматологу.

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

В периодической гигиенической обработке нуждаются подмышечные впадины (бритье волос и ежедневное обмывание их теплой водой), так как здесь скапливаются различного рода микроорганизмы.

Особое внимание во время беременности женщина должна уделять соблюдению ряда гигиенических правил в отношении молочных желез и половых органов.

Молочные железы и соски следует ежедневно обмывать водой комнатной температуры с последующим их растиранием жестким чистым полотенцем. Благодаря такой обработке эпителий сосков несколько грубеет и становится более устойчивым к механическому раздражению при вскармливании. Если соски плоские или втянутые, следует делать их массаж. Методику массажа молочных желез женщина осваивает во время посещения школы материнства. Беременной рекомендуют носить удобный лифчик из хлопчатобумажной ткани. Размер его следует менять по мере увеличения объема молочных желез, чтобы чашечки соответствовали их форме и величине.

Обилие сальных желез в области половых органов и усиленный прилив крови к ним способствуют образованию большого количества секрета, в котором, как в питательной среде, быстро размножаются болезнетворные микроорганизмы. В целях профилактики воспалительных заболеваний рекомендуют 2–3 раза в сутки обмывать наружные половые органы теплой водой. При появлении обильных белей, свидетельствующих о воспалительном заболевании половых путей, следует немедленно обратиться к врачу женской консультации, так как имеющийся воспалительный процесс может поражать околоплодные оболочки плода, снижать их защитную функцию и вызывать внутриутробное инфицирование околоплодных вод и самого плода.

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

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

ОДЕЖДА ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

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

К одежде беременной предъявляют ряд *требований*:

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

В связи с увеличением массы тела женщины во время беременности значительно увеличивается нагрузка на ноги.

Для устойчивости, уменьшения нагрузки на сгибы стоп, их передние части следует носить обувь на низком или расширенном каблуке. Обувь на высоком каблуке, кроме неустойчивости походки, способствует развитию плоскостопия. Если женщине грозит варикозное расширение вен, ей рекомендуют носить колготки с распределенным

давлением на вены ног, которые искусственно поддерживают тонус вен. Однако совершенно противопоказаны колготки, сильно утягивающие живот и ягодицы. Трусы и трико не должны иметь тугих резинок и сдавливать тело.

Верхнюю одежду нужно подбирать таким образом, чтобы она была свободной и не давила в поясе.

С увеличением срока беременности растягиваются мышцы передней брюшной стенки, что может способствовать опущению живота и тем самым изменению положения плода в матке. Для предупреждения этих осложнений рекомендуют носить специальный пояс-бандаж. Он помогает поддерживать живот и снимает нагрузку на спину, уменьшает растяжение кожи живота, улучшает отток крови и лимфы из малого таза, нормализует осанку и походку и уменьшает боли в пояснице.

По сути, современный бандаж представляет собой широкую эластичную ленту. Одни производители белья для беременных вшивают ее в трусы, другие — выпускают отдельно в виде пояса-бандажа. Отдельный бандаж удобнее и полезнее. Во-первых, можно регулировать его обхват по мере увеличения живота, дозировать и поддерживать эффект. Во-вторых, его можно стирать реже, чем белье, и носить поверх колготок. Ношение бандажа помогает сохранить правильную осанку.

Женщины не должны прятать под одеждой свою беременность. Беременная красива своей беременностью, только это надо умело преподнести. На сегодняшний день существуют специальные магазины, где продается одежда для беременных: просторные платья, специальные комбинезоны, брюки. Красивой одеждой, прической, умелой косметикой беременные могут дать всем понять, что беременность — это не болезнь, а состояние, причем прекрасное.

2.3. ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

В период беременности курение и алкогольные напитки должны быть полностью исключены.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ПЛОД

В период беременности алкоголь должен быть полностью исключен. Во многих странах мира издавна существовали обычаи, запрещающие

новобрачным пить спиртные напитки. Во время свадьбы на Руси молодым давали только квас. Делалось это с единственной целью — чтобы не было неполноценных детей после ритуального застолья, чтобы потомство рождалось здоровым.

Этиловый спирт и его метаболиты быстро проникают через плаценту и в высоких концентрациях содержатся в органах и тканях плода (особенно в ЦНС). Токсическое действие этилового спирта усиливается благодаря отсутствию в печени плода алкогольдегидрогеназы — фермента, разрушающего этанол у взрослого человека.

Алкоголь не только проходит через плацентарный барьер, но также поражает плаценту, неблагоприятно влияет на организм матери, нарушает питание плода, ухудшает условия его развития. Доказано, что плод особо чувствителен к пагубному воздействию алкоголя. Если беременная употребляет спиртные напитки, то с кровью матери в организм ее будущего ребенка поступает биологический яд. Это касается всех видов алкоголя, в том числе легких виноградных вин и пива, употребляемых даже эпизодически и в малых дозах.

Алкоголь нарушает развитие плода в разные сроки беременности неодинаково. Особенно велика опасность при употреблении женщиной спиртных напитков в первые 3 мес беременности, когда происходят закладка и формирование основных органов и систем ребенка. Концентрация алкоголя в крови плода нарастает сравнительно быстро. Необходимо учитывать, что употребление спиртных напитков беременной значительно снижает защитные силы организма самой женщины, повышая ее восприимчивость к различным инфекционным заболеваниям, осложняет течение беременности и родов.

Многочисленными клиническими наблюдениями подтверждено, что у большинства детей, родившихся у матерей, употреблявших во время беременности, даже эпизодически, спиртные напитки в малых дозах, отмечается отставание в психофизическом, а в дальнейшем — и в умственном развитии. В ряде случаев возникают врожденные уродства, причем некоторые дефекты могут проявляться не сразу.

У детей, рожденных от матерей, страдающих алкоголизмом, возникает так называемый алкогольный синдром плода, для которого характерны следующие нарушения:

– со стороны ЦНС — микроцефалия, нарушение интеллекта, координации движений, деменция, возбуждение;
– замедление роста;

– аномалии лицевого черепа — микрофтальмия, удлинение лица, низкий лоб, выраженное недоразвитие подбородка, маленький, седловидной формы нос, дисплазия ушных раковин, большой рот, птоз, косоглазие, укорочение глазных щелей, уплощение затылка;
– аномалии внутренних органов, конечностей — пороки сердца, множественные гемангиомы, неправильное развитие верхних и нижних конечностей.

Перинатальная смертность при алкогольном синдроме плода высокая. Следует отметить, что большую опасность представляет как прямое токсическое воздействие алкоголя на сам плод, так и опосредованное его влияние, обусловливающее повреждения различных органов и систем материнского организма.

Нередко беременность у женщин, страдающих алкоголизмом или эпизодически употребляющих алкоголь, заканчивается выкидышем или преждевременными родами.

Алкоголь облегчает воздействие на плод других вредных факторов. Так, он может спровоцировать многие наследственные заболевания, которые при благоприятном течении беременности могли бы не проявиться.

Таким образом, алкоголь, воздействуя на плод, формирующийся в утробе матери, может задолго до рождения ребенка нанести непоправимый вред его здоровью.

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА ПЛОД

Не менее опасно курение во время беременности. Мнение медиков единодушно: курение наносит страшный вред будущему ребенку.

Курение беременной вызывает: спазм маточных сосудов, продолжающийся 20–30 мин после выкуривания сигареты, подавление дыхательных движений плода, появление в крови плода никотина и других токсичных веществ, что приводит к задержке прироста массы тела и рождению ребенка с ее дефицитом, повышение риска перинатальной смертности и синдрома внезапной смерти в неонатальном периоде, развитие легочной патологии как в периоде новорожденности, так и в более старшем возрасте, задержку психомоторного развития и энцефалопатию. В литературе также выделяют «табачный синдром плода». По статистике, у женщин, даже курящих умеренно (от 1 до 9 сигарет в сутки), смерть новорожденных на 20,8% выше, чем у некурящих женщин; она повышается до 25,9%, если женщина курит более 10 сигарет в сутки. Таким образом, выкуривание половины пачки сигарет в сутки

ведет к рождению мертвого ребенка в каждом 4-м случае. Нужны ли еще более веские доказательства вреда курения?

Никотин выделяется с молоком матери, поэтому кормящая женщина, если она курит, отравляет своего ребенка, который будет расти слабым, хилым и более подверженным различным заболеваниям, чем дети некурящих родителей.

ВЛИЯНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА ПЛОД

Употребление наркотических веществ оказывает крайне неблагоприятное воздействие на течение беременности и развитие плода.

У женщин, курящих марихуану во время беременности, повышена частота выкидышей, преждевременных родов, кровотечений.

Героин (особенно недостаточно очищенный) обладает выраженным тератогенным эффектом. Основное неблагоприятное действие на плод при употреблении героина состоит в развитии синдрома отмены у новорожденного, что в 3–5% случаев приводит к гибели ребенка.

Метадон (аналог героина) обладает такими же свойствами. Фенилциклидин, или «ангельская пыль», вызывает развитие дефектов у плода.

В акушерской практике особенно участились случаи беременности на фоне постоянного приема кокаина. Употребление кокаина увеличилось в связи с доступностью крэка (недорогого высокоочищенного кокаина, названного так из-за хрустящего или скрипящего звука, возникающего при нагревании кристаллов). Кокаин курят, вдыхают или вводят внутривенно.

При употреблении кокаина у беременной возникают различные осложнения — неврологические (судороги, разрывы сосудов головного мозга, послеродовая аневризма сосудов головного мозга), сердечно-сосудистые (инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, аритмии, внезапная смерть), инфекционные (при внутривенном введении у беременных повышен риск развития бактериального эндокардита, ВИЧ-инфекции).

Наркоманы часто страдают инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП): гонореей, хламидиозом, сифилисом, папилломатозом. Их причины — неразборчивость в половых связях, сексуальные услуги в обмен на наркотические вещества, проституция.

У беременных, употребляющих наркотические вещества, довольно часто возникают акушерские осложнения: самопроизвольные аборты, преждевременные роды, задержка внутриутробного роста плода, внутриутробная гибель плода, преждевременная отслойка плаценты, гипоксия плода, дефект развития конечностей, аномалии мочевыводящих путей, перинатальный инсульт головного мозга.

2.4. КОМПЛЕКС ГИМНАСТИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

В целях физической подготовки к родам беременным рекомендуют проведение определенного комплекса гимнастических упражнений.

Лечебная гимнастика помогает беременным адаптироваться к новым условиям, оказывает общеукрепляющее и профилактическое действие. *Необходимость лечебной гимнастики в период беременности диктуется рядом происходящих в этот период в организме женщины изменений.*

– У беременных наблюдаются высокое стояние диафрагмы и уменьшенная в связи с этим экскурсия грудной клетки, что ограничивает легочную вентиляцию. Выполнение упражнений на свежем воздухе увеличивает легочную вентиляцию, снижает гипоксию и усиливает обменные процессы, что положительно сказывается на общем состоянии беременной.
– Растущий плод оказывает давление на сосуды брюшной полости, что затрудняет отток крови из нижних конечностей. Используемое во время занятий диафрагмальное дыхание усиливает венозный кровоток в сосудах брюшной полости, тем самым устраняя застойные явления.
– У беременных часто возникают проблемы со стулом, нередок запор. Выполнение физических упражнений нормализует работу кишечника, устраняя эти неприятные явления.
– Лечебная гимнастика укрепляет мышцы тазового дна, поэтому во время родов уменьшается опасность разрывов промежности. Сильные мышцы промежности предупреждают опущение тазового дна в послеродовом периоде, вследствие чего не возникает таких осложнений, как опущение влагалища, функциональное недержание мочи и др.
– Правильное дыхание во время родов, которому женщины обучаются в период беременности, способствует более легкому и быстрому их протеканию.

Заниматься лечебной гимнастикой должны все женщины с нормально протекающей беременностью.

Противопоказания к гимнастике беременных:

– острые лихорадочные состояния;
– гнойные процессы (в любых органах и тканях);
– декомпенсированные состояния при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
– прогрессирующие и деструктивные формы туберкулеза;

– остаточные явления при недавно перенесенных воспалительных процессах в органах малого таза;
– выраженный токсикоз беременных (рвота средней степени, неукротимая рвота);
– гипертензивные нарушения у беременных;
– маточные кровотечения во время беременности;
– предлежание плаценты;
– многоводие;
– привычное невынашивание.

Выполнение физических упражнений должно быть прекращено при систематическом появлении схваткообразных болей после занятий.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАНЯТИЙ

В женской консультации обычно проводят групповые занятия по гимнастике. Их проводят методист лечебной физкультуры или специально обученная акушерка. Заниматься лечебной гимнастикой следует экономно, с момента установления факта беременности и при отсутствии противопоказаний.

– Занятия проводят в комнате с хорошими освещением, вентиляцией, при температуре воздуха не ниже 18–20 °С и отсутствии сквозняков. Пол покрывают ковром или дорожкой (во избежание травматизма).
– Для упражнений рекомендуют иметь специальную спортивную одежду, лучше из натуральных материалов. Заниматься желательно утром. Перед занятиями необходимо выпить стакан чаю и съесть бутерброд.
– Гимнастику не следует делать раньше, чем через 1–1,5 ч после обильного приема пищи. По окончании занятий рекомендуют несколько минут посидеть в кресле в расслабленной позе, а также водные процедуры (душ, обтирание).

Если вследствие каких-либо причин беременная не может посещать занятия по физкультуре в женской консультации, она может проводить их дома самостоятельно, в медленном темпе, повторяя каждое упражнение 3–5 раз.

МЕТОДИКА ГИМНАСТИКИ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

Рекомендуемая гимнастика для беременных не должна вызывать затруднений. Она включает три основных комплекса упражнений (соответственно трем физиологическим периодам беременности).

Длительность занятий для беременных, ранее не занимавшихся гимнастикой, в первые 2 нед — не более 15 мин. Начинать занятия необходимо с более легких упражнений, комбинируя их с дыхательными упражнениями. Женщины, уже знакомые с гимнастикой, могут заниматься в течение 20 мин, а при хорошем самочувствии — по 25–30 мин.

В первые 3–4 мес беременности, когда матка наиболее возбудима (особенно в дни, соответствующие менструации), следует ограничить количество упражнений, исключив наиболее сложные, а также сократить время проведения занятий на 3–5 мин.

Каждая беременная, занимаясь гимнастикой, должна вести дневник самоконтроля, что поможет ей следить за своим состоянием, отмечая утомляемость, настроение, сон, аппетит. До занятий и после них беременной следует подсчитать пульс в течение 15 с. Учащение пульса на 6–8 в минуту свидетельствует о правильной реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку.

После занятий гимнастикой должна ощущаться лишь приятная усталость при общем хорошем самочувствии.

При появлении во время занятий одышки следует немедленно обратиться к врачу.

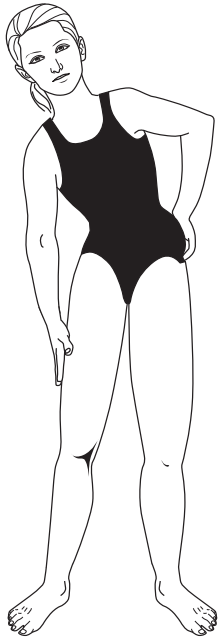
ГИМНАСТИКА С 1-Й ПО 16-Ю НЕДЕЛЮ БЕРЕМЕННОСТИ

Цели занятий:

- овладеть навыками полного дыхания;
- освоить технику произвольного напряжения и расслабления мускулатуры;
- обеспечить оптимальные условия для развития плода и его связи с материнским организмом;
- начать постепенную адаптацию сердечно-сосудистой системы матери к физической нагрузке.

Комплекс упражнений с 1-й по 16-ю неделю беременности

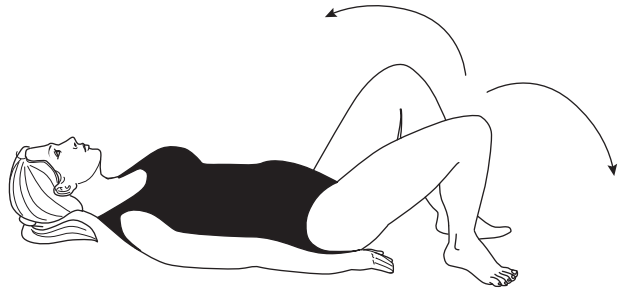
1. Исходное положение: стоя, руки на поясе. Полуприсесть и походить в среднем темпе в течение 2–4 мин. Дыхание не задерживать.



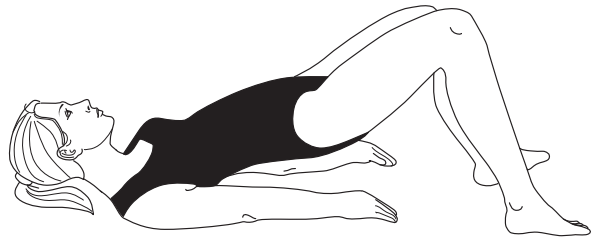
2. Исходное положение: стоя, руки вдоль тела, ноги на ширине плеч. Выполнить наклоны туловища то в одну, то в другую сторону, скользя ладонями по телу. Темп средний. Дыхание свободное. Повторить упражнение 3–8 раз в каждую сторону.

3. Исходное положение: сидя на полу, ноги прямые, руки сзади упираются в пол. На выдохе согнуть ноги в коленях, на вдохе — развести колени, соединив подошвы (постараться положить колени на пол). Выдох — соединить колени, вдох — вернуться в исходное положение. Темп средний. Повторить 3–7 раз.

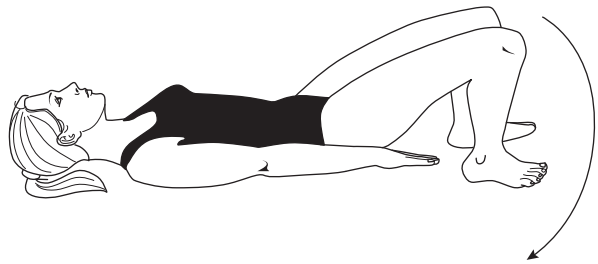
4. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руки вдоль туловища. На вдохе максимально развести колени в стороны, на выдохе вернуться в исходное положение. Темп медленный. Повторить 3–7 раз.



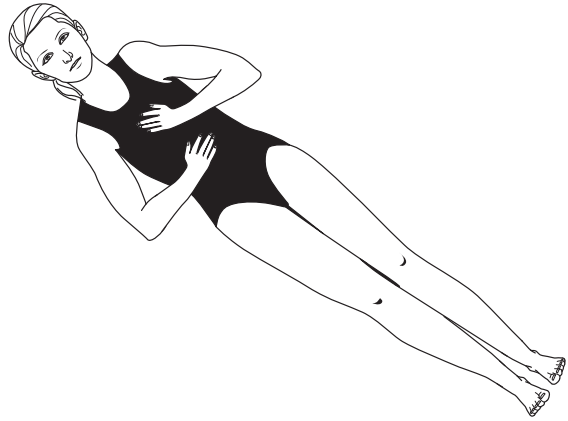
5. Исходное положение: то же. На вдохе поднять таз и напрячь ягодицы, на выдохе — опустить таз и расслабиться. Темп медленный. Повторить 2–5 раз.



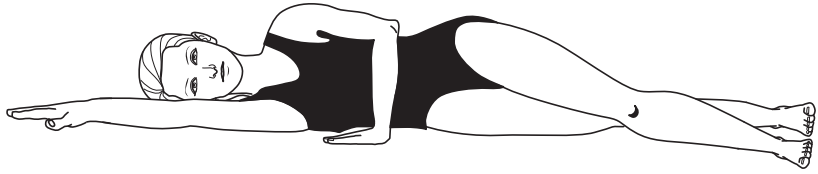
6. Исходное положение: то же. Наклонять сомкнутые колени поочередно то в одну, то в другую сторону. Темп медленный. Дыхание свободное. Повторить по 2–5 раз в каждую сторону.



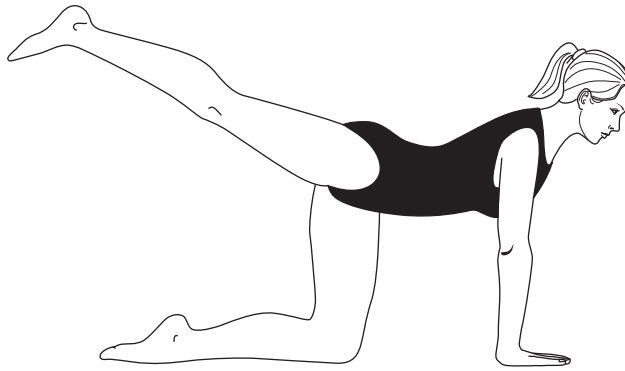
7. Исходное положение: лежа на спине, ноги прямые, ладонь одной руки лежит на груди, другой — на животе. Дышать грудью: вдох — грудь с лежащей на ней ладонью поднимается вверх, выдох — опускается. Живот с ладонью на нем должен при этом оставаться неподвижным. Темп средний. Повторить 3–4 раза.



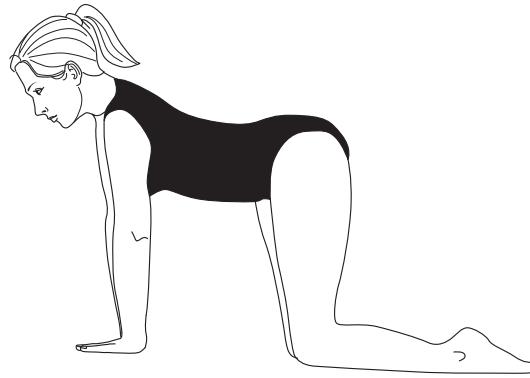
8. Исходное положение: лежа на правом боку, правая рука вытянута вверх, ладонь согнутой левой руки — перед грудью. Левую ногу поднять и отвести вперед, затем — назад. Темп средний. Дыхание свободное. Повторить 4–6 раз. То же выполнить правой ногой, лежа на левом боку.



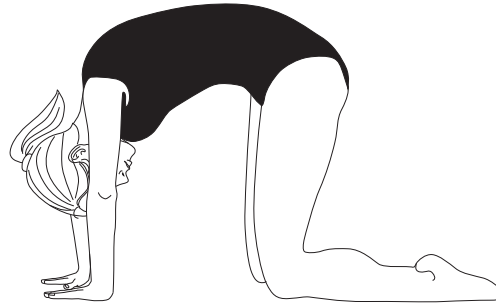
9. Исходное положение: стоя на четвереньках. Вдох — поднять правую ногу вверх. Выдох — вернуться в исходное положение. То же повторить другой ногой. Темп средний. Дыхание свободное. Повторить 3–5 раз каждой ногой.



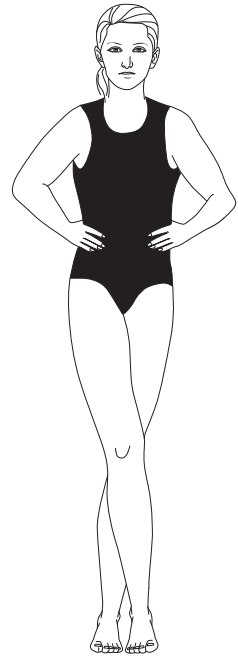
10. Исходное положение: то же. На вдохе поднять голову и прогнуться в пояснице, на выдохе голову опустить.



11. Исходное положение: то же. На вдохе напрячь ягодицы, поднять голову и прогнуться в пояснице. На выдохе голову опустить, выгнуть спину дугой кверху и расслабиться. Темп средний, движение плавные. Повторить 3–5 раз.



12. Исходное положение: стоя, руки на поясе. Ноги скрестить, походить, ставя одну ногу перед другой, в среднем темпе в течение 1–2 мин. Дыхание не задерживать.

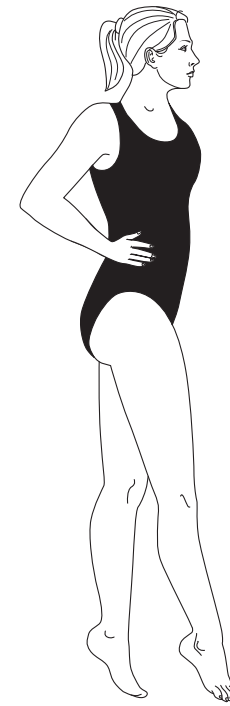


ГИМНАСТИКА С 17-Й ПО 31-Ю НЕДЕЛЮ БЕРЕМЕННОСТИ

Цели занятий:

– способствовать сохранению и развитию гибкости позвоночника и тазовых сочленений;
– бороться с застойными явлениями в кишечнике;
– укрепить мышцы брюшного пресса;
– повысить эластичность мышц тазового дна;
– обеспечить хорошее кровоснабжение плода;
– увеличить адаптацию сердечно-сосудистой системы к физической нагрузке.

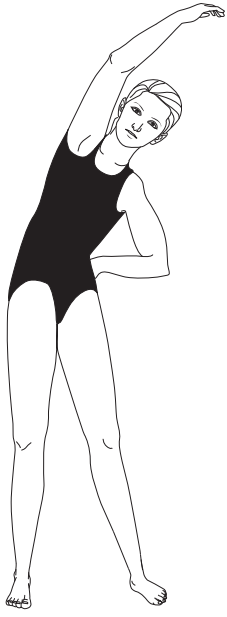
Приведем несколько методических указаний по выполнению упражнений. В период самой напряженной работы сердца — с 26-й по 32-ю неделю беременности — следует уменьшить общую физическую нагрузку за счет сокращения количества повторений и введения дополнительных дыхательных упражнений и упражнений на расслабление мышц. С 29–30-й недели нужно исключить упражнения с одновременным движением прямыми ногами. Поскольку у ряда женщин (около 11%) при исходном положении лежа на спине возможно возникновение так называемого постурального гипотонического синдрома (синдрома нижней полой вены, который развивается вследствие сдавления беременной маткой *v. cava inferior* и нервных сплетений, проявляется резким падением артериального давления, слабостью, потемнением в глазах), беременным с подобными проявлениями следует заниматься полулежа, подложив под спину подушку или одеяло. В исходном положении полулежа на боку голова должна быть приподнята.



Комплекс упражнений с 17-й по 31-ю неделю беременности

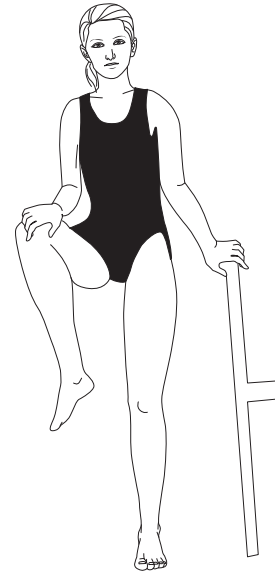
1. Исходное положение: стоя, руки на поясе. Ходьба на носках в течение 2–3 мин. Темп медленный. Дыхание свободное, ритмичное.

2. Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки над головой сцеплены в замок. Круговые движения корпусом вправо и влево. Повторить 3–4 раза в каждую сторону. Темп средний. Дыхание свободное.

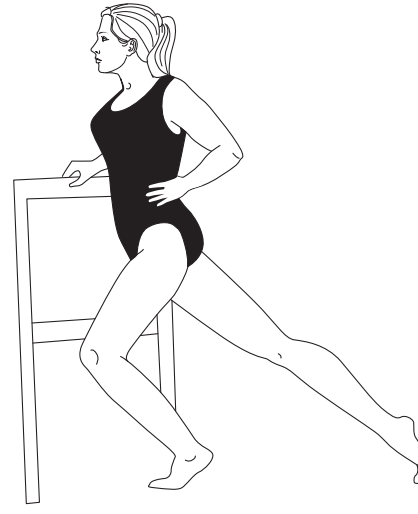


3. Исходное положение: стоя, руки на поясе, ноги на ширине плеч. На выдохе выполнить наклоны корпуса влево с одновременным поднятием вверх правой руки. На выдохе вернуться в исходное положение. То же упражнение выполнить вправо. Повторить 3–4 раза в каждую сторону.

4. Исходное положение: стоя, повернувшись левым боком к спинке стула и придерживаясь за нее левой рукой. Сгибая правую ногу в коленном суставе, поднять ее под прямым углом, с помощью руки отвести колено максимально в сторону. Вернуться в исходное положение. Повернувшись к стулу правым боком, выполнить упражнение левой ногой. Повторить 3–4 раза поочередно каждой ногой. Дыхание не задерживать. Темп средний.



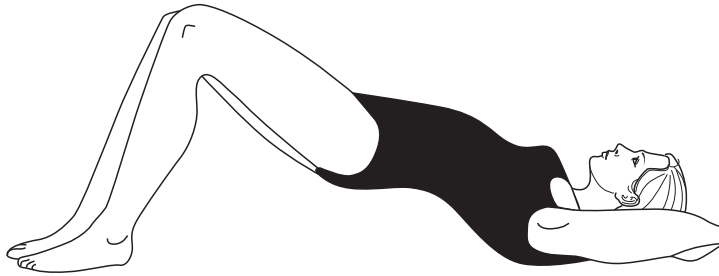
5. Исходное положение: стоя, повернувшись к спине стула правым боком и придерживаясь за нее правой рукой, левая рука на поясе. Согнуть левую ногу в колене, отвести правую ногу максимально назад и принять положение глубокого выпада. Сделать несколько пружинных движений вниз и вернуться в исходное положение. Затем повернуться к стулу левым боком и выполнить упражнение, сгибая правую ногу. Повторить 3–4 раза поочередно каждой ногой. Дыхание свободное. Темп средний.



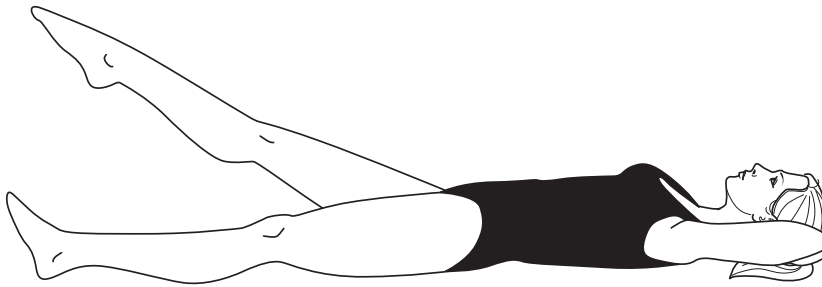
6. Исходное положение: стоя на коленях, руки опущены вдоль туловища, ноги вместе. На выдохе сесть на пол слева от ног, опираясь на левую руку, на вдохе — вернуться в исходное положение. Повторить по 2–3 раза в каждую сторону. Темп средний.

7. Исходное положение: сидя на полу, ноги согнуты в коленях, стопы с помощью рук максимально приблизить к ягодицам. На выдохе широко развести колени, стараясь достать пола, и соединить стопы. На вдохе вернуться в исходное положение. Повторить 4–6 раз. Темп медленный.

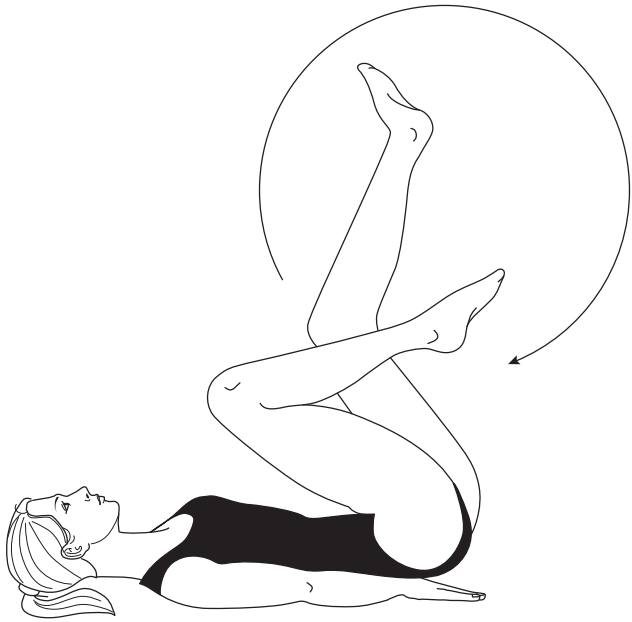
8. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руки под головой. Поднимая таз вверх, развести колени; опуская таз, колени соединить. Повторить 4–5 раз. Темп медленный.



9. Исходное положение: лежа на спине, руки под головой, ноги прямые. Поочередное поднимание вверх прямых ног. Темп средний. Дыхание свободное. Повторить 4–6 раз каждой ногой.

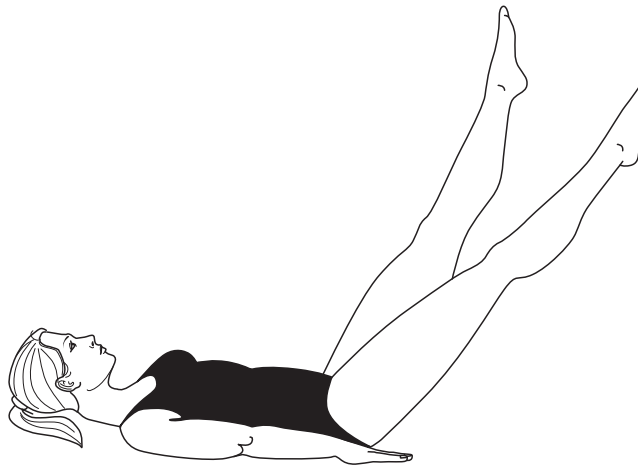


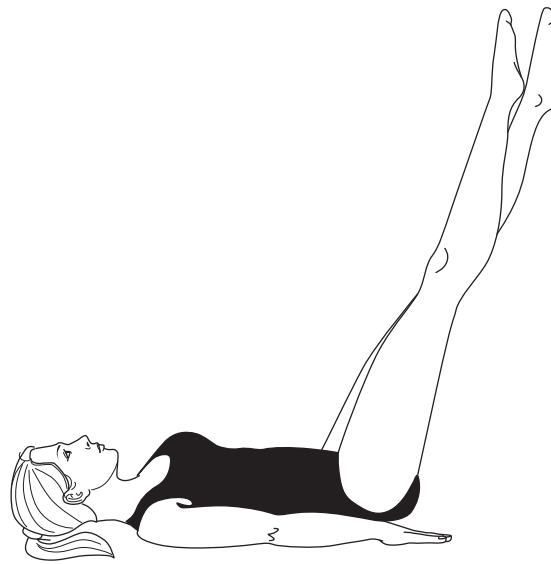
10. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах, руки под поясницей. Поочередно каждой ногой выполнить круговые движения в тазобедренном и коленном суставах, имитируя езду на велосипеде. Повторить 4–6 раз каждой ногой. Дыхание не задерживать. Темп средний.



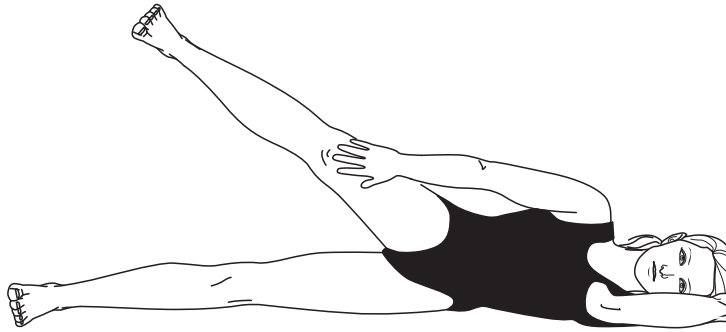
11. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги подняты под углом 80–90° к туловищу. На выдохе развести прямые ноги в стороны, на вдохе — скрестить их.

Повторить 3–4 раза. Темп медленный.

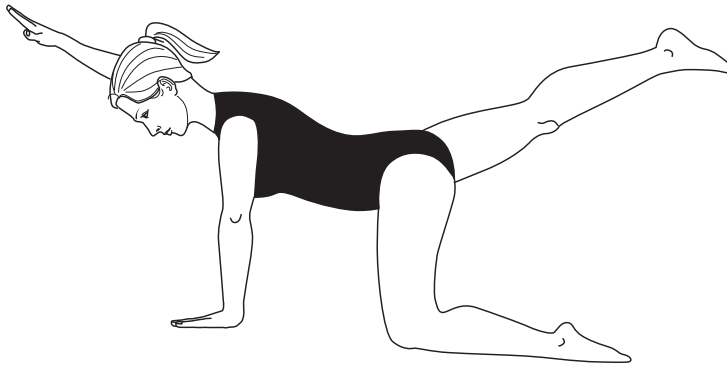




12. Исходное положение: лежа на левом боку, левая рука под головой, правая — вдоль туловища, ноги вместе. Поднять вверх правую ногу и отвести максимально назад, не сгибая в колене; вернуться в исходное положение. То же лежа на правом боку. Повторить 3–5 раз каждой ногой. Дыхание свободное. Темп медленный.



13. Исходное положение: стоя на четвереньках. На вдохе поочередно поднимать прямую ногу вверх и назад и одновременно вытягивать вперед и вверх противоположную руку. На выдохе — вернуться в исходное положение. Корпус не сгибать. Выполнить поочередно каждой рукой и ногой 3–5 раз. Темп средний.



Завершая гимнастику, медленно, спокойно походить по комнате в течение 3–4 мин.

ГИМНАСТИКА С 32-Й ПО 40-Ю НЕДЕЛЮ БЕРЕМЕННОСТИ

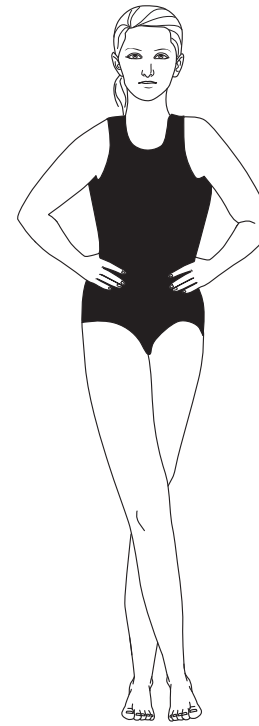
Цели занятий:

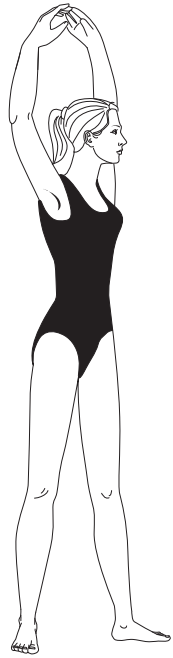
– улучшить дыхание и кровообращение;
– бороться с застойными явлениями в кишечнике;
– стимулировать деятельность кишечника;
– увеличить эластичность тазового дна;
– сохранить тонус мышц брюшной стенки;
– увеличить подвижность крестцово-подвздошного сочленения, тазобедренных суставов, позвоночника.

Во время отпуска по беременности и родам у женщин появляется больше свободного времени, поэтому можно уделять гимнастике не 15–20 мин, а полчаса–час. Ни в коем случае нельзя переутомляться, так как даже незначительные усилия могут вызывать сердцебиение, одышку, слабость. Полезно повторять упражнения 2–3 раза в сутки, но не раньше чем через 1,5–2 ч после еды.

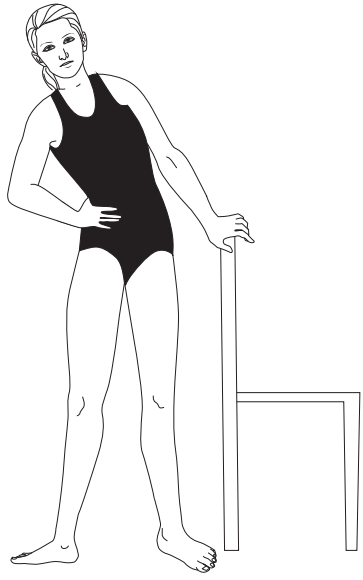
Комплекс упражнений с 32-й по 40-ю неделю беременности

1. Исходное положение: стоя, руки на поясе. Походить обычным шагом, на носках, на наружной и внутренней стороне ступни, «скрестным» шагом. Темп медленный. На каждый вид — по 1–2 мин. Дыхание свободное.



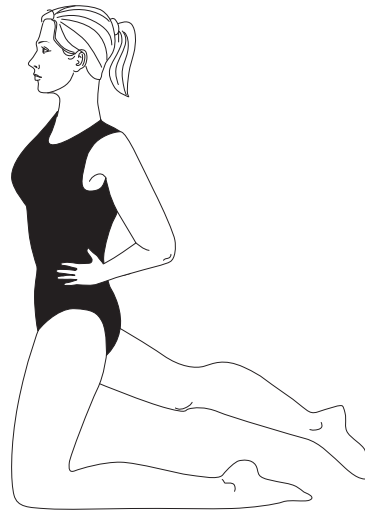


2. Исходное положение: стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены и впереди сцеплены в замок. Вдох — поднять руки вверх. Выдох — вернуться в исходное положение. Темп медленный. Повторить 3–4 раза. Спину в пояснице не прогибать.

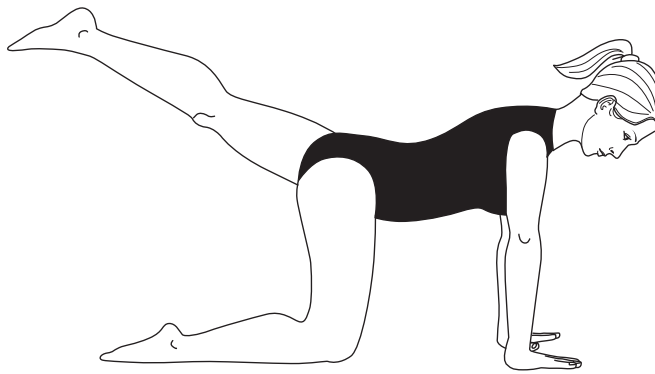


3. Исходное положение: стоя левым боком к спинке стула и держась за нее левой рукой, ноги на ширине плеч. Выполнить наклоны корпуса вперед, вправо и назад. Повторить 3–4 раза. Повернуться к спинке стула правым боком и повторить упражнение. Темп средний. Дыхание произвольное.

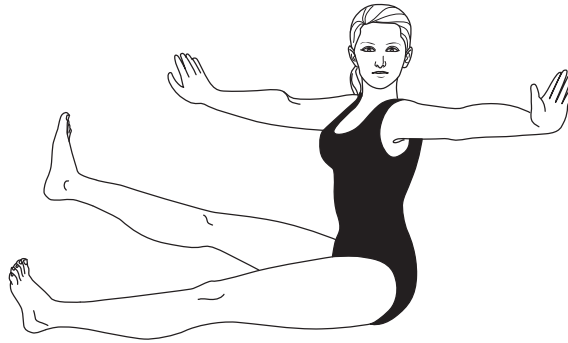
4. Исходное положение: стоя на коленях, руки на поясе. Вдох — отставить ногу в сторону. Выдох — вернуться в исходное положение. Повторить 3–4 раза поочередно каждой ногой. Темп средний.



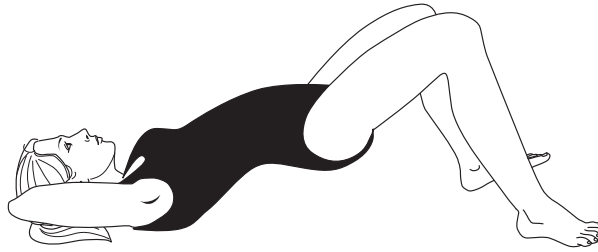
5. Исходное положение: стоя на четвереньках. Вдох — поднять прямую ногу вверх, выдох — вернуться в исходное положение. Повторить 3–4 раза поочередно каждой ногой. Темп средний.



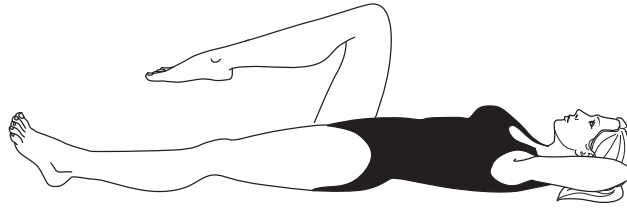
6. Исходное положение: сидя на полу, ноги на ширине плеч, руки опущены. На вдохе поворачивать корпус с отведением прямых рук в стороны. На выдохе — вернуться в исходное положение. Темп средний. Повторить по 2–3 раза в каждую сторону.



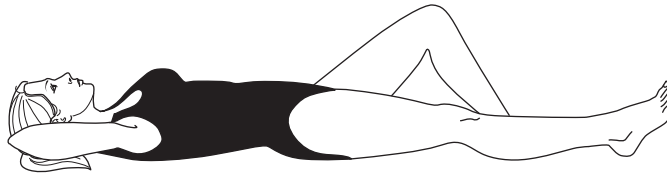
7. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, руки под головой. Вдох — поднять таз, выдох — опустить. Повторить 4–5 раз. Темп средний.



8. Исходное положение: лежа на спине, ноги прямые, руки под головой. На выдохе медленно согнуть ногу в коленном и тазобедренном суставах, привести колено к животу и выпрямить ногу вверх, на выдохе ногу опустить. Темп медленный. Повторить 3–4 раза каждой ногой.



9. Исходное положение: лежа на спине, руки под головой, одна нога прямая, другая согнута в коленном суставе. Попеременно сгибать одну и разгибать другую ногу в коленном суставе. Темп средний. Дыхание свободное. Повторить 5–6 раз каждой ногой.



Заканчивают комплекс упражнений медленной, спокойной ходьбой в течение 1–2 мин.

ОСОБЕННОСТИ ЗАНЯТИЙ И КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПО АКВААЭРОБИКЕ

Инструкторы по аквааэробике для беременных считают, что такие занятия можно проводить на любом сроке беременности. Однако их активность зависит от самочувствия женщины, медицинских показаний, характера женщины и ее собственного желания заниматься.

Во время I триместра происходит прикрепление околоплодного яйца к матке, и в этот момент некоторые женщины избегают активных занятий, если для этого есть показания. А другие, напротив, занимаются в полную силу, потому что боятся поправиться в дальнейшем.

Со II триместра, самого «спокойного», женщины занимаются очень интенсивно.

А в III триместре врачи рекомендуют уделить внимание дыхательным упражнениям и спокойному плаванию.

Как выглядит стандартное занятие по аквааэробике для беременных? Оно длится один час и состоит из четырех частей: разминки, аквафитнеса, упражнений на дыхание и растяжки.

Во время разминки женщины плавают от бортика к бортику. Потом надевают специальные приспособления, которые удерживают их на плаву, и начинают движения рук и ног с полной амплитудой. Это необходимо для того, чтобы ощутить свои мышцы и понять, какой темп вам под силу сегодня.

Вторая часть занятий — аквафитнес. В него входят упражнения на ходьбу в бассейне. Беременные ходят, поднимая ноги и вращая руками. Темп ходьбы устанавливается индивидуально: ведь каждая женщина ощущает сопротивление воды по-своему.

Затем идут упражнения на укрепление бедер: различные приседания, вращение ногами, подъем и опускание ног в разном ритме и темпе.

Упражнения на укрепление мышц спины и пресса проходят в основном у бортика бассейна. Ухватившись за него руками и повернувшись спиной или лицом к бортику, женщины поднимают ноги под разным углом, вращают ногами, поворачивают их вправо и влево.

В комплекс упражнений для мышц тазового дна входят специальные движения ягодицами, бедрами и ногами. Почему для беременных так необходимы упражнения на укрепление именно этих мышц? Тазовое дно — сплетение мышц, поддерживающих кишечник, мочевой пузырь и матку. При беременности мышцы в силу физиологии ослабевают и растягиваются, что приводит к недержанию мочи. Лучше заранее позаботиться об их укреплении. В воде упражнения для тазового дна проходят легко и без напряжения.

Все упражнения на дыхание направлены на то, чтобы беременная могла отлично овладеть своим дыханием к моменту родов. Они часто входят в разминку, в аквааэробику или выделяются в отдельный третий этап. Это всевозможные вдохи и выдохи в воду с задержкой дыхания на разный счет.

Во время плавания женщины могут делать глубокий вдох, плыть, медленно выдыхая в воду. Или такое забавное упражнение, как хоровод в воде, когда женщины, взявшись за руки, по хлопку приседают в воду с головой, через одну.

Пожалуй, самое необычное упражнение на задержку дыхания называется «родовой канал». Оно выполняется теми беременными, которые уже посетили несколько занятий.

Будущие мамы выстраиваются в цепочку и широко расставляют ноги. Одна из мам ныряет и проплывает между ними.

Заключительная часть занятий по аквааэробике для беременной — упражнения на растяжку, во время которых пульс и дыхание будущих мамочек приходят в норму, а мышцы расслабляются.

Во время занятий аквааэробикой беременные могут столкнуться с некоторыми проблемами.

Во-первых, это хлорированная вода. Если есть хотя бы минимальный риск аллергии, стоит поискать альтернативные бассейны, например с морской водой.

Во-вторых, некоторые беременные, видя, как активно тренируются «старички», хотят сразу же включиться в работу и переоценивают свои силы.

В тренировочный процесс следует включаться постепенно и размеренно, раз за разом осваивая все новые упражнения, потихоньку ускоряя темп дыхательных упражнений. Начинать занятия аквааэроби-

кой можно с одного раза в неделю и постепенно переходить на два раза. Однако желательно, чтобы эти посещения стали постоянными.

Некоторые женщины, испытывая дискомфорт, например, если они замерзли или устали, продолжают оставаться в воде. Этого делать не стоит. При малейшем неудобстве сразу же выходите из бассейна и отдохните. Не стоит начинать занятия аквааэробикой, пока не прошел хотя бы час после того, как вы поели. И не наедайтесь сразу после занятий. Можно перекусить зеленым яблоком, бананом или выпить стакан кефира.

Некоторые упражнения вызывают откровенные страхи у новичков, например, кувырки в воде или упражнение «родовой канал», но стоит хотя бы раз попробовать — и все страхи мигом улетучатся.

2.5. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К РОДАМ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В РОДАХ

Очень многое в родах зависит от поведения женщины, которая может влиять на физиологию процесса и в зависимости от психологического состояния облегчать процесс родов для ребенка и для себя либо осложнять его.

Роды — физиологический, естественный процесс изгнания из матки плода, плаценты с плодными оболочками и околоплодными водами, где все процессы подогнаны друг под друга и обеспечивают синхронное, гармоничное единство взаимодействия материнского организма и организма ребенка. Своевременные роды наступают через 10 акушерских месяцев (38–40 нед беременности) и представляют собой рефлекторную деятельность, где под контролем высших нервных центров, объединенных в единую динамическую систему — **родовую доминанту**, осуществляется изгнание плода из матки.

Родовые схватки — непроизвольные ритмичные сокращения мышц матки, чередующиеся с паузами. Схватки отличаются продолжительностью, силой, частотой и болезненностью, однако объективно оценить все эти показатели не так просто. Сократительная деятельность матки определяется не только характером схваток, но и тонусом матки, который присутствует между схватками (напряжение стенок матки). Тонус матки является одним из показателей течения родов: на первом этапе родов тонус матки примерно такой же, как и в других крупных мышцах (например, тонус четырехглавой мышцы бедра), на втором этапе родов тонус матки стремительно растет, увеличиваясь в 2 раза, а на третьем — снижается до первоначального уровня.

Ощущение схватки зависит от болевого порога роженицы и обладает высокой индивидуальной вариативностью. Таким образом, даже первичную сократительную активность разные женщины почувствуют на разном этапе. Наиболее объективными методами оценки интенсивности схваток являются мониторный контроль родовой деятельности и контроль сердцебиения плода (например, с помощью кардиомонитора).

Во втором периоде родов включаются новые изгоняющие силы — **потуги** — синхронные со схваткой сокращения мышц диафрагмы, брюшного пресса и тазового дна. Потуги также являются рефлекторной деятельностью, но под руководством акушерки роженица может регулировать силу и продолжительность сокращений. Потуги по общей нагрузке на организм сопоставимы с тяжелой физической работой (рис. 15), когда сильное напряжение испытывают мышечная, сердечно-сосудистая, дыхательная и нервная системы.

Рис. 15. Движение головки плода по родовому каналу под воздействием потуг: а — головка плода в узкой части полости малого таза; б — переход головки плода из узкой части полости малого таза на тазовое дно; в — головка плода на тазовом дне

Одной из важнейших задач подготовки женщины к родам является физиопсихопрофилактическая подготовка, включающая систему мероприятий, направленных на устранение страхов и других отрицательных эмоций, формирование активной позитивной установки на роды, ответственного сознательного включения в родовую деятельность. Основы физиопсихопрофилактической подготовки к родам в нашей стране заложили К.И. Платонов и И.З. Вельвовский (1949).

Метод гуманного ведения родов, используемый по всему миру, заключается в том, что роженица, не являясь объектом медицинских манипуляций, активно и осознанно включается в роды. Метод Вельвовского включает информирование женщины, снятие тревоги и формирование активного состояния коры полушарий головного мозга, что обеспечивает повышение порога возбудимости, подавление болевых сигналов. Психотерапевтическое, а в отдельных случаях и гипнотическое воздействие также было предложено для снижения болевых ощущений и восстановления эмоционального состояния женщины.

Медицинский персонал должен знать и понимать смысл различных психологических методов подготовки к родам, обезболивания, снятия напряжения, так как необходимо адекватно реагировать на различные действия, совершаемые роженицами в периоде схваток и даже на этапе потуг. Вера роженицы в эффективность различных методов психологической помощи и ее подготовленность служат условием отвлечения от болевых ощущений, переключения внимания на правильное поведение во время родов.

Физическая и психологическая подготовка к родам всегда полезна и обеспечивает понимание процесса родов, снижает страх и тревогу, роженица активно участвует в родовом процессе и сотрудничает с медицинским персоналом.

Программа физиопсихопрофилактической подготовки к родам включает следующие компоненты.

- Формирование техник дыхания, обеспечивающих эффективную и согласованную работу организма на разных этапах родов.
- Методы активного поведения во время родов, включающие:
  - обучение правильным позам, положению во время схваток и потуг;
  - точечный массаж, воздействие на чувствительные точки организма, способствующее обезболиванию, снятию напряжения;
  - массаж-поглаживание, способствующий обезболиванию, снятию напряжения.
- Элементы аутотренинга, релаксации. Психологическая работа с болью.
- Диагностика материнской сферы женщины, характер отношения к будущему ребенку.
- Диагностика личностных особенностей женщины, которые потенциально могут влиять на поведение в родах и характер переживания соматической симптоматики.

ТЕХНИКИ ДЫХАНИЯ

Регуляция собственного дыхания позволяет контролировать работу нервной системы и обеспечивает необходимый приток кислорода плоду в нужные моменты времени. Кроме того, гипервентиляция обладает легким обезболивающим эффектом, способствует расслаблению.

Наиболее важно **релаксационное дыхание**: спокойное, равномерное, глубокое дыхание, которое используется в промежутке между схватками и способствует расслаблению, отдыху. На этом этапе дыхание не надо формировать и чрезмерно углублять, важно отслеживать расслабление

всех мышц, особенно мышц брюшного пресса на выдохе. Выдох должен быть длиннее вдоха, протяженным, равномерным.

Если такое дыхание тренируется заблаговременно до родов, то у беременной есть возможность существенно удлинить выдох, что обеспечивает экономность дыхания, его глубину и равномерное обогащение всех органов кислородом. Существует правило: чем сильнее и продолжительнее схватка, тем более глубоким и замедленным становится дыхание.

Частое дыхание представляет собой другой тип дыхания, который используется во время схваток и позволяет решить сразу несколько задач. Дыхание во время схватки направленно учащается, проще, если оно осуществляется через рот («по-собачьи»), при этом вдох рекомендуется делать тихим, а выдох — шумным. Дыхание интенсивное, поверхностное. Такой тип дыхания обеспечивает большой приток кислорода, который понадобится плоду сразу после схватки, так как сжатие матки ограничивает приток крови, и этот дефицит надо компенсировать обогащенной кислородом кровью.

В период потуг в промежутках между ними используется **переменное дыхание «на счет»**, которое должно согласовываться с командами акушерки «тужиться». Этот тип дыхания также начинается с глубокого выдоха, затем идут 4–5 поверхностных, неглубоких вдоха-выдоха, а последний выдох осуществляется с усилием, через свернутые в трубочку губы. Усилие и сосредоточение на выдохе позволяют женщине правильно сконцентрироваться на потугах.

Собственно при потугах используется четвертый тип дыхания в родах — так называемое **потужное дыхание**. В начале потуги необходимо сделать максимально глубокий вдох, а потом как бы «проглотить» этот воздух. Весь объем должен давить на диафрагму, а через нее — на дно матки, усиливая потуги и как бы выталкивая плод. Когда возникнет ощущение нехватки воздуха, нужно плавно, медленно выдохнуть воздух и сразу же максимально глубоко вдохнуть. Во время выдоха нельзя делать перерывов и коротких вдохов, так как при них диафрагма движется вверх и эффективность потуги снижается.

Все виды дыхания требуют тренировки, формирования правильной, четкой модели, которая автоматизируется, и тогда в нужный момент, даже в стрессовой ситуации родов, женщина сможет дышать правильно, в соответствии с физиологическими задачами.

Методика «брюшного дыхания», применяемого в начале схватки

Когда начинается схватка, женщина должна сделать спокойный глубокий вдох через нос. Необходимо, чтобы вдох получился как можно более длинным. При этом должно появиться ощущение, что все легкие

постепенно заполняются воздухом. Затем медленно, без усилия нужно выдохнуть воздух через рот. Одного вдоха и выдоха должно хватить на схватку.

В таком акте дыхания участвует не только грудная мускулатура, но и мышцы брюшного пресса. Эта методика называется «брюшной тип дыхания». Оно больше характерно для мужчин — у женщины при вдохе и выдохе задействованы в основном межреберные мышцы. Брюшной тип дыхания используют в оперном пении и занятиях йогой.

Такое дыхание не только поможет расслабиться, но и будет способствовать улучшению газообмена в легких и скорости кровотока. Кроме того, при участии в акте дыхания мышц брюшного пресса происходит незначительное изменение давления в брюшной полости, что также способствует активации работы матки.

Во время глубокого дыхания можно использовать счет. Например, при схватке, длящейся 10 с, удобно делать вдох, считая про себя от 1 до 3, а выдох — от 1 до 7.

Таким образом, одного вдоха и выдоха хватает на всю схватку. Будущей маме легче ориентироваться в процессе родов, не подходя каждый раз к часам, да и время течет быстрее. При схватке, длящейся около 15 секунд, можно вдыхать, считая от 1 до 5, а выдыхать — от 1 до 10 и т.д. Сама техника дыхания остается прежней, но исчезает необходимость следить за участием во вдохе и выдохе мышц живота (при таком долгом вдохе это получается само собой!). Счет во время дыхания является психологическим приемом, позволяющим женщине отвлечься от своих внутренних ощущений и страхов.

Дыхательная методика «свеча», применяемая во время схватки

Чтобы справиться с нарастающим дискомфортом во время схваток, можно попробовать использовать следующие типы дыхания. «Свеча» — частое поверхностное дыхание, при котором вдох производится через нос, выдох — через рот. Важно очень быстро, как бы не до конца, вдыхать воздух носом и сразу же выдыхать его через рот, как будто задувая находящуюся прямо перед губами свечу. Вдохи и выдохи должны сменять друг друга непрерывно, пока не закончится схватка. После 20 с такого дыхания вы ощутите легкое головокружение. В этот момент из-за перенасыщения кислородом дыхательного центра головного мозга в организме происходит значительный выброс эндорфинов. Эндорфины, больше известные читателю как «гормоны счастья», обладают одним замечательным свойством: они способствуют повышению порога болевой чувствительности, иначе говоря, — снижают ощущение боли. Таким образом, частое поверхностное дыхание во время схватки работает как «натуральный анальгетик».

Дыхательная методика «большая свеча», применяемая во время схватки

«Большая свеча», по сути, представляет собой форсированный вариант методики «свеча». Женщина по-прежнему чередует в течение всей схватки короткие поверхностные вдохи через нос и выдохи через рот, но теперь дышать следует с некоторым усилием. Вдох производится так, как будто женщина пытается «продышать» заложенный нос, выдох — через почти сомкнутые губы. Если в этот момент посмотреть в зеркало, то можно заметить, что в акте дыхания участвуют крылья носа и щеки.

Этот способ используется тогда, когда обычного дыхания «свечой» становится недостаточно для обезболивания.

Дыхательная методика «паровозик», применяемая во время схватки

«Паровозик» — дыхание, очень помогающее в момент полного открытия шейки матки. В это время головка малыша проходит через отверстие в шейке матки.

Матка находится в возбужденном состоянии, что проявляется частыми, сильными и длительными (от 40 до 60 с) схватками, чередующимися с очень короткими — иногда менее 1 мин — интервалами. Суть такого дыхания состоит в том, чтобы «передышать» схватку. Для этого используется комбинация из двух предыдущих типов дыхания. Ощущения во время схватки графически можно изобразить как волну: любая схватка начинается с минимальных ощущений, затем они постепенно нарастают, достигают своего пика и также плавно сходят на нет. Дыхание «паровозиком» усиливается и ускоряется соответственно ощущениям, испытываемым будущей мамой во время схватки. Сначала это дыхание «свечой». По мере усиления схватки, подобно паровозику, набирающему бег, усиливается и дыхание, как в «большой свече».

Когда сила схватки достигает пика, дыхание «большой свечой» максимально ускоряется. Затем, когда схватка идет на спад, постепенно успокаивается и дыхание — «паровозик» подъезжает к станции, где его ждет отдых.

При использовании любого типа частого поверхностного дыхания в конце схватки необходимо сделать глубокий вдох через нос и выдох через рот. Это позволяет расслабиться, выровнять пульс и отдохнуть перед следующей схваткой.

Дыхательная методика во время потуг

Чтобы не тужиться раньше времени, используют специальное дыхание. Когда начинается схватка и возникает желание потужиться, надо открыть рот и дышать часто и поверхностно. При этом типе дыхания и вдох, и выдох производятся через рот. Это действительно напоминает дыхание собаки после быстрого бега (рис. 16). Дыша таким образом,

женщина заставляет диафрагму постоянно двигаться вверх-вниз, что делает потугу невозможной (напряжение мышц передней брюшной стенки).

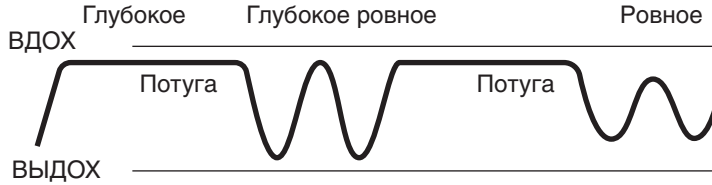


Рис. 16. Дыхательная методика во время потуг

Когда наконец придет пора тужиться, очень важно правильно сделать вдох перед схваткой. От того, как женщина использует в этот момент дыхание, напрямую зависит эффективность схватки. Когда начинается схватка, нужно набрать ртом полную грудь воздуха, как будто перед нырянием в воду. Затем следует задержать дыхание и тужиться, напрягая мышцы брюшного пресса. Выдох приоткрытым ртом по окончании потуги должен быть плавным, тогда стенки родового канала постепенно расслабятся, позволяя малышу «укрепиться на занятых позициях». За схватку необходимо трижды набрать воздух, потужиться, а затем выдохнуть. Можно сказать, что правильно сделанные вдох и выдох ускоряют встречу матери с ребенком!

МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ВОЗДЕЙСТВИЯ НА МЫШЕЧНУЮ СИСТЕМУ

Использование точечного воздействия на различные чувствительные точки, места скопления нервных окончаний, обладает выраженным обезболивающим эффектом, но требует предварительного обучения и четкого контроля со стороны специалиста. Используются прежде всего массаж, поглаживания, позволяющие расслабить мышцы, снять напряжение. Кроме того, поглаживания обеспечивают снятие напряжения с нервных окончаний, посылая сигнал нервной системе: все в порядке, поводов для страха и тревоги нет.

Поглаживающий массаж, воздействующий на кожный покров нижней половины живота легкими касательными движениями кончиков пальцев обеих рук, позволяет нормализовать тонус, снять напряжение, концентрировать активность. Движения осуществляются от средней линии живота над лоном кнаружи и вверх одновременно двумя руками или в пояснично-крестцовой области в положении стоя или лежа на боку.

Периферические рецепторы кожи очень позитивно реагируют на тепловое воздействие (грелку, теплое полотенце, бутылку с горячей водой и пр.), что также позволяет снять страх, успокоиться. Тепло традиционно выступает источником расслабления и покоя.

Точки обезболивания находятся на внутренней поверхности передневерхних подвздошных остей. Воздействие осуществляется большими пальцами обеих рук. Роженица при этом подкладывает сложенные в кулаки кисти под крестец у наружных углов крестцового ромба.

К немедикаментозным методам обезболивания в родах также относится активная позиция, которая помогает женщине и малышу занимать оптимальную позицию по отношению друг к другу, и женщина оказывается не пассивно страдающим объектом, а активно помогающим ребенку ответственным взрослым. Важно только избегать резких движений, но в целом активность и движения во время первого этапа родов полезны.

Во время схваток можно ходить, отвлекая себя ритмичными движениями, найти удобную позу лежа на левом или правом боку, можно присесть на корточки или постоять на четвереньках, опереться на стул или сделать простые нерезкие физические упражнения.

Физическим немедикаментозным обезболиванием являются и приемы надавливания на разные части тела (спину, предплечье, участки позвоночника, внешнюю сторону бедра). Лучше всего, если надавливание осуществляет партнер, согласовывая свои действия с ощущениями роженицы. Надавливание включает активность других участков головного мозга и переключает от болевых ощущений, а также позволяет снять напряжение с мышц, которые задействованы в родовой деятельности.

Сходное действие оказывают упражнения, когда, наоборот, сама женщина сдавливает, сжимает предплечья партнера или его руки во время схваток и тем самым переключает напряжение с мышц живота и тазовой области на напряжение в области рук, что позволяет избежать зажимов и перенапряжения во время схваток.

ВОЗДЕЙСТВИЕ С ПОМОЩЬЮ ВОДЫ

Вода обладает удивительной способностью релаксации, успокоения. Ванна, душ, джакузи становятся все более популярными средствами снижения болевых ощущений, расслабления, подготовки к потугам. Если у роженицы нет каких-либо врачебных ограничений, водные процедуры становятся прекрасным способом обезболивания и помогают даже при очень болезненных схватках. Кроме того, вода тонизирует мышцы, придает им дополнительную активность.

При нормальном течении родов можно воспользоваться уникальными обезболивающими свойствами теплой воды. Вода оказывает расслабляющее, успокаивающее, массирующее действие, увеличивает эластичность, податливость и растяжимость тканей. Роженица может принять душ или ванну (в некоторых родильных домах есть специальные бассейны в родовых палатах). После излития околоплодных вод от принятия ванны лучше воздержаться, так как повышается опасность инфицирования в родах.

ЭЛЕМЕНТЫ АУТОТРЕНИНГА, РЕЛАКСАЦИИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С БОЛЬЮ

Умение расслабляться играет важную роль во время родов. Релаксация позволяет снизить тревогу и уменьшить боль, способствует более быстрому раскрытию шейки матки и оптимизирует прохождение плода по родовым путям, снимая лишние мышечные зажимы. Одновременно грамотная релаксация с элементами аутотренинга позволяет восстановить силы: полное расслабление может дать такой же восстановительный эффект, как несколько часов полноценного сна.

Один из наиболее отработанных и эффективных методов аутогенной релаксации — метод нервно-мышечной (прогрессивной) релаксации по Джекобсону (1929). Эта техника, учитывая сложность полного расслабления, формирует навык расслабления через напряжение, когда человек может почувствовать мышцы в момент напряжения и, контролируя это ощущение, дальше уже сознательно их расслаблять.

Нервно-мышечная релаксация начинается с одной группы мышц, затем к ней присоединяется следующая, в то время как первая группа остается расслабленной, и так последовательно (прогрессивно) до тех пор, пока не достигается полное расслабление тела. Начинается релаксация с мышц конечностей, постепенно продвигается к центру — туловищу и голове. Расслабление тела ведет к расслаблению сознания, снятию тревоги, эмоционального напряжения.

Аутотренинг позволит добиться серьезных физиологических и психологических результатов при условии:

- ежедневных тренировок — через 2 нед навыки расслабления начнут автоматизироваться и будет проявляться устойчивый позитивный эффект;
- внимательного последовательного отношения ко всем группам мышц;
- внимания к дыханию и общему фону выполнения упражнений;

– осознания важности тренировок как возможности принципиально улучшить процесс родов;
– внимания к своему организму и отсутствия спешки.

Полный вариант тренировки нервно-мышечной релаксации представлен в Приложении.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С БОЛЬЮ

Боль действует не сама по себе, а через переживание, т.е. субъективное психологическое ощущение, которое во многом зависит от состояния человека. Психологическая работа с болью связана с двумя направлениями работы: понимание, какие ситуации боль усиливают, и знание того, что помогает справиться с болью.

Боль появляется как отражение зажимов, мышечных напряжений и спазмов. Снижение боли обеспечивается расслаблением, массажем и другими методами, которые обсуждались ранее в этом параграфе.

Боль усиливается прежде всего когда человек фиксируется на болевых ощущениях, внимателен к ним, сравнивает, насколько сильнее стали ощущения. Соответственно, отвлеченность от боли, переключение на какую-то активность, изменение состояния всегда ведут к снижению болевых ощущений. Важно придумывать себе какие-то текущие виды деятельности, которые позволяют отвлечься: можно читать стихи, распевать песни, высчитывать площадь кафельных полов и стен и др. Можно общаться с партнером и обсуждать планы, связанные с выпиской из роддома. Хорошо обсуждать различные мелочи и технические подробности простых домашних дел. Серьезные вопросы и проблемы требуют много психических ресурсов и включают эмоциональные реакции, что не рекомендуется в родах.

Боль усиливается в ситуациях неопределенности, если человек не может прогнозировать дальнейшее развитие событий и не понимает, какие ресурсы от него еще могут потребоваться. Подготовленная к родам женщина хорошо ориентируется в продолжительности разных этапов родов, в симптомах перехода с одного этапа на другой и показателях динамики родов. Это позволяет ей прогнозировать течение родов и контролировать процесс. Кроме того, своевременная информация от врачей, связанная с временными показателями, оказывается очень полезной.

Фиксация на себе усиливает боль, а переживания за другого, расширение ответственности — снижают ее выраженность. Роды — как раз тот момент, когда взрослый берет на себя ответственность за ребенка и должен вести с ним внутренний диалог, подбадривать и успокаивать, прислушиваться к внутренним ощущениям и активно помогать

ребенку родиться. В отличие от ребенка, роженица осознает ситуацию, понимает причины и цель болезненных ощущений, может контролировать процесс, что наделяет ее ответственностью за двоих. А такая ответственность убирает боль: приходится думать о ребенке, а не о себе.

Самый длительный период родов — первый, во время которого регулярные, постепенно учащающиеся и усиливающиеся схватки приводят к раскрытию шейки матки. Во время схваток происходит сокращение мышц матки — именно за счет этого раскрывается шейка матки, формируется родовой канал. Головка ребенка оказывает давление на ткани матки, раздражает нервные окончания в них; оказывает натяжение на связочный аппарат матки, от рецепторов которого также идут болевые импульсы. В самом начале схватки могут напоминать тянущие болезненные ощущения при менструации, с нарастанием интенсивности и длительности схваток усиливаются и болезненные ощущения. Однако в норме естественные процессы не должны вызывать болевую перегрузку организма роженицы.

Во втором периоде родов, когда шейка матки полностью раскрылась, начинаются потуги и происходит изгнание плода. Эта боль более четко очерчена, ощущается в месте давления плода на нервные окончания в области копчика, влагалища, промежности, наружных половых органов.

Та боль, которую испытывает женщина в родах, лишь на 30% обусловлена раздражением нервных окончаний, волокон, сплетений в результате сокращений матки и сдавливанием предлежащей частью плода (обычно головкой) мягких тканей, растяжением связочного аппарата матки, промежности. Ведь в организме роженицы при естественном процессе, каким являются нормальные роды, включается антиболевая система.

Роль антиболевой системы в человеческом организме заключается в торможении чрезмерного потока болевых импульсов, поступающих в спинной и головной мозг, и тем самым охране ЦНС от перевозбуждения, развития шоковых состояний, хронической боли. Помимо этого, антиболевая система играет роль своеобразного фильтра: в ее состав входят структуры нервной системы, в частности головного мозга, ответственные за эмоциональные реакции, в которых все приходящие стимулы расцениваются как опасные или неопасные, не требующие моментального реагирования. Последние отфильтровываются антиболевой системой, а остальные импульсы допускаются к центрам реагирования нервной системы.

В родах антиболевая система блокирует избыточную болевую импульсацию, способствует выбросу в кровь природных обезболивающих веществ. Природа позаботилась о женщинах и подготовке

женского организма к родам, установив планку болевого порога в женском организме гораздо выше, чем у мужчин; только довольно сильные раздражители способны достичь этого уровня и вызвать болевую реакцию. Кроме того, перед родами снижается чувствительность матки, а болевой порог дополнительно повышается. Вот почему безболевые или малоболезненные роды встречаются не так уж редко.

В основном боль сформирована страхом. Страхом перед самими родами, перед неизвестностью, опасением за себя, тревогой за свое здоровье, боязнью и ожиданием мучительных ощущений, которые несет с собой процесс рождения ребенка. Кульминация страха в родах приводит к выбросу гормона стресса — адреналина, напряжению мышц, сдавлению сосудов и нервов матки, возникновению ишемии тканей матки (так называют ухудшение кровоснабжения и возникающий из-за этого дефицит питательных веществ и кислорода, доставляемых кровью). Помимо этого, страх вызывает снижение болевого порога: теперь даже незначительный раздражитель может вызвать болевые ощущения, а ожидание боли приведет к тому, что эти ощущения обязательно появятся и будут сильнее в несколько раз.

Для облегчения болезненных ощущений во время схваток при отсутствии противопоказаний и с разрешения врача роженица может выбирать такое положение (сидя, лежа, стоя, оперевшись руками) и такой тип поведения (активный или пассивный), которые наиболее удобны для нее.

Большинству женщин в первом периоде родов наиболее комфортно находиться в вертикальном положении: ходить (особенно эффективна ходьба с высоким подниманием ног) или стоять, оперевшись руками о стену, спинку кровати. Можно воспользоваться поддержкой партнера. Если женщина все-таки предпочитает лежать, то лучше повернуться на бок, а не на спину. В положении на спине матка сдавливает нижнюю полую вену, препятствуя нормальному притоку крови к сердцу. В результате этого ухудшается кровоснабжение многих органов, может снизиться артериальное давление, возникнуть головокружение, потеря сознания. Кроме того, положение на спине уменьшает интенсивность маточных сокращений, тем самым удлиняя период схваток и раскрытия шейки матки.

Хорошим обезболивающим и отвлекающим эффектом обладает правильное дыхание (см. предыдущие материалы). Для облегчения схваток используется так называемое медленное, или экономное, дыхание, характеризующееся медленными глубокими вдохами и еще более продолжительными выдохами.

При продолжительных и частых схватках используется дыхание «по-собачьи», при котором тихий быстрый вдох и шумный и короткий выдох примерно равны по продолжительности, это дыхание поверхностное. Правильное дыхание помогает уменьшить боль, сэкономить силы.

Массаж (проводимый самостоятельно или кем-то из помощников) может значительно облегчить боль в родах. К основным приемам этого массажа относят поглаживание, растирание, разминание или надавливание. Эффективность каждого приема довольно индивидуальна, поэтому женщина сама должна выбрать наиболее подходящий именно ей способ массажа. Наиболее часто применяют поглаживание нижней половины живота, надавливание и растирание поясницы. Разминание и надавливание в боковых углах поясничного ромба (ямочки над ягодицами) также оказывают неплохое обезболивающее действие.

Роды, особенно первые, — процесс довольно длительный. Главные силы понадобятся будущей маме в конце — во время потуг и изгнания плода. Поэтому в первом периоде нужно использовать любую возможность, чтобы отдохнуть самой и дать отдохнуть малышу. Между схватками следует расслабляться (с помощью любых релаксационных методов: массажа, самовнушения), если получится — подремать.

Хороший эффект может оказать спокойная, расслабляющая музыка.

Во втором периоде родов при полном раскрытии шейки матки происходит изгнание плода с помощью потуг — произвольных сокращений мышц передней брюшной стенки. Потугами, в отличие от схваток, женщина может управлять, например задерживать их или усиливать. В этом периоде родов для облегчения боли следует синхронизировать потугу и дыхание и следовать командам акушерки, что защищает промежность от разрывов, а ребенка — от повреждений, травм в родах.

Тужиться нужно после глубокого вдоха, как бы выталкивая ребенка наружу с помощью диафрагмы, давящей на матку. Для этого необходимо направлять свои усилия вниз, в сторону промежности, а не к голове. Напрягать мышцы лица, кричать не нужно: пациентка понапрасну потратит много сил, ничем не помогая ребенку и процессу родов и сокращая количество кислорода, поступающего в свой организм и организм ребенка.

Выдыхать после потуги следует плавно, а не резко: это способствует закреплению результата потуги, при резком выдохе плод может отступить на прежние позиции.

После потуги дыхание спокойное, ровное: глубокий вдох и полный выдох. Следует постараться расслабиться и отдохнуть перед следующей потугой.

2.6. ПАРТНЕРСКИЕ РОДЫ

В соответствии с рекомендацией ВОЗ присутствие на родах близких для роженицы людей вполне допустимо и желательно. Подготовленные и грамотно реализуемые партнерские роды обеспечивают, как доказано в исследованиях, положительный эмоциональный фон, сотрудничество всех участников процесса, снижение числа осложнений. В России партнерские роды получили заслуженное распространение, и каждая женщина имеет право на такой вариант родов по согласованию с медицинским учреждением. Вместе с тем партнерские роды предъявляют особые требования к работе медицинского персонала и нуждаются в организации. Следствием присутствия на родах, в зависимости от организации взаимодействия всех участников, может быть как укрепление семейных отношений, активизация родительской позиции и ресурсный семейный опыт, так и ухудшение отношений, страхи, неудовлетворенность.

Сотрудники акушерского отделения должны регулировать и направлять поведение не только роженицы, но и сопровождающего ее партнера. Именно поэтому наиболее благоприятным вариантом является подготовленное партнерство, когда партнер вместе с беременной женщиной прошел подготовку к родам, хорошо себе представляет процесс родов, понимает, как и на каком этапе можно помочь роженице. Важнейшим показателем готовности партнера к помощи в родах служат его стремление сотрудничать с медицинским персоналом и понимание определяющей роли врача в ведении родов.

Для того чтобы партнерство привело к позитивному эффекту, а возможность такого влияния доказана в акушерской практике, надо прежде всего определить иерархию помощников и направления этой помощи. Кто может быть партнером, а кого на эту роль лучше не приглашать? Прежде всего, у женщины уже есть партнеры в лице врачей и среднего медицинского персонала. Далеко не всем беременным в момент родов нужен кто-то рядом, и многие женщины эффективно справляются с этим моментом без помощи близких, рассчитывая на собственные ресурсы и мобилизуясь в ситуациях самостоятельного действия.

Цель родов — рождение здорового ребенка, и по отношению к ребенку первым помощником будет, конечно, сама беременная женщина, которую с самого начала необходимо ориентировать на ответственное отношение к беременности и сознательное поведение в период родов. По отношению к самой женщине главный помощник — врач акушер-гинеколог, который сопровождает весь процесс родов, помощник второго уровня — акушерка, и только на третьем уровне появляется партнер, который также может оказывать важную помощь.

Партнером может быть акушер, с которым уже установлен комплаенс, медицинское взаимодействие, и этот специалист пользуется доверием не только как медицинский работник, но и на личностном уровне. Партнерскую поддержку может эффективно обеспечивать квалифицированный перинатальный психолог, который участвовал в подготовке женщины во время беременности и может обеспечить психолого-физиологическую поддержку в родах. Партнером может быть супруг, отец ребенка, готовый поддержать женщину и разделить с ней этот важный момент жизни. Партнером также может быть сестра, близкая подруга (рис. 17).

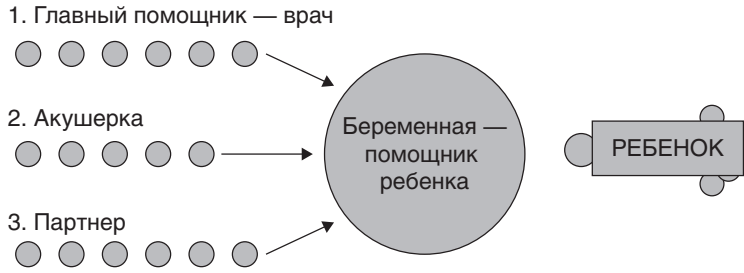


Рис. 17. Характеристика партнерских родов

Не рекомендовано в качестве партнера приглашать мать беременной женщины, так как, во-первых, в отношениях с матерью женщина рискует уйти в детскую позицию, а в родах необходима позиция зрелой ответственной женщины. Во-вторых, в отношениях с матерью чувства нередко носят противоречивый характер, а насыщенность эмоций в родах может запустить деструктивные переживания, которые будут негативно влиять на эмоциональное состояние роженицы, хотя, конечно, возможны и исключения.

Специалисты в области перинатальной психологии и психологии беременности выделяют следующие пять условий участия партнера в родах:

- желание женщины;
- желание партнера;
- совместная подготовка к родам;
- согласованность между партнером и медицинскими работниками, принимающими роды;
- готовность действовать по обстоятельствам и в случае необходимости рожать без партнера.

Анализируя поведение будущих отцов, участвующих в родах, можно выделить следующие варианты поведения мужчин в партнерских родах (Г.Б. Малыгина, 2002).

Активно-адекватное поведение, когда мужчина активно поддерживает женщину, сотрудничает и регулирует свое поведение в соответствии с требованиями медицинского персонала и ситуации. Такая позиция характеризуется тем, что мужчина уверенно помогает жене, активно с ней общается и умеет отвлечь, переключить в нужный момент; помогает принять удобную позу, способен осуществлять некоторые обезболивающие манипуляции; подсказывает режим дыхания. Такой партнер становится эффективным «посредником» между медицинским персоналом и роженицей, так как близкий человек может лучше воздействовать на женщину в критичных ситуациях, понимает, как надо к ней обращаться, и не вызывает у роженицы чувства отверженности, невнимания, неуважения, которые нередко субъективно возникают в ответ на рекомендации медицинского персонала.

Пассивно-созерцательное поведение типично для мужчин, которые плохо себе представляют, чем и как они могут помочь рожающей жене, нередко их присутствие на родах не является добровольным и осознанным. Такой «партнер» практически не участвует в процессе родов, находясь в стороне, наблюдая за действиями жены, медицинского персонала, но при этом не мешая и не вмешиваясь в процесс. Появление новорожденного такие мужчины воспринимают также слегка отстраненно, но в целом эмоциональное отношение к ребенку теплое. Как правило, за такой позицией стоит или отсутствие совместной подготовки к родам, или общая неготовность мужчины к отцовству.

Агрессивно-наступательная позиция будущего отца наиболее неблагоприятна; проявляется она в активном и бесцеремонном вмешательстве в действия медицинского персонала, требованиях контроля и объяснений. Вместо помощи роженице такой мужчина пытается «командовать» родами и подтвердить свой статус через требования помощи и обеспечения «легкого» течения родов, не учитывая ситуацию. За этой позицией может стоять как очень высокая тревога у мужчины, который не видит других способов включиться в ситуацию и защитить близких людей, так и отсутствие дородовой подготовки. Агрессивно-наступательное поведение будущего отца может мешать работе медицинских сотрудников, вплоть до конфликтов и вынужденного удаления мужчины из родового зала. Практически всегда такое поведение ведет к эмоциональному истощению женщины, которая вынуждена ориентироваться не на ребенка и собственный организм, а на воздействие мужа. По окончании родов напряжение снижается, и мужчина может нередко проявлять радость и благодарность.

Характер последствий партнерских родов зависит во многом и от того, как они будут обставлены. Предпочтительно присутствие

мужа на первом периоде родов, во время схваток, когда он может помогать женщине расслабляться, отдыхать, переключаться. Длительное течение первого периода родов (до 15–20 ч) требует эмоционального контакта и позитивного общения, чтобы женщина не чувствовала себя одинокой, брошенной, но сохраняла бодрость и оптимизм.

Спокойное, уверенное поведение мужа поддерживает женщину и помогает ей справиться с длительными психическими и физиологическими нагрузками. Массаж, релаксация, возможность совместного общения или даже прогулок по коридорам родильного отделения (по показаниям врача) позволяют существенно сократить период ожидания ответственного момента и снизить чувствительность женщины к усиливающимся схваткам.

Эмоциональная и физическая поддержка близкого человека, внимательное отношение и психологическая защищенность в присутствии партнера создают позитивный фон для разворачивающегося процесса родов и сохраняют женщине настрой, собранность и нацеленность на ребенка.

Во втором периоде родов — изгнании — лучше, если партнер подождет в соседнем помещении, а роженица полностью сосредоточится на указаниях врача. Помощь на этом этапе не предполагается, действуют главные партнеры роженицы — медицинские работники. Важно, чтобы женщина активизировалась и настроилась на решительный этап.

Если партнер все-таки присутствует и на потугах, то лучше, если мужчина располагается со стороны головы женщины, так как его задача — разговаривать с женой и транслировать ей информацию от медицинских сотрудников, а не наблюдать за рождением ребенка. Такое взаимодействие позволит избежать потенциальных осложнений в сексуальных отношениях.

Сразу после рождения отец может вернуться и разделить радость от знакомства с ребенком с мамой. Нередко отцу предлагают перерезать пуповину у новорожденного, при этом промежность женщины корректно закрывают пеленкой или ширмой. Преодоление стресса родов становится ресурсным источником сплоченности, веры друг в друга для всей семьи.

В первые часы после родов возникает особое взаимодействие между матерью, отцом и новорожденным, которое получило название **бондинга** (от англ. bond — связь). Это специфическое состояние бодрствования, возбужденной активности, возникающее на фоне преодоленного стресса и закрепляющее возникшие отношения. Это состояние сродни **импринтингу** (запечатлению), которое первоначально описывалось

только в психоаналитических теориях, но в современной перинатальной психологии находит сугубо научное подтверждение.

Бондинг — связь, возникающая между ребенком и ухаживающими взрослыми в первые сутки после рождения, не сводимая к условно-рефлекторным реакциям и обеспечивающая формирование здорового симбиоза.

Импринтинг — запечатление, специфическая форма обучения, когда в памяти жестко фиксируются признаки объектов при формировании или коррекции врожденных поведенческих актов.

Сразу после родов новорожденный способен к ограниченному подражанию мимических выражений, фиксации лица родителей, установлению связи между хорошо знакомыми еще с внутриутробного периода голосами родителей и их лицами. По некоторым данным, бондинг определяет предпосылки дальнейших гармоничных эмоциональных связей. Прикладывание новорожденного к груди обеспечивает стимуляцию деятельности молочных желез, сокращение матки, стимуляцию особого эмоционального состояния включенности в ребенка. А для ребенка раннее прикладывание играет очевидную роль восстановления эмоционального равновесия, благополучия и фиксации положительных переживаний на матери.

Сенситивный период бондинга продолжается в течение 24 ч после родов, и формирующийся симбиоз «мать–дитя» позволяет ребенку адаптироваться к жизни в новой среде, минимизировать стресс и сепарационную тревогу. А для матери бондинг создает основу чувствительности к потребностям ребенка и эмоциональной подстройки под новые функции.

В пользу бондинга говорят и наблюдения за поведением новорожденного, которые указывают на направленную подражательную активность ребенка, подтвержденную во многих исследованиях. Высокие способности сосредоточения в работе анализаторов, активное считывание сенсорной информации и предпочтения конкретных стимулов, например гештальтов человеческого лица и человеческого голоса, также показывают включенность новорожденных в восприятие жизненно важных стимулов, среди которых первостепенным, без сомнения, является близкий взрослый.

Эволюционно-ожидаемыми условиями являются: зрительное сосредоточение на лице матери (если мы берем естественные роды); тактильное и голосовое позитивное взаимодействие, что в совокупности обеспечивает эмоциональный комфорт и присоединение новых сигналов к уже запечатленным внутриутробным стимулам.

Доказанными следствиями бондинга являются достоверная способность матери и новорожденного узнавать друг друга по запаху, тактильно и зрительно, тогда как при разлуке сразу после родов такие феномены не возникают. Разлука матери с новорожденным ведет к повышению тревоги, развитию страхов у матери и даже физиологическим нарушениям (трудностям становления лактации).

Бондинг возникает и у отцов. Присутствие отца на родах сродни экзистенциальному потрясению, воздействующему на все сферы личности человека: эмоциональную, когнитивную, поведенческую. В условиях совместного сопроживания этого этапа развития семьи — рождения ребенка — принятие родительской позиции для мужчины осуществляется быстрее и эффективнее.

Новая практика присутствия отца на родах обладает серьезным потенциалом и нуждается в распространении. Преимущества такого подхода:

- сокращение количества акушерско-гинекологических вмешательств, более естественное течение родов;
- снижение как физической, так и психической нагрузки на средний медицинский персонал (партнер регулирует взаимодействие и повышает его эффективность);
- снижается количество медикаментозных препаратов, применяемых в послеродовом периоде;
- уменьшается число травм новорожденного;
- снижается необходимость в реабилитации новорожденных в условиях детской реанимации или клиники;
- отношения родителей к ребенку и друг к другу становятся более гармоничными, формируются оптимальные формы привязанности ребенка к родителям.

Основываясь на результатах исследований, можно привести некоторые принципиально важные статистические данные, касающиеся партнерских родов.

- Среди женщин, планирующих партнерские роды с мужем, у 60% диагностирован оптимальный тип ПКГД, что существенно выше, чем в среднем по выборке. Вместе с тем тревожный тип встречается у женщин, предпочитающих партнерские роды, в 3 раза реже, а гипогестогнозический тип — в 2,5 раза реже по сравнению с контрольной выборкой.
- Акушерская тактика значительно менее «агрессивна». В процессе ведения партнерских родов по сравнению с родами без поддержки мужа в 2 раза реже требовалась стимуляция родовой деятельности, в 2,5 раза реже — кесарево сечение. Без разрывов мягких

тканей родоразрешены примерно 34% женщин основной группы и всего 16% женщин, рожавших без партнера. Частота применения эпизиотомии в основной группе ниже на 10%, разрывов промежности — на 4%. В основной группе не было зарегистрировано глубоких разрывов, гематом влагалища, в 2 раза меньше была частота акушерских кровотечений.

– Анкетирование супружеских пар через 6–12 мес после партнерских родов показало, что 83% опрошенных женщин не сомневаются в правильности решения рожать вместе с мужем, удовлетворены его поддержкой в родах. Только 17% скорее удовлетворены, чем нет. Негативно оценивающих этот опыт не было. 94% женщин говорят о любви и внимании мужа к ребенку после совместных родов, 83% мужчин также расценивают свое отношение к ребенку как всепоглощающее чувство любви (Малыгина Г.Б., 2002).

Следует еще раз подчеркнуть, что партнерские роды способствуют формированию и укреплению первичного психологического симбиоза матери и ребенка, активизации при поддержке партнера материнских функций, формированию предпосылок гармоничного типа семейного воспитания.

2.7. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ

Понятие «психологическая готовность к материнству» приобрело устойчивость в современной перинатальной психологии и продуктивно используется в построении практического медицинского, психологического и педагогического (направленного на отношения с будущим ребенком) сопровождения. Материнская сфера представляет собой чрезвычайно сложную, многоуровневую систему обеспечения эмоционального комфорта, безопасности, эмоциональной привязанности, общения, первичных оснований всех психических процессов и многое другое. С одной стороны, эти функции успешно реализуются на протяжении многих веков, но, с другой стороны, современное материнство все больше интеллектуализируется и направляется на программируемый результат (ожидания в отношении ребенка), что требует сознательной коррекции.

Кроме того, в жизни современной матери мы обнаруживаем наибольшую концентрацию не только материнских, но и семейных, хозяйственных, профессиональных, общественных и других функций, которые осложняют реализацию собственно взаимодействия с младенцем.

Эта тенденция достигла максимума в развитых странах и не может не влиять на институт материнства. Среди множества факторов негативного влияния на психологическую готовность к материнству можно выделить наиболее принципиальные:

– нагрузка на женщину в дополнение к материнским функциям;
– нарушение трансляции материнского опыта от поколения к поколению;
– нарушение эмоциональных связей в системе «мать–дитя»;
– общая психическая незрелость и неадекватная картина материнско-детских отношений;
– неадекватность мотивации, искаженные ожидания в отношении беременности и ребенка;
– отсутствие благоприятного опыта детско-родительских отношений.

Наиболее последовательный анализ онтогенеза материнской сферы и анализа структуры психологической готовности к материнству мы находим в исследованиях Г.Г. Филипповой (2002), которая выделяет следующую структуру факторов зарождения материнских функций на протяжении формирования психики субъекта (рис. 18).

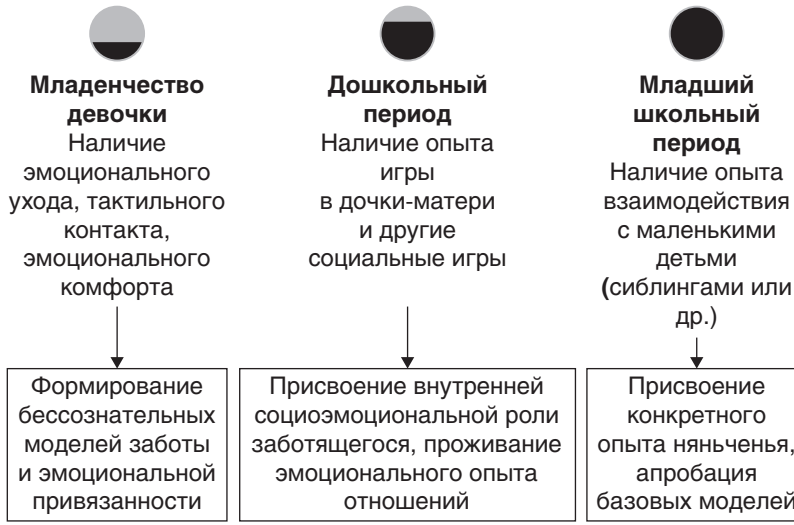


Рис. 18. Факторы зарождения материнской функции

Соответственно, в каждом периоде закладываются предпосылки будущих материнских функций в различных аспектах, что в совокупности

определяет формирование мотивационно-потребностных оснований материнской позиции. Финальный период, который завершает целостную систему, — период беременности, когда женщина уже на сознательном, ценностно-смысловом уровне выстраивает картину материнства и своих отношений с ребенком.

Самый важный период — ранний период отношений с собственной матерью, когда девочка должна оказаться в полноценной ситуации объекта нянченья, эмоционального принятия. Этот этап является базовым и для формирования основ личности, отношения к миру. Принципиальной здесь оказывается семейная модель материнства.

В качестве доказательства формируемой основы материнских функций, а не их врожденного возникновения, как это нередко предписывается обществом женщине, можно привести известные исследования Х. Харлоу (1957), проведенные на макаках. В первой группе этологических экспериментов с искусственным выращиванием детенышей обезьян удалось развести стимулы, обеспечивающие удовлетворение физиологических потребностей, в частности пищевой потребности (за это отвечала проволочная мама) и потребностей в эмоциональном комфорте (за это отвечала меховая мама). У проволочной модели обезьяны всегда была наготове бутылочка теплого молока, но детеныши макаки всегда предпочитали меховую модель материнской особи, за шерсть которой они цеплялись, прижимались к ней и проводили большую часть времени, даже в ущерб питанию.

В норме мать обеспечивает целостное удовлетворение всех потребностей ребенка, но описанный эксперимент подчеркивает не просто равноценность пищевой потребности и эмоционального, тактильного контакта, но преимущество последнего. Целостность материнских функций в дальнейшем определяет для ребенка базовый характер отношения к миру и к себе. Представления о значимости ранних эмоциональных связей, потребности в безопасности и эмоциональном комфорте определили развитие теории привязанности Дж. Боулби (1982).

Вторая группа экспериментов заключалась в сепарации детенышей макак от материнской особи и от других сородичей. В дальнейшем эти выросшие в изоляции макаки рожали детенышей и демонстрировали совершенно специфическое поведение, кардинально отличающееся от традиционного. В норме самки макаки очень заботливые и включенные матери, которые не расстаются с детенышами и активно ухаживают за ними. Самочки-подростки включаются в этот уход также с огромным энтузиазмом. Однако выросшие без материнского ухода самки оказались неспособны проявить заботу в отношении собственного потомства. Эти «горе-мамаши» отказывались от грудного

вскармливания, травмировали своих детенышей, не зная, как с ними обращаться, и не проявляли свойственной виду заботы и ласки.

Таким образом, опыт взаимодействия с собственной матерью оказывается критичным для развития дальнейшей собственной материнской позиции. Возвращаясь к людям, необходимо отметить, что формирование материнской позиции у девочек из детского дома оказывается осложненным.

Становление материнской позиции продолжается в дошкольном возрасте, когда девочка принимает на себя роль матери в сюжетно-ролевых играх или роль ребенка, что также позволяет отнестись со стороны внешней позиции к самоощущениям младенца и его потребностям. В ролевых играх присваивается, конечно, преимущественно мотивационная основа материнской сферы, однако осуществление типичных действий ухода также может закладывать отдельные операции ухода и заботы. В онтогенезе материнства большое положительное значение имеют сюжетно-ролевые игры для формирования ценности материнства, ценности ребенка и развития высших чувств, обеспечивающих материнскую сферу.

В младшем школьном возрасте продуктивным вариантом онтогенеза материнства становится няньчание как опыт ухода за младшими детьми, наблюдение за действиями и отношением взрослого. Наиболее сенситивный период для няньчания в формировании родительских функций — это возраст от 6 до 10 лет, когда у подрастающего ребенка уже заложен гештальт младенца, и этот образ конкретизируется в реальных действиях, отношениях, переживаниях. Ситуация развития обогащается также и стремлением младших школьников соответствовать социальным нормам и ожиданиям, желанием принять новую социальную позицию и апробировать реальные взрослые действия — это сенситивный период присвоения социальных норм и этических правил.

Сенситивный период — период особой чувствительности психики к формированию качественных изменений, определенных психологических свойств и видов поведения. Важно учитывать, что за границами сенситивного периода психологические свойства формируются хуже или совсем не развиваются. Кроме того, в сенситивный период психика оказывается наиболее чувствительной и к негативным воздействиям в отношении формирующихся свойств.

Потенциал няньчания подтверждается и в кросс-культурных исследованиях традиционных обществ, где, как правило, старшим детям начинают доверять младших в возрасте 6–7 лет и постепенно увеличивают нагрузку. И наоборот, фактическое отсутствие няньчания

в развитых культурах, где доминируют однодетные семьи и семейные связи очень разобщены, становится одним из источников нарушения материнства.

Вместе с тем готовность к материнству формируется и под влиянием гештальта младенчества, т.е. ряда физических и поведенческих особенностей, которые стимулируют появление тех эмоций, которые обеспечивают материнское поведение заботы и ухода. К таким типичным компонентам физических свойств гештальта младенчества относятся крупная по отношению к телу голова, выпуклый лоб, выпяченный живот, большие глаза, выпуклые щеки и др. Все вместе эти характеристики отличают образ «детеныша» как такового и носят универсальный характер. Среди поведенческих характеристик гештальта младенчества стоит выделить общую инфантильность как неуклюжесть, некоординированность, инфантильные звуки и позы.

В период беременности женщина решает задачу адаптации к роли матери и последовательной перестройки всей структуры идентичности в соответствии с новым смыслом и главенствующей ценностью. Этот процесс, по сути, представляет собой нормативный возрастной кризис, кризис личности, когда будущий родитель должен изменить отношение к себе, к миру и отношения себя и мира. Процесс прохождения кризиса можно описать следующей последовательностью, представленной в табл. 4, где параллельно указаны типичные страхи беременных, отражающие обратную, негативную сторону процесса, когда изменения в личности не происходят. Как и в ситуации любого кризиса личности, если человек не готов меняться, то психика оказывается в проблемном состоянии, поскольку не решается противоречие: как раньше уже невозможно (в силу внешних или внутренних причин), а по-новому не могу, боюсь, не понимаю, в каком направлении меняться.

Беременность как объективный период развития включает в себя качественные изменения на всех уровнях личности. Неготовность решать кризисные задачи ведет к тому, что на каком-то периоде субъекту придется решать задачи развития. Тем более что беременность ведет к уязвимости в отношении событий и ситуаций, которые до этого не воспринимались как психотравмирующие.

Беременность как объективный период развития включает в себя качественные изменения на всех уровнях личности. Неготовность решать кризисные задачи ведет к тому, что на каком-то периоде субъекту придется решать задачи развития. Тем более что беременность ведет к уязвимости в отношении событий и ситуаций, которые до этого не воспринимались как психотравмирующие.

Таблица 4. Направления изменения личности в период беременности

Направления изменения личности	Типичные страхи беременной
Принятие физических изменений, новых телесных ощущений, придание им позитивного смысла и принятие своего нового в соответствии с возрастом родительства физического Я	Страх потери привлекательности. Страх прибавки лишнего веса. Страх старения. Страх потери сексуальности. Дисморфофобии
Построение новой модели удовлетворения потребности в безопасности, когда безопасность должна распространяться и на себя беременную, и на ребенка, которому необходимо дать эту безопасность	Страх беспомощности. Страх за собственное здоровье. Страх болезней и нарушений. Общая фоновая тревога. Страх посещения женской консультации (ощущение «я больной»)
Принятие собственной женской роли, способности творить жизнь, осознание родового предназначения	Страх прерывания беременности. Страх патологии плода. Страх родов
Изменения представлений о себе, образа Я. Включение новых ролей (Я — Мать, Я — Кормилец и др.) и изменение существующей иерархии ролей	Страх невозможности самореализации. Страх потери себя. Страх потери социализации
Изменения в профессиональных ориентирах и в отношении к карьерным достижениям. Присвоение профессиональным целям более низкого статуса в сравнении с ребенком	Страх потери карьеры. Страх утраты профессионализма. Страх невозможности самореализации. Страх быта
Изменение структуры общения, целей и задач общения с широким социальным окружением. Поиск группы общения в связи с новыми ценностями	Страх одиночества. Страх потери себя
Изменения в семейной структуре, традиционализация семьи, потребность в дополнительной заботе и поддержке со стороны близких. Чувствительность к доверию	Страх потери семейного статуса. Страх измены мужа
Изменения смыслов жизни и структуры ценностных ориентаций, переживание потери смысла и неудовлетворенности текущими смыслами. Принятие ценности ребенка и родительства как смысла жизни	Страх смерти

Кризисное развитие начинается постепенно, когда биологические изменения запускают изменения физической идентичности, а затем и такие изменения социальной идентичности, как изменение профессионального и семейного статуса. Сложность прохождения кризиса

связана еще и с отсутствием формальных поощрений в материнстве, когда внешние бонусы для женщины минимальные, а до внутренних подкреплений надо дорасти: приходится развиваться, преодолевая кризис.

Любопытно, что потребность в безопасности после прохождения кризиса для многих женщин начинает удовлетворяться через ребенка: ребенок — гарант моей нужности в этом мире и гарант моей защищенности, так как с точки зрения глобальной справедливости мать слишком нужна для ребенка. А к моменту взросления ребенка чувство безопасности снова кардинально нарушается в связи с потерей предназначения.

2.8. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОЙ

У беременной возникает особое психологическое состояние сосредоточенности на своем внутреннем мире и на будущем ребенке, которое в значительной степени отражается на ее самочувствии и состоянии плода. Это состояние материнской сосредоточенности достигает своего пика во время родов и затем продолжается в течение всего периода кормления грудью.

Во время беременности у женщины изменяются ощущения, чувства и настроения. Ей кажется, что мир вокруг нее изменился из-за перемен, происходящих в ней самой. Изменение психического состояния женщины при нормальной беременности возникает под влиянием изменений, происходящих в ее нервной и эндокринной системах, регулирующих беременность.

В первые месяцы беременности наиболее заметные изменения происходят с сенсорным восприятием женщины. Практически каждая беременная (90%) сообщает об измененном восприятии запахов и вкусов, что может наблюдаться очень рано, уже со второй недели беременности. Помимо этого, у беременных может наблюдаться измененное восприятие звуков, цветов, зрительных образов, а также изменение в тактильных ощущениях. Распространенное явление беременности — возникновение различных пищевых желаний, которые могут быть чрезвычайно сильными. Известные явления беременности составляют переменчивость настроений, сентиментальность, слезливость, сонливость и отупение. К малоизвестным психическим явлениям в первой половине беременности можно отнести изменение отношения к роду деятельности или работе, появление необычных пристрастий

и занятий (например, вязание или вышивка, рисование и музицирование и др.), появление необычных мечтаний и сновидений, а также изменение отношения к окружающим и собственному телу.

В течение первых 20 нед беременности женщины отличаются ранимостью. У них появляются необыкновенная чувствительность и слезливость, повышенная обидчивость и капризность, сопровождаемые огромной потребностью в добросердечном отношении и внимании. Кроме этого, беременные обычно отличаются повышенной внушаемостью и реже оказываются полностью закрыты и невнимательны к каким бы то ни было предостережениям. В импульсивности настроений женщин во время беременности проявляется включение бессознательных механизмов, регулирующих этот процесс. Такая подвижность психоэмоциональной сферы беременной диктуется потребностью в более чутком поведении с ее стороны по отношению к внешнему миру, что в какой-то степени служит гарантией безопасности будущего ребенка.

После 20 нед беременности общее состояние женщины улучшается. Многие ощущения, возникшие в первой половине беременности, такие как изменения зрительных ощущений, вкуса, сильные пищевые желания, реакции на звуки, запахи, цвета и контакты с другими людьми, ослабляются или исчезают. В отличие от предыдущего периода, у женщины может значительно возрасти творческий потенциал, в связи с чем возникает потребность в активной деятельности и может появиться сверхчувствительность по отношению к будущему младенцу. Эта способность к сверхчувствительности проявляется у беременных в сновидениях, предчувствиях и других необычайных переживаниях, а также в ощущении мысленного контакта с ребенком.

В первые 5 мес беременности у женщины может появиться неадекватная реакция на запахи, как на сильные, так и на слабые. Слабые запахи могут восприниматься во много раз острее, чем это было до беременности. Иногда запах, кажущийся окружающим незаметным, вызывает у беременной ощущение, что он не дает ей дышать.

И сильные, и слабые запахи могут явиться причиной острого дискомфорта, рвоты, головной боли и ухудшения общего самочувствия.

Беременные начинают воспринимать вкусовые качества продуктов не так, как обычно. Изменяется восприятие специфических вкусов, например вкус имбиря вместо симпатии начинает вызывать негативные эмоции или становится индифферентным.

Сладкое, соленое, горькое и кислое, как правило, воспринимаются беременными так же, как обычно, но может измениться их интенсивность либо в сторону усиления, либо в сторону ослабления. Например,

очень соленое может казаться слегка подсоленным, а слабокислое вызывать ощущение оскомины.

Изменение вкусовых ощущений во время беременности тесно связано с изменением пищевых потребностей женщин. У беременных довольно часто возникают необычайно острые пищевые желания. Отказ в реализации такого желания может стать причиной плохого самочувствия женщины, привести к возникновению у нее тошноты, рвоты и даже стать причиной подъема температуры. Однако все эти симптомы бесследно исчезают, как только острое пищевое желание удовлетворено.

Во время беременности наблюдаются повышенная тяга к кислому, очень соленому или сладкому. Возникают также желания съесть какие-либо экзотические продукты, например крахмал, мел. Обостренные пищевые желания беременной — это не фантазии, а важный сигнал организма о нехватке тех или иных веществ, необходимых для нормального развития беременности и формирования плода.

Довольно часто у беременных возникает обостренная реакция на звуки. Особенно остро воспринимаются громкие звуки, шумы, четкий однообразный ритм.

В отдельных случаях женщина может реагировать на них очень болезненно, вплоть до тошноты, рвоты и головокружения. Возможно, такая реакция связана с безусловно вредным воздействием громких шумов и звуков на плод. Помимо общей обостренной реакции на звуки, у беременных иногда наблюдается избирательная реакция на конкретную музыкальную мелодию или композицию, голос или речь (английскую, французскую и др.). Например, какая-либо мелодия становится особенно любимой, а мелодика английской речи вызывает негативные эмоции.

Нередко беременные выказывают исключительную привередливость к цветовой гамме. Как правило, женщина выделяет 1–2 цвета, которые вызывают у нее преувеличенную симпатию или антипатию. При ярко выраженной антипатии к какому-либо определенному цвету у беременной может появляться дурнота, тошнота, сопровождающаяся позывами к рвоте, нескрываемое раздражение и желание выбежать из помещения, где имеется неприятный цвет. Чаще всего неприязнь возникает по отношению к теплым насыщенным и ярким цветам: красному, желтому, оранжевому, розовому. Вызывают антипатию также грязно-синий, грязно-зеленый, черный, коричневый цвета.

Гораздо реже она проявляется по отношению к холодным цветам: зеленому, голубому, синему, фиолетовому. Обычно для беременных являются нейтральными бежевые, кремовые, белые и другие

пастельные тона. Помимо раздражения, беременные, напротив, могут проявлять необыкновенную симпатию к какому-либо цвету.

Например, женщина может неожиданно начать проявлять интерес к лимонному цвету. Эта привязанность может выражаться в длительном рассматривании вещей и предметов, окрашенных в этот цвет, стремлении носить одежду такого цвета, наклеить обои такого цвета и т.д. Это явление может быть следствием объективного воздействия цвета на организм человека, и в данном случае беременной. Воздействие больших площадей, окрашенных в яркие теплые цвета, приводит к повышению кровяного давления и учащению сердцебиения и дыхания, а значит, и к изменению самочувствия беременной в сторону улучшения или ухудшения в зависимости от ее исходного состояния.

Довольно часто во время беременности у женщин изменяется тактильная чувствительность. Это выражается в том, что они становятся более критичны к прикосновениям. Например, прикосновение к какой-либо вещи может вызывать приятные или, напротив, выраженные неприятные ощущения. Эти перемены хорошо заметны в отношении беременной к одежде: она выделяет любимые вещи, которые носит практически постоянно, и нелюбимые вещи, которые отказывается носить совсем.

Во время беременности у женщин довольно часто возникает изменение отношения к деятельности или работе, которая не является развлечением.

Это приготовление еды, рукоделие, работа на дачном участке, профессиональная деятельность и т.д. У беременной может появиться совершенное неприятие каких-либо видов деятельности, которыми она с удовольствием и без напряжения занималась до этого. Иногда неприятие какой-либо работы может стать причиной сильной тошноты и позывов к рвоте. Напротив, некоторые виды занятий могут вызывать у беременной чувство удовлетворения, и она может посвящать длительные часы работы любимому делу.

Во второй половине беременности многие женщины рассказывают, что у них установился мысленный контакт с внутриутробным младенцем. По мнению женщин, этот контакт выражается в реакции плода на их эмоциональное состояние и мысленные реплики, обращенные к нему. Например, некоторые женщины отмечают, что ребенок прекращает бурные шевеления, когда в моменты усталости они просят его успокоиться, чтобы получить возможность отдохнуть.

Многие беременные замечают, что плод реагирует на музыкальные произведения, которые они слушают, громкие звуки и поведение мужа.

Например, если муж накладывает руки на живот беременной, желая послушать биения плода, его шевеления чаще всего прекращаются. Причем это повторяется от раза к разу, и мужу так и не удается оказаться свидетелем столь замечательного явления. Кроме этого, многие будущие мамы считают, что у них существует постоянный мысленный контакт с малышом, который трудно описать. Иногда он выражается в форме диалога или обмена мыслями. Некоторые женщины говорят, что младенец отвечает на их вопросы (в частности, сообщает дату и характер родов, говорит, кто он — мальчик или девочка, и т.д.), а также предсказывает события и влияет на них.

Некоторые родители считают, что малыш выполняет их просьбы.

Довольно часто во второй половине беременности у женщин творческих профессий наблюдается необыкновенный подъем. Вопреки ожиданиям окружающих, они не оставляют свою карьеру художницы, музыканта или писательницы, а создают свои лучшие произведения и оказываются на пике своего творчества.

Иногда случается так, что во время беременности женщина испытывает необычайный творческий подъем в том направлении, в котором она не является профессионалом, и оказывается способной создать подлинное произведение искусства, например, написать или вышить картину, создать песню, написать стихи.

Во второй половине беременности, обычно после 28 нед, женщины часто видят во сне свои роды или уже родившегося ребенка. Им часто снится общение с ним и какие-то заботы, с ним связанные. Наиболее частым является сновидение, в котором женщина видит свои роды. Причем, как правило, роды видятся безболезненными и протекающими при каких-либо странных обстоятельствах. Например, роды на телеге, роды в лесу, в каком-то большом многолюдном доме и др.

Довольно часто в подобных снах собственная беременность видится в каком-либо новом необычайном ракурсе. Например, женщина может видеть себя с прозрачным животом, в котором плавает ребенок, и они общаются с ним через стенку живота. Кроме описанных сновидений беременные часто рассказывают, что им снятся сны, в точности описывающие события следующего дня или происходящие через несколько дней. Как правило, такие сновидения не носят яркий эмоциональный характер, а являются вполне обыденными и спокойными.

Во второй половине беременности у некоторых женщин появляется чувство уже виденного. Оно выражается в ощущении, будто то или иное событие уже когда-то происходило, что совершенно незнакомая обстановка, предмет, архитектурное сооружение, улица, город или

чье-то лицо кажутся уже знакомыми. Это чувство может также выражаться в том, что беременной начинают казаться родными места, в которые она попала впервые. У нее даже может появиться ощущение смутного «воспоминания» о пережитых здесь событиях. Иногда женщина пытается вспомнить что-либо более отчетливо, но, как правило, эти воспоминания оказываются неуловимыми.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ К ГЛАВЕ 2

Вопросы

- Проанализируйте психологические причины развития неблагоприятных стилей переживания беременности.
- Охарактеризуйте условия развития адекватного стиля переживания беременности.
- Дайте определение понятию «ятрогения» и приведите примеры этого явления в акушерстве.
- Выделите факторы риска для беременных, употребляющих алкоголь.
- Перечислите противопоказания для занятий гимнастикой во время беременности. Обоснуйте содержательно эти ограничения.
- Дайте определение понятиям «бондинг», «импринтинг». Охарактеризуйте психологическую взаимосвязь понятийного аппарата.
- Опишите основные механизмы возникновения страха и боли в родах.
- Опишите основные механизмы профилактики страха и боли в родах.
- Приведите аргументы и контраргументы для выбора партнерских родов.
- Оцените, к каким последствиям с точки зрения психологической готовности к материнству могут привести нарушения нормативного развития на разных этапах онтогенеза.

Задание 1

Проведите пробное диагностическое обследование беременной женщины для определения ПКГД. Опишите схематически гестационную доминанту, учитывая типы гестационного компонента (оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный) и их критерии.

Задание 2

Составьте тезисы беседы по питанию беременной в I триместре. Подготовьте аргументы для мотивации беременной на правильное питание.

Задание 3

Составьте графологическую структуру «Витамины для беременной», в которой будут отображены следующие критерии.

Витамин	Продукты, содержащие витамин	Суточная потребность	Физиологическое значение для беременной
B_1	Печень, почки...	10–20 мг	...
A	...	...	...

Задание 4

Составьте тезисы беседы «Режим труда и отдыха беременных». Подготовьте аргументы для мотивации беременной на здоровый режим труда и отдыха.

Задание 5

Составьте тезисы беседы «Гигиена беременных». Подготовьте аргументы для мотивации беременной женщины на правильную гигиену и ответственное отношение к собственному организму.

Задание 6

Создайте видеоролик «Комплекс упражнений для беременных с 1-й по 16-ю неделю».

Задание 7

Создайте видеоролик «Комплекс упражнений для беременных с 17-й по 31-ю неделю».

Задание 8

Создайте видеоролик «Комплекс упражнений для беременных с 32-й по 40-ю неделю».