

● Учебник

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»



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-6)	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

2.1. СТИЛИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

- **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.

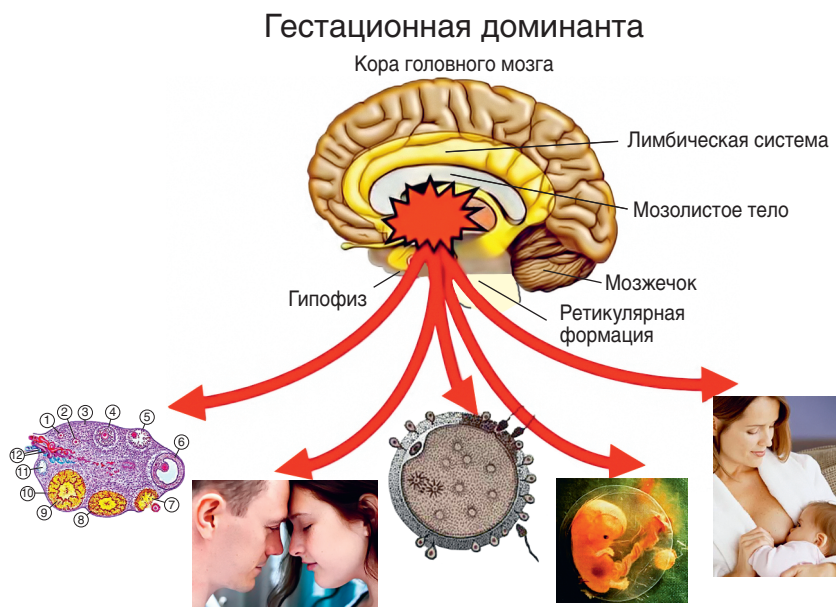


Рис. 4. Составляющие гестационной доминанты (И.В. Добряков, 2010)

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

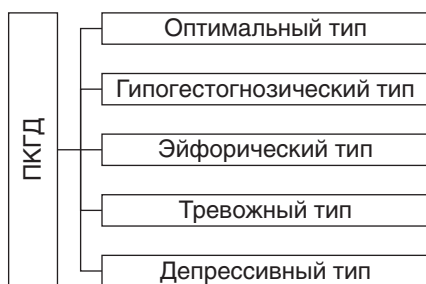


Рис. 5. Типы психологического компонента гестационной доминанты

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 неприятие 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. ιατρος — 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, свой 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 рефлексные 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 диабета. 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 развиваться 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.

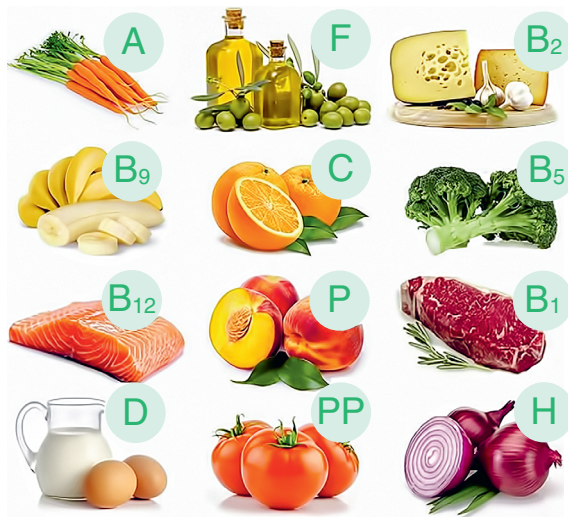


Рис. 7. Полезные продукты, содержащие витамины

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 В₁ (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 В₁

Витамин В₂ (рибофлавин) содержится в дрожжах, печени, почках, мясе, яйцах, молочных продуктах. Суточная потребность в этом витамине — не менее 2–3 мг. Витамин В₂ имеет большое значение для нормального течения беременности и родов (рис. 11).



Рис. 11. Полезные продукты, содержащие витамин В₂

Витамин В₆ (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 В₆

Витамин В₁₂ (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 В₁₂

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 РР

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-

мещах 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