

Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема до психології, реабілітації та неонатології, і може бути використана для реабілітації недоношених дітей та їх матерів.

Серед новонароджених дітей особливе місце займають діти, які народилися передчасно, тобто недоношені. В українській медицині проблема передчасних пологів і недоношеності є однією з найсерйозніших медичних і соціальних проблем [1]. Одним із напрямків виходжування недоношених дітей є проведення стандартної медикаментозної терапії та ранніх реабілітаційних заходів ще на етапі інтенсивного лікування, з застосуванням методів фізичної та психологічної реабілітації (масажу, пасивної кінезіотерапії тощо) [2]. Однак слід враховувати, що основні реабілітаційні заходи в позалікарняних умовах повинні забезпечуватись матерями, оскільки материнська турбота і піклування самі по собі є цілющими факторами для новонародженого. Однак всі способи виходжування недоношених новонароджених належать до інвазивних технологій, які потребують відповідного обладнання та кваліфікації персоналу.

Найбільш близьким по суті є "метод кенгуру" що передбачає постійний контакт матері з дитиною та безперервність їх спілкування з проведенням реабілітаційних заходів. Недоліком даного способу є те, що він виснажливий для матерів і при його застосуванні не враховується необхідність проведення реабілітаційних заходів для матерів, які потребують відновлення фізичного та психологічного здоров'я [3].

В основу корисної моделі поставлено задачу створення способу психофізичної реабілітації недоношених новонароджених та їх матерів в єдиній біо-соціальній системі "мати-дитина", в якому застосовується індивідуальна система виходжування новонароджених матерями, впровадження в практику відділення реанімації новонароджених та відділення реабілітації дасть можливість:

- формування позитивної психологічної домінанти у матері;
- навчання батьків навичкам догляду;
- формування гармонійних стосунків між матір'ю та дитиною;
- зменшення стресу для жінки, підвищення її спроможності догляду за дитиною;
- створення позитивної психоемоційної атмосфери у сім'ях;
- покращення поведінкових реакцій дитини, зменшення періодів плачу;
- скорочення перебування дітей у стаціонарі;
- зниження захворюваності;
- стимуляція фізичного, інтелектуального розвитку недоношених новонароджених;
- покращення якості життя в сім'ї.

Поставлена задача вирішується у способі психофізичної реабілітації недоношених новонароджених та їх матерів в єдиній біосоціальній системі "мати-дитина", що включає виходжування новонароджених, згідно з корисною моделлю, одночасно застосовується аудіовізуальна стимуляція для матерів за допомогою аудіовізуального плеєра з навушниками та світлодіодними окулярами синього світла з частотою 8 Гц - 10 хвилин з паралельним виконанням ними комплексів психо-кінезіотерапії щоденно по 30 хвилин, а також виконуються фізичні вправи, поступово розширюючи фізичні заходи від масажу і пасивної кінезіотерапії в перший місяць життя до активної кінезіотерапії.

На сьогодні дослідження перинатальної психології доводять необхідність гармонійного контакту матері та дитини і розглядають цю діаду як єдину біо-соціальну систему. Інформаційний зв'язок в системі мати-дитина потребує від матері підтримання оптимального фізичного та психологічного стану для забезпечення нормального розвитку немовляти [4]. Однак, жінки, що перенесли передчасні пологи, самі перебувають в постстресовому стані і таким чином утворюються два патологічних кола психофізичної дезадаптації, які перетинаються між собою: недоношена дитина потребує гармонійного контакту з матір'ю та одночасно є стрес-фактором, а мати, яка страждає від цього стресу, не може надати повноцінне піклування дитині, посилюючи виразність власних психосоматичних проблем [5].

Шляхом розв'язання цієї проблеми може стати лише поєднана система психофізичної реабілітації, в якій мати та дитина є лікувальними факторами один для одного на тлі застосування індивідуалізованих лікувально-відновлювальних комплексів, де з метою нормалізації психоемоційного стану матері використовуються седативні та антистресорні ефекти звукової та світлової стимуляції в частотному переході альфа-дельта-бета ритмів електричної активності головного мозку [6].

Спосіб здійснюється наступним чином:

96 недоношеним новонародженим та їх матерям було призначено проведення реабілітаційних заходів за вказаним комплексом.

Матері отримували сеанси аудіовізуальної стимуляції за допомогою аудіовізуального плеєра з навушниками та світлодіодними окулярами синього світла з частотою 8 Гц - 10 хвилин, 4 Гц - 10 хвилин, 14 Гц - 10 хвилин з паралельним виконанням ними комплексів психо-кінезіотерапії щоденно по 30 хвилин та виконували комплекси адаптивної психо-кінезіотерапії в ранньому післяпологовому періоді - комплекс 1-м (режим щадний, 2 рази на день по 10 хвилин), з 7- по 30 день комплекс 2-м (режим щадно-тренуючий, 2 рази на день по 20 хвилин), з кінця 1 місяця по 12 місяць комплекс 3-м (режим тренуючий, 2 рази на день, по 20 хвилин).

Комплекси для новонароджених: перший місяць життя - поступове розширення масажу від встановлення тактильного контакту до поглажувань та пасивної кінезіотерапії на суглоби кінцівок (комплекс 1-н); 2-3 місяць життя - масаж, вправи за принципами Войта-терапії, гідрокінезіотерапія (комплекс 2-н); 4-9 місяць життя - масаж, вправи за принципами Войта-терапії та Бобат-терапії, гідрокінезіотерапія (комплекс 3-н); 10-12 місяці життя - масаж, вправи за принципами Бобат-терапії, гідрокінезіотерапія, ігрова терапія (комплекс 4-н).

Суть способу ілюструється наступними прикладами:

Приклад 1

Дитина матері Лисенко О.О., 36 років, № історії 306/61. Народилася 08.02.2012 р. з масою тіла 2270,0 г, ростом 46 см, оцінкою за шкалою Апгар 4-4 бали. Клінічний діагноз: респіраторний дистрес-синдром, дихальна недостатність I, перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження нервової системи, синдром пригнічення з ліквородинамічними розладами, внутрішньошлуночковий крововилив I ст., недоношеність 33-34 тижні. Після проведення базових лікувально-профілактичних заходів було розпочато комплекс психофізичної реабілітації недоношених новонароджених та їх матерів. Мати отримувала сеанси аудіовізуальної стимуляції за допомогою аудіовізуального плеєра з навушниками та світлодіодними окулярами синього світла з частотою 8 Гц - 10 хвилин, 4 Гц -10 хвилин, 14 Гц - 10 хвилин з паралельним виконанням ними комплексів психо-кінезіотерапії щоденно по 30 хвилин та виконували комплекси адаптивної психо-кінезіотерапії в ранньому післяпологовому періоді - комплекс 1-м (режим щадний, 2 рази на день по 10 хвилин), з 7- по 30 день комплекс 2-м (режим щадно-тренуючий, 2 рази на день по 20 хвилин), з кінця 1 місяця по 12 місяць комплекс 3-м (режим тренуючий, 2 рази на день, по 20 хвилин). Комплекс для новонародженого, який народився недоношеним - контакт з матір'ю, до контакту з дитиною мати готується з психологом (позитивізація ставлення до немовляти, до радісного прийняття новонародженого "таким як він є"). Встановлення тактильного контакту та вербалізація власного ставлення до дитини. З 7 доби, при відсутності протипоказань (тяжка дихальна недостатність, тяжкі інфекційні ускладнення, шкірні захворювання), додаються вправи пасивної кінезіотерапії з підтримкою кінцівок дитини великим та вказівним пальцем матері, пресурні вправи. Мати засвоїла методи масажу та методи годування. Наступне спостереження показало гарну адаптацію матері до індивідуальної психофізичної реабілітації, ефективність виховування із задовільним збільшенням маси тіла, зниження стресового рівня у сім'ї. Мати пройшла всі необхідні обстеження, проведені курси масажу та психо-кінезіотерапії. Розвиток дитини у епікризні терміни розцінений як задовільний.

Приклад 2

Дитина матері Хохлова О.О., 27 років, № історії 2455/15. Народилася 20.12.2012 р. з масою тіла 2170,0 г, ростом 42 см, оцінкою за шкалою Апгар 5-5 бали. Клінічний діагноз: Асфіксія помірного ст., респіраторний дистрес-синдром, дихальна недостатність I ст., перинатальне гіпоксично-ішемічне ураження нервової системи, синдром пригнічення, недоношеність 35 тижнів. Після проведення стандартизованих лікувально-профілактичних заходів було розпочато комплекс психофізичної реабілітації недоношених новонароджених та їх матерів. Мати отримувала сеанси аудіовізуальної стимуляції за допомогою аудіовізуального плеєра з навушниками та світлодіодними окулярами синього світла з частотою 8 Гц - 10 хвилин, 4 Гц -10 хвилин, 14 Гц - 10 хвилин з паралельним виконанням комплексів психо-кінезіотерапії щоденно по 30 хвилин та виконували комплекси адаптивної психо-кінезіотерапії в ранньому післяпологовому періоді - комплекс 1-м (режим щадний, 2 рази на день по 10 хвилин), з 7- по 30 день комплекс 2-м (режим щадно-тренуючий, 2 рази на день по 20 хвилин), з кінця 1 місяця по 12 місяць комплекс 3-м (режим тренуючий, 2 рази на день по 20 хвилин). Комплекс для новонародженого: Комплекс для новонародженого, який народився недоношеним - контакт з матір'ю, до контакту з дитиною мати готується з психологом (позитивізація ставлення до немовляти, до радісного прийняття новонародженого "таким як він є"). Встановлення тактильного контакту та вербалізація власного ставлення до дитини. З 6 доби, при відсутності протипоказань (тяжка дихальна недостатність, тяжкі інфекційні ускладнення, шкірні захворювання), додаються вправи пасивної кінезіотерапії з підтримкою кінцівок дитини великим та вказівним пальцем матері, пресурні вправи. Мати пройшла всі необхідні обстеження, проведені курси масажу та психо-кінезіотерапії. Розвиток дитини у епікризні терміни розцінений як задовільний.

Варто відмітити, що в жодному випадку не спостерігалось погіршення стану новонароджених, виникнення невідкладної ситуації на дому. Позитивні результати впровадження способу психофізичної реабілітації у недоношених новонароджених та їх матерів у 96 недоношених новонароджених свідчать про безпечність методу, його ефективність, має сприятливий вплив на психоемоційний стан матері та сім'ї, підвищення якості життя матері і дитини.

Використання даного способу реабілітації недоношених новонароджених сприяє покращенню медичних показників якості здоров'я та життя у дітей та їх матерів, а також їх сімей, збереженню генофонду країни, рішення соціальних питань родини та суспільства, економії матеріальних, технічних та людських ресурсів.

Джерела інформації:

1. Збірник матеріалів наук. симп. з міжнар. участю "Нові технології інтенсивної терапії та виходжування новонароджених із перинатальною патологією"/ Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, каф. неонатології. - К., 2011. - 80 с.
2. Виходжування глибоко недоношених новонароджених: досягнення, проблеми та перспективи їх реабілітації/ А.С. Ліхачова, С.М. Коровай, О.С Каратай та ін. // Таврический медико-биологический вестник. - Симферополь, 2011. - Т. 14. - № 3. 4.1. - С. 147-149.
3. Куріліна Т.В. Спосіб профілактики та лікування недоношених новонароджених та дітей, які народилися з низькою масою тіла // Деклараційний патент на винахід № 68224 від 15.07.2004. - Бюл. № 7.
4. Ковальова О.М. Медико-психологічний супровід матерів під час лікування їхніх дітей у відділенні інтенсивного виходжування та реабілітації новонароджених / О.М. Ковальова, В.І. Похилько, Ю.О. Гончарова // Современная педиатрия / Гл. ред. В.В. Бережной. - К., 2003-2011 г... - № 6. - С. 55-57.
5. Васильева В.В. Особенности психоэмоционального статуса у женщин при физиологической и осложненной беременности и программа их психологического сопровождения / В.В. Васильева, В.В. Авруцкая // Психологический журнал. - 2008. - № 3, Т. 29,- С. 110-119.
6. Стеблюк В.В. Дослідження ефективності аудіо-візуальної стимуляції в лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію на фоні синдрому психоемоційного напруження / В.В. Стеблюк, В.В. Подольський // Вестник физиотерапии и курортологии - 2012. - № 1 - С. 66-68.