

4. Мотивация в маркетинге [Электронный ресурс] // Блог Тимура Асланова. — Режим доступа: <http://supersales.ru/terminy-i-opredeleniya/motivaciya-v-marketinge.html>.
5. «Ген авантюризма» чаще встречается у охотников-собирателей, чем у земледельцев [Электронный ресурс] // Веб-сайт Новости науки 6.09.10. — Режим доступа: <http://elementy.ru/news/431393>.
6. Марков А.В. Происхождение и эволюция человека. Обзор достижений палеоантропологии, генетики, эволюционной психологии. [Электронный ресурс] / А. В. Марков. — Режим доступа: http://evolbiol.ru/markov_anthropogenes.htm.
7. Luciana Tovo-Rodrigues Dopamine Receptor D4 Allele Distribution in Amerindians: A Reflection of Past Behavior Differences? / Luciana Tovo-Rodrigues, Sidia M. Callegari-Jacques, M. Luiza Petzl-Erler, Luiza Tsuneto, Francisco M. Salzano, Mara H. Hutz. // American Journal of Physical Anthropology. 2010. Advance online publication.
8. Dan Eisenberg Dopamine receptor genetic polymorphisms and body composition in undernourished pastoralists: An exploration of nutrition indices among nomadic and recently settled Ariaal men of northern Kenya / Dan TA Eisenberg // BMC Evolutionary Biology 2008. Advance online publication.
9. Гумилев Л.Н. Конец и вновь начало : Популярные лекции по народоведению. / Л. Н. Гумилев. – СПб. : СЗКЭО, Изд. Дом «Кристалл», 2002. – 416с.

Копочинська Ю.В.

Національний технічний університет України «КПІ»

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

В статті проаналізовані особливості фізичного розвитку та необхідність застосування засобів та методів фізичної реабілітації недоношених новонароджених з ознаками перинатальної патології.

Ключові слова: фізична реабілітація, недоношені новонароджені.

Копочинская Ю.В. Физическая реабилитация недоношенных новорожденных. В статье проанализированные особенности физического развития и необходимость применения средств и методов физической реабилитации недоношенных новорожденных с признаками перинатальной патологии.

Ключевые слова: физическая реабилитация, недоношенные новорожденные.

Коропчунська Y. V. Physical rehabilitation preterm infants. This paper analyzes the features of physical development and the need for tools and methods of physical rehabilitation preterm infants with signs of perinatal pathology. According to WHO over the past 10 years in Ukraine marked increase in the number of preterm infants of 10-15% in the general population of newborns. Despite medical progress in general morbidity among children born prematurely to date remains very high. Lack of efficacy of treatment of children with perinatal pathology in the hospital leads to an increase in the risk of bronchopulmonary disease, causing a delay of psychomotor development, malnutrition and other chronic diseases. In restorative treatment and rehabilitation of children with different disorders is recommended to apply massage, aërotherapy, exercise therapy, ultraviolet irradiation, therapeutic baths with enhance the overall tone, reactivity, improve tolerance to the food and improving the immune status. Traditional treatment and rehabilitation for individual nosological units do not allow for treatment of the position of a holistic approach. Therefore, in recent years, the worldwide trend observed restriction of the use of drug therapy, because of the large spread of allergic diseases and environmental pollution. In this regard, the rehabilitation of children leading role for non-medicinal methods of impact when compared with medical therapy are characterized by a delicate stress on the body. The purpose of the Early Intervention Program is to identify early on violations of child development and the creation of conditions that would facilitate the implementation of its maximum capacity in those critical early months and years of life, would help a sick child to reach the highest possible level of her.

Key words: physical rehabilitation, premature newborns.

За даними ВООЗ протягом останніх 10 років в Україні відзначається ріст чисельності недоношених дітей на 10-15% у загальній популяції новонароджених (Е. Г. Сулима, Н. М. Пясецькая, 1999; S. C. Monaghan et al., 2000). Незважаючи на прогрес медицини в цілому захворюваність серед дітей, які народилися недоношеними до сьогодні залишається досить високою (И. И. Логвинова, А. С. Емельянова, 2000; N. B. Meirowitz et al., 2001). Недоношені новонароджені з ознаками перинатальної патології належать до групи високого ризику щодо дитячої інвалідизації (А. В. Кигичак, 1998; А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов, 2000). Смертність серед недоношених дітей в Україні становить 43,5% випадків, що у 24,7 разів більш ніж серед доношених новонароджених (Д. И. Зелинская, 2000). Недостатня ефективність лікування дітей з перинатальною патологією в умовах стаціонару призводить до збільшення ризику розвитку бронхолегеневої патології, спричиняють затримку психомоторного розвитку, гіпотрофію та інші хронічні

захворювання (А. З. Печиборщ, 1998; О. Б. Надрага, 2000; O. Baud et al., 2000). Високий рівень перинатальної захворюваності серед передчасно народжених та дітей з малою масою тіла при народженні впливають на стан здоров'я і розвитку у подальші вікові періоди. Слід зазначити, що захворюваність дітей цієї категорії перевищує у 3 рази захворюваність новонароджених з масою тіла при народженні більше 2500грамів, тому що саме мало вагові новонароджені мають підвищений ризик порушення адаптації та розвитку патологічних станів у подальші вікові періоди.

Сучасні медичні технології догляду, утримання, спостереження дітей, які народилися недоношеними, пов'язані з необхідністю розробки комплексного підходу щодо застосування лікувально-реабілітаційних заходів. Підвищення ефективності реабілітації є не тільки медико-біологічною проблемою, але і важливим соціально-економічним завданням (Н. Н. Богданов, В. В. Ежов, 1996; Н. Н. Володин, співавт., 1999; S. C. Monaghan et al., 2000). Недоношені або передчасно народжені діти з'являються на світ дуже рано: - раніше 37тижнів вагітності (доношені немовлята народжуються між 37 і 42тижнями після запліднення). Діти, які народжуються раніше 24-25 тижнів вагітності, по суті не мають шансів вижити, навіть, якщо вони народжуються живими. Після 25-26 тижнів ймовірність виживання різко зростає. Ріст і розвиток недоношених дітей протікають нормально до їх народження. Але так, як у них не вистачає часу рости і розвинути повністю, вони можуть бути нежиттєздатними. Діти, які народжуються ненормально маленькими, навіть за умови нормального терміну вагітності, називаються дітьми з порушеннями дозрівання. Діти з порушеннями дозрівання й недоношені діти зазвичай важать при народженні 2200грамів. Дітей з порушеннями дозрівання часто називають «народжені для терміну» або «затримкою внутрішньоутробного розвитку» які ростуть до моменту народження повільніше нормальних дітей. Хоча такі діти не виростають до нормального зросту і ваги, вони повністю розвинені. Новонароджені можуть бути недоношеними та з порушеннями дозрівання.

Недоношені діти відстають від доношених у фізичному та інтелектуальному розвитку. Проте діти з порушеннями дозрівання зазвичай більш живі й швидко реагують і активні, ніж недоношені діти. Недоношені діти і діти з порушеннями дозрівання можуть бути дратівливими й погано їсти. Проблеми зі здоров'ям новонароджених недоношених дітей можуть сповільнювати їх ріст і розвиток. Тому до 2 років більшість недоношених дітей не тільки досягають такого ж рівня інтелектуального розвитку, як їх доношені однолітки та досягають такого ж фізичного рівня зростання й розвитку. Сьогодні 90% недоношених немовлят виростають без серйозних ускладнень. У відновлювальному лікуванні і реабілітації дітей з різною патологією рекомендується застосовувати загальний масаж, аеротерапію, лікувальну фізкультуру, ультрафіолетове опромінення, лікувальні ванни, що мають сприяти підвищенню загального тону, реактивності організму, покращанню толерантності до їжі та поліпшенню імунного статусу (Д. И. Зелінська, 1996; В. С. Улащик, 1997; В. Г. Майданник, 1999; Э. Р. Хан, Т. Б. Сенцова, 2000; Г. Н. Пономаренко, 2000). Недоношені діти першого року життя вимагають особливої уваги фахівців, регулярного спостереження педіатрами і реабілітологами (Копцева А. В., 2008). Традиційне лікування й реабілітація за окремими нозологічними одиницями не дозволяють здійснювати терапію з позиції цілісного підходу. Тому в останні роки в усьому світі простежуються тенденції обмеження використання лікарської терапії, що пояснюється значними поширеннями алергічних захворювань і забрудненнями навколишнього середовища. У зв'язку з цим у реабілітації дітей провідна роль відводиться не медикаментозним методам впливу, які у порівнянні з лікарською терапією характеризуються більш делікатними навантаженнями на організм (Яцик Г. В., 2007). Розвиток недоношеної дитини першого року життя безпосередньо залежить від правильно та своєчасно проведеної фізичної реабілітації. Тому для успішної реабілітації недоношених дітей на амбулаторному етапі необхідна єдина методологія спостереження і лікування, застосована на знаннях анатомо-фізіологічних особливостей недоношеної дитини, закономірностей нервово-психічного розвитку, термінів формування моторних навичок та точних знаннях про стан ЦНС, локалізації пошкодження й ступені порушених функцій.

Основними критеріями ефективності проведеної терапії можна вважати нормалізацію темпів фізичного, психічного і моторного розвитку та наближення скоригованого віку до фактичного за мінімально можливий час (Вернадська М. Е., 2003). Протягом останніх 10 років в Україні зростає чисельність недоношених новонароджених, захворюваність їх залишається досить високою, а смертність становить 43,5% випадків у порівнянні з здоровими новонародженими. Сучасні медичні технології догляду утримання й спостереження дітей які народилися передчасно, пов'язані з

необхідністю розробки комплексного підходу застосування лікувально-реабілітаційних заходів, що є важливим медико-біологічним та соціально-економічним завданням. Недоношені новонароджені діти першого року життя вимагають особливої уваги фахівців, регулярного спостереження за ними, не медикаментозними методами впливу на їх організм, анатомо-фізіологічних особливостей дитини. Ці діти відстають у фізичному й розумовому розвитку, дратівливі, погано сприймають їжу, що сповільнює їх ріст і розвиток. Причини недоношеності відбуваються з невідомих причин. Але статистика та медичні свідчення стверджують про такі чинники передчасних пологів: алкоголізм, наркоманія, паління, вживання ліків, фізичні й психологічні стреси, погане харчування, високий тиск, інфекційні захворювання матері тощо. Анатомо-фізіологічним особливостям недоношеної дитини характерна диспропорція окремих частин тіла. Крім зовнішніх ознак характерною є і функціональна незрілість ЦНС, органів дихання, травлення, кровообігу, імунної системи, кори головного мозку й інших регуляторних функцій тощо. На першому році життя для недоношених дітей характерні високі темпи фізичного розвитку, при умовах, постійного догляду за ними, застосування різноманітних засобів фізичної реабілітації, дотриманню санітарно-гігієнічного режиму. Останніми десятиліттями стало очевидним, що особливості харчування плоду й новонародженого можуть суттєво впливати не лише на перебіг неонатального періоду, але й на показники здоров'я і розвитку дитини значно пізніше. Особливе значення це має для глибоко недоношених новонароджених із дуже малою масою тіла у яких часто формується затримка постнатального розвитку. Саме тому забезпечення адекватного харчування цієї категорії немовлят розглядається в даний час як одна з найважливіших умов їх оптимального виходжування.

У статті викладено сучасні підходи до розуміння й вирішення цієї проблеми, включаючи можливі наслідки неадекватного харчування в неонатальний період, оцінку харчових потреб, що забезпечують недоношеним новонародженим внутрішньоутробні темпи росту та надається характеристика відповідних продуктів харчування. Одним із найважливіших положень сучасної концепції адекватного харчування глибоко недоношених немовлят є необхідність забезпечення харчових потреб які визначають внутрішньоутробні темпи росту плоду відповідного гестаційного віку. Адже 28 тижневий плід, який продовжує внутрішньоутробний розвиток потроєє масу до моменту народження у 38–40 тижні. Саме цей період вважається найважливішим етапом формування мозку (його маса збільшується у 5 разів) та інших органів дитини.

Однією з важливих клінічних проблем, що характеризує немовлят із дуже малою масою при народженні є високий ризик затримки постнатального розвитку. Недостатнє харчування у ранній постнатальний період може бути однією з причин не лише такої затримки, але й віддалених неврологічних наслідків які нерідко виявляють у цієї категорії немовлят. Удосконалення клінічної практики вигодовування глибоко недоношених новонароджених залишається важливим резервом покращення кінцевих результатів їх виходжування. Вправи лікувальної фізичної культури спрямовані на зміцнення ослаблених та розтягнення м'язів, розвиток рухових навичок за принципом онтогенетичної послідовності, покращення просторових уявлень, схеми тіла, функціонування рук, опору ніг, вертикалізації тіла. Впровадження методики "рука в руці" дозволила контролювати правильне виконання й навчання дітей фізіологічним рухам – багаторазове повторення однотипних рухів під час ЛФК, гідротерапії допомагало засвоєнню рухових функцій. Критерієм до збільшення навантаження, розширення комплексу вправ була позитивна реакція дитини на заняттях, її спокійна поведінка, усміхнене обличчя, бажання займатися. Під час занять кінезітерапії домінуючою є форма гри. Заняття проводяться перед дзеркалом з використанням звукових, музичних, яскравих іграшок. У випадку неможливості виконання дитиною самостійно певних рухових функцій та з урахуванням її хронологічного віку, виконуються дії при постійній допомозі й супроводі дорослого за методом "рука в руці". Для збільшення позитивного фону й виконання певних завдань необхідні заняття на фітболі. Вправи на м'ячі починають якомога раніше. При їх застосуванні створюються сприятливі умови для формування нормального положення хребта, дитина розслабляється, позитивно реагує на проведення заняття. Гімнастика дозволяє вирішувати такі завдання: навчання основним руховим навичкам; розвиток і вдосконалення рівноваги й координації рухів; зміцнення м'язового корсету; вироблення оптимального рухового стереотипу; стимуляція розвитку аналізаторних систем, пропріоцептивної чутливості; розвиток просторових уявлень, розуміння схеми тіла; адаптація до фізичних навантажень; проведення занять в ігровій, цікавій для дитини формі, що формувало мотивацію до виконання вправ.

Сухий басейн, який використовується під час проведення процедур ЛФК, сприяє розвитку як загальної так і дрібної моторики, рівноваги, координації руху, зменшує спастику м'язів, стимулює

функцію паретичних м'язів, збільшує мобільність суглобів кінцівок, сприяє покращенню сенсорного сприйняття (різнобарвність кульок, тактильні відчуття на все тіло). Постійна зміна положення тіла у басейні сприяє розвитку вестибулярного апарату. Під час проведення лікувальної гімнастики, слід покласти дитину в лікувальне положення, використовуючи надувні предмети (плавальні круги, валики, середнього розміру м'ячі). Різноманітність надувних пристосувань, їх яскравість, відмінність за формами, розмірами, кольорами, текстурою, збільшують зацікавленість дитини до заняття, яке перетворюється на захопливу гру та розширює уявлення дитини про навколишній світ, що є додатковим сенсорним подразником, який стимулює рухову активність і покращує психоемоційний стан дитини.

ВИСНОВКИ

1. Не дивлячись на чисельні роботи, присвячених фізичній реабілітації дітей першого року життя, проблема розробки, вдосконалення, модернізації програми фізичної реабілітації для дітей з порушеннями є досить актуальною в теперішній час. Вирішення цієї проблеми дозволить наблизитися до важко доступної мети, що полягає в призупиненні зростання захворювання та розвитку патологічних процесів у дітей і покращення загального стану у значної кількості дитячого контингенту населення України.

2. На основі аналізу наукової літератури ознайомлення з сучасними методами фізичної реабілітації недоношених новонароджених дітей та особливостями застосування масажу, ЛФК, лікувальної гімнастики, лікувального плавання й альтернативних засобів фізичної реабілітації мають позитивний характер. Тільки на першому році життя найбільш реальні можливості усунення патологічних станів, їх запобігання, неусувними в більш пізнішому віці наслідків захворювання. Така можливість обумовлена великою пластичністю організму дітей першого року життя, а при ранній цілеспрямованій й послідовній реабілітації дітей можна забезпечити відновлення здоров'я у повному об'ємі, запобігти інвалідизації.

3. Фізична реабілітація в педіатрії вивчає особливості впливів засобів фізичної реабілітації на організм хворої дитини, темпи їх зростання й розвитку при патологічних станах, процеси саногенезу, патогенетичні механізми та розробляє методики ЛФК при різних дефектах розвитку, захворюваннях дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильєва Н.А. Вплив TORCH-інфекцій на перебіг вагітності, передчасних, своєчасних пологів та перинатальну смертність плодів та дітей/ Н. А. Васильєва, С. М. Геряк, М. М. Жиліяев // Акт. питання педіатрії, акушерства та гінекології. - 2012. - № 2. - С. 60-62.

2. Грибакин С.Г. Грудное молоко для недоношенных детей: клубок противоречий/ С. Г. Грибакин, А. А. Давыдовская // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. - 2012. - Т. 91, № 1. - С. 89-95.

3. Грищенко О.В. Новые возможности пренатальной диагностики пола плода/ О. В. Грищенко, А. В. Сторчак, Н. Г. Грищенко // Здоровье женщины. - 2012. - № 3. - С. 29-32.

4. Каракушикова А.С. Особенности иммунного статуса недоношенных детей с перинатальной патологией в раннем неонатальном периоде/ А. С. Каракушикова, К. В. Рахимова, Г. М. Абдуллаева // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. - 2012. - Т. 91, № 1. - С. 20-25.

5. Комплексная диагностика и раннее функциональное лечение дисплазии тазобедренных суставов у недоношенных детей/ М. С. Каменских [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2012. - № 2. - С. 35-39.

6. Слабкий Г. Положення про педіатричне відділення лікарні відновного (реабілітаційного) лікування/ Г. Слабкий // Практика упр. мед. закладом. - 2012. - № 5. - С. 106-107.