

- развитие хирургии, непосредственно связанной с явлением трансплантации.

Именно в период становления и развития мумификации появилась идея о «переносе жизни», которая подразумевала омоложение, физическое здоровье и силы посредством различных пересадок/переливаний [5].

**Выводы:**

1. Мумификация обуславливалась очень важной для древних египтян идеей о продолжении жизни в другом мире. В связи с тем, что каждая семья хотела сделать всё возможное для комфортного пребывания в иных мирах для близкого человека – процесс мумификации развивался с колоссальной скоростью.

2. Каждому этапу мумификации уделялось большое внимание мастеров. Ни один из этапов не был чем-то обычным – и высушивание, и мумификация, и бальзамирование несли собственную сильную энергетику, основа которой была вера в бессмертие.

3. Знания, полученные в процессе мумификации, заложили основу в будущем для таких наук, как анатомия человека, химия (в основном общая). И именно в период развития мумификации зародилась идея о пересадке органов и тканей, которая в дальнейшем и развила науку о пересадке органов и тканей – трансплантологию.

**Список литературы:**

1. Китова А.О. Мумии и мумификация в культурах разных народов // Электронный журнал. – 2018. – № 4.

2. Лукас А. Материалы и ремесленные производства Древнего Египта/ пер. с англ. Б. Н. Савченко – М.: Изд-во иностр. лит-ры, 1958. – С. 228 – 253.

3. Марченко Ю. Ф. Лондонский и Лейденский папирусы: Древнеегипетские медицинские папирусы с использованием магии // Твое здоровье. – 1995. – № 4. // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://saxum.ru/610/17.htm> (дата обращения: 06.12.2020 г.).

4. Марченко Ю.Ф. Медицина в Древнем Египте // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://subscribe.ru/group/rossiya-evropa-amerika-dalee-vezde/8425635/> (дата обращения: 04.12.2020 г.).

5. Меркулов М. Медицина древнего Египта // [Электронный ресурс]: Режим доступа: [http://africana.ru/history/antique\\_monuments/egypt\\_medcine.htm](http://africana.ru/history/antique_monuments/egypt_medcine.htm) (дата обращения: 04.12.2020 г.).

**Маханёк А.А., Князев В.М.**

**СЕМЕЙНО - ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА ОТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ НА ЭТАПЕ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ**

Кафедра философии, биоэтики и культурологи

Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Makhanyok A.A., Knyzev V.M.**

**FAMILY-ORIENTED RELATIONSHIP OF THE MOTHER AND THE  
CHILD FROM PREMATURE LABOR AT THE STAGE OF THE RESCUE  
UNIT**

Department of Philosophy, Bioethics and Cultural Studies  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: makhanechek@bk.ru

**Аннотация.** В статье рассматриваются основы организации психокоррекционной помощи женщинам, которые родили недоношенных детей. Автор акцентирует внимание на том, что исследования перинатальной психологии доказывают необходимость гармоничного контакта матери и ребенка и рассматривает эту диаду как единую социо-биологическую систему.

**Annotation.** The article discusses the basics of organizing psychocorrectional care for women who have given birth to premature babies. The author focuses on the fact that studies of perinatal psychology prove the need for harmonious contact between mother and child and considers this dyad as a single socio-biological system.

**Ключевые слова:** роды, недоношенный ребенок, психокоррекция матерей, биосоциальная система «мать-ребенок».

**Key words:** childbirth, preterm infant, psychocorrection of mothers, biosocial system "mother-child".

**Введение**

Преждевременное начало родовой деятельности расценивают не как отдельную патологию, а как следствие различных осложнений беременности.

Причинами перинатальной смертности в 50-70% случаев являются осложнения, обусловленные преждевременными родами. Показатели заболеваемости и смертности недоношенных детей крайне высоки. Уход за недоношенными (масса тела при рождении – 1000-2500 г) и глубоко недоношенными (менее 1000 г) детьми высокостойкий.

По сравнению с детьми, рожденными в срок, недоношенные дети гораздо чаще страдают различными заболеваниями (например, функциональные расстройства, нарушения роста и развития) и чаще умирают.

Поэтому все усилия должны быть направлены на предотвращение преждевременным родам или пресечения. В случае, если преждевременные роды нельзя остановить или их продление целесообразным, их нужно вести в условиях, способствующих минимальному травмированию матери и плода.

**Цель исследования** - проанализировать наиболее основы организации психокоррекционной помощи женщинам с преждевременными родами.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен обзор литературы.

Преждевременные роды – это роды со спонтанным началом, прогрессированием родовой деятельности и рождением плода массой более 500 г в сроке беременности с 22 недель до 36 недель 6 дней.

Частота преждевременных родов составляет 7-10% всех родов, причем 9-10% детей рождаются в 37-й недели, 6% - до 36 й недели, 2-3% - до 33- й недели[2,4].

Факторы риска:

1. Акушерские осложнения (во время предыдущей или нынешней беременности):

- тяжелая артериальная гипертензия;
- патология плаценты (например отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты)
- плацентарная дисфункция
- преждевременное излитие околоплодных вод;
- многоводие или маловодие;
- рождения ребенка с низкой массой тела или недоношенного ребенка во время предыдущих родов;
- низкий социально экономический статус;
- возраст матери до 18 и старше 35 лет;
- низкая масса тела женщины к беременности;
- многоплодная беременность;
- короткий интервал между беременностями;
- чрезмерное увеличение массы тела женщины во время беременности;
- аборт в анамнезе
- перенесен разрыв шейки матки или матки.

2. Соматические осложнения:

- легочная или системная гипертензия;
- заболевания почек
- заболевания сердца;
- инфекционные заболевания: острая системная инфекция, инфекция мочевых путей, инфекция половых органов (например герпес, микоплазмоз, хламидиоз), внутриутробные инфекции(например,цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз), системные инфекции матери (пневмония, грипп, малярия), интраабдоминальный гнойно воспалительные процессы у беременной (аппендицит,холецистит, дивертикулит)
- злостное курение;
- алкоголизм или наркотическая зависимость;
- тяжелая анемия
- нарушение питания или ожирение;

- травма или ожог у матери.

### 3. Хирургические осложнения:

- конизация шейки матки;
- старый рубец на шейке матки или на матке;
- любые интраабдоминальные вмешательства
- врожденные аномалии половых органов двурогой матка, единорога матка или перегородка в матке;
- врожденная ИЦН [2,3].

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, недоношенным считается ребенок, родившийся в срок с 22 полного до 36 недель 6 дней (154-258 полных суток, учитывая от первого дня последней менструации).

Гестационные группы в зависимости от срока беременности.

Всех недоношенных детей для определения оптимального объема медицинских вмешательств и выхаживания разделяют на несколько гестационных групп в зависимости от срока беременности:

- дети, рожденные незначительно преждевременно или поздние преждевременные роды (от 34 до 36 недель 6 дней);
- дети, рожденные умеренно преждевременно (от 31 до 33 недели 6 дней);
- дети, рожденные значительно преждевременно или ранние преждевременные роды (от 28 до 30 недель 6 дней);
- дети, рожденные крайне преждевременно или очень ранние преждевременные роды (менее 28 недель) [5].

22-24 недели беременности – так называемая «серая зона» с неопределенным прогнозом, рекомендуется паллиативная медицинская помощь, которая обсуждается с родителями.

Новорожденный ребенок с малой массой тела при рождении, которая подлежит физиологическому уходу - это ребенок, который имеет срок гестации не менее 32 недели и массу тела при рождении не менее 1500 граммов, на момент осмотра и оценки состояния имеет следующие признаки:

- адекватно дышит или кричит;
- частота дыханий 30-60 в минуту и отсутствуют клинические проявления дыхательных расстройств;
- частота сердечных сокращений 100-160 в минуту;
- розовый цвет кожи и слизистых оболочек;
- адекватная двигательная активность;
- удовлетворительное или умеренно снижен мышечный тонус;
- обладает способностью сосать или кормиться альтернативным методом (с ложечки, шприца), обязательно наличие глотательный рефлекс;

- при условии адекватного ухода имеет температуру тела 36,5-37,5 град. С;
- отсутствуют пороки развития, которые требуют срочного медицинского вмешательства;
- отсутствуют клинические проявления инфекции[4,7].

После оценки состояния недоношенного ребенка врач - неонатолог принимает решение какой уход необходим младенцу. Ребенок или переводится в палату интенсивной терапии, или в отделение совместимых пребывания с последующим оцениванием ее состояния.

Недоношенный ребенок нуждается в дополнительном тепла и более тщательного контроля температуры тела. Контроль температуры тела ребенка проводится минимум 4 раза в сутки[6].

Температура помещения, где находится недоношенный ребенок должен быть не меньше, чем 22 - 24°С. Нормальной температурой тела ребенка является 36,5-37,5°С. Обязательным является проветривание помещения и поддержания нормальной влажности 45% - 55% [1].

Выкармливание недоношенных детей проводится с учетом гестационного возраста, степени зрелости и общего состояния. В зависимости от наличия и слаженности глотательного и сосательного рефлексов ребенка кормят грудью, альтернативным методом или через зонд.

Лучшим продуктом для вскармливания недоношенного ребенка является грудное молоко. При необходимости добавляются обогатители грудного молока или специальные молочные смеси.

Объем желудка недоношенного ребенка значительно меньше по сравнению с доношенным, поэтому прикладывать недоношенного ребенка к груди надо чаще, чем она на исключительно грудном вскармливании.

В среднем недоношенный ребенок должен набирать 15 - 30 г в сутки в зависимости от срока гестации.

Уход за недоношенным ребенком включает в себя и метод «Мать – кенгуру». Благодаря ему обеспечивается тесная психоэмоциональную связь матери и ребенка, повышается частота и продолжительность грудного вскармливания, обеспечивается поддержание температуры тела. Температура в помещении должна быть не менее 25°С[2].

Купание малыша проводят в кипяченой воде. Температура воды должна составлять 37-37,5°С, воздух в комнате - не менее 25 ° С. Продолжительность первого купания - 5 минут. После купания ребенка заворачивают в нагретую пеленку, а затем одевают в нагретую белье. Со временем, когда ребенок полностью окрепнет, достигнет шестимесячного возраста, температуру можно опустить до 35 ° С. Это можно считать закаливанием[2].

Информационная связь в системе мать-ребенок нуждается от матери поддержания оптимального физического и психологического состояния для обеспечения нормального развития младенца.

Однако, следует обратить внимание на то, что женщины, перенесшие преждевременные роды сами находятся в постстрессовом состоянии и нуждаются как медицинской, так и психологической помощи. Таким образом образуются два патологических круга психофизической дезадаптации, которые пересекаются между собой: недоношенный ребенок нуждается гармоничного контакта с матерью и одновременно является стресс-фактором, а мать, страдает от этого стрессору не может предоставить полноценное заботы ребенку, усиливая выразительность собственных психосоматических проблем[1].

Решение этой проблемы может стать только объединенная система психофизической реабилитации, в которой мать и ребенок являются лечебными факторами друг для друга на фоне применения индивидуализированных лечебно-восстановительных комплексов, что и определило цель нашего исследования: повышение эффективности мероприятий выхаживания недоношенных детей путем разработки и внедрение программы комплексной психологической коррекции в биосоциальной системе "мать-ребенок"[7].

Комплекс психологической коррекции матерей начинается в роддоме и может быть продлен в домашних условиях с периодическим контролем психолога или специалистом по реабилитации.

Психофизическая реабилитация недоношенного ребенка должна начинаться с первого контакта с мамой, даже если ребенок находится в инкубаторе или на искусственной вентиляции легких[1,2].

Начинать реабилитацию нужно по установке тактильного контакта - касаний мамой рук и ног младенца. Первые контакты важны для ребенка. Касаясь младенца мать выражает свою любовь, передает ребенку энергию для сохранения жизни. Важно, чтобы к таким контактам иметь подходила без негативных эмоций, усталости, тревоги. В этом должны помогать гимнастические упражнения и аудиовизуальная стимуляция. Прикосновения должны сопровождаться вербализацией положительных посылов: "Я твоя мама. Здравствуй. Я люблю тебя, я рядом с тобой. Мы все тебя очень долго ждали, и мы все тебя любим. Мы вместе. Мы одно целое. У нас все будет хорошо. Мы любим тебя». Ежедневные тактильные контакты матери с ребенком, сопровождающиеся положительными вербальными и ментальными посланиями, имеют целью формирования единой биосоциальной системы "мать-ребенок", в которой позитивное состояние матери передается ребенку и способствует улучшению состояния младенца[7].

В дальнейшем расширение кинетической режима в родильном доме и следующее наблюдение ребенка в кабинетах катамнестического наблюдения врача педиатра и педагога должны соответствовать основному принципу: разрешено все то, что возможно для данного возрастного периода и состояния здоровья со смещением акцентов на "возможность невозможного". При этом низкая энергетическая насыщенность контактов с небольшими по объему физическими мерами (легкий массаж, пассивная гимнастика в первый месяц

пребывания дома) должна компенсироваться их частотой и благоприятным психологическим фоном.

### **Выводы**

Таким образом, проведение психологической коррекции до родов и активная профилактика психоэмоционального состояния рожениц после родов матерей недоношенных новорожденных способствует снижению психоэмоционального напряжения матерей, создает предпосылки для налаживания отношения в биосоциальной системе "мать – ребенок". Ранняя реабилитация новорожденных повышает эффективность мероприятий выхаживания недоношенных детей. Отмечено положительное влияние на состояние новорожденных детей и сокращение сроков пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.

### **Список литературы:**

1. Добряков И.В. Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, роды послеродового периода / Сост. А.Н. Васина. М.: Изд-во УРАО, 2005. С.38 – 41.
2. Знаменская Т.К., Зброжик Е.В. Психологические аспекты взаимодействия медицинского персонала при оказании специализированной помощи // Приложение к журналу перинатология и педиатрия. 2010. №4(44). С.92
3. Марковская Т.В., Михалевич С.И., Якутовская С.Л., Мардас А.В., Марковская К.С. Возможности современного акушерства при преждевременных родах // Проблемы статьи и обзоры. – 2015. С.
4. Нечунаева А.Н., Ботоева Е.А., Батарова В.Э., Сунграпова Э.Д., З.Б. Шагжина. Преждевременные роды // Вестник Бурятского государственного университета медицина и фармация. – 2018. С. 52-58.
5. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) от 17 декабря 2013 года в зависимости от гестационного возраста (№15-4\10\2-9480).
6. Ткаченко В.Б., Писарева С.П. Влияние комплексной программы психосоматической реабилитации на состояние плода у беременных групп риска развития преэклампсии // Актуальные проблемы перинатологии и психологии родительства. Тематический выпуск журнала «Практическая психология». М. № 2 (36). 2008. С. 83-85
7. Pellegrino E. D. The Philosophy of Medicine Reborn / Под ред. Н. Т. Engelhardt и F. Jotterand. — Reprint. — University of Notre Dame Press, 2008. — 451 p. — ISBN 9780268038342.