

# Метод Кенгуру

## Практическое руководство



Департамент репродуктивного здоровья и исследований. Всемирная  
Организация здравоохранения. Женева

## Метод кенгуру

© World Health Organization 2003

All rights reserved. Publications of the World Health Organization can be obtained from Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications - whether for sale or for noncommercial distribution - should be addressed to Publications, at the above address (fax: +41 22 791 4806; email: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

The World Health Organization does not warrant that the information contained in this publication is complete and correct and shall not be liable for any damages incurred as a result of its use.

# СОДЕРЖАНИЕ

## ГЛОССАРИЙ

## АББРЕВИАТУРА

<b>1. Вступление</b>	6
1.1 Проблема – улучшение ухода за маловесными детьми	6
1.2 Метод Кенгуру – суть и значение	7
1.3 О чем этот документ?	8
1.4 Для кого этот документ?	8
1.5 Практическое применение этого документа	8
<b>2. Доказательства эффективности</b>	9
2.1 Смертность и заболеваемость	10
2.2 Грудное вскармливание и рост	12
2.3 Температурный контроль и метаболизм	11
2.4 Другие последствия и эффекты	13
2.5 Необходимость исследований	14
<b>3. Необходимые условия</b>	15
3.1 Окружающая обстановка	15
3.2 Стратегия	16
3.3 Персонал	16
3.4 Мать	17
3.5 Помещение и оборудование	17
3.6 Кормление детей	20
3.7 Выписка и домашний уход	22
<b>4. Практическое руководство</b>	23
4.1 Когда начинать МК	23
4.2 Инициация МК	25
4.3 Позиция Кенгуру	25
4.4 Уход за ребенком в позиции Кенгуру	27
4.5 Продолжительность МК	28
4.6 Мониторинг состояния ребенка	29
4.7 Кормление	33
4.8 Мониторинг роста	39
4.9 Неадекватная прибавка в весе	41
4.10 Профилактическое лечение	42
4.11 Стимуляция	42
4.12 Выписка	42
4.13 Применение МК в домашних условиях	44
<b>ССЫЛКИ</b>	45

**ПРИЛОЖЕНИЯ** 48

I	Записи и индикаторы	48
II	Вес при рождении и гестационный возраст	50
III	Сдерживающие факторы	51

**ТАБЛИЦЫ**

1.	Влияние МК на грудное вскармливание	14
2.	Ежедневный объем молока (или жидкости) требуемый в зависимости от веса и возраста ребенка	40
3.	Примерный объем грудного молока необходимый на каждое кормление в зависимости от веса и возраста ребенка	
4.	Перцентильная (от 10 до 90) шкала оценки веса новорожденного согласно гестационного возраста	53
5.	Применение МК	54

**ИЛЛЮСТРАЦИИ**

1	Расположение ребенка на груди	20
2	Приспособления для ношения ребенка	21
3	Одежда ребенка для МК	21
4a	Положение ребенка для МК	27
4b	Ребенок в позиции МК	28
4c	Размещение ребенка в перевязи и вынимание из нее	28
5	Сон и отдых во время МК	30
6	Участие отца в МК	31
7	Кормление грудью во время МК	36
8	Кормление через зонд во время МК	41

**СОКРАЩЕНИЯ**

МВР	Малый вес при рождении
МК	Метод Кенгуру
РКИ	Рандомизированное контролируемое исследование
РДС	Респираторный дистресс синдром

**ГЛОССАРИЙ**

Термины расположены в алфавитном порядке в разбивке по ключевым словам.

**Возраст**

**Хронологический возраст:** возраст с даты рождения

**Гестационный возраст:** длительность гестации начиная с последнего менструального периода.

**Пост-менструальный возраст:** гестационный возраст плюс хронологический возраст.

**Роды**

**Срочные роды:** произошедшие между 37 и 42 неделями гестационного возраста

**Преждевременные роды:** произошедшие до 37 недель гестационного возраста

**Запоздалые роды:** произошедшие после 42 недель гестационного возраста

### Вес при рождении

**Маловесный ребенок:** ребенок с весом при рождении меньше чем 2500 г (до и включая 2499 г) независимо от гестационного возраста.

**Очень маловесный ребенок:** ребенок с весом при рождении меньше чем 1500 г (до и включая 1499 г), независимо от гестационного возраста.

**Экстремально маловесный ребенок:** ребенок с весом при рождении меньше чем 1000 г (до и включая 999 г), независимо от гестационного возраста.

С целью более глубокого клинического анализа, в этом руководстве используются разбивки, которые могут отличаться от традиционных.

### Температура тела

**Гипотермия:** температура тела ниже 36.5°C

### Рост

**Задержка внутриутробного развития:** замедленное развитие плода в следствии эмбриональных расстройств, состояния матери (например истощение) или плацентарной недостаточности .

### Молоко/кормление

**Переднее молоко:** грудное молоко, которое выделяется начале кормления.

**Заднее молоко:** грудное молоко, оставшееся в груди после кормления или сцеживания (заднее молоко калорийнее и жирнее чем переднее молоко)

**Альтернативный метод кормления:** кормление не непосредственно грудью, а сцеженным молоком из чашки или через зонд; сцеживание грудного молока прямо в рот младенцу.

### Недоношенный/доношенный ребенок

**Недоношенный ребенок:** ребенок рожденный до 37 недель гестационного возраста.

**Недоношенный ребенок соответствующий гестационному возрасту (СГВ):** ребенок, родившийся преждевременно с весом между 10 и 90 перцентилями для его гестационного возраста.

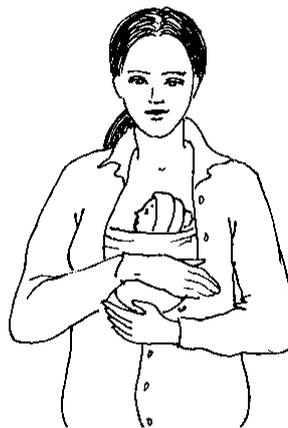
**Недоношенный ребенок меньше гестационного возраста (МГВ):** ребенок, родившийся преждевременно с весом ниже 10 перцентилей для его гестационного возраста .

**Доношенный ребенок меньше гестационного возраста (МГВ):** ребенок , рожденный в срок весом ниже 10 перцентилей для его гестационного возраста.

**Маловесный ребенок:** в этом руководстве, ребенок, рожденный преждевременно и с низким весом.

**Стабильный недоношенный или маловесный ребенок:** новорожденный ребенок, чьи жизненно важные функции (дыхание и кровообращение) не требуют постоянной медицинской поддержки и мониторинга и состояние которого не может неожиданно и быстро ухудшиться, независимо от имеющегося заболевания.

## 1. Вступление



### 1.1 Проблема – улучшение ухода за маловесными детьми

В мире ежегодно рождается около 20 миллионов маловесных (МВР) детей по причине преждевременных родов или же задержки внутриутробного развития. Этот процесс в основном характерен для развивающихся стран. Эти страны обеспечивают высокий уровень неонатальной смертности, частота и распределение которой находятся в соответствии с уровнем бедности.<sup>1, 2</sup> Маловесные и недоношенные дети, таким образом, ассоциируются с высоким уровнем неонатальной и младенческой смертности и заболеваемости.<sup>3, 4</sup> Из 4 миллионов неонатальных смертей, маловесные и недоношенные дети составили более пятой части.<sup>5</sup> Поэтому должный уход за такими детьми является обременительной нагрузкой на системы здравоохранения повсеместно.

В развитых государствах основной причиной малого веса при рождении в основном является недоношенность. Этот показатель снижается благодаря улучшению социально-экономических условий, стиля жизни и питания, что ведет к более здоровым беременностям, совершенствованию технологий неонатального ухода, повышению профессиональных качеств медицинских работников.<sup>6-8</sup>

В менее развитых странах высокий уровень малого веса при рождении происходит за счет преждевременных родов и задержки внутриутробного развития. Эти два фактора имеют очень медленную тенденцию к уменьшению. Поскольку причины тому в основном неизвестны - эффективные вмешательства ограничены. Более того, современные технологии или отсутствуют или не могут применяться должным образом из-за нехватки квалифицированного персонала. Например, даже если есть инкубаторы, их количество может быть недостаточным, или их могут недостаточно хорошо дезинфицировать. Покупка оборудования и запасных частей, их ремонт и обслуживание является сложным и дорогим процессом. Электроснабжение – нестабильно и поэтому оборудование не работает должным образом. Все это усложняет уход за недоношенными и маловесными детьми: гипотермия и внутрибольничные инфекции широко распространены и усугубляют последствия недоношенности. Часто и во многих случаях необоснованно инкубаторы разделяют детей и матерей, лишая их необходимого контакта.

К сожалению, не существует простого решения этой проблемы, поскольку здоровье новорожденного тесно связано со здоровьем матери и той медицинской помощью, которую она получает во время беременности и родов.

Для многих маловесных недоношенных детей очень важен длительный медицинский уход. Метод Кенгуру (МК) - эффективный способ удовлетворить нужды ребенка в тепле, грудном кормлении, защите от инфекций, безопасности и любви.

### 1.2 Метод Кенгуру – суть и значение

Уход по методу кенгуру заключается в ношении недоношенного ребенка в контакте "кожа к коже" с матерью. Это эффективный, легкий в использовании метод, поддерживающий и улучшающий здоровье и благополучие недоношенных, и доношенных новорожденных. Ключевые черты:

- *ранний, длительный и непрерывный контакт кожа к коже матери и ребенка*
- *исключительно грудное вскармливание (в идеале)*
- *инициируется в роддоме и может быть продолжен дома.*
- *возможность ранней выписки для маловесных детей*
- *матерям дома требуется поддержка и наблюдение;*
- *это мягкий эффективный метод, который позволяет избежать беспокойства и волнения, характерных для ухода за недоношенными детьми в роддомах.*

Впервые этот метод был представлен Реем и Мартинесом в Боготе, Колумбии. Метод был разработан как альтернатива для неадекватного и неэффективного ухода в инкубаторах за теми недоношенными новорожденными, которым удалось преодолеть изначальные проблемы, и не требовали ничего кроме роста и кормления. Более двух десятилетий внедрения и исследований обнаружили, что МК это больше чем альтернатива ухода в инкубаторе. МК оказался эффективным для температурного контроля, грудного кормления, и формирования родственных уз для всех новорожденных независимо от окружения, веса, гестационного возраста, и клинических условий.<sup>10, 11</sup>

Большинство публикаций о МК описывает опыт родильных домов, где этот метод был инициирован квалифицированными медицинскими работниками. Мамы, научившиеся использовать этот метод в клинике, продолжали его дома под частым наблюдением специалистов.

Доказательства эффективности и безопасности МК имеются только для недоношенных детей без медицинских проблем, так называемых стабильных новорожденных. Исследования и опыт показывают, что:

- *МК по меньшей мере является эквивалентом традиционному инкубатору, с точки зрения безопасности и термальной защиты, если измерять показателем смертности (прим. пер. – обзор Lawn et al 2010 продемонстрировал, что МК снижает смертность детей <2000 на 51%).*
- *МК существенно снижает уровень тяжелой заболеваемости новорожденных благодаря тому, что он способствует грудному вскармливанию.*
- *МК вносит большой вклад в гуманизацию неонатального ухода, формирование родственных уз между мамой и ребенком в развитых и развивающихся странах.<sup>12, 13</sup>*
- *В этом смысле МК является современным методом ухода независимо от уровня учреждения и может быть применен даже там, где достаточно дорогой техники и обеспечивается адекватный уход.*
- *МК в домашней обстановке никогда не проходил научную оценку.*

Проводящиеся с настоящее время исследования и наблюдения оценивают эффективность этого метода там, где отсутствует возможность интенсивного неонатального ухода, и там, где должным образом подготовлен персонал к проведению МК. В этих условиях МК, примененный еще до стабилизации новорожденного, может дать лучшие шансы здорового выживания.<sup>14, 15</sup>

Это руководство описывает МК, инициированный в родильном доме и продолженный дома под наблюдением квалифицированного персонала (МК по месту жительства). Описанный в этом руководстве МК рекомендует непрерывный контакт «кожа к коже», признавая что это не всегда возможно. Принципы МК могут так же быть применены для прерывистого контакта кожа к коже при

## Метод кенгуру

условии обеспечения адекватного ухода маловесным и недоношенным детям, когда они разлучены с матерями. Было показано, что такой прерывистый контакт кожа к коже тоже приносит пользу<sup>16</sup> будучи дополненным соответствующим уходом в инкубаторе.

Проведение контакт кожа к коже может быть использовано для согревания новорожденных с гипотермией или же для поддержания температурного режима при транспортиции их в учреждения более высокого уровня помощи.<sup>17</sup>

### 1.3 О чем этот документ?

Этот документ описывает Метод Кенгуру для ухода за стабильными недоношенными и маловесными детьми (например, те которые могут дышать и не имеют серьезных проблем со здоровьем) за теми которым нужна термическая защита, адекватное питание, частое наблюдение и защита от инфекций.

Документ дает рекомендации по организации службы в учреждениях высокого уровня медицинской помощи и по внедрению МК в тех учреждениях, где ресурсы ограничены.

Где возможно, рекомендации подкреплены клиническими доказательствами.<sup>18</sup> Тем не менее, по многим положениям, особенно касающимся вторичных процедур, убедительные доказательства отсутствуют, что не является редкостью в системе здравоохранения. В этих случаях используется практический опыт медицинских работников, которые на протяжении многих лет внедряли МК. Многие из этих людей приняли участие в тщательном редактировании предыдущих версий этого документа.

Для консультации по поддержке грудного вскармливания, читайте *Консультирование по грудному вскармливанию: Учебный курс – Руководство для тренера*.<sup>19</sup> Для вскармливания детей при ВИЧ читайте *Консультирование по вскармливанию детей при ВИЧ: Учебный курс – Руководство для тренера*<sup>20</sup>

Это руководство не содержит рекомендаций по лечению маловесных детей с медицинскими проблемами. Дальнейшие рекомендации можно найти в учебнике или документе ВОЗ: *Лечение проблем новорожденных. Руководство для врачей, медсестер, акушеров*<sup>56</sup>

### 1.4 Для кого это руководство?

Документ подготовлен для медицинских работников, которые ответственны за маловесных и недоношенных детей в лечебных учреждениях первого уровня с ограниченными ресурсами.

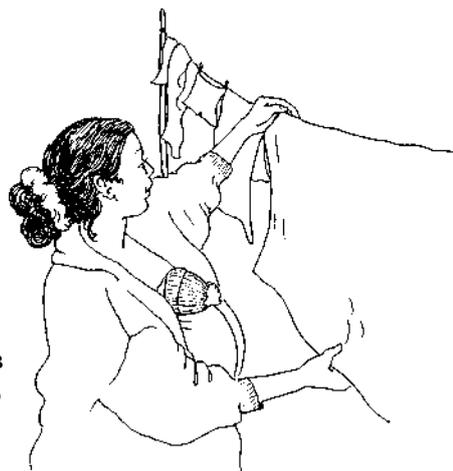
Документ не предназначен для всех потенциальных медицинских работников. Практические инструкции для отдельных категорий медицинских работников, в соответствии с уровнем заведения, должны быть подготовлены на местах.

Документ так же предназначен для людей планирующих и принимающих решения на национальном и местном уровнях. Им необходимо знать, отвечает ли МК нуждам их системы здравоохранения, достаточно ли он практичен и осуществим, и какие условия необходимы для его успешного внедрения.

### 1.5 Практическое применению данного руководства

Руководство по МК должно быть адаптировано в соответствии с местными обстоятельствами и имеющимися ресурсами на национальном и локальном уровнях. Этот документ может быть использован при разработке национальной политики, руководств, протоколов и тренинговых материалов. В существующем виде этот документ не может быть использован для проведения тренингов. Для приобретения навыков по поддержке грудного вскармливания и консультирования по вскармливанию и ВИЧ необходимы другие тренинговые материалы. Мы надеемся, что учебные заведения додипломной подготовки медицинских специалистов включают это в свои учебные программы.

## 2. Доказательства эффективности



В этой главе проведен обзор клинических доказательств по МК в развивающихся и развитых странах относительно следующих доказательств: смертность и заболеваемость, грудное вскармливание и рост, тепловая защита и метаболизм и другое. Несколько авторов<sup>12, 13, 16, 21, 22</sup> провели систематический обзор МК<sup>23</sup> Так же представлены доказательства приемлемости вмешательств для матерей и медицинских работников.

Во время наблюдений, независимо от исхода, стала очевидной важность двух моментов: время начала МК и ежедневное и общая продолжительность контакта «кожа к коже».

Время начала МК варьируется от сразу после родов до нескольких дней после родов. Позднее начало МК означает, что недоношенный, маловесный ребенок уже преодолел период максимального риска для здоровья.

Ежедневная и общая продолжительность контакта кожа к коже варьировалась от минут (например, 30 минут в день в среднем) до практически 24 часов в день; от нескольких дней до нескольких недель. Чем дольше применялся МК, тем сильнее возможная связь между МК и результатом его применения. Более того, когда МК был применен на протяжении длительного периода, уход был в основном обеспечен матерью, а не персоналом или инкубатором.

Некоторые причины, которые возможно повлияли на результаты МК:

- *позиция, в которой был расположен ребенок;*
- *изменения в типе и способе кормления;*
- *время выписки из учреждения и переход к домашнему уходу;*
- *состояние при выписке;*
- *интенсивность наблюдения, предложенная матерям и семьям после выписки;*

Много других факторов (например социальные условия, окружающая среда и уровень системы здравоохранения, особенно относительно МК) могут быть ассоциированы с позитивным эффектом внедрения МК. Очень важно разграничивать влияние этих факторов от непосредственного эффекта МК. В следующем далее обзоре мы постарались учесть эти дополнительные факторы.

Опубликованных исследований по МК в контексте распространения ВИЧ среди матерей обнаружено не было.

### 2.1 Заболеваемость и смертность

#### Клинические исследования

Три опубликованных рандомизированных клинических исследований (РКИ), которые сравнивали метод «кенгуру» с обычным уходом, проводились в странах с низкими доходами<sup>24-26</sup>. Результат не показал различий по выживаемости детей в этих двух группах. Почти все смерти в 3-х исследованиях произошли перед тем, как состояние детей с малой массой тела было стабилизировано, и эти дети были вовлечены в исследования. Дети с весом меньше 2000г были вовлечены в исследования по истечению 3-14 дней пребывания на обычном уходе на 3м уровне оказания помощи. Дети на методе «кенгуру» пребывали в клинике до необходимых критериев выписки, так же, как и дети контрольной группы в двух исследованиях<sup>24, 26</sup>, в то время как в 3-м исследовании они были выписаны раньше с последующим тщательным амбулаторным наблюдением<sup>25</sup>. Периоды наблюдений длились один<sup>26</sup>, шесть<sup>24</sup> и двенадцать<sup>25</sup> месяцев соответственно.

РКИ, проводимое Слоуном и коллегами в Эквадоре, показало самый низкий уровень заболеваемости среди детей на методе Кенгуру (5%), по сравнению с контрольной группой (18%)<sup>24</sup>. Размер выборки для исследования составлял 350 детей на группу с общей численностью 700 детей. Но всего лишь 603 ребенка были вовлечены в исследование. Получилось так, что отбор детей в группы был прерван, когда обнаружилась такая разница в тяжелой заболеваемости в группах. Другие контролируемые исследования, проводимые в странах с низкими доходами, не показали существенной разницы в тяжелых заболеваниях, хотя обнаружили снижение числа госпитальных инфекций и повторной госпитализации в группе, получающей уход по методу Кенгуру. Камбарами и коллеги из Зимбабве также указали на снижение госпитальных инфекций<sup>27</sup>. Страны с высокими доходами не показали разницы в заболеваниях. Однако было показано, что контакт кожа к коже не ассоциируется с каким-либо дополнительным риском инфекции<sup>24-27</sup>.

Обзорные исследования показали, что МК может повлиять на снижение заболеваемости и смертности среди недоношенных/ маловесных детей. Рей и Мартинес<sup>9</sup> в своих ранних работах, указывали на увеличение уровня выживаемости от 30% до 70% среди детей весом от 1000г до 1500г. Однако интерпретировать их результаты сложно, поскольку числители и знаменатели, а также наблюдение за детьми в группе МК отличались от контрольной группы<sup>28</sup>. Бергман и Юрису в другом исследовании с контрольной группой в отдаленной больнице (без ухода за детьми в инкубаторах) в Зимбабве<sup>14</sup>, указывали на увеличение выживаемости от 10% до 50% среди детей весом до 1500г и от 70 до 90% в группе весом от 1500г до 1999г. Схожие результаты были получены из госпиталя 2-го уровня оказания медицинской помощи в расположенном неподалеку Мозамбике<sup>15</sup>. Разница в уровнях выживаемости произошла, скорее всего, из-за некоторых неконтролируемых составляющих. В Мозамбике и Зимбабве, МК применялся в стационарах с ограниченными ресурсами, и начинался очень рано, еще до стабилизации недоношенных и маловесных детей. В раннем исследовании Рея и Мартинеса, МК внедрялся позже, после стабилизации детей. В обоих исследованиях контакт кожа к коже поддерживался практически круглосуточно.

Шарпак и коллеги в двукогортном исследовании, проведенном в Боготе (Колумбия)<sup>29</sup>, обнаружили, что уровень всех смертей среди группы детей на методе кенгуру оказался выше (относительный рис = 1.9; 95%, конфиденциальный интервал: 0,6 to 5.8). Однако их результат изменился в пользу МК (относительный риск = 0.5, 95%б КИ: 0.2 to 1.2) после учета веса при рождении и возраста гестации. Однако разница не была статистически значимой. Эти два исследования включали детей, находящихся в 2-х стационарах 3-го уровня оказания медицинской помощи и продемонстрировали социальные и экономические различия. Здесь МК также применялся после стабилизации детей и проводился круглосуточно. В контролируемом (но не рандомизированном) исследовании, проведенном на 3-м уровне оказания помощи в Зимбабве, было замечено небольшую разницу в выживаемости детей, находящихся на методе «кенгуру». Это могло быть из-за разницы в кормлении детей<sup>27</sup>.

### Заключение

Доказательства свидетельствуют, что хотя МК не обязательно будет влиять на выживаемость детей, он не увеличивает ее. После стабилизации нет разницы в выживаемости детей, находящихся на методе кенгуру и обычным уходом. Гипотеза о том что МК улучшает выживаемость детей до их стабилизации нуждается в дополнительном солидном исследовании. Если существует такая возможности выживаемости, ее можно продемонстрировать в стационарах со скудными ресурсами, где имеется высокая смертность.

Относительно заболеваемости. Не существует солидных доказательств преимущества метода «кенгуру», но также и доказательств вреда - тоже нет. В добавление к немногочисленным опубликованным доказательствам<sup>14-15</sup>, можно подчеркнуть, что ранний контакт кожа к коже положительно влияет на детей с умеренным респираторным дистрессом<sup>30</sup>. Предупреждение перед выпиской: дети на методе кенгуру, которые выписываются в холодный сезон, более подвержены тяжелым заболеваниям, особенно инфекциям нижнего респираторного тракта, по сравнению с теплым сезоном<sup>31</sup>. В таких случаях необходимо тщательное медицинское наблюдение за детьми.

Следует заметить, что все исследования, до сего дня, проходили в хорошо-оборудованных стационарах. Все еще спорным, но, по-видимому, самым влиятельным эффектом метода «кенгуру» будет ощутим в стационарах с ограниченными ресурсами. Поэтому и существует срочная необходимость в проведении дальнейших исследований в таких стационарах. Следует сказать, что там, где существует ограниченный обычный уход за новорожденными, метод «кенгуру» предлагает хорошую альтернативу по уходу за недоношенными и

### 2.2 Грудное вскармливание и физическое развитие ребенка

#### Грудное вскармливание

Два рандомизированных исследования и когортное исследование, проведенные в развивающихся странах изучали влияние метода кенгуру на грудное вскармливание. Все три исследования показали, что метод кенгуру увеличивает продолжительность грудного вскармливания.<sup>25, 26, 29</sup> Шесть других исследований в развитых странах, где контакт кожа к коже проводился позже и был ограничен по времени, также показали благотворное влияние метода кенгуру на грудное вскармливание.<sup>32-37</sup> Результаты этих исследований суммированы в Таблице 1.

Доказано, что метод кенгуру и контакт кожа к коже оказывают положительное влияние на грудное вскармливание, также и в тех лечебных учреждениях, где метод кенгуру в меньшей степени используется для выхаживания недоношенных и маловесных детей, особенно, если эти дети выхаживаются в условиях кювеза и преимущественно вскармливаются из бутылки.

Другие исследование показали положительный эффект контакта кожа к коже на грудное вскармливание. Следовательно, можно ожидать, чем раньше контакт кожа к коже начинается, тем значительнее влияние на грудное вскармливание оказывается.

#### Физическое развитие ребенка

Двухкогортное исследование, проведенное в Колумбии<sup>29</sup>, показало замедление прироста массы тела у детей, которые выхаживались с использованием метода кенгуру по сравнению с контрольной группой, однако в двух когортах отмечены значительные различия, как социальные, так и экономические. В последующих РКИ<sup>25</sup> различий в физическом развитии детей до достижения возраста одного года не было замечено. В другом РКИ,<sup>26</sup> дети, которые выхаживались по методу кенгуру, показали, незначительную ежедневную прибавку в весе во время их пребывания в лечебном учреждении, но в течении и всего периода исследования их вес не отличался от контрольной группы. Подобные результаты относительно ежедневной прибавки в весе получены в Зимбабве.<sup>27</sup>

## Метод кенгуру

Таблица 1. Влияние метода кенгуру на грудное вскармливание						
Исследование	Автор	Год	Ссылка	Результат	Метод кенгуру	Контрольная группа
RCT	Charpak et al.	1994	29	Частичное или исключительное грудное вскармливание в: 1 месяц 6 месяцев 1 год	93% 70% 41%	78% 37% 23%
RCT	Charpak et al.	1997	25	Частичное или исключительное грудное вскармливание в 3 месяца	82%	75%
RCT	Cattaneo	1998	26	Исключительное грудное вскармливание при выписке	88%	70%
	Schmidt et al.	1986	32	Ежедневный объем	640 ml 12	400 ml 9
	Whitelaw	1988	33	Грудное вскармливание в 6 недель	55%	28%
	Wahlberg	1992	34	Грудное вскармливание при выписке	77%	42%
	Syffretta et al.	1993	35	Ежедневное кормление (34 недели гестационного возраста)	12	12
	Blaymore-et al.	1996	36	Грудное вскармливание при выписке Грудное вскармливание в 1 месяц	90% 50%	61% 11%
	Hurst et al.	1997	37	Ежедневный объем в 4 недели исключительное грудное вскармливание при выписке	647 ml 37%	530 ml 6%

### 2.3 Тепловая защита и метаболизм

Исследования, проведенные в развивающихся странах<sup>26</sup>, показали, что продолжительный контакт кожа к коже между матерью и ее недоношенным/маловесным ребенком, также как и МК, обеспечивает эффективную тепловую защиту и уменьшает риск гипотермии. Отцы детей, также могут эффективно сохранять тепло новорожденного ребенка<sup>38</sup>, несмотря на первоначальные выводы, что мужчины хуже обеспечивают тепловую защиту.<sup>39</sup>

Частота сердечных сокращений, частота дыхания, оксигенация, потребность в кислороде, уровень глюкозы в крови, модель сна и поведения у недоношенных/маловесных детей, которые, находились в контакте кожа к коже, были похожи и даже лучше чем у детей, которые были разделены с матерями.<sup>40-42</sup> Контакт между матерью и ребенком имеет также и другие преимущества. Например, уровень кортизола в слюне, индикатор возможного стресса, ниже у детей, которые находятся в контакте кожа к коже<sup>43</sup>. Это наблюдение согласуется с другими утверждениями, о том, что дети, которые разделены с матерями, больше плачут – как доношенные, так и с низким весом при рождении.

### 2.4 Другие эффекты

Метод кенгуру полезен как для детей, так и для родителей. Матери отмечают, что они чувствуют уменьшение стресса, ухаживая за ребенком по методу кенгуру, по сравнению со стандартными методами выхаживания. Матери, в том числе и в странах с высоким доходом, предпочитают ухаживать за ребенком с использованием контакта кожа к коже по сравнению с обычным уходом и отмечают увеличение уверенности, чувства собственного достоинства, и чувство выполненного долга. Женщины разных стран при использовании метода кенгуру, описывают повышение чувства собственной значимости, уверенности в том, что они могут сделать что-то положительное для своих недоношенных детей<sup>46-49</sup>. Отцы также отмечают, что они чувствовали себя комфортно, расслабленно, и были довольны, обеспечивая уход за ребенком по методу кенгуру.

Таким образом, метод кенгуру повышает уверенность матерей в том, что они смогут ухаживать и кормить своих маловесных и недоношенных новорожденных. Tessier и сотрудники, используя данные из РКИ, проведенных в Колумбии, сделали вывод, что МК должен поощряться, как можно раньше после рождения, поскольку он улучшает

## Метод кенгуру

психоэмоциональную связь, и матери чувствуют себя более компетентно в уходе за своими детьми.

Метод кенгуру приемлем для персонала, и при условии присутствия матерей в отделении не является сложным во внедрении. Большинство медицинских работников считают МК полезным. Медицинские работники чаще считают, что обычный кювез позволяет, лучше проводить мониторинг за больными детьми, однако они признают, что такой метод выхаживания увеличивает риск нозокомиальных инфекций и разделяет мать с ребенком. Медицинские сотрудники предпочли бы использовать метод кенгуру для выхаживания собственных недоношенных /маловесных детей.<sup>26</sup>

Незначительные капиталовложения и текущие расходы является еще одним преимуществом МК, и позволяют достичь экономии средств, как лечебного учреждения, так и системы здравоохранения в странах с низкими доходами.

Экономия может быть результатом сокращения расходов на топливо, электроэнергию, техническое обслуживание и ремонт оборудования<sup>26</sup>, а также возможного сокращения расходов на персонал, так как матери, обеспечивают большую часть ухода за новорожденным.

В Эквадоре, использование метода кенгуру по сравнению с обычным выхаживанием недоношенных с использованием инкубатора, позволило снизить затраты на одного новорожденного, в частности, связанные с снижением числа повторных госпитализаций.

Снижение затрат также может быть частично связано с сокращением сроков пребывания в стационаре детей, которые выхаживаются, с использованием МК. Уменьшение расходов отмечено в странах как с низким так и высоким уровнем доходов<sup>33, 35, 46</sup>. Общие и текущие сбережения могут быть более существенными на третьем уровне оказания помощи, чем в учреждениях первого уровня оказания помощи.

### 2.5 Необходимость исследований

Существует необходимость дополнительных исследований преимуществ МК над другими методами, в частности:

- *эффективность и безопасность МК до стабилизации в учреждениях с очень ограниченными ресурсами (например при отсутствии инкубаторов и другой дорогостоящей техники и технологии)*
- *грудное вскармливание и пищевые добавки для маловесных детей меньше чем 32 недели гестационного срока*
- *простые и надежные методы мониторинга состояния детей, к которым применен МК, особенно контроль дыхания и кормления*
- *МК для маловесных детей весом меньше 1000 г и новорожденных в критическом состоянии.*
- *МК для специфичных условий, например при очень холодном климате или в лагерях беженцев*
- *культурные и управленческие барьеры, затрудняющие внедрение МК так же как и вмешательства которые могут благоприятствовать внедрению МК в частности в учреждениях с очень ограниченными ресурсами.*
- *Применение МК для маловесных и недоношенных детей, рожденных дома без помощи квалифицированного персонала и без возможности перевода в медицинское учреждение соответствующего уровня ухода.*

Последняя упомянутая ситуация может являться основным источником неонатальной и перинатальной смертности и заболеваемости. Клинические доказательства преимуществ МК для маловесных и недоношенных детей относятся к детям, рожденным при помощи квалифицированного медицинского персонала в медицинских учреждениях с последующим

## Метод кенгуру

наблюдением дома. Доказательства не распространяются на детей рожденных дома. Необходимы так же четкие доказательства безопасности и устойчивости применения МК для детей, рожденных дома. Тем не менее, не существует доказательств вредности или меньшей надежности МК по сравнению с существующими практиками. Возможно, будет целесообразным рекомендовать применение МК в домашних условиях для маловесных или недоношенных детей, рожденных дома при отсутствии возможности перемещения их в больницу (если только другие исследования не обнаружат большую эффективность других методов). При разработке таких рекомендаций необходимо учитывать в них местные особенности и местные усилия для улучшения акушерского ухода на дому.

### 3. Необходимые условия



Самые важные компоненты метода выхаживания «кенгуру» – это мать ребенка, специально обученный персонал и поддерживающее окружение. Необходимые условия, описанные в этой главе - это сформулированные правила, организация служб поддержки и патронажа, оборудование и расходные материалы для матерей и детей, обученный персонал в отделениях. Некоторые распространенные проблемы, с которыми сталкиваются при внедрении метода выхаживания «кенгуру», и возможные их решения описаны в Приложении 3.

Новорожденных с крайне низкой массой тела и тех детей, у которых есть медицинские осложнения, лучше стабилизировать в инкубаторах. Как только их общее состояние улучшится, и им уже не нужен будет интенсивный медицинский уход, а только тепло, защита от инфекций и адекватное питание для обеспечения роста, метод «кенгуру» может быть оптимальным выбором.

#### 3.1 Место

Метод «кенгуру» может быть внедрен в различных медицинских учреждениях и на разных уровнях оказания медицинской помощи. Самые распространенные варианты описаны ниже:

##### **Родильные отделения**

Небольшие родильные отделения, в которых происходит несколько родов в день. В этих родовспомогательных учреждениях обычно работают квалифицированные акушерки, но часто в них нет врачей, не хватает специального оборудования (инкубаторов и источников лучистого тепла) и медикаментов и специального питания (кислород, лекарства, смесь для вскармливания недоношенных детей) для того, чтобы выхаживать недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении. При возможности таких детей переводят в медицинские заведения более высокого уровня оказания помощи, в иных же случаях дети остаются со своими матерями и их рано выписывают домой. Гипотермия, инфекции, проблемы с дыханием и кормлением являются причинами высокой смертности среди таких детей.

##### **Медицинские учреждения более высокого уровня оказания помощи**

В эту категорию попадает широкий спектр специализированных отделений в районных и областных больницах. Общая их черта – наличие квалифицированного персонала

## Метод кенгуру

(специализированные медсестры и акушерки, педиатры, акушеры-гинекологи или по крайней мере, опытные врачи общей практики). Имеются базовое оборудование и материалы для специализированного неонатального ухода. Тем не менее, в реальности персонала и оборудования часто не хватает: компетентные врачи часто работают всего несколько часов в день, новорожденных с низкой массой тела держат в больших общих палатах детских отделений, а иногда и в отделениях с пациентами постарше. Матери не могут быть вместе со своими детьми, у них возникают трудности с установлением и поддержанием лактации. Смертность новорожденных может быть высокой по тем же причинам. Распространенной проблемой может быть также отказ от детей в роддоме.

Есть лечебные заведения, промежуточные между двумя типами медицинских учреждений, описанных выше, где обученные медработники тоже могут внедрять уход по методу «кенгуру».

### **3.2 Правила и протоколы**

Внедрение МК и его протокол должны быть поддержаны руководством на всех уровнях. Это включает главврача больницы и руководителей системы здравоохранения на районном, областном и региональном уровнях.

Национальные правила и протоколы обеспечивают последовательную и эффективную интеграцию МК в уже существующую структуру системы здравоохранения и в обучение медицинских работников.

Оптимальным местом для преждевременных родов является медицинский центр, где ребенок может получить необходимый специальный уход и медицинскую помощь в случае возможных многочисленных осложнений. Поэтому, если ожидаются преждевременные роды, мать необходимо перевести в такое лечебное учреждение еще до рождения ребенка. Если транспортировка *in utero* невозможна, детей с экстремально низкой массой тела при рождении или детей с низкой массой тела с медицинскими осложнениями необходимо перевести в такое лечебное учреждение как можно быстрее после рождения. Система перевода должна быть организована так, чтобы обеспечить максимальную безопасность ребенка.

Должны быть разработаны национальные стандарты и протоколы по уходу за детьми с низкой массой тела, включая детей с экстремально низкой массой тела при рождении и маловесных детей с медицинскими осложнениями, после того как они стабилизированы и преодолели первоначальные проблемы. В стандартах должны со содержаться четкие критерии для наблюдения и оценки. Лучше всего, чтобы они разрабатывались соответствующими профессиональными группами с участием родителей. Более того, протоколы на местах будет легче внедрять, если будут существовать четко определенные национальные правила и руководства.

Постоянное наблюдение и оценка в соответствии с установленными критериями помогают улучшить практики и методологию, а также проводить исследования, которые помогут оптимизировать метод.

Каждое учреждение, внедряющее метод кенгуру, в свою очередь должно иметь правила, оформленные в письменном виде, и руководства, адаптированные к местным условиям и культуре. Эти правила и руководства будут более эффективны, если они будут приняты путем консенсуса, если возможно, с участием всего персонала, и будут базироваться на национальных или международных рекомендациях. Протокол должен охватывать МК, как показано здесь, и, конечно, последующее наблюдение. Он может также быть дополнен подробными инструкциями по общим вопросам (например, гигиена матерей и персонала) или по проблемам, которые часто встречаются у недоношенных детей (например, профилактика и лечение инфекций). Ежемесячные встречи персонала после внедрения протокола по методу

## Метод кенгуру

кенгуру будут полезны для того, чтобы обсудить и проанализировать данные и возникающие проблемы, а также для улучшения протокола, если это необходимо.

### 3.3 *Подбор персонала*

Для МК не нужно больше персонала, чем при традиционном уходе. Имеющийся персонал (врачи и медсестры) должен пройти базовое обучение по грудному вскармливанию и адекватное обучение по всем аспектам МК, перечисленным ниже:

- *когда и как начинать МК;*
- *как расположить ребенка между кормлениями и во время кормления;*
- *кормление маловесных и недоношенных детей;*
- *грудное вскармливание;*
- *альтернативные методы кормления до тех пор, пока непосредственное грудное вскармливание не станет возможным;*
- *включение матери во все аспекты ухода за ее ребенком, в том числе наблюдение за состоянием ребенка и за признаками опасности;*
- *своевременные и адекватные действия, если обнаружена проблема или мать чем-то встревожена;*
- *решение о выписке;*
- *способность поддержать и ободрить мать и семью.*

В каждом учреждении должна быть программа постоянного обучения в области МК и грудного вскармливания. Медицинские училища и ВУЗы должны как можно скорее включить МК в программу обучения.

### 3.4 *Матери*

Исследования и опыт показывают, что матерям нравится МК, как только они познакомятся с ним. Поэтому необходимо рассказать матери недоношенного ребенка о МК сразу же после родов и предложить ей его как альтернативу обычным методам выхаживания, когда ребенок будет готов. Поскольку МК предполагает постоянное присутствие матери, может быть полезным объяснить ей преимущества каждого метода выхаживания и обсудить с ней возможные варианты ухода за ребенком. Надо дать матери время и возможность обсудить использование МК с семьей, поскольку это может означать более длительное пребывание матери в больнице, продолжение МК дома и регулярные последующие визиты в клинику. Если возникают препятствия, обсудите их и постарайтесь вместе с семьей найти решение, прежде чем отказаться от МК. Также мать нуждается в полной поддержке медработников для того, чтобы полностью взять на себя уход за своим маловесным ребенком.

Теоретически возможно полностью наладить МК с человеком, заменяющим мать (например, с бабушкой ребенка), но практически это может быть сложно.

### 3.5 *Помещения, оборудование и материалы*

Для МК не нужны специальные помещения, но простые изменения могут сделать пребывание матери в клинике более комфортным.

#### **Потребности матери**

Нужны комнаты на 2 или 4 женщины, достаточно просторные, где матери могут находиться днем и ночью, жить там с ребенком и делиться опытом с соседками по палате, поддерживать друг друга, при этом у матерей должна быть возможность принимать родных и друзей так, чтобы не тревожить остальных. В комнате должны быть удобные кровати и стулья для матерей, если возможно, с регулируемым наклоном спинки или с достаточным количеством подушек, чтобы мать могла сидеть или полулежать во время отдыха и сна. Шторки могут

## Метод кенгуру

помочь обеспечить приватность в комнате на несколько человек. В помещении должно быть достаточно тепло для детей с низкой массой тела (22-24°C). Матерям также нужны помещения для личной гигиены, с водопроводной водой, мылом и полотенцами. Матерей необходимо хорошо кормить, у них должна быть возможность принимать пищу с ребенком в кенгуру-позиции. Еще одна теплая небольшая комната может использоваться для индивидуальной работы с матерями, обсуждения личных и конфиденциальных вопросов и для осмотра детей. В отделении должна приветствоваться политика открытых дверей для отцов новорожденных, а также для старших детей в семье.

Для поддержания гигиены матерям достаточно принимать душ или купаться один раз в день; обязательно тщательно мыть руки после посещения туалета и смены подгузника ребенку. У матерей должны быть возможность переодеваться или стирать одежду во время своего пребывания в отделении выхаживания по методу кенгуру.

Для матерей в отделении МК могут быть организованы развлекательные, образовательные и даже направленные на зарабатывание денег мероприятия, чтобы предотвратить или уменьшить неизбежную фрустрацию женщин из-за оторванности от семьи и пребывания в лечебном учреждении. Однако важно не шуметь во время таких мероприятий, чтобы не тревожить новорожденных. Следует разрешать матерям свободно перемещаться днем по лечебному учреждению и, если возможно, выходить на прогулку на улицу, при условии, что они соблюдают правила для пациентов и регулярно кормят своих детей. Персонал должен использовать длительное пребывание матерей в больнице (и частые встречи после выписки), чтобы обучать матерей по вопросам здоровья детей и самих матерей.

Курящих матерей следует отговаривать от курения во время проведения МК и поддерживать их попытки бросить курить. Посетителям надо запрещать курить там, где находятся младенцы, и это правило должно быть при необходимости дополнительно усилено.

Визиты отцов и других членов семьи во время длительного пребывания матери в больнице должны быть разрешены и всячески поощряться. Родственники иногда могут помогать матери, подменяя ее для контакта «кожа к коже», чтобы мать могла отдохнуть.

Матерям важна приватность во время кормления, личных гигиенических процедур и во время посещения родственников.



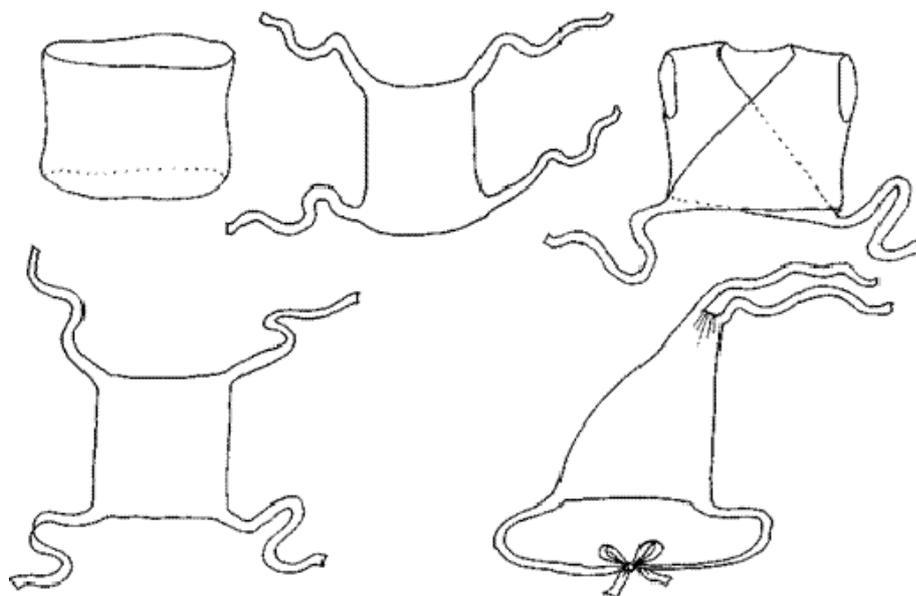
*Рис.1 Так держат детей на груди*

### *Одежда для матери*

Мать может носить ту одежду, в которой ей удобно и тепло, при условии, что одежда позволяет надежно и безопасно устроить ребенка на себе в контакте «кожа к коже». Какая-то специальная одежда не нужна, кроме случаев, когда традиционная одежда матерей слишком тесная.

### *Поддерживающая перевязь*

Это единственный специальный предмет, который нужен для МК. Он помогает матерям безопасно держать ребенка все время прижатым к их груди (Рис. 1). Для начала можно просто взять квадратный кусок мягкой ткани со стороной 1 метр, сложить его вдвое по диагонали и закрепить его концы надежным узлом или просто у матери в подмышках. Позже вместо этой ткани можно использовать приспособление типа перевязи для ношения ребенка, которое выберет мать (Рис. 2). Все эти варианты оставляют обе руки матери свободными и позволяют ей свободно передвигаться во время контакта «кожа к коже» с ребенком. В некоторых лечебных учреждениях предпочитают использовать какой-то один тип перевязи, жилета или рубашки для ношения ребенка



*Рис.2 Приспособления для ношения ребенка.*

### **Потребности ребенка**

Когда ребенок получает непрерывный уход МК, ему не надо никакой дополнительной одежды по сравнению с ребенком, которого выхаживают обычным методом. Если уход МК не является непрерывным, в те моменты, когда ребенок не находится на теле взрослого, ребенка необходимо укладывать в теплую кроватку и укрывать одеялом.

### *Одежда для ребенка*

Когда температура окружающей среды составляет 22-24°C, ребенка носят на себе в положении кенгуру одетым только в подгузник, теплую шапочку и носочки (Рис.3). Если температура окружающей среды падает ниже 22°C, ребенок должен быть дополнительно одет в хлопчатобумажную, открытую спереди распашонку без рукавов, что позволит лицу, груди, животу, рукам и ногам ребенка оставаться в контакте кожа к коже с телом матери. Мать укрывает ребенка у себя на груди своей обычной одеждой.



**Рис.3 Ребенок, одетый для МК**

### Другое оборудование и материалы

Они такие же, как при традиционном уходе, и перечислены здесь для удобства:

*термометр, который может измерять температуру тела от 35°C;*

*весы, в идеале для новорожденных с ценой деления 10 граммов;*

*набор базового реанимационного оборудования для новорожденных и кислород, если возможно;*

*лекарства для лечения и профилактики распространенных проблем у недоношенных детей, соответственно местным протоколам. Иногда нужны специальные препараты, но в этом руководстве не даются рекомендации по ним. Данное руководство не рассматривает лечение медицинских проблем.*

### Ведение записей

Для каждой пары мать-ребенок необходима форма наблюдения, в которой ежедневно будут вноситься наблюдения за состоянием ребенка, информация о динамике веса и питании, а также инструкции по наблюдению за ребенком и рекомендации для матери. Точное ведение стандартизированных форм наблюдения – ключ к хорошему индивидуальному уходу, а точные стандартизированные индикаторы – ключ к точной оценке эффективности внедрения программы

Книга записей должна содержать базовую информацию обо всех младенцах и типе ухода, который они получают. Эта книга предоставляет информацию для мониторинга и периодической оценки эффективности программы. В Приложении 1 есть пример формы наблюдения, которая может использоваться в этих целях, и который можно адаптироваться для различных типов медицинских учреждений. Собранные таким образом данные должны позволять регулярное (например, ежеквартальное и ежегодное) суммирование и обработку важных индикаторов, также перечисленных в Приложении 1.

### 3.6 Кормление детей

Молоко матери подстраивается под потребности ребенка, даже если роды произошли преждевременно или ребенок родился с низкой массой тела. Таким образом, грудное молоко – лучшая пища для недоношенного/маловесного ребенка, а грудное вскармливание – лучший тип кормления.<sup>51, 52</sup> Грудное молоко всегда должно рассматриваться как приоритет в питании из-за биологической уникальности «преждевременно» молока, которое изменяет свой состав, приспосабливаясь к гестационному возрасту ребенка и его потребностям.

В этом руководстве для кормления ребенка рекомендуется только молоко его матери. Хотя

## Метод кенгуру

можно использовать и пастеризованное молоко другой женщины или из банка грудного молока, рекомендации по пастеризации и организации банков молока не включены в это руководство.

Грудное вскармливание недоношенных и маловесных детей – это сложная задача, и оно становится практически невозможным, если в окружении – в больнице или дома – нет поддерживающей грудное вскармливание среды. Персонал должен разбираться в грудном вскармливании и альтернативных методах кормления и иметь навыки в помощи с грудным вскармливанием матерям доношенных детей с нормальной массой тела, прежде чем они смогут эффективно помогать матерям маловесных детей.

Цель, к которой необходимо стремиться – исключительно грудное вскармливание. МК активизирует начало и установление грудного вскармливания у маловесных детей. Тем не менее, многие дети не могут эффективно кормиться с самого начала, или же вообще не могут сосать, и нуждаются в альтернативных методах кормления. Следовательно, персонал должен помогать и обучать матерей сцеживать грудное молоко, чтобы отдавать его ребенку, и чтобы поддерживать лактацию, обучать матерей кормить ребенка из чашки и оценивать эффективность кормления. Персонал должен знать, как оценить готовность ребенка к кормлению.

Ручное сцеживание – самый простой способ сцедить грудное молоко. Для него не нужны никакие приспособления, поэтому женщина может сцеживаться в любом месте и в любое время. Ручное сцеживание молока рекомендовано и описано в этом документе.

Матерям понадобятся емкости, куда они будут сцеживать молоко: чашка, стакан, миска или банка с широким горлом.

Также для сцеживания грудного молока могут использоваться различные типы молокоотсосов:

*молокоотсос с резиновой грушей или шприцевого типа;*  
*механические (ручные или ножные) или электрические молокоотсосы.*

Они особенно удобны для женщин, которые сцеживают молоко несколько раз в сутки в течение длительного времени. Так часто бывает, если ребенок родился задолго до срока или ему требуется длительная интенсивная терапия (больше информации о молокоотсосах можно найти в курсе ВОЗ по консультированию по грудному вскармливанию<sup>19</sup>).

Чашки, зонды для кормления размерами от № 5 до № 8 и шприцы нужны для того, чтобы кормить ребенка сцеженным молоком или смесью. Вместо чашек можно использовать и другие приспособления, например, пипетки, шприцы и чайные ложки. Также эффективно использовались и народные приспособления для кормления, например, индийский паладаи.<sup>53</sup> Для хранения сцеженного молока нужен холодильник. Излишки сцеженного грудного молока можно замораживать.

Смесь для недоношенных детей должны быть в наличии для случаев нехватки грудного молока или для замещающего питания.

Медработники должны знать о местных обычаях и верованиях, вредящих здоровью детей, например таких, как отказ кормить детей молозивом или негативное отношение к маловесным и недоношенным детям («они уродливые» или «они все равно не выживут»). Медработники должны быть обучены обсуждать эти практики с матерями и их семьями и находить пути преодоления этих проблем.

### **3.7 Выписка и уход на дому**

Как только ребенок начинает эффективно питаться, удерживает стабильную температуру тела в положении «кенгуру» и набирает вес, мать и ребенка можно выписывать домой. Поскольку большинство детей будут по-прежнему недоношенными на момент выписки, нужно обеспечить регулярное наблюдение в доме матери или недалеко от него обученным профессионалом. Частота визитов может изменяться от ежедневных вначале до еженедельных и ежемесячных впоследствии. Чем лучше наблюдение после выписки, тем раньше можно выписать мать и ребенка домой. Как общее руководство, надо планировать как минимум 1 визит на каждую неделю недоношенности. Наблюдение также может осуществляться во время визитов домой к матери.

Матерям требуется свободный доступ к медработникам для получения всех типов консультирования и поддержки, имеющих отношение к уходу за их недоношенными детьми. Должен быть проведен хотя бы один патронажный визит медсестры домой, чтобы оценить условия проживания, поддержку дома и возможность матери посещать клинику для последующих осмотров.

Если возможно, необходимо привлекать общественные группы поддержки, которые могут поддерживать мать социально, психологически, помогать с домашней работой. Матери, у которых был в прошлом опыт выхаживания детей по методу «кенгуру», могут эффективно помогать другим матерям, оказавшимся в подобной ситуации.

## 4. Практическое руководство



Эта глава описывает, как практически использовать метод кенгуру в учреждениях по уходу за ребенком с низкой массой тела и когда его следует начинать. Описан каждый компонент этого ухода: тепловая защита путем правильного расположения ребенка, кормление, наблюдение за ребенком, принятие решения, когда мама и ребенок могут быть выписаны домой для продолжения использования метода кенгуру, а также последующих визитов для правильного роста ребенка и помощи матери.

### 4.1 Когда следует начинать МК?

После рождения ребенка могут возникнуть осложнения – чем более недоношен ребенок, чем меньший его вес для его гестационного возраста, тем более часто возникают проблемы. Первичная помощь для новорожденных, с какими либо осложнениями сразу после рождения оказывается в соответствии с национальными клиническими протоколами. Использование метода кенгуру должно быть отложено до улучшения состояния ребенка. Когда именно этот метод может использоваться для новорожденных с низкой массой тела, надо решать индивидуально, принимая во внимание общее состояние каждого ребенка и его матери. Хотя следует отметить, что нужно поощрять маму для ранней инициации метода кенгуру. Пределы массы тела новорожденного, представленные ниже должны использоваться как клиническое руководство.

Новорожденные с массой тела 1800г и более (гестационный возраст 30-34 недели и более) могут иметь некоторые проблемы связанные с недоношенностью, такие как респираторный дистресс синдром (РДС). Это, в свою очередь, ставит под сомнение использование метода кенгуру для тех новорожденных, которые требуют ухода и наблюдения в специализированных отделениях. В большинстве случаев метод кенгуру может использоваться как можно раньше после рождения.

У новорожденных с массой тела от 1200 до 1799г (гестационный возраст 28-32 недели), проблемы связанные с недоношенностью, такие как РДС и т.д., встречаются чаще, поэтому требуется специфическое лечение непосредственно после рождения. В таких случаях роды должны проходить в полностью оборудованном для таких новорожденных учреждении. Если роды прошли в каком-либо другом учреждении, ребенок должен быть немедленно переведен в учреждение более высокого уровня оказания медицинской помощи, предпочтительней с мамой. Наиболее лучшим методом транспортирования детей с низкой массой тела - это продолжительный контакт кожа к коже с матерью.<sup>10,54</sup> Это может занять неделю и более, когда использование метода кенгуру будет доступно. Хотя ранняя неонатальная смертность в такой группе очень высока, в основном из-за осложнений, большинство детей остаются в живых, поэтому матерей надо поощрять сцеживать грудное молоко.

## Метод кенгуру

У новорожденных с массой тела ниже 1200г (гестационный возраст ниже 30 недель) чаще возникают тяжелые осложнения в связи с преждевременными родами: смертность очень высока, и только некоторые из них преодолевают проблемы связанные с недоношенностью. Беременные с преждевременными родами до 30 недель должны быть переведены в учреждения с отделением интенсивной терапии новорожденных. Может занять недели, пока состояние ребенка позволит использовать метод кенгуру.

Ни масса ребенка при рождении, ни гестационный возраст не могут прогнозировать риск осложнений. Таблица №4 в приложении №2 показывает различие в весе между средним значением, значением 10-й и 90-й перцентилей в зависимости от срока гестации среди детей, рожденных с весом 3350 г.<sup>55</sup> Когда именно следует начинать использование метода кенгуру зависит от состояния матери и новорожденного. Каждая мама должна быть проконсультирована о преимуществах грудного вскармливания, о необходимости сцеживания грудного молока с первых суток после родов, для кормления новорожденного и для поддержания лактации.

Следующие критерии помогут определить, когда следует предложить матери использование метода кенгуру.

### Состояние матери

Все матери могут использовать МК, независимо от возраста, количества предыдущих родов, образования, религиозных предпочтений. Метод кенгуру может быть особенно полезен для юных матерей и для матерей с социальными факторами риска.

Правильно опишите всевозможные подходы этого метода матери: положение, кормление, уход в лечебном учреждении и дома, что она может делать, когда ребенок находится у нее на груди, а чего она должна избегать. Объясните преимущества этого метода для матери и ребенка, и всегда обращайтесь сначала на причины перед рекомендациями. Выбор метода кенгуру должен быть результатом информированного согласия, МК не должен восприниматься как обязанность.

Следующие моменты должны быть приняты во внимание при консультировании матерей по использованию метода кенгуру:

- *готовность: мама должна быть готова к использованию метода кенгуру;*
- *постоянная доступность ухода: члены семьи могут периодически подменять мать и осуществлять контакт кожа к коже - но они не могут кормить грудью;*
- *общее здоровье: если у мамы есть осложнения после беременности и родов, или она заболела, то нужно отложить использование метода кенгуру до ее выздоровления;*
- *быть всегда возле ребенка: мама должна либо остаться в медицинском учреждении до выписки, либо вернуться, когда ее ребенок будет готов к методу кенгуру;*
- *поддержка семьи: мать должна чувствовать поддержку и помощь с остальными обязанностями по дому;*
- *поддержка общества: это особенно важно в случаях, когда есть социальные, экономические или бытовые преграды.*

Если мама курит, посоветуйте ей как можно быстрее отказаться от курения в комнате вместе с ребенком. Объясните опасность пассивного курения для нее, ее родственников и новорожденного.

### Состояние ребенка

Практически за каждым новорожденным с низкой массой тела возможен уход с помощью метода кенгуру. Больным детям или детям, которые требуют специального лечения, следует отложить использование метода кенгуру до их полного выздоровления. На протяжении этого

## Метод кенгуру

периода ребенок должен получать лечение в соответствии с национальными клиническими протоколами.<sup>56</sup> Короткие сеансы МК можно начинать, когда ребенок все еще требует лечения (в/в введение жидкостей, кратковременную подачу кислорода низкой концентрации). Для постоянного МК, состояние ребенка должно быть стабильным, он должен дышать самостоятельно без дополнительной поддержки кислородом. Способность ребенка питаться (сосать и глотать) не является обязательным условием. Метод кенгуру может использоваться и в случае кормления ребенка через зонд. Как только ребенок начинает выздоравливать, обсудите использование метода кенгуру с матерью.

Эти основные рекомендации должны быть адаптированы к ситуации региона, системе здравоохранения, лечебному учреждению и индивидуальным особенностям. В случае ограниченных ресурсов или невозможности направления на более высокий уровень оказания медицинской помощи, при принятии решения о начале использования метода кенгуру у выздоравливающего ребенка следует рассмотреть имеющиеся альтернативные способы тепловой защиты, кормления и дыхательной поддержки.

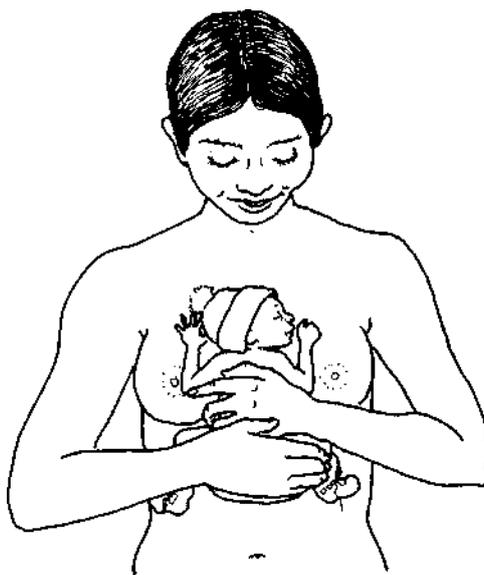
### **4.2 Начало использования метода кенгуру**

Когда ребенок готов к методу кенгуру, запланируйте с мамой время, которое будет удобно для нее и ребенка. Первый сеанс очень важен и требует времени и особенного внимания. Попросите маму одеть легкую и свободную одежду. Проведите маму в комнату, нагретую достаточно для новорожденного. Поощряйте ее привести с собой ее партнера или другого помощника, по ее желанию. Это придаст ей поддержку и уверенность.

В то время как мама держит ребенка, опишите ей каждый шаг МК, покажите, как это делается и дайте возможность ей попробовать самостоятельно. Всегда объясняйте важность каждого действия этого метода. Придайте особое значение контакту кожа к коже, поскольку это помогает согреть ребенка и защитить его от заболевания.

### **4.3 Позиция при использовании метода кенгуру**

Положите ребенка грудью к груди матери, между ее грудей, в вертикальном положении (как показано на рисунке 4а).

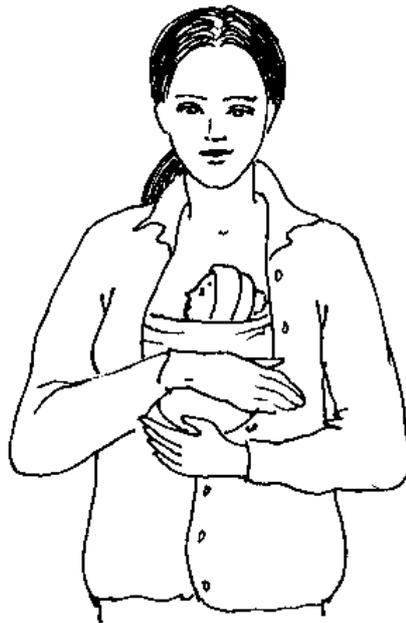


**Рисунок 4а** Размещение ребенка при использовании метода кенгуру.

## Метод кенгуру

Зафиксируйте ребенка на груди с помощью перевязи. Головка должна быть повернута в сторону, слегка запрокинута. Слегка запрокинутая головка позволяет ребенку свободно дышать и обеспечивает зрительный контакт с матерью. Избегайте наклона вперед и сильного запрокидывания головки ребенка. Бедра ребенка должны быть согнуты, как у лягушонка, ручки также должны быть согнуты (Рисунок 4а).

Плотно завяжите перевязь, так, чтобы ребенок не соскальзывал с груди матери, когда та стоит. Убедитесь, что туго натянутая часть перевязи находится над грудью ребенка. Живот ребенка не должен стягиваться перевязью и должен располагаться на уровне эпигастральной области матери. В таком положении ребенок имеет достаточно места для абдоминального дыхания. Дыхание матери стимулирует ребенка (Рисунок 4b).



**Fig. 4b Ребенок в положении кенгуру**

Покажите матери, как доставать ребенка и как снова уложить его в перевязь (Рисунок 4с). Как только мама будет знакома с техникой, ее страх повредить ребенку исчезнет.

### **Как доставать ребенка и снова укладывать его в перевязь:**

- *удерживайте ребенка одной рукой расположенной*
  - *позади шеи и на спине;*
  - *слегка поддерживайте нижнюю челюсть большим пальцем и ладонью для предотвращения соскальзывания головки вперед и обструкции дыхательных путей, когда ребенок находится в вертикальном положении;*
  - *расположите другую руку под ягодицами ребенка.*



**Fig. 4c Как доставать ребенка и снова уложить его в перевязь**

Объясните, что мама может кормить ребенка в позиции

## Метод кенгуру

кенгуру, и что МК упрощает кормление грудью. Более того, такая позиция, когда ребенок находится у груди, улучшает выработку молока.

Мама также может легко ухаживать и за двойней: каждого ребенка необходимо расположить на одной стороне груди. Мама может захотеть менять положение время от времени. Сначала мама может кормить грудью детей по очереди, а потом и обоих детей одновременно в положении кенгуру.

После того как ребенок расположен на груди у матери, дайте матери и ребенку немного спокойно побыть вместе. Оставайтесь с ними и проверяйте положение ребенка. Объясните маме, как наблюдать за ребенком, за чем необходимо следить. Поощряйте ее двигаться, ходить.

Когда Вы будете рассказывать маме про метод кенгуру, расскажите про трудности, с которыми она может столкнуться. На какое-то время ее жизнь будет постоянно «завязана» на ребенке и это может нарушить ее обычный распорядок дня. Более того, ребенок может поначалу плохо сосать грудь. В этом случае мама может кормить ребенка сцеженным молоком из чашки или другим альтернативным способом, но это будет занимать гораздо больше времени.

Подбодрите ее тем, что она может обращаться за помощью, если она расстроена, и будьте готовы ответить на ее вопросы. Отвечайте ей прямо и откровенно – она должна знать и про ограничения, которые метод кенгуру накладывает на ее ежедневную жизнь, и про всю ту несомненную пользу, которую МК принесет ее ребенку.

Опыт показывает, что большинство мам очень хотят ухаживать за детьми по методу кенгуру, особенно когда они видят, какую пользу от него получают другие дети. Матери, находящиеся вместе в одной комнате длительное время, могут обмениваться информацией, мнениями и чувствами, что безусловно поможет развить взаимную поддержку и сплоченность. После периода бессилия и фрустрации во время стабилизации состояния ребенка, мать становится основным лицом, ухаживающим за своим ребенком, и укрепляется в своей материнской роли, ощущает, что это ее ребенок, а не больницы.

### **4.4 Уход за ребенком в положении кенгуру**

Ребенок может получать необходимую помощь, включая кормление, пока он находится в положении кенгуру. Ребенка приходится вынимать из перевязи только в следующих случаях:

*смена подгузников, гигиена, уход за пуповиной; и  
осмотр медицинского персонала по расписанию или тогда, когда это будет необходимым.*

Ежедневное купание не нужно и не рекомендуется. Если все же местные обычаи требуют ежедневного купания, и этого невозможно избежать, купание должно быть коротким, и температура воды должна быть приблизительно 37°C. Ребенок должен быть сразу же обсушен, завернут в теплую одежду и возвращен в позицию кенгуру как можно скорее.

На протяжении дня мама может делать все, что ей нравится: она может ходить, стоять, сидеть, принимать участие в различных образовательных и развлекательных мероприятиях. Такие активности помогут ей с удовольствием проводить время в лечебном учреждении. Однако она должна соответствовать некоторым основным требованиям, таким как чистота и гигиена (особенно настаивайте на частом мытье рук). Также она должна обеспечить тишину для своего ребенка и кормить его регулярно.

### Сон и отдых

Маме лучше спать с ребенком полулежа, примерно  $15^\circ$  от горизонтального положения. Это может быть достигнуто путем настраиваемой кровати, если она доступна, или несколькими подушками на обычной кровати (Рисунок 5). Было отмечено, что именно эта позиция может снизить риск апноэ у ребенка.<sup>57</sup> Если все же маме не нравится это положение, дайте ей возможность спать так как ей удобно, поскольку преимущества метода кенгуру гораздо больше, чем риск апноэ. Некоторые мамы предпочитают спать на боку на регулируемой кровати с приподнятой спинкой (это не позволяет ей повернуться на живот), и если ребенок надежно закреплен в позиции кенгуру, мать не может его задавить.

Кресло с регулируемым наклоном спинки может также быть использовано для отдыха на протяжении дня.



*Рисунок 5 Сон и отдых при методе кенгуру*

### **4.5 Продолжительность сеанса и длительность использования метода кенгуру**

#### **Продолжительность сеанса метода кенгуру**

Контакт кожа к коже должен начинаться постепенно, от кратковременного прикладывания до постоянного использования МК. Нужно избегать сеансов длительностью менее 60 минут, поскольку частые перемены неблагоприятно влияют на ребенка. Продолжительность контакта кожа к коже должна постепенно увеличиваться и прерываться только тогда, когда необходимо сменить подгузники, особенно если отсутствуют другие средства для обогрева ребенка.

Когда у матери возникает необходимость отойти от ребенка, он должен быть укрыт и уложен в теплую кроватку, в помещении без сквозняков, накрыт теплым одеялом или уложен под источник лучистого тепла, если он есть. На протяжении таких перерывов члены семьи (отец, партнер или бабушка и т.д.) или близкий друг могут также помочь носить ребенка по методу кенгуру (рисунок 6).



*Рисунок 6 Отец использует метод кенгуру*

### **Длительность использования метода кенгуру**

Когда матери и ребенку комфортно, контакт кожа к коже должен продолжаться как можно дольше, сначала в лечебном учреждении, а потом дома. Следует использовать этот метод до того, как ребенок достигнет доношенного срока (гестационный возраст около 40 недель) либо веса 2500г. Ближе к этому времени у ребенка ребенок уже не нуждается в использовании МК. Он начинает извиваться, показывая, что ему неудобно в таком положении, толкается ножками, кричит и протестует каждый раз, когда мама пытается выложить его себе на грудь. Это как раз такая ситуация, когда следует посоветовать матери постепенно уходить от использования МК. Грудное вскармливание, конечно, должно продолжаться. Мама может использовать контакт кожа к коже после купания ребенка, холодными ночами, либо тогда, когда малышу нужен дополнительный комфорт.

Метод кенгуру особенно важен в странах с холодным климатом или на протяжении холодной поры года и может быть продлен как можно дольше.

### **4.6 Наблюдение за состоянием ребенка**

#### **Температура**

Хорошо накормленный ребенок, в продолжительном контакте кожа к коже стабильно удерживает нормальную температуру тела (между 36.5°C и 37°C), если температура воздуха не ниже рекомендованных критериев. Очень редко возникает гипотермия у новорожденных с использованием метода кенгуру, но она может случиться. Измерение температуры тела ребенка необходимо выполнять менее часто при использовании метода кенгуру.

## Метод кенгуру

### Метод кенгуру

Измеряйте температуру тела ребенка в подмышечной области каждые 6 часов на протяжении первых 3 дней с начала использования метода кенгуру. Позже измеряйте температура 2 раза в день. Если температура тела ребенка ниже 36.5°C, немедленно согрейте ребенка: укройте одеялом и убедитесь, что ребенку тепло. Измерьте температуру тела ребенка через час и продолжайте согревать до тех пор, пока температура тела не будет соответствовать нормальным критериям. Также определите возможные причины гипотермии (холодная комната, ребенок был без контакта кожа к коже, купание или плохое кормление). Если отсутствуют объективные причины снижения температуры тела или есть трудности стабилизации нормальной температуры на протяжении 3 часов, оцените ребенка на наличие признаков бактериальной инфекции.

Если обычный взрослый термометр не показывает температуру тела, оцените, что у ребенка гипотермия средней или тяжелой степени и следует принять соответствующие меры. Пути выявления и лечения гипотермии описаны в другом документе ВОЗ.<sup>10</sup> Повышение температуры тела ребенка возможно также путем контакта кожа к коже.<sup>17</sup>

### ***Как измерять температуру тела в подмышечной области***

- *Измеряйте температуру тела либо в контакте кожа к коже, либо у хорошо укрытого ребенка на теплой поверхности.*
- *Используйте чистый термометр и сбейте ртутный столбик до температуры 35° C;*
- *Поместите кончик термометра по середине подмышечной области; кожа подмышечной области должна быть в тесном контакте с кончиком термометра, без наличия воздушных карманов; придержите ручку новорожденного с термометром как минимум на протяжении 3 минут;*
- *Извлеките термометр и посмотрите на шкалу.*
- *Избегайте измерения ректальной температуры, поскольку это может привести к перфорации ампулы прямой кишки.*

### **Наблюдение за дыханием и общим самочувствием**

Нормальное дыхание новорожденного с малой массой тела, а также новорожденного, родившегося преждевременно, составляет 30 – 60 дыханий за минуту, и чередоваться с эпизодами отсутствия дыхания (апноэ). Хотя, если эти интервалы очень длительные (20 секунд и более), губы и лицо ребенка становятся синюшной окраски (цианоз), пульс очень низкий (брадикардия), и ребенок не начинает дышать спонтанно, немедленно отреагируйте на эту ситуацию, поскольку есть риск повреждения структур головного мозга. Чем меньше ребенок и чем более он недоношен, тем чаще могут возникнуть приступы апноэ и тем дольше они длятся. По достижению ребенком доношенного срока дыхание становится более регулярным и эти приступы возникают реже. Исследования показывают, что контакт кожа к коже может наладить дыхание ребенка<sup>41,58</sup> и снизить частоту приступов апноэ. Апноэ, которое возникает в более поздние сроки, может означать, что ребенок болен.

Мама должна быть предупреждена о риске апноэ и должна быть готова распознать и принять необходимые меры.

**Что делать в случае апноэ**

- *Обучите мать, как нужно наблюдать за ритмом дыхания ребенка и объясните ей, какие могут быть варианты нормального дыхания;*
- *Объясните ей, что такое апноэ, и какое влияние оно оказывает на ребенка;*
- *Продемонстрируйте эффекты апноэ, попросив мать задержать дыхание на короткое время (менее 20 секунд), и долгое время (20 секунд или более);*
- *Объясните, что если дыхание останавливается на 20 секунд или больше, или если губы и лицо ребенка становятся синими, это может быть признаком серьезного заболевания;*
- *Обучите мать, способам стимуляции дыхания ребенка, например, слегка потереть ему спину. Если дыхание ребенка при этом не восстанавливается, она должна немедленно вызвать медработника;*
- *Всегда незамедлительно реагируйте на вызов матери;*
- *В случае длительного апноэ, когда дыхание не восстанавливается при стимуляции, реанимируйте ребенка в соответствии с национальными протоколами;*
- *Если эпизоды апноэ становятся более частыми, обследуйте ребенка: это может быть ранним признаком инфекции. Лечите инфекцию в соответствии с национальными протоколами.*

Когда состояние ребенка восстановилось от первоначальных осложнений, связанных с преждевременным рождением, ребенок стабилен и получает уход МК, риск серьезного заболевания является небольшим, но все же возможным. У маловесных детей начальные признаки тяжелой болезни, как правило, не имеют ярких клинических проявлений и упускаются из виду, пока болезнь не будет ярко выраженной и уже будет трудно поддаваться лечению. Поэтому важно вовремя выявить начальные признаки заболевания и обеспечить соответствующее лечение. Обучите мать определению опасных симптомов у ребенка и попросите ее немедленно обратиться за помощью в случае их появления. Лечите ребенка в соответствии с существующими национальными протоколами.

**Опасные симптомы**

- *затрудненное дыхание, ретракции, стон на выдохе;*
- *тахипноэ или брадипноэ;*
- *частые продолжительные эпизоды апноэ;*
- *гипотермия у ребенка: температура тела ниже нормы, несмотря на нагревание;*
- *сложности в кормлении: ребенок не просыпается на кормление, отказывается от кормления или у него отмечается рвота;*
- *судороги;*
- *диарея;*
- *желтуха.*

Успокойте мать, что не существует никакой опасности, если ребенок:

- *чихает или у него икота;*
- *у него мягкий стул после каждого кормления;*
- *нет дефекации в течение 2-3 дней.*

**4.7. Кормление**

Грудное вскармливание недоношенных младенцев представляет собой особую проблему.

В первые несколько дней маловесный ребенок может быть не в состоянии кормиться энтерально и, возможно, потребуются парентеральное питание. В этот период ребенок получает стандартную медицинскую помощь.

## Метод кенгуру

Энтеральное кормление должно начаться, как только состояние ребенка позволяет, и ребенок усваивает его. Это, как правило, совпадает с тем временем, когда ребенок может быть помещен в кенгуру позицию. Это стимулирует лактацию у матери и улучшает грудное вскармливание.

Детей возрастом до 30-32 недель гестационного возраста обычно нужно кормить через назогастральный зонд сцеженным материнским молоком. Во время кормления через зонд мать может дать ребенку пососать свой палец. Зондовое кормление можно осуществить, когда ребенок находится в позиции кенгуру.

Дети между 30-32 неделями гестации могут кормиться из маленькой чашечки. Чашечку можно дать один или два раза в день, но основное кормление, все же, происходит через назогастральный зонд. Если ребенок хорошо пьет из чашки, кормления через зонд могут быть сокращены. Для кормления из чашки ребенка вынимают из кенгуру позиции, завернув в теплое одеяло, и возвращают к кенгуру позицию после кормления. Также можно кормить ребенка, сцеживая молоко непосредственно ему в рот. Таким образом, ребенок может оставаться в кенгуру позиции.

Дети возрастом около 32 недель гестации и более могут начать сосать грудь. Поначалу ребенок может только держать сосок во рту, облизывать его и немного сосать. Поэтому его нужно докормить сцеженным грудным молоком через зонд или из чашечки, чтобы быть уверенным, что он получил все молоко, которое ему необходимо.

Когда маловесный ребенок начинает сосать эффективно, он может во время кормления часто делать паузы, порой на достаточно продолжительные периоды. Очень важно не отрывать его от груди слишком быстро. Оставьте его у груди с тем, чтобы он начал сосать снова, когда будет снова готов сосать. Кормление может продолжаться около часа, если это необходимо. После кормления грудью предложите ему сцеженное грудное молоко альтернативным способом.

Убедитесь, что ребенок сосет в удобной позиции. Хорошее прикладывание к груди может сделать сосание возможным на более раннем этапе.

Дети возрастом от 34 до 36 недель гестации и более могут получать все необходимое прямо из груди. Тем не менее, дополнительное кормление из чашечки может понадобиться в некоторых случаях.

В этот период мать ребенка нуждается в поддержке и поощрении. Это нужно для того, чтобы установилась и поддерживалась лактация до тех пор, пока ребенок не будет готов сосать из груди самостоятельно. Первородящим, матерям-подросткам и матерям детей с очень низкой массой тела, возможно, понадобится помощь и поддержка не только в больнице, но и позже, дома.

### **Обсудите грудное вскармливание с матерью**

- Убедите ее, что она может кормить своего маленького ребенка и у нее достаточно молока.
- Объясните ей, что ее молоко - это лучшая еда для ее маленького ребенка. Кормление грудным молоком для него является даже более важным, чем для доношенного ребенка.
- Поначалу, маловесный ребенок не ест так хорошо, как доношенный ребенок, он может:
  - быстро уставать и слабо сосать;
  - сосать короткими промежутками времени и часто отдыхать;

## Метод кенгуру

- засыпать во время кормления
- долго сосать и после сосания делать большие паузы;
- не всегда просыпаться на кормление.
- *Объясните, что грудное вскармливание будет легче, как только ребенок станет старше и больше.*
- *Помогите ей разместить и приложить ребенка в кенгуру позиции.*

### **Грудное вскармливание**

Кенгуру позиция идеальна для грудного вскармливания. Как только ребенок демонстрирует интерес к сосанию (сосет мамин палец или кожу) и готовность сосать грудь, двигая языком и ртом, помогите матери занять удобное для грудного вскармливания положение, которое обеспечивает хорошее прикладывание к груди.

Чтобы начать кормление грудью выберите подходящее время – когда ребенок просыпается ото сна или когда он бодрствует или активен. Помогите матери удобно сесть с ребенком в позиции кожа-к-коже в кресло без подлокотников. Для первого кормления достаньте ребенка из перевязи и оденьте, чтобы он не переохладился во время демонстрации прикладывания к груди. Затем поместите ребенка в кенгуру позицию и попросите мать занять удобное положение и приложить его к груди<sup>19</sup>.

### **Помогите матери приложить к груди ее ребенка**

- *Покажите матери, как нужно правильно расположить ребенка под грудью и приложить к груди;*
- *Покажите матери, как нужно держать ребенка*
  - *держат голову и тело ребенка на одной линии*
  - *лицо ребенка должно быть обращено к груди, нос – напротив соска*
  - *тело ребенка должно быть прижато к телу матери*
  - *поддерживать нужно все тело ребенка, а не только шею и плечи*
- *Покажите матери, как нужно приложить ребенка к груди:*
  - *прикоснуться губами ребенка к соску матери*
  - *подождать пока рот ребенка широко откроется*
  - *быстро приблизить ребенка к груди так, чтобы нижняя губа ребенка была намного ниже соска.*
- *Покажите матери признаки хорошего прикладывания к груди:*
  - *подбородок ребенка касается груди матери*
  - *его рот широко открыт*
  - *нижняя губа вывернута наружу*
  - *большую часть ареолы видно над верхней губой*
  - *сосательные движения глубокие и медленные, иногда с паузами*

Позвольте ребенку сосать грудь так долго как он того хочет. Ребенок может сосать с продолжительными паузами между сосаниями. Не прерывайте его, если он все еще делает попытки сосать.

Маловесные дети нуждаются в более частом кормлении, каждые 2-3 часа. Поначалу они могут не просыпаться на кормления, поэтому их нужно будить. Смена подгузника перед кормлением может помочь ребенку проснуться и быть более готовым к кормлению.

Иногда необходимо сцедить немного молока перед сосанием ребенка. Если грудь наполнена, объясните матери, что она может сцедить немного молока перед началом кормления. Это смягчит сосок и ребенку будет легче его захватить.

## Метод кенгуру

Даже если ребенок еще не сосал грудь хорошо и достаточно долго (глубоко недоношенный ребенок), предлагайте грудь в первую очередь, а затем используйте соответствующий альтернативный метод кормления. Подойдет любой удобный для матери и ребенка способ: она может сцеживать молоко прямо в рот ребенку или кормить его из чашечки или зонда.

*Рис. 7. Грудное вскармливание в кенгуру позиции*



### ***Предоставьте особую поддержку матерям, которые кормят двойню***

- *Убедите мать, что у нее достаточно молока, чтобы кормить двоих детей*
- *Объясните ей, что ее двойняшкам может понадобиться больше времени на установление грудного вскармливания, поскольку дети недоношенные и с очень низким весом.*

### ***Помогите матери кормить ее двойню***

- *Кормите детей поочередно (прикладывайте их к груди по одному), пока грудное вскармливание не установится*
- *Подберите наиболее удобный способ кормления для ее близнецов: если один слабее, убедитесь в том, что он получает достаточно молока. Если необходимо, мать может сцедить молоко для него и покормить его из чашечки после кормления грудью.*

## **Альтернативные методы кормления**

Мать может покормить ребенка, сцеживая молоко прямо в рот ребенку. Она также может дать сцеженное грудное молоко или подходящую смесь из чашечки или через зонд.

### ***Сцеживание грудного молока***

Ручное сцеживание - это наилучший способ сцеживания грудного молока. При этом способе сцеживания инфицирование менее вероятно, чем при сцеживании с помощью молокоотсоса.

## Метод кенгуру

Также этот способ сцеживания может быть использован каждой женщиной в любое время. Техника сцеживания молока хорошо описана в руководстве ВОЗ «Курс консультирования по грудному вскармливанию»<sup>19</sup>.

Покажите матери, как надо сцеживать грудное молоко, и позвольте ей это сделать самой. Не делайте это вместо нее. Для того, чтобы установилась лактация, ей следует начать сцеживать молоко в первый же день, в течение первых 6 часов после родов, если это возможно. Она должна сцеживать столько молока, сколько сможет, и кормить ребенка так часто, как он захочет. Это значит, что она должна кормить ребенка как минимум каждые 3 часа, включая ночное время. Если через несколько недель кажется, что молока недостаточно, чтобы увеличить выработку молока в течение нескольких дней матери следует сцеживаться очень часто (каждый час днем и каждые 3 часа ночью).

Обычно после того, как женщины освоят базовые принципы сцеживания, у них вырабатывается свой собственный стиль ручного сцеживания молока. Например, некоторые женщины сцеживают обе груди одновременно, размещая контейнеры для сцеженного молока между колен. Каждая мать находит свой постоянный ритм. Поощряйте матерей сцеживать молоко удобным именно им способом.

Если мать сцеживает больше молока, чем необходимо ее новорожденному, предоставьте ей возможность сцедить вторую половину молока в отдельный контейнер. Пусть она предложит своему ребенку вторую сцеженную порцию молока в первую очередь. Таким образом, ребенок получит больше заднего молока, которое даст ему больше необходимой энергии и поможет ему расти лучше. Если женщина может сцедить только небольшой объем молока, сначала дайте ребенку все материнское молоко, а потом уже дополнительное питание в виде молочной смеси, если это необходимо.

Сцеживание груди требует времени, терпения и заблаговременной подготовки. Попросите мать начать сцеживать грудь хотя бы за полчаса до кормления ребенка, независимо от используемого метода. Если возможно, используйте для кормления свежесцеженное молоко. Если имеется больше молока, чем нужно ребенку, оно может быть сохранено в холодильнике до 48 часов при температуре 4°C.

### ***Сцеживание грудного молока непосредственно в рот ребенка.***

Грудное молоко может быть сцежено непосредственно в рот ребенка, но прежде всего мать должна быть обучена ручному сцеживанию молока.

#### ***Ребенок может быть покормлен в кенгуру позиции***

- *Держите ребенка в контакте кожа к коже, рот ребенка рядом с соском.*
- *Подождите, пока ребенок проснется, откроет рот и глаза (очень маленькие дети могут нуждаться в легкой стимуляции, чтобы бодрствовать и не заснуть снова).*
- *Сцедите несколько капель грудного молока*
- *Дайте ребенку понюхать и лизнуть сосок, а потом открыть рот.*
- *Сцедите молоко в открытый рот ребенка.*
- *Подождите, пока ребенок глотнет молоко.*
- *Повторяйте процедуру до тех пор, пока ребенок не закроет рот и будет держать его закрытым даже после стимуляции.*
- *Попросите мать повторять эту процедуру каждый час, если ребенок весит меньше, чем 1200 гр, и каждые 2 часа, если ребенок весит больше чем 1200 гр.*
- *Будьте гибкими при каждом кормлении, но убедитесь, что ребенок получает достаточное количество молока, ежедневно взвешивая ребенка.*

Опыт показывает, что матери быстро обучаются этому методу. Кроме того, он имеет преимущество перед другими методами, поскольку не требуется специальная посуда для сцеженного молока, тем самым обеспечивается хорошая гигиена. Однако очень трудно

## Метод кенгуру

оценить количество полученного ребенком молока, особенно поначалу, когда его может быть слишком мало, чтобы удовлетворить потребности ребенка. Позже, ребенок может получать достаточное количество молока, о чем может свидетельствовать его прибавка в весе (см. ниже). Однако этот метод не был оценен систематически в сравнении с другими методами.

### ***Кормление из чашки***

Чашки и другая традиционная посуда, такая как индийский паладаи<sup>53</sup>, могут быть использованы для кормления даже очень маленьких детей, при условии, что они могут глотать молоко<sup>59,60</sup>. Детали техники кормления из чашки описаны в руководстве ВОЗ «Курс консультирования по грудному вскармливанию»(стр. 340-344)<sup>19</sup>.

Матери могут легко обучиться этой технике и кормить своих детей, давая им необходимое количество молока. Кормление из чашки имеет несколько преимуществ перед бутылочным кормлением, поскольку не мешает сосанию груди, чашку легко мыть водой с мылом, если кипячение не представляется возможным, а также позволяет ребенку самому контролировать процесс кормления. Поначалу матери могут предпочитать доставать детей из кенгуру позиции.

### ***Шприц без иглы или пипетка***

Техника похожа на технику сцеживания молока непосредственно в рот ребенку: нужно налить необходимое количество грудного молока в чашку и залить его в рот ребенку с помощью специальной ложки, шприца (без иголки) или пипетки. Когда ребенок проглотит первую порцию молока, нужно дать ему еще. Кормление из ложки занимает больше времени, чем кормление из чашки. К тому же может разливаться больше молока. Кормление из шприца или пипетки не такое быстрое как кормление из чашки. Кроме того, шприцы и пипетки сложнее мыть и обеззараживать и они более дорогие.

### ***Кормление из бутылки***

Это наименее предпочтительный метод кормления новорожденных, и он не рекомендуется. Он может вызвать нарушение дыхания и оксигенации крови, а также вызвать затруднения в сосании груди. Бутылки и соски должны стерилизоваться в лечебных учреждениях и кипятиться дома.

### ***Зондовое кормление***

Зондовое кормление используется тогда, когда ребенок не может еще глотать, или координировать глотание и дыхание, или быстро устает и не получает достаточного количества молока. Пока медицинский работник готовит зонд, шприц или пипетку, мать может предложить ребенку сосать грудь.

Ребенок может кормиться через зонд в кенгуру позиции.

#### ***Как поставить зонд***

- *Достаньте ребенка из позиции кенгуру, заверните его в теплую пеленку и положите на теплую поверхность;*
- *Вводите зонд через рот ребенка, а не через нос: маленькие дети дышат через нос, поэтому зонд, поставленный через нос, может затруднять дыхание;*
- *Используйте зонды размером от №5 до №8 (СН 05 – СН08) в зависимости от веса ребенка.*
- *Измерьте и отметьте на зонде фломастером расстояние от угла рта до мочки уха и мечевидного отростка*
- *Введите зонд через рот в желудок на расстояние, отмеченное фломастером. После установки зонда, дыхание ребенка должно быть нормальным.*
- *Закрепите зонд на лице ребенка при помощи лейкопластыря.*
- *Меняйте зонд каждые 24-72 часа. Держите его закрытым или зажатым, чтобы избежать попадания капель жидкости в дыхательные пути ребенка.*

**Как подготовить и использовать шприц**

- Определите количество молока, которое необходимо ребенку (табл. 3)
- Выберите соответствующий размер шприца
- Вытяните поршень из шприца
- Соедините шприц с зондом
- Налейте в шприц необходимое количество молока
- Держите шприц с молоком выше живота ребенка, чтобы позволить молоку стекать самотеком. Не вводите молоко под давлением.
- Следите за состоянием ребенка во время кормления, изменением дыхания, вытеканием молока изо рта ребенка
- После завершения кормления плотно закройте зонд крышкой.
- Во время кормления через зонд ребенок может сосать грудь или мамин палец. (рис. 8.)

Как только ребенок начнет «подсасывать» зонд, необходимо как можно скорее перейти на кормление ребенка грудью, из чашечки, ложечки, шприца или пипетки. Начинать кормления нужно с 1-2 раз в день, пока преимущественно ребенок кормится через зонд. Постепенно сокращайте кормления через зонд и уберите зонд, когда ребенок получит как минимум три последовательных кормления из чашечки.

**Объем и частота**

Частота кормлений будет зависеть от количества молока, которое усваивает ребенок за одно кормление, и необходимого суточного объема. Ориентировочно, средний объем на одно кормление необходимо постепенно увеличивать следующим образом:

- до 5 дней медленно увеличивайте суточный объем и объем на одно кормление, чтобы помочь ребенку привыкнуть к энтеральному кормлению.
- После 5-го дня неуклонно повышайте объем молока, чтобы достичь количества молока, требуемого в соответствии с возрастом ребенка (табл. 2 и 3)
- К 14 дню ребенок должен получать 200мл/кг/в день, что является тем количеством, которое необходимо для нормального роста ребенка.

Таблица 3 демонстрирует примерный объем и количество кормлений по мере роста ребенка. Избегайте превышения объема молока и слишком быстрого кормления, чтобы уменьшить риск аспирации молоком или вздутия живота.

Детей с очень низкой массой тела следует кормить каждые 2 часа, детей, чей вес больше – каждые 3 часа. Если необходимо, будите мать и ребенка в течение дня и ночи, чтобы обеспечить регулярное кормление.

**Табл. 2 Суточное количество молока (или жидкости) необходимое в зависимости от веса при рождении и возраста ребенка**

Вес при рождении	Кормить каждые	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день	6-13-й день	14-й день
1000-1499 гр	2 часа	60 мл/кг	80 мл/кг	90 мл/кг	100 мл/кг	110 мл/кг	120-180 мл/кг	180-200 мл/кг
≥1500 гр	3 часа							

**Табл. 3 Ориентировочное количество молока необходимое на одно кормление в зависимости от веса при рождении и возраста ребенка**

Вес при рождении	Количество кормлений	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день	6-13-й день	14-й день
1000 гр	12	5 мл/кг	7 мл/кг	8 мл/кг	9 мл/кг	10 мл/кг	11-16 мл/кг	17 мл/кг
1250 гр	12	6 мл/кг	8 мл/кг	9 мл/кг	11 мл/кг	12 мл/кг	14-19 мл/кг	21 мл/кг
1500 гр	8	12 мл/кг	15 мл/кг	17 мл/кг	19 мл/кг	21 мл/кг	23-33 мл/кг	35 мл/кг
1750 гр	8	14 мл/кг	18 мл/кг	20 мл/кг	22 мл/кг	24 мл/кг	26-42 мл/кг	45 мл/кг
2000 гр	8	15 мл/кг	20 мл/кг	23 мл/кг	25 мл/кг	28 мл/кг	30-45 мл/кг	50 мл/кг

Переход от альтернативного метода кормления на исключительно грудное вскармливание может произойти раньше у детей с большей массой тела, чем у детей с очень низкой массой тела и может занять неделю. Поощряйте мать начать кормить грудью, как только ребенок начнет демонстрировать признаки готовности к сосанию груди. Поначалу ребенок может сосать грудь недолго, но даже кратковременное сосание стимулирует выработку молока и помогает ребенку «попрактиковаться». Поддерживайте мать и помогайте ей. По мере того как ребенок будет расти, заменяйте кормление по расписанию кормлением по требованию.

Когда ребенок переходит на исключительное грудное вскармливание, и измерить количество потребляемого молока ребенком не представляется возможным, остается только взвешивание ребенка, чтобы оценить адекватное питание.



**Рис 8. Кормление через зонд при МК.**

Если у матери ВИЧ и она выбирает заместительное питание для ребенка, ей можно предложить кормление ребенка из чашечки. Для дополнительной информации по этому методу кормления можно обратиться к руководству «Консультирование по кормлению детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей»<sup>20</sup>.

#### **4.8. Мониторинг роста ребенка**

##### **Вес**

Взвешивайте детей с малой массой тела ежедневно для проверки адекватного потребления

## Метод кенгуру

жидкости и набора веса. Сразу после рождения, такие дети теряют в весе: потеря до 10% веса в первые дни после рождения считается приемлемой. После потери в весе, дети начинают медленно возвращаться к весу, который был при рождении, обычно это происходит в промежутке 7-14 дней после рождения. Затем происходит стабильный набор веса детьми (сначала медленно, затем быстрее). Недопустимой является потеря веса после этого периода. Хороший набор веса ребенком считается признаком хорошего здоровья, плохой набор веса – повод для серьезного беспокойства. Не существует верхних пределов набора веса для детей на грудном вскармливании, хотя нижний предел не должен быть ниже 15г/кг/день.

***Адекватный ежедневный набор веса, начиная со 2-й недели жизни – 15г/кг/день.***

***Приблизительный набор веса для различных сроков гестации:***

- *20г/день до 32 недель гестации, что приблизительно соответствует 150-200г/неделю;*
- *25г/день от 33 до 36 недель гестации, что приблизительно соответствует 200-250г/неделю;*
- *30г/день от 37 до 40 недель гестации, что приблизительно соответствует 250-300г/неделю;*

Универсальных рекомендаций относительно частоты мониторинга веса детей с малой массой тела или недоношенных детей не существует. Также нет и универсальных графиков для отслеживания веса в постнатальном периоде, хотя вместо этого существуют графики с перцентильями для еженедельного отслеживания внутриутробного набора веса.

Неизвестно, должен ли недоношенный ребенок после своего рождения расти с такой же скоростью, как он рос бы *in utero*. Однако, кажется резонным стремиться к достижению как минимум в 2500г или больше к 40 неделям гестационного возраста.

***Следующие рекомендации основываются на опыте:***

- *Взвешивайте ребенка 1 раз в день. Более частые взвешивания могут расстроить ребенка, что приведет к беспокойству со стороны матери. Как только ребенок начнет набирать вес, взвешивайте его 1 раз в два дня в первую неделю, а затем -1 раз в неделю до момента, когда ребенок достигнет возраста, равному полному сроку гестации (40 неделям или 2500 г);*
- *Взвешивайте ребенка в одно и то же время, голышом, на тех же калиброванных весах (желательно с делением в 10 г), предварительно постелив теплую пеленку во избежание переохлаждения;*
- *Во время взвешивания ребенка в комнате должно быть тепло;*
- *Если у вас имеется график веса, который показывает ожидаемый внутриутробный вес ребенка, отмечайте вес ребенка на этом графике роста.*

Мониторинг роста, особенно при ежедневном взвешивании, требует точных весов и стандартизованную технику взвешивания. Пружинные весы типа безмена недостаточно точны для отслеживания маленьких прибавок, и их использование может привести к принятию неверных решений. Аналоговые весы, которые имеются в родильных стационарах (с 10-граммными делениями) – наилучшая альтернатива. Если таких весов нет, тогда не стоит ежедневно взвешивать детей, которые находятся на методе «кенгуру», а взвешивайте их раз в неделю для мониторинга роста. Вес записывается на графике, и прибавки оцениваются ежедневно или еженедельно.

### **Окружность головы**

Измеряйте окружность головы еженедельно. После того, как ребенок начинает прибавлять в весе, окружность головы увеличивается приблизительно на 0,5-1см в неделю. Для оценки адекватности роста головы обращайтесь к национальным антропометрическим стандартам.

### **Альтернативные методы мониторинга роста**

Альтернативные методы, такие как: измерение длины тела, окружностей грудной клетки и руки – менее полезны для мониторинга роста и не рекомендуются по следующим причинам:

- показатели длины менее надежны, нежели изменения веса. Длина увеличивается медленнее и не помогает в выборе решений по кормлению или делать выводы о болезни ребенка.
- измерение окружности головы или руки были предложены для оценки размеров при рождении и как инструмент для оценки необходимости особого ухода за ребенком<sup>63,64</sup>. Их эффективность для мониторинга роста детей с малой массой тела и преждевременных детей не оценивались.

### **4.9. Недостаточный набор веса**

Если набор веса недостаточен в течение нескольких дней, сначала оцените технику кормления, частоту и продолжительность и проверьте ночные кормления. Посоветуйте матери увеличить частоту кормлений и/или кормить ребенка по требованию. Поощряйте ее пить, когда она испытывает жажду.

Затем обратите внимание на другие возможные причины плохого набора веса, а именно:

- *Молочница (белые пятнышки на слизистой рта) может мешать грудному вскармливанию. Лечите ребенка суспензией нистатина (100,000 М.Е./мл). Пипеткой наносите по 1 мл на слизистую рта ребенка, а также обрабатывайте соски матери после каждого кормления до исчезновения очагов молочницы. Лечите 7 дней.*
- *Насморк очень неприятен для ребенка, потому что он препятствует кормлению. Закапывание физраствора в каждую ноздрю перед кормлением может снять отек слизистой и облегчить проблему.*
- *Инфекция мочевого тракта – возможная скрытая причина недостаточного набора веса. Обследуйте ребенка по поводу возможной инфекции, если он не набирает вес без явных причин. Лечите согласно национальным протоколам.*
- *Тяжелая форма бактериальной инфекции изначально может проявляться как сложности с кормлением и плохой набор веса ребенка.*
- *Если ребенок был здоров и затем заболел и перестал кушать – это серьезный опасный симптом. Следует выявить инфекцию и лечить согласно национальным протоколам.*

Другие причины неадекватного набора веса ребенком включают открытый артериальный проток и другие заболевания, которые нелегко диагностировать в учреждениях с ограниченными возможностями. Ребенка, при исключении вышесказанных причин и лечении, следует перевести на более высокий уровень оказания помощи для дальнейшего обследования и лечения.

Если выработка грудного молока у матери снизилась и не удовлетворяет потребности ребенка, следует помочь матери увеличить производство молока. Такое часто происходит, когда есть трудности с грудным вскармливанием: ребенок плохо сосет грудь, мать болела или ее не было, по каким-то причинам, рядом с ребенком. Про улучшение лактации смотрите курс ВОЗ по грудному вскармливанию<sup>19</sup> и документ ВОЗ «Релактация: обзор опыта и практических рекомендаций»<sup>65</sup>. Это должно быть первым шагом перед попыткой использования других методов.

### **Стимуляторы лактации**

Нет эффективных доказательств того, что травяные чаи из кунжута, пажитника, фенхеля, тмина, базилика и анисовых семян улучшают лактацию. Пиво и другие алкогольные напитки,

## Метод кенгуру

которые используются в некоторых странах для улучшения лактации, не должны употребляться, поскольку алкоголь в грудном молоке несет большую опасность здоровью ребенка<sup>66,67</sup>. Домперидон может увеличить объем молока. Его следует назначать только после того, как остальные методы по повышению лактации были испробованы. Всегда следуйте национальным протоколам и руководствам.

Если, несмотря на все усилия, ребенок не набирает вес, следует рассмотреть возможность докорма смесями для недоношенных детей. В этом случае целесообразно кормить ребенка из чашечки после каждого кормления грудью. Для приготовления смесей смотрите инструкцию на коробке со смесью.

Не следует делать поспешных выводов о необходимости ввода смесей на основании колебаний веса ребенка при ежедневном взвешивании, поскольку ежедневные прибавки могут быть очень разными, кроме того, может накладываться ошибка измерения. Взвешивания через несколько дней или еженедельное взвешивание дадут более точные данные для принятия решения.

Обсудите с матерью, возможно ли в ее ситуации продолжительное безопасное кормление смесью, доступно ли для нее приобретать смесь и сможет ли она ее регулярно готовить в течение нескольких месяцев. Покажите матери, как нужно правильно и безопасно готовить смесь и кормить ребенка. Следуйте инструкции по приготовлению на этикетке. Вернитесь к исключительно грудному вскармливанию как можно быстрее, после того, как ребенок набрал вес. Тщательно наблюдайте здоровье и развитие недоношенного маловесного ребенка, которому была введена смесь, поскольку такой ребенок больше подвержен инфекциям по сравнению с ребенком на полном грудном вскармливании. Постарайтесь не выписывать ребенка с малой массой тела, которому ввели смесь.

Следите за тем, чтобы медучреждение следовало правилам ВОЗ по *Международному Кодексу правил маркетинга заменителей грудного молока*.

### 4.10. Профилактическое лечение

Дети с малой массой тела рождаются без достаточных запасов микронутриентов. Преждевременно рожденные дети, несмотря на вес, должны получать железо, фолиевую кислоту, начиная со второго месяца после рождения и до одного года. Рекомендуются дневная доза железа 2 мг/кг веса ребенка/день.

- Объясните матери, что:
  - железо - важный компонент для здоровья и роста ребенка;
  - ребенок регулярно должен получать железо: в одно и то же время после кормления грудным молоком;
  - стул ребенка может потемнеть, что является нормой.
- Выясните возможные беспокойства матери.

### 4.11. Стимуляция

Всем детям нужна забота и любовь для гармоничного развития. Преждевременно рожденные дети в этом нуждаются вдвойне, поскольку они были лишены идеальной внутриутробной среды на протяжении нескольких недель, а то и месяцев. Вместо этого, такие дети были подвержены нежелательным световым, шумовым и болезненным влияниям сразу после рождения. Метод кенгуру - идеальный способ ухода за недоношенным ребенком, так как он находится в тепле, может двигаться как в утробе матери, слышать ее голос и сердцебиение, да и питание всегда рядом – и все это не мешает матери заниматься своими делами. Отцы также могут участвовать в уходе МК. Роль медработника очень важна, они могут поощрять матерей и отцов выражать свои чувства и любовь к детям.

Однако, если у ребенка другие проблемы, связанные с осложнениями от преждевременных

## Метод кенгуру

родов, ему может понадобиться дополнительное лечение. Руководство по лечению можно найти в стандартных учебниках или в руководстве ВОЗ «Решения проблем новорожденного: руководство для врачей, медсестер и акушерок»<sup>56</sup>.

### 4.12. Выписка

Под выпиской подразумевается уход мамы и ребенка из стационара домой. Их домашняя обстановка, однако, может отличаться от отделения МК в клинике, поскольку в роддоме постоянно находится персонал, который помогает матери. Мать и ребенок будут по-прежнему нуждаться в поддержке и дома, хотя и не такой интенсивной. Выписка зависит от веса ребенка, его состояния здоровья, наличие койко-мест, условий пребывания ребенка дома и наличие медперсонала для домашних визитов. Обычно ребенок на методе кенгуру может быть выписан из стационара исходя из следующих критериев:

- *Общее состояние здоровья ребенка хорошее и нет сопутствующих заболеваний, таких как апноэ и инфекция;*
- *Ребенок хорошо кушает и находится на исключительном или преимущественно грудном вскармливании;*
- *Он набирает вес (по крайней мере, 15 г/кг/день на протяжении 3 дней подряд);*
- *Его температура стабильна в позиции кенгуру (в пределах нормы на протяжении 3 дней подряд);*
- *Мать уверена в уходе за ребенком, и в состоянии регулярно посещать стационар с ребенком для осмотра.*

Обычно эти критерии достигаются, когда вес ребенка больше 1500 г.

Домашняя обстановка очень важна для успешного ухода за ребенком по методу кенгуру. Безопасная домашняя обстановка – это тепло, нет сигаретного дыма, есть поддержка и помощь членов семьи.

Если нет возможности навещать медработником семью дома, а больница находится далеко, мать с ребенком выписывают из роддома позже.

Нужно привить ребенка в соответствии с национальными протоколами и обеспечить его достаточным количеством таблеток железа/фолиевой кислоты, чтобы хватило до следующего визита. Мать должна знать:

- *Как поместить ребенка в контакт «кожа к коже»;*
- *Как одевать ребенка, когда он не находится в позиции кенгуру;*
- *Как купать ребенка и как обеспечить тепло после купания;*
- *Как ответить на нужды ребенка, например увеличение контакта кожа к коже, если у него холодные руки или ноги, или у него низкая температура тела ночью;*
- *Как кормить ребенка грудью днем и ночью;*
- *Когда необходимо посетить врача для осмотра (назначьте матери первый визит и дайте ей распечатанные инструкции о том, что перечислено выше);*
- *Как определить опасные симптомы у ребенка;*
- *Куда обратиться за помощью, при появлении опасных симптомов;*
- *Когда заканчивать использование МК.*

**Мать должна срочно обратиться к врачу, если ребенок:**

- *Прекращает есть, плохо ест или у него рвота;*
- *Становится беспокойным и раздражительным, вялым или находится в бессознательном состоянии;*
- *С высокой температурой (температура тела выше 37,5С);*
- *С низкой температурой (гипотермия – температура тела ниже 36,5С), несмотря на согревания;*
- *У ребенка судороги;*

## Метод кенгуру

- У ребенка затрудненное дыхание;
- У ребенка диарея;
- Проявляет другие опасные симптомы.

Скажите матери, что всегда лучше обратиться за медицинской помощью при любых сомнениях относительно здоровья маловесного/недоношенного ребенка. Лучше посещать врача слишком часто, чем проигнорировать какой-то опасный симптом.

Ранняя выписка становится целью для матери по мере того, как у нее растет уверенность в своих силах по уходу за ребенком. Ребенка можно выписать раньше, при соблюдении следующих критериев:

- Мать и члены семьи перед выпиской получают информацию (желательно в письменной и доступной форме, с иллюстрациями) по уходу за ребенком дома;
- Если мать получила инструкции по опасным симптомам у ребенка и знает когда и куда обратиться за помощью.

### 4.13 МК дома и регулярные наблюдения медперсоналом

Обеспечьте медицинское наблюдение за матерью и ребенком, либо в вашем медучреждении, либо в другом учреждении недалеко от проживания ребенка. Чем меньше ребенок при выписке, тем раньше и чаще его нужно будет наблюдать. Для такого ребенка можно предложить следующее:

- 2 наблюдения в неделю до 37 недель гестации;
- одно наблюдения в неделю после 37 гестации.

Содержание визитов к врачу может варьироваться в зависимости от нужд мамы и ребенка. Однако, во время каждого визита следует обратить внимание на:

#### МК

- продолжительность контакта кожа к коже ;
- позиция, одежда;
- температура тела ребенка;
- помощь матери при уходе за ребенком;
- проявляет ли ребенок признаки нетерпимости к методу? Может, пришло время закончить применение МК? (обычно это происходит в возрасте, равным примерно 40 неделям гестации или чуть раньше). Если нет, то поощряйте мать и ее семью продолжить МК, как можно дольше.

#### Грудное вскармливание (ГВ)

Является ли ГВ исключительным? Если «да», то поощряйте мать так и продолжать. Если «нет», то посоветуйте ей, каким образом улучшить выработку молока и снизить докорм или другие жидкости. Задайте вопросы, чтобы выяснить какие проблемы есть у матери и помогите ей. Если ребенок получает смеси или другую пищу, проверьте их безопасность и адекватность; убедитесь, что семья может постоянно обеспечивать ребенка необходимыми смесями.

#### Набор веса

Взвешивайте ребенка и сравнивайте вес с предыдущими взвешиваниями. Если набор веса адекватный, т.е. в среднем 15г/кг/день, похвалите мать. Если прибавки недостаточные, расспросите мать о методах кормления, других проблемах, выявите причины и предложите решения. Обычно плохой набор веса происходит из-за неправильного питания или болезни. Для проверки ежедневного адекватного набора веса смотрите таблицу на странице 37.

#### Болезнь

Спросите мать и сами обратите внимания на любые признаки болезни, о которых говорила мать, либо не говорила. Лечите заболевание согласно национальным протоколам. В случае неисклительного ГВ, обратите внимание на проблемы питания и усвояемости пищи.

## Метод кенгуру

### **Медикаменты**

Обеспечьте мать необходимыми медикаментами, чтобы ей хватило до следующего визита к врачу.

### **Иммунизация**

Придерживайтесь графика иммунизации.

### **Беспокойства матери**

Расспросите мать о ее беспокойствах, включая личные переживания, ведение домашних дел и другие социальные проблемы. Предоставьте варианты решений проблем.

### **Следующий визит к врачу**

Всегда назначайте следующий визит к врачу. Не упускайте возможность выяснить применение семьей правил гигиены и дать соответствующие рекомендации, если необходимо. Также еще раз укажите матери на опасные симптомы, при появлении которых следует срочно обратиться к врачу.

### **Особые визиты к врачу.**

Если такие визиты необходимы для решения срочных проблем, связанных со здоровьем ребенка, поощряйте мать посещать их и четко выполнять инструкции, предписанные врачом.

### **Рутинный уход за ребенком**

Поощряйте мать продолжать регулярно посещать врача, когда ребенок достигнет веса 2500 г, или же возраста 40 недель гестации.

## СЫЛКИ

- 1 *Low birth weight. A tabulation of available information.* Geneva, World Health Organization, 1992 (WHO/MCH/92.2).
- 2 de Onis M, Blossner M, Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl.1):S5-S15.
- 3 *Essential newborn care. Report of a Technical Working Group (Trieste 25-29 April 1994).* Geneva, World Health Organization, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.13).
- 4 Ashworth A. Effects of intrauterine growth retardation on mortality and morbidity in infants and young children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl.1):S34-S41; discussion: S41-42.
- 5 Murray CJL, Lopez AD, eds. *Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Boston, Harvard School of Public Health, 1996 (Global burden of disease and injuries series, vol. 1).
- 6 Gulmezoglu M, de Onis M, Villar J. Effectiveness of interventions to prevent or treat impaired fetal growth. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 1997, 52:139-149.
- 7 Kramer MS. Socioeconomic determinants of intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl.1):S29-S32; discussion: S32-33.
- 8 McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *The New England Journal of Medicine*, 1985, 312:82-90.
- 9 Rey ES, Martinez HG. Manejo racional del niño prematuro. In: Universidad Nacional, *Curso de Medicina Fetal*, Bogotá, Universidad Nacional, 1983.
- 10 *Thermal control of the newborn: A practical guide.* Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/FHE/MSM/93.2).
- 11 Shiau SH, Anderson GC. Randomized controlled trial of kangaroo care with fullterm infants: effects on maternal anxiety, breastmilk maturation, breast engorgement, and breast-feeding status. Paper presented at the International Breastfeeding Conference, Australia's Breastfeeding Association, Sydney, October 23-25, 1997.
- 12 Cattaneo A, et al. Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birth weight infants. *Acta Paediatrica*, 1998, 87:440-445.
- 13 Cattaneo A, et al. Kangaroo mother care in low-income countries. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1998, 44:279-282.
- 14 Bergman NJ, Jürisoo LA. The "kangaroo-method" for treating low birth weight babies in a developing country. *Tropical Doctor*, 1994, 24:57-60.
- 15 Lincetto O, Nazir AI, Cattaneo A. Kangaroo Mother Care with limited resources. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2000, 46:293-295.
- 16 Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *Journal of Perinatology*, 1991, 11:216-226.
- 17 Christensson K, et al. Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. *The Lancet*, 1998, 352:1115.
- 18 Shekelle PG. Clinical guidelines: Developing guidelines. *British Medical Journal*, 1999, 318:593-596.
- 19 *Breastfeeding counselling: A training course - Trainer's guide.* Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/CDR/93.4). Also available from UNICEF (UNICEF/NUT/93.2).
- 20 *HIV and infant feeding counselling: A training course - Trainer's guide.* Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.3). Also available from UNICEF (UNICEF/PD/NUT/00-4) or UNAIDS (UNAIDS/99.58).

- 21 Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa de Calume Z. Current knowledge of kangaroo mother intervention. *Current Opinion in Pediatrics*, 1996, 8:108-112.
- 22 Ludington-Hoe SM, Swinth J Y. Developmental aspects of kangaroo care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1996, 25:691-703.
- 23 Conde-Agudelo A, Diaz-Rosello JL, Belizan JM. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants. *Cochrane Library*, Issue 2, 2002.
- 24 Sloan NL, *et al.* Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. *The Lancet*, 1994, 344:782-785.
- 25 Charpak N, *et al.* Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants  $\leq$  2000 grams: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 1997, 100:682-688.
- 26 Cattaneo A, *et al.* Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomised controlled trial in different settings. *Acta Paediatrica*, 1998, 87:976-985.
- 27 Kambarami RA, Chidede O, Kowo DT. Kangaroo care versus incubator care in the management of well preterm infants: a pilot study. *Annals of Tropical Paediatrics*, 1998, 18:81-86.
- 28 Whitelaw A, Sleath K. Myth of marsupial mother: home care of very low birth weight infants in Bogotá, Colombia. *The Lancet*, 1985, 1:1206-1208.
- 29 Charpak N, *et al.* Kangaroo-mother programme: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in a two-cohort study. *Pediatrics*, 1994, 94:804-810.
- 30 Anderson GC, *et al.* Birth-associated fatigue in 34-36 week premature infants: rapid recovery with very early skin-to-skin (kangaroo) care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1999, 28:94-103.
- 31 Lincetto O, *et al.* Impact of season and discharge weight on complications and growth of kangaroo mother care treated low birthweight infants in Mozambique. *Acta Paediatrica*, 1998, 87:433-439.
- 32 Schmidt E, Wittreich G. Care of the abnormal newborn: a random controlled trial study of the “kangaroo method” of care of low birth weight newborns. In: *Consensus Conference on Appropriate Technology Following Birth, Trieste, 7-11 October 1986*. WHO Regional Office for Europe.
- 33 Whitelaw A, *et al.* Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Archives of Disease in Childhood*, 1988, 63:1377-1381.
- 34 Wahlberg V, Affonso D, Persson B. A retrospective, comparative study using the kangaroo method as a complement to the standard incubator care. *European Journal of Public Health*, 1992, 2:34-37.
- 35 Syfrett EB, *et al.* Early and virtually continuous kangaroo care for lower-risk preterm infants: effect on temperature, breast-feeding, supplementation and weight. In: *Proceedings of the Biennial Conference of the Council of Nurse Researchers*. Washington, DC, American Nurses Association, 1993.
- 36 Blaymore-Bier JA, *et al.* Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low birth weight infants who are breastfed. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1996, 150:1265-1269.
- 37 Hurst NM, *et al.* Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal of Perinatology*, 1997, 17:213-217.
- 38 Christensson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatrica*, 1996, 85:1354-1360.
- 39 Ludington-Hoe SM, *et al.* Selected physiologic measures and behavior during paternal skin contact with Colombian preterm infants. *Journal of Developmental Physiology*, 1992, 18:223-232.
- 40 Acolet D, Sleath K, Whitelaw A. Oxygenation, heart rate and temperature in very low birth weight infants during skin-to-skin contact with their mothers. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1989, 78: 189-193.
- 41 de Leeuw R, *et al.* Physiologic effects of kangaroo care in very small preterm infants. *Biology of the Neonate*, 1991, 59:149-155.
- 42 Fischer C, *et al.* Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care. *Early Human Development*, 1998, 52:145-153.
- 43 Anderson GC, Wood CE, Chang H P. Self-regulatory mothering vs. nursery routine care postbirth: effect on salivary cortisol and interactions with gender, feeding, and smoking. *Infant Behavior and Development*, 1998, 21:264.
- 44 Christensson K, *et al.* Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica*, 1992, 81:488-493.
- 45 Christensson K, *et al.* Separation distress call in the human infant in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatrica*, 1995, 84:468-473.
- 46 Affonso D, Wahlberg V, Persson B. Exploration of mother’s reactions to the kangaroo method of prematurity care. *Neonatal Network*, 1989, 7:43-51.

## Метод кенгуру

- 47 Affonso D, *et al.* Reconciliation and healing for mothers through skin-to-skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. *Neonatal Network*, 1993,12:25-32.
- 48 Legault M, Goulet C. Comparison of kangaroo and traditional methods of removing preterm infants from incubators. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1995, 24:501-506.
- 49 Bell EH, Geyer J, Jones L. A structured intervention improves breast-feeding success for ill or preterm infants. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 1995, 20:309-314.
- 50 Tessier R, *et al.* Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. *Pediatrics*, 1998, 102:390-391.
- 51 Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics*, 1998, 102:E38.
- 52 Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*, 1999, 103:1150-1157.
- 53 Malhotra N, *et al.* A controlled trial of alternative methods of oral feeding in neonates. *Early Human Development*, 1999, 54:29-38.
- 54 Sontheimer D, *et al.* Pitfalls in respiratory monitoring of premature infants during kangaroo care. *Archives of Disease in Childhood*, 1995, 72:F115-117.
- 55 Lubchenco LO, *et al.* Intrauterine growth as estimated from live born birth weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*, 1963, 32:793-800.
- 56 *Managing newborn problems. A guide for doctors, nurses and midwives.* Geneva, World Health Organization (in press).
- 57 Jenni OG, *et al.* Effect of nursing in the head elevated tilt position (15 degrees) on the incidence of bradycardic and hypoxemic episodes in preterm infants. *Pediatrics*, 1997, 100:622-625.
- 58 Ludington-Hoe SM, Hadeed AJ, Anderson GC. Physiologic responses to skin-to-skin contact in hospitalized premature infants. *Journal of Perinatology*, 1991, 11:19-24.
- 59 Gupta A, Khanna K, Chattree S. Cup feeding: an alternative to bottle feeding in a neonatal intensive care unit. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1999, 45:108-110.
- 60 Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Archives of Disease in Childhood*, 1994, 71:365-369.
- 61 Bier JB, *et al.* Breast-feeding of very low birth weight infants. *Journal of Pediatrics*, 1993, 123:773-778.
- 62 Poets C F, Langner MU, Bohnhorst B. Effects of bottle feeding and two different methods of gavage feeding on oxygenation and breathing patterns in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 1997, 86: 419-423.
- 63 *Birth weight surrogates: The relationship between birth weight, arm and chest circumference.* Geneva, World Health Organization, 1987.
- 64 Diamond JD, *et al.* The relationship between birth weight and arm and chest circumference in Egypt. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1991, 37:323-6.
- 65 *Relactation: A review of experience and recommendations for practice.* Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/CHS/CAH/98.14).
- 66 Mennella JA, Gerrish CJ. Effects of exposure to alcohol in mother's milk on infant sleep. *Pediatrics*, 1998, 101:E2.
- 67 Rosti L, *et al.* Toxic effects of a herbal tea mixture in two newborns. *Acta Paediatrica*, 1994, 83:683.
- 68 *International code of marketing of breast-milk substitutes.* Geneva, World Health Organization, 1981 (HA34/1981/REC/1, Annex 3).

## Приложение

### I Учет и показатели

Клинические записи для больницы и следующий уход за детьми с низкой массой тела отличается согласно уровня ухода, который предоставляют детям с низкой массой тела и недоношенным младенцам. Необходимо регистрировать важную информацию по методу Кенгуру, если КМ является частью программы по уходу. Следующую дополнительную информацию следует записывать ежедневно:

◆ **Для истории новорожденного:**

- Когда начался метод кенгуру (дата, вес и возраст);
- состояние ребенка;
- детальная информация о продолжительности и частоте контакта «кожа к коже»
- находится ли мать в стационаре или приходит из дому;
- доминирующий метод кормления;
- данные наблюдения за лактацией и кормлением;
- прибавка в весе за день;
- эпизоды болезни, другого состояния или осложнений;
- лекарства, которые принимает ребенок;
  - детальная информация о выписке: состоянии ребенка, материнской подготовленности, домашних условиях, которые сделают выписку возможной; дата, возраст, вес и гестационный возраст на момент выписки; метод кормления и инструкция по патронажу (где, когда и как часто).

Матери следует дать выписку из истории болезни, где подведен итог курса госпитализации и дана информация об уходе на дому, лечении и патронаже. Также необходимо записывать, был ли ребенок переведен в другое учреждение или умер.

◆ **Записи о патронаже должны содержать следующую информацию, кроме обычных данных о ребенке:**

- когда впервые осмотрели ребенка (дата, возраст, вес и гестационный возраст);
- метод кормления;
- ежедневная продолжительность контакта кожа к коже;
- что беспокоит мать;
- был ли ребенок повторно госпитализирован или подлежит ли ребенок повторной госпитализации;
  - когда мать прекратила контакт «кожа к коже» (дата, возраст ребенка, вес, гестационный возраст, причины прекращения и метод кормления при отнимании от груди);
- другие важные примечания.

Если патронаж предоставляется в учреждении, куда ребенок был госпитализирован, то записи о пребывании ребенка в стационаре и о последующем наблюдении должны быть в одном документе. Если это не сделано, то двум видам записи должен быть присвоен один номер. Записи могут использоваться для создания электронной базы даны. Записи о последующем наблюдении, представленные в этом Приложении, взяты у тех, кто использовал программы ухода по методу кенгуру в некоторых странах.

## Метод кенгуру

Пример того, как информацию по методу кенгуру можно присоединять к записи о последующем наблюдении:

Дата посещения	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. / .. / ..	.. / .. / ..
Возраст								
Вес Прибавление в весе								
Метод кормления								
Средняя ежедневная продолжительность контакта «кожа к коже»								
Жалобы								
Повторная госпитализация								
Отлучен от груди Дата Возраст (в днях) Гестационный возраст Вес	Причины отлучения от груди и другие замечания							

Эти данные предоставляют основную информацию о ежедневном уходе за ребенком, развитии и индикаторах результатов программы по мониторингу.

**◆ Если метод кенгуру является частью программы по уходу за ребенком с низкой массой тела, то необходимо знать следующее:**

- количество детей с низкой массой тела (<2000 г и/или <34 недель), которые находятся на лечении, и какой процент этих детей получает уход по методу кенгуру;
- средний возраст в начала метода кенгуру (с разбивкой по весу и гестационному возрасту при рождении, весу и гестационному возрасту на момент начала ухода кенгуру);
- тип метода Кенгуру (доминирующий или частичный);
- средняя продолжительность метода Кенгуру (в днях);
- средняя прибавка в весе на протяжении ухода по методу кенгуру в медицинском учреждении и дома;
  - средний возраст на момент прекращения использования метода кенгуру (с разбивкой по весу и гестационному возрасту при рождении, а также по весу и гестационному возрасту на момент начала использования метода);
- метод кормления детей при отнимании от груди в период использования метода кенгуру (исключительное / частичное грудное вскармливание или отсутствие грудного вскармливания);
- процент детей, которым потребовалась госпитализация во время использования метода кенгуру на дому;
- уровень смертности во время использования метода кенгуру в учреждении и дома.

## II Масса тела при рождении и гестационный возраст

В различные сроки гестации масса тела при рождении может варьироваться на около 1 кг; дети с одинаковой массой тела могут быть разного гестационного возраста.

<b>Таблица 4. Средняя масса тела при рождении (г) с 10<sup>й</sup> и 90<sup>й</sup> перцентилями, по гестационному возрасту</b>			
Гестационный возраст	Средний вес при рождении	10 <sup>я</sup> перцентиль	90 <sup>я</sup> перцентиль
28	1200	900	1500
29	1350	1000	1650
30	1500	1100	1750
31	1650	1200	2000
32	1800	1300	2350
33	2000	1500	2500
34	2250	1750	2750
35	2500	2000	3000
36	2750	2250	3250
37	3000	2450	3500
38	3200	2650	3700
39	3350	2800	3900
40	3500	3000	4100

### III Ограничения

Метод кенгуру был включен в национальное руководство по уходу за детьми с низкой массой тела при рождении и недоношенными детьми и успешно осуществляется во многих странах. Опыт показывает, что основные проблемы, преграды и ограничения относятся к четырем категориям: правила, внедрение, коммуникации и кормление. Некоторые возможные решения приведены в Таблице 5.

<b>Таблица 5. Внедрение метода кенгуру</b>	
<i>Проблемы, преграды и ограничения</i>	<i>Возможные решения</i>
<b>Правила</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие или недостаток планов, правил, руководств, протоколов, справочников</li> <li>• Отсутствие изначальной, учебной и профессиональной поддержки</li> <li>• Отсутствие соответствующей подготовки и непрерывного обучения</li> <li>• Риск создания изолированной и вертикальной программы</li> <li>• Недостаточный доступ к доказательствам, литературе и документальной информации</li> <li>• Правовые проблемы (метод Кенгуру не включен во вмешательства, которые финансирует система здравоохранения)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработка планов, правил, руководств, протоколов, справочников</li> <li>• Создание связи с министерством, медицинскими институтами, организациями; пропаганда</li> <li>• Разработка базовых, последипломных курсов, курсов усовершенствования специалистов</li> <li>• Объединение с существующими программами</li> <li>• Создание местных и региональных библиотек; связей с основными документационными центрами</li> <li>• Внесение изменений в существующие законы, правила и положения; привлечение матерей и семей</li> </ul>
<b>Внедрение</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сопротивление заведующих, администрации и медицинских работников</li> <li>• Бедность медицинских учреждений, нехватка оборудования, материалов, организация, нехватка времени</li> <li>• Проблемы культуры: ошибочные верования, отношение, практики</li> <li>• Очевидный начальный рост нагрузки на персонал</li> <li>• Перераспределение заданий, многоотраслевой подход</li> <li>• Сопротивление матерей и семей</li> <li>• Отсутствие мониторинга и оценки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Соответствующая информация о эффективности, безопасности, выполнимости и стоимости</li> <li>• Улучшение структуры и организации, приобретении основного оборудования; обеспечение материалами</li> <li>• Соответствующий тренинг и информационная стратегия, участие общины</li> <li>• Внедрение изменений шаг за шагом</li> <li>• Написание новых должностных инструкций, поддержка работы команды и частый совместный обзор проблем</li> <li>• Группы поддержки в больнице и на месте проживания</li> <li>• Заседание, анализ и обсуждение обычной информации</li> </ul>

## Метод кенгуру

Коммуникация	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Матери и семьи не знают о методе Кенгуру</li> <li>• Недостаток информации и поддержки в стационаре и во время патронажа</li> <li>• Недостаточная поддержка семьи и общины</li> <li>• Враждебность государственных деятелей и специалистов в области здравоохранения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Адекватная информация в предродовой период и в учреждении более высокого уровня помощи</li> <li>• Улучшение коммуникации и навыков поддержки работников здравоохранения</li> <li>• Встречи с общиной, СМИ, горячие линии</li> <li>• Статьи, информационные бюллетени, группы людей объединенные общими интересами, открытые признания</li> </ul>
Вскармливание	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низкий уровень исключительно грудного вскармливания после длительного разделения новорожденного от матери</li> <li>• Сложность мониторинга роста и развития, отсутствие адекватных стандартов</li> <li>• Недостаточное физическое развитие, не смотря на правильное выполнение рекомендаций по грудному вскармливанию</li> <li>• Высокое преобладание ВИЧ-позитивных матерей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сокращение разделения ребенка и матери, насколько это возможно; внедрение руководств по вскармливанию</li> <li>• Точные весы, надлежащие графики физического развития, четкие инструкции</li> <li>• Хорошие навыки оценивания грудного вскармливания и альтернативные методы вскармливания</li> <li>• Добровольное консультирование и проверка родителей; консультирование по кормлению новорожденных</li> </ul> <p>Обсуждение, соответствующая замена кормления для недоношенных новорожденных; безопасная альтернатива грудного молока; аппараты для пастеризации</p>