



**USAID**  
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН



У Ч Е Б Н О Е   П О С О Б И Е

# МЕТОД КЕНГУРУ

ВЫХАЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ



**ДЛЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО  
РЕБЁНКА НЕОБХОДИМО МАТЕРИНСКОЕ ТЕПЛО**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

НИИ АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ АМН РТ

ПРОЕКТ ПО ЗДОРОВЬЮ И ПИТАНИЮ  
В РАМКАХ ИНИЦИАТИВЫ «ПРОДОВОЛЬСТВИЕ ВО ИМЯ БУДУЩЕГО»

**Учебное ПОСОБИЕ**  
**«Метод Кенгуру – выхаживание**  
**недоношенных детей»**

Учебное пособие для клинических ординаторов, врачей неонатологов и педиатров, акушер – гинекологов и семейных врачей.

Душанбе – 2018 г.

## **МЕТОД КЕНГУРУ – ВЫХАЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**

### **РЕЦЕНЗЕНТЫ:**

- Д.С. Додхоев профессор кафедры детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, доктор медицинских наук.
- К.К. Махкамов заведующий кафедрой неонатологии, кандидат медицинских наук, доцент.

### **Составители:**

- А.Г. Юнусов кандидат медицинских наук, заведующий отделением недоношенных новорождённых НИИ Акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ и СЗН РТ.
- С.Г. Умарзода первый заместитель министра МЗ и СЗН РТ, доктор медицинских наук.
- Т.М. Джаборова клинический директор Проекта по здоровью и питанию.
- И.М. Ходжиева врач неонатолог высшей категории родильного дома №2.



ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ  
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

734025, ш. Душанбе, к. Шевченко, 69, Тел.: (10992372) 21-18-35, 21-07-63, 21-10-72, Факс (10992372) 21-75-25

аз 12.12 соли 2018

№ 3-317

ш. Душанбе

Ба Юнусова А.Г.,  
Умарзода С.Ф.,  
Ҷабборова Т.С.

Раёсати таҳсилоти тиббию фармасевтӣ, сиёсати кадрҳо ва илм ба маълумоти Шумо мерасонад, ки дастури таълимии “Усули Кегурунигоҳубини кудакони камвазн” барои ординаторҳои клиникӣ, табибон неонатологҳо ва педиатрҳо, акушер-гинекологҳо ва табибони оилавӣ, тибқи қарори протоколи №2 Шӯрои таъбу нашри Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 5 декабри соли 2018 барои чоп тавсия шудааст.

Сардор

С. Раҷабзода

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
История .....	6
Метод Кенгуру.....	8
Недоношенный новорождённый.....	9
Состояние матери .....	10
Состояние ребёнка .....	11
Осуществление метода "кенгуру" .....	12
Позиции при использовании метода кенгуру .....	14
Сон и отдых матери .....	16
Продолжительность сеанса метода кенгуру .....	16
Длительность использования метода кенгуру.....	17
Наблюдение за состоянием ребёнка .....	17
Первая помощь при апноэ .....	18
Кормление.....	19
Грудное вскармливание .....	21
Питание матери .....	23
Сцеживание грудного молока .....	24
Кормление из чашки.....	25
Кормление из шприца .....	26
Кормление из бутылки .....	26
Зондовое кормление.....	27
Мониторинг роста ребёнка.....	28
Стимуляторы лактации .....	29
Стимуляция.....	30
Выписка.....	30
Литература:.....	32

## Введение

Телесный контакт кожа-к-коже на груди у матери, является как один из этапов эволюции среды обитания человека, от младенчества до взрослого возраста. Человек начинает внеутробную жизнь на груди матери, затем мать носит ребёнка на руках, потом ребёнок плавно перемещается в дом, затем в общину, общество, страну, и в конце концов, он становится человеком мира (Д. Бергман, 2005 г.).

В мире ежегодно рождается около 20 миллионов маловесных детей из-за преждевременных родов или же задержки внутриутробного развития, что в особенности характерно для развивающихся стран. Именно в развивающихся странах отмечается высокий уровень неонатальной смертности, частота и распределение которой находятся в соответствии с уровнем бедности. Из общего числа неонатальной смертности маловесные и недоношенные дети составили более пятой части. Факторов риска и причин преждевременных родов и рождения маловесных детей много и тенденции снижения их количества, по мировым показателям, не отмечается, так как в силу множества причин эффективные вмешательства ограничены. Более того, современные технологии или отсутствуют, или не могут применяться должным образом из-за дефицита квалифицированного персонала. Например, даже если есть инкубаторы, количество может быть недостаточным, или их могут недостаточно хорошо дезинфицировать. Покупка оборудования и запасных частей, ремонт и обслуживание является сложным и дорогим процессом. Электроснабжение – нестабильно и поэтому оборудование не работает должным образом. Всё 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 новорождённого тесно связано со здоровьем матери и качеством медицинской помощи, которую она получает во время беременности и родов.

В настоящее время, установившиеся практики по уходу за больными и маловесными детьми часто становятся барьером для грудного вскармливания. И это очень досадно, потому что недоношенные дети в большей степени нуждаются в материнском молоке и самом грудном вскармливании, нежели здоровые малыши, рождённые в срок. Почему же мамы не получают этой помощи, в которой они так нуждаются? Причина в том, что многие “процедуры”, применяемые при спасении

жизни недоношенных детей, были разработаны в 70–80-ые года прошлого века. Среди медицинских работников в отделениях интенсивной терапии новорождённых того времени грудное молоко, не говоря уже о грудном вскармливании, не считалось первостепенным. Прошло много лет, исследования доказали высокую эффективность грудного вскармливания в выхаживании маловесных детей, что заставило искать пути для обеспечения успешного грудного вскармливания.

## **История**

Эволюция создала человечество так, что когда мы рождаемся, у нас уже есть те умения и навыки, которые позволят нам адаптироваться в окружающем мире, и всё, что нужно для успешного развития новорождённого – это ношение его на руках (контакт “кожа к коже”) и грудное вскармливание. Недоношенные дети нуждаются в этом особенно остро, и тем абсурднее становится разделение матери и ребёнка, нередко воспринимающееся как норма. Уход за недоношенными детьми в развитых странах представляет собой значительную и очевидную нагрузку для системы здравоохранения. Стоимость ухода за одним недоношенным ребёнком в США составляет 51600 долларов. Эта проблема в республике Таджикистан очевидна, так как частота преждевременных родов высокое, ресурсы ограниченные, не во всех родильных домах хватает медперсонала, особенно в отделениях интенсивной терапии новорождённых, мало медоборудования для оказания помощи новорождённым, и все эти доводы приводят к увеличению неонатальной смертности.

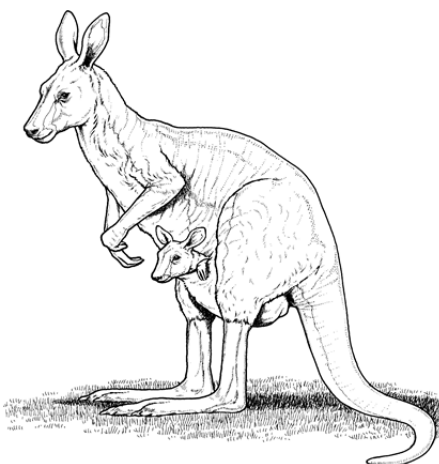
Впервые метод Кенгуру был апробирован в сентябре 1979 году докторами Эдгар Рей Санабриа и Гектор Мартинец Гомез в Боготе, Колумбия. Чтобы как-то компенсировать нехватку инкубаторов для выхаживания недоношенных детей и предотвратить распространение внутрибольничных инфекций, Рей и Мартинец попытались использовать тепло материнского тела для предупреждения гибели недоношенных детей от переохлаждения. В эксперименте участвовали малыши, состояние которых уже не вызывало беспокойства и оставалось только ждать, когда они наберут необходимый вес и подрастут. Примерно после полугода испытаний можно было говорить об устойчивых результатах. Метод Кенгуру превзошёл все ожидания. Он оказался гораздо более эффективен, чем стандартный инкубатор для выхаживания недоношенных: контроль температуры тела был гораздо лучше, а контакт “кожа к коже” с грудным вскармливанием дал просто потрясающие результаты – и это независимо от стартового веса, возраста

ребёнка и клинических условий! При использовании МК дети гораздо лучше поддерживали постоянную температуру тела, были спокойнее, лучше дышали и отличались более стабильным сердечным ритмом. И чем меньше был ребёнок – вплоть до 1200 граммов! – тем более стабильным было его состояние у матери на руках и тем менее стабильно при использовании инкубаторов. Это было действительно ошеломляюще, потому что противоречило всем существовавшим в то время убеждениям.

Колумбийский опыт стали применять в беднейших странах Африки и Азии, в лагерях беженцев и в госпиталях в зонах военных действий. Появились первые отчёты, в которых сообщалось, что благодаря применению метода «кенгуру», удалось выходить даже недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000 грамм при отсутствии специального медицинского оборудования. Спустя 4 года в 1983 году ЮНИСЕФ привлёк внимание общественности к этому методу, и в 1986 году колумбийскую инициативу подхватили в Европе, США и других странах. Сегодня этот метод все больше и больше набирает популярность, потому что не только заменяет инкубатор, но может дать гораздо больше, чем лекарства и современная медицинская техника.

В 1991 году был опубликован первый обзор по использованию метода "кенгуру" в различных странах, а в 1996 году состоялась международная конференция в Италии, на которой были чётко определены понятия использования метода кенгуру. В 1998 году прошла первая международная конференция, посвящённая именно данному методу. Понятие метода кенгуру основано на совокупности всех перечисленных факторов несмотря на то, что он важен для всех новорождённых, а для недоношенных детей он играет особенно важную роль.

Своим названием, как вы могли догадаться, метод обязан кенгуру. Это естественный, подсказанный самой природой, способ сохранить тепло, а значит и жизнь недоношенным детям. Оказывается, что детёныши кенгуру появляются на свет самым обычным способом, но сразу после родов малыш сам





ползёт, под внимательным присмотром матери, к отверстию в сумке, имеющий вес при рождении 750 миллиграммов, а рост 20–25 мм. Кенгуру кормит своего новорождённого малыша молоком, и первые месяцы жизни непрерывно носит его в сумке на животе, где организм кенгурёнка завершает своё формирование. Такая среда обитания даёт малышу кенгуру все необходимое для гармоничного развития и роста: тепло, комфорт, пищу, стимулы к развитию и ощущение безопасности.

Группа исследователей Фельдмана (Фельдман и др., 2002 г.) обнаружила, что к трём месяцам жизни ребёнка метод “Кенгуру” способствует установлению родительской заботы и лучшего семейного микроклимата. Шесть месяцев спустя после родов матери, практиковавшие метод “Кенгуру”, были более нежными в обращении с детьми, а их полугодовалые дети отличались более высоким уровнем умственного и психомоторного развития.

## **Метод Кенгуру**

Метод Кенгуру (kangaroo mother care – кенгуру мама заботится) – уникальный, эффективный, малозатратный и в то же время технологически простой способ спасения жизни недоношенных новорождённых – то способ выхаживания недоношенных детей, при котором контакт «кожа к коже» ребёнка и матери творят чудеса. Суть метода заключается в том, что детей ежедневно, от нескольких минут и до нескольких часов в день, выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы, что ускоряет адаптацию ребёнка к окружающему миру.

### **Ключевые моменты данной методики:**

1. Ранний продолжительный контакт “кожа к коже” (лицо ребёнка обращено к маме, соприкасаясь максимально большей частью кожи к коже матери);
2. Раннее и исключительно грудное вскармливание либо кормление сцеженным грудным молоком;
3. Персонал больницы поддерживает метод Кенгуру для медицинского, эмоционального, психологического и физического благополучия матери и ребёнка.

### **Важные моменты:**

1. Иницируется в больнице и может продолжаться дома.
2. Рекомендуются более ранняя выписка.
3. Необходимо в дальнейшем оказывать необходимую помощь и поддержку данной методики дома.

Метод “кенгуру” (МК) очень мягко и естественно знакомит малыша с окружающим миром. Он даёт эффект мягкой стимуляции всех органов чувств ребёнка. Ребёнок ощущает прикосновения руки и поглаживания, слышит сердцебиение и голос мамы, чувствует запах грудного молока и тела матери, стимулирует чувства равновесия, ощущения положения тела в пространстве, боль уменьшается настолько, что ребёнок может практически не реагировать на прокол кожи при взятии анализа крови. Состояние малышей при использовании МК, стабилизируется гораздо быстрее, нежели чем в кувезе, и по некоторым данным выживаемость среди детей массой от 1000 до 1500 г увеличилась от 30–70%.

Принципы МК могут так же быть применены для прерывистого контакта кожа к коже, при условии, когда дети разлучены с матерями. Было показано, что такой прерывистый контакт кожа к коже также эффективен и улучшает состояния недоношенного младенца, даже если он находится в кувезе. Контакт кожа к коже может быть использован для согревания новорождённых с гипотермией или для поддержания температурного режима во время транспортировки.

- МК является эквивалентом традиционному инкубатору, с точки зрения безопасности и температурной защиты.
- МК существенно снижает уровень тяжёлой заболеваемости новорождённых благодаря тому, что он способствует грудному вскармливанию.
- МК вносит большой вклад в формировании родственных уз между мамой и ребёнком.
- МК является современным методом ухода независимо от уровня учреждения и может быть применён даже там, где достаточно дорогая техника и обеспечивается адекватный уход.
- МК инициируется в родильном доме и продолжается дома.

Рекомендации подготовлены для медицинских работников, которые ответственны за маловесными и недоношенными детьми от первого до самых высоких уровней медицинских учреждений. Это руководство не содержит рекомендаций по лечению маловесных детей с медицинскими проблемами.

## **Недоношенный новорождённый**

Недоношенный ребёнок – новорождённый, родившийся при сроке менее 37 полных недель, то есть до 260 дня беременности. Способность ребёнка выжить после рождения напрямую зависит от того, сколько недель

он развивался в утробе матери и в какой мере его органы развиты. Недоношенный новорождённый отличается рядом анатомических особенностей: вес его обычно ниже 2500 г; рост менее 46 и менее см, а окружность головы, наоборот, на 2–3 см превышает окружность груди. Поэтому голова кажется большой по сравнению с туловищем, швы и роднички (малый – в области темени и большой – надо лбом) – широкие; уши очень мягкие и плотно прилегают к черепу; кожа тонкая, обильно покрытая пушком, особенно на лице, щеках, лбу. Подкожно-жировой слой выражен незначительно. У глубоко недоношенных детей подкожный жировой слой полностью отсутствует. Тонкий голос, иногда подобный пisku, является следствием недоразвития голосовых связок. Пупок расположен низко. У мальчиков яички могут быть не опущены в мошонку, а у девочек недоразвиты половые губы. Стенки сосудов бедны эластическими волокнами, вследствие чего во время родов могут возникать внутрочерепные кровоизлияния. Из-за значительной незрелости жизненно важных систем новорождённого (например, если недоношенный ребёнок не в состоянии самостоятельно дышать), он сразу после рождения попадает в отделение детской реанимации. В таких случаях роды должны проходить в оснащённых необходимым оборудованием медицинских учреждениях, имеющих отделения реанимации и интенсивной терапии для новорождённых. Использование метода кенгуру должно быть отложено до улучшения состояния ребёнка. Это может занять недели и более времени.

Несмотря на популярность «кенгуру» этот способ ухода за недоношенными детьми нельзя использовать рутинно, без учёта состояния здоровья, особенностей реагирования ребёнка и отношения родителей. Противопоказаниями являются – **тяжёлый сепсис, свежие внутрочерепные кровоизлияния 3–4 степени, потребность в кислороде с концентрацией более 40%, сложная фиксация венозного или артериального катетера.** Как правило, "кенгуру" допускается только после периода стабилизации состояния. Совершенно неверно ставить метод "кенгуру" в зависимость только от массы тела и возраста недоношенного ребёнка. Было бы целесообразным решать этот вопрос строго индивидуально с учётом состояния матери и ребёнка.

## Состояние матери

Все матери могут использовать МК, независимо от возраста, количества предыдущих родов, образования, религиозных предпочтений.

Следующие моменты должны быть приняты во внимание при использовании метода кенгуру:

- Выбор метода кенгуру должен быть результатом информированного согласия и не должен восприниматься как обязанность;
- объяснить и подготовить мать о преимуществах МК, позволяющая создать благоприятные условия для сохранения жизнеспособности недоношенного ребёнка;
- рассказать, чего мать может делать, когда ребёнок находится у неё на груди, а чего она должна избегать;
- члены семьи могут периодически подменять мать и осуществлять контакт кожа к коже – но они не могут кормить грудью;
- если у мамы есть осложнения после беременности и родов, или она заболела, то нужно отложить использование метода кенгуру до её выздоровления;
- быть всегда возле ребенка и принимать участие в лечении и выхаживание;
- мать должна чувствовать поддержку и помощь не только со стороны медперсонала, но и со стороны семьи.

Если мама курит, посоветуйте ей, как можно быстрее отказаться от курения и объясните опасность курения для неё, её родственников и новорождённого.

## **Состояние ребёнка**

Практически за каждым новорождённым 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 полной стабилизации состояние здоровья. На протяжении этого периода ребёнок должен получать лечение в соответствии с национальными клиническими протоколами. Короткие сеансы МК можно начинать, когда ребёнок всё ещё требует лечения (в/в введение жидкостей, кратковременные подачи кислорода низкой концентрации и т.д.).

Для постоянного МК, состояние ребёнка должно быть стабильным, он должен дышать самостоятельно без дополнительной поддержки кислородом. Не всегда способность ребёнка сосать и глотать является обязательным условием, метод кенгуру может использоваться и в случае кормления ребёнка через зонд. Лучше всего использовать метод "кенгуру" после кормления, если мама не кормит грудью. Если недоношенный ребёнок на грудном вскармливании, можно совмещать кормление и ношение на груди.

## **Осуществление метода “кенгуру”**

При стабильном общем состоянии недоношенного ребёнка врач вправе предложить родителям не совсем обычный для наших стационаров, метод. Но для этого необходимо выполнение ряда условий: Палаты должны быть достаточно просторными. Рядом с кувезом или детской кроваткой, нужно поместить удобное кресло, в котором спинка позволяет принять полулежащее положение. Это необходимо, чтобы мама не испытывала неудобств, ведь “кенгуру” может длиться не один час. В многоместной палате укромный уголок, где расположатся мама и малыш, можно отделить ширмой. Подход к инкубатору нужно держать свободным, а медицинские оборудования – дыхательные шланги, кислородные носовые канюли, системы для капельниц, не должны затруднять доступ к ребёнку. День, когда планируется пригласить маму, нужно хорошо спланировать, чтобы никакие плановые диагностические и лечебные процедуры не нарушали покой новорождённому. Взятие крови на анализ можно выполнить и во время “кенгуру”, но делать этого не рекомендуется, чтобы ребёнок не испытал неприятное болезненное ощущение в момент общения с мамой. Перед началом “кенгуру” мама должна получить в доступной форме полную информацию о состоянии здоровья ребёнка и проводимом лечении. Обязательно необходимо рассказать, что такое апноэ и какая помощь оказывается в этом случае. Необходимо объяснить назначение пульсоксиметра, какие показатели он отображает и нормальный диапазон их изменений. Первое время потребуется некоторое усилие для преодоления чувства страха и опасения нанести вред хрупкому и нежному существу, которое представляет собой недоношенный младенец. Здесь уже поможет поддержка тех матерей, которые уже имеют положительный опыт “кенгуру” со своими недоношенными детьми.

В роли “кенгуру” могут быть не только мама или папа, но и другие члены семьи, в том числе и старшие братья и сёстры, если их присутствие не противоречит внутреннему распорядку больницы. Единственное условие, все посетители должны быть здоровыми.

В отделении новорождённых необходимо соблюдать элементарные гигиенические требования.

### **Самое ВАЖНОЕ – мытьё и обработка антисептиками рук.**

Маме рекомендуется надеть рубашку или блузу, которую можно легко расстегнуть спереди. Недоношенный ребёнок, как правило, остаётся совсем голеньким для непосредственного контакта кожа-к-коже.

Можно оставить только памперс и шапочку на головке. Самый сложный момент – это перемещение ребёнка из кувеза на грудь мамы. Для выполнения этой процедуры потребуется как минимум два человека. Оцените поведение ребёнка и его готовность. Перед выкладыванием из инкубатора нужно привлечь внимание ребёнка. Для этого осторожно коснитесь его ладонью, дайте почувствовать ваше присутствие. Подождите ответной реакции. Так мы сообщаем, что сейчас произойдёт неожиданное событие. Далее ребёнка осторожно перемещают, переворачивают на животик и укладывают вертикально на верхнюю часть груди мамы, проверяют положение датчиков аппаратуры слежения, если таковые необходимы, укрывают тёплой пелёнкой. В первый раз требуется присутствие детской медицинской сестры во время всего сеанса “кенгуру”. Ребёнок, нуждающийся в дыхательной поддержке, может получать кислород через маску, носовые канюли. Аппаратная искусственная вентиляция лёгких также не является препятствием, если частота принудительных дыхательных циклов не больше 25 раз в минуту и концентрация кислорода не больше 40%. При проведении сеанса “кенгуру” с вентилируемым пациентом необходимо предельное внимание и готовность к оказанию экстренной помощи. Наготове должен быть набор для интубации трахеи и опытный персонал. Чтобы ребёнок полностью адаптировался, “кенгуру” необходимо продолжить не менее часа. Может быть так, что первый сеанс “кенгуру” и большую часть времени в последующем глубоко недоношенный ребёнок будет только спать и не проявлять никакой активности. Но рано или поздно малыш на груди у мамы инстинктивно начинает совершать движения в поисках соска. Такое поведение наблюдается даже у недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000 г. Если малыш начинает проявлять попытки найти грудь и захватить сосок, то необходимо его усилия поощрять кормлением, даже если малыш ещё питается через зонд, причём прикладывание к груди тоже возможно. При первых попытках сосания маловесный недоношенный ребёнок только почувствует вкус и запах молока, не получив ни грамма пищи (**такое сосание называется непищевым**), но это оказывает существенное влияние на развитие и закрепление сосательного рефлекса и является первым шагом для грудного вскармливания.

### **Когда необходимо прервать сеанс “кенгуру”?**

“Кенгуру” прекращают, когда ребёнок проявляет чрезмерное беспокойство, когда устаёт мама, когда замечено значительное

отклонение частоты пульса и дыхания у ребёнка от нормы и увеличение потребности в дыхании кислородом. Также необходимо проявить понимание, когда персонал просит прервать “кенгуру” в период напряжённой работы в отделении, например, когда оказывается экстренная помощь другому пациенту.

**Они могут быть самых разнообразных форм:**



Рисунок 1



Рисунок 2

## **Позиции при использовании метода кенгуру**

После периода бессилия и тщетного ожидания, наступает стабилизация состояния ребёнка, где мать становится основным лицом, ухаживающим за своим ребёнком, и укрепляется в своей материнской роли, что это её ребёнок, а не больницы. Тогда можно рассматривать телесный контакт кожа-к-коже на груди матери, как один из этапов начинание жизни, вне утробы матери. Положите ребёнка грудной клеткой к груди матери, между её грудей, в вертикальном положении. Мать при этом может носить любую одежду, лишь бы она позволяла достаточно плотно прижать к себе малыша. Зафиксируйте ребёнка на груди. Для этого может быть использован самый обычный кусок мягкой ткани квадратной формы (2–3 метра), наискосок завязывается на узел так, чтобы плотно поддерживать ребёнка. Можно применить эластичный бандаж (похожее на топики, без бретелек из очень плотного эластичного трикотажа) и вообще они могут быть самых разно-образных форм. Новорождённому обязательно фиксируют ручки и ножки в позе “лягушки” (рис. 2) так, чтобы положение ассоциировалась схоже с пребыванием в утробе матери. Головка должна быть повернута в сторону, слегка запрокинута, что позволяет ребёнку

свободно дышать и обеспечивать зрительный контакт с матерью. Убедитесь, что натянутая часть перевязи находится над грудью ребёнка. Живот ребёнка не стягивается и должен располагаться над уровнем эпигастральной области матери. В таком положении ребёнок имеет достаточно места для абдоминального дыхания. Избегайте наклона вперёд и сильного запрокидывания головки ребёнка. Малыша привязывают к телу матери достаточно крепко, чтобы, когда мать дышит, она давила на грудную клетку ребёнка и тем самым стимулировала его дыхание. Вертикальное положение, препятствует аспирации дыхательных путей, которая считается одним из наиболее частых причин заболеваний и смертельных случаев у недоношенных детей (Whitelaw and Sleath, 1985, Martinez and Rey, 1983). Каждые два часа ребёнка отвязывают, чтобы покормить ребёнка грудью, поменять подгузник, подмыть и т.д. Покажите матери, как доставать ребёнка и как снова уложить его на грудь. Как только мама будет знакома с этой техникой, её страх повредить чего-либо своему ребёнку исчезнет:

- удерживайте ребёнка одной рукой, расположенной позади шеи и спины;
- расположите другую руку под ягодицами ребёнка.
- слегка поддерживайте нижнюю челюсть, большим пальцем и ладонью для предотвращения соскальзывания головки вперёд и обструкции дыхательных путей, когда ребёнок находится в вертикальном положении.

Также, мать может легко ухаживать и за двойней: каждого ребёнка необходимо расположить на каждую грудь. Мама может 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 ребёнок расположен на груди у матери, дайте матери и ребёнку немного спокойно побыть вместе. Оставайтесь с ними и проверяйте положение ребёнка. Объясните маме, как наблюдать за ребёнком. Поощряйте, когда она двигается и ходит совместно с новорождённым. Расскажите про трудности, с которыми она может столкнуться. На какое-то время её жизнь будет постоянно «завязана» на ребёнке и это может нарушить её обычный распорядок дня. Более того, ребёнок может поначалу плохо сосать грудь. В этом случае мама может кормить ребёнка сцеженным молоком из чашки или другим альтернативным способом, но это будет занимать гораздо больше времени. Если состояние ребёнка позволяет, то он может находиться на матери 24 часа в сутки.



## Сон и отдых матери

Доктор Бергман рекомендует матери спать совместно со своим ребёнком. Это способствует стимуляции дыхательной и вестибулярной функции ребёнка.

Маме лучше спать с ребёнком полулёжа, примерно  $30^\circ$  от горизонтального положения. Это может быть достигнуто



путём настраиваемой кровати, если она доступна, или несколькими подушками на обычной кровати (Рисунок 3). Было отмечено, что именно эта позиция может снизить риск апноэ у ребёнка.

Если все же маме не нравится это положение, дайте ей возможность спать, так как ей удобно. Некоторые мамы предпочитают спать на боку на регулируемой кровати с приподнятой спинкой (это не позволяет ей повернуться на живот), и если ребёнок надёжно закреплён в позиции кенгуру, мать не может его задавить. Кресло с регулируемым наклоном спинки может также быть использовано для отдыха на протяжении дня.

## Продолжительность сеанса метода кенгуру

Контакт кожа к коже должен начинаться постепенно, от кратковременного прикладывания до постоянного использования МК. Длительность сеанса менее 60 минут неоправданно, поскольку частые перемены постратии неблагоприятно влияют на ребёнка. Продолжительность контакта кожа к коже должна постепенно увеличиваться и прерываться только тогда, когда необходимо сменить подгузники, особенно если отсутствуют другие средства для обогрева ребёнка. Когда у матери возникает необходимость отойти от ребёнка, он должен быть укрыт и уложен в тёплую кроватку, в помещении без сквозняков, накрыт тёплым одеялом или уложен под источником лучистого тепла, если он есть. На протяжении таких перерывов члены семьи (отец или бабушка) могут также помочь носить ребёнка по методу кенгуру.

## **Длительность использования метода кенгуру**

Когда матери и ребёнку комфортно, контакт кожа к коже должен продолжаться как можно дольше, сначала в лечебном учреждении, а потом дома. Следует использовать этот метод до того, как ребёнок достигнет доношенного срока (гестационный возраст около 40 недель) либо веса 2500 г, когда ребёнок 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 ребёнка, холодными ночами, либо тогда, когда малышу нужен дополнительный комфорт.

## **Наблюдение за состоянием ребёнка**

### **Температура**

Хорошо накормленный ребёнок, и продолжительный контакт кожа к коже стабильно удерживает нормальную температуру тела (между 36.5°C и 37°C), если температура воздуха не ниже 25°C. Редко, гипотермия может быть у новорождённых при использовании метода кенгуру. Температуру тела ребёнка в подмышечной области измеряйте каждые 6 часов на протяжении первых 3 дней, последующие дни 2 раза в день. Если температура тела ребёнка ниже 36.5°C, немедленно согрейте ребёнка: укройте одеялом и убедитесь, что ребёнку тепло. Измерьте температуру тела ребёнка через час и продолжайте согревать до тех пор, пока температура тела не будет соответствовать нормальным критериям. Определить возможные причины гипотермии (холодная комната, ребёнок 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 ребёнка на наличие признаков бактериальной инфекции. Если у ребёнка гипотермия средней или тяжёлой степени, следует принять меры по стабилизации температуры тела в соответствии с национальными клиническими протоколами. Повышение температуры тела ребёнка возможно также путём контакта кожа к коже.

### **Измерение температуры тела:**

- Измеряйте температуру тела ребёнка в контакте кожа к коже, или открытого ребёнка на тёплой поверхности.
- Используйте электронный термометр, который может определить степень гипотермии.
- Поместите кончик термометра посередине подмышечной области, кожа подмышечной области должна быть в тесном контакте с кончиком термометра, придержите ручку новорождённого до появления сигнала.
- Избегайте измерения ректальной температуры, поскольку это может привести к перфорации ампулы прямой кишки.

### **Наблюдение за дыханием**

Нормальное дыхание у недоношенных новорождённых и низкой массой тела при рождении, составляет 30–60 дыханий в минуту, и чередуется с короткими эпизодами апноэ, которое не нарушает и не ухудшает общее состояние ребёнка. Если, апноэ длится более 20 секунд и при этом отмечается приступ общего цианоза, брадикардия и ребёнок не начинает дышать спонтанно, немедленно прекратить МК, начать помощь в соответствии с национальными клиническими протоколами, поскольку есть риск повреждения структур головного мозга. Мама должна быть предупреждена о риске апноэ и должна быть готова распознать и принять необходимые меры.

### **Первая помощь при апноэ**

- Обучите мать, как нужно наблюдать за ритмом дыхания ребёнка и объясните ей, какие могут быть варианты нормального дыхания;
- Объясните ей, что такое апноэ, и какое влияние оно оказывает на ребёнка;
- Продемонстрируйте эффекты апноэ, попросив мать задержать дыхание;
- Объясните, что если дыхание останавливается на 20 секунд или больше, или если губы и лицо ребёнка становятся синими, это может быть признаком серьёзного заболевания;
- Обучите мать, способам стимуляции дыхания ребёнка, например, слегка потереть ему спинку. Если дыхание ребёнка при этом не восстанавливается, она должна немедленно вызвать врача;

- В случае длительного апноэ, когда дыхание не восстанавливается при стимуляции, реанимируйте ребёнка в соответствии с национальными протоколами;
- Если эпизоды апноэ становятся более частыми, обследуйте ребёнка: это может быть ранним признаком инфекции. Лечите инфекцию в соответствии с национальными протоколами.

У маловесных детей признаки тяжёлой болезни, как правило, не имеют ярких клинических проявлений и упускаются из виду, поэтому важно вовремя выявить начальные признаки заболевания и обеспечить соответствующее лечение. Обучите мать определять опасные симптомы у ребёнка и немедленное обращение за помощью, в случае их появления.

#### **Опасные симптомы:**

- затруднённое дыхание, западение грудины, стон на выдохе;
- тахипноэ или брадипноэ (редкое или частое дыхание);
- частые продолжительные эпизоды апноэ;
- гипотермия у ребёнка;
- сложности в кормлении: ребёнок не просыпается на кормление, отказывается от кормления или у него отмечается рвота;
- судороги;
- диарея;
- желтушность кожных покровов.

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

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

## **Кормление**

В момент рождения объем желудка малыша составляет всего лишь 5–7 мл. Спустя неделю после родов он увеличивается до 30 мл, однако способность сохранять чувство сытости может быть в течение не более 1,5 часов, так как сфинктер пилорической части желудка слабо развит. Поэтому детей нужно кормить так часто, сколько они просят. Молоко, вырабатываемое материнским организмом для недоношенных детей, отличается по своему составу от молока, для ребёнка родившиеся в сроке, и содержит в себе, все необходимы микроэлементы для новорождённого.

Углеводы: повышенное соотношение полисахаридов/лактозы

Липиды: повышенное содержание жирных кислот

Протеины: повышенное содержание всех протеинов и IgA

Na,Cl: повышенное содержание

Грудное вскармливание недоношенных младенцев представляет собой особую проблему. В первые дни маловесный ребёнок чаще всего не в состоянии кормиться энтерально и, возможно, требуется парентеральное питание.

Недоношенные дети до 30–32 недель гестационного возраста обычно нуждаются в кормлении через желудочный зонд сцеженным материнским молоком. Во время кормления через зонд мать может дать ребёнку свой палец и все это можно осуществить, когда ребёнок находится в позиции кенгуру.

Новорождённые в сроке 30–32 недели гестации, могут кормиться из ложки, шприца без иглы, пипетки или маленькой чашечки, но основное кормление, все же, происходит через желудочный зонд. Как только ребёнок начинает усваивать молоко альтернативными методами, кормления через зонд могут быть сокращены. Для кормления из чашки, ребёнка вынимают из кенгуру позиции, в тёплое одеяло, и возвращают к кенгуру позицию после кормления. Также можно кормить ребёнка, сцеживая молоко непосредственно ему в рот, и ребёнок может оставаться в кенгуру позиции. Дети в сроке 32 недели гестации и более, могут начать сосать грудь. Поначалу ребёнок может только держать сосок во рту, облизывать его и немного сосать. Докорм сцеженным грудным молоком через зонд или из чашечки, даст уверенность, что он получил то количество молока, которое ему необходимо.

Когда маловесный ребёнок начинает сосать эффективно, он может часто делать паузы, иногда на достаточно продолжительное время. Очень важно не отрывать его от груди слишком быстро. Оставьте его у груди с тем, чтобы он начал сосать снова. Кормление может продолжаться иногда около часа, если это необходимо. После кормления грудью предложите ему сцеженное грудное молоко альтернативным способом. Убедитесь, что ребёнок сосёт в удобной позиции. Хорошее прикладывание к груди, может сделать кормление на более ранних этапах. Дети в сроке 34–36 недель гестации и более могут получать все необходимое прямо из груди. Тем не менее, иногда в некоторых случаях может понадобиться кормление альтернативным способом. В этот период мать ребёнка нуждается в поддержке и поощрении для того, чтобы поддерживалась лактация.

## **Грудное вскармливание**

Убедите маму, что она единственная кормилица своего ребёнка и у неё достаточно молока:

- Объясните ей, что её молоко – это лучшая еда для маловесного ребёнка. Кормление грудным молоком для него является божественным и очень важным питанием.
- Поначалу, маловесный ребёнок слабо сосёт, часто отдыхает, засыпает, не всегда просыпается на кормления.
- Помогите ей разместить и приложить ребёнка в кенгуру позицию и объясните, что по истечении определённого времени, ребёнок начнёт хорошо сосать. Как только ребёнок демонстрирует интерес (открывает рот и ищет грудь, сосёт мамин палец) и готовность сосать грудь, помогите матери занять удобное для грудного вскармливания положение, которое обеспечивает хорошее прикладывание к груди.
- Покажите матери, как нужно правильно расположить и приложить к груди ребёнка.

### **Положение:**

- голова и тело ребёнка находится на одной линии;
- лицо ребёнка обращено к груди, нос – напротив соска;
- живот ребёнка должен быть прижат к животу матери;
- поддерживать нужно все тело ребёнка, а не только голову и плечи.

### **Прикладывание:**

- прикоснуться грудью губам ребёнка;
- подождать пока ребёнок откроет широко рот;
- приблизить ребёнка к груди; о ребёнок захватывает не только сосок, но и большую часть ореолы;
- подбородок ребёнка касается груди матери; о нижняя губа вывернута к наружи;
- сосательные движения равномерные, щёчки надутые, глотание слышны на расстоянии.

Позвольте ребёнку сосать грудь так долго, как он этого хочет. Не прерывайте его, если он все ещё делает попытки сосать. Маловесные дети нуждаются в более частом кормлении. Поначалу они могут не просыпаться для кормления, смена подгузника перед кормлением может помочь ребёнку проснуться и быть готовым к кормлению.

Если ребёнок ещё не сосал грудь, но при этом он стабильный (глубоко недоношенный ребёнок), в первую очередь предлагайте грудь, а затем используйте соответствующие альтернативные методы кормления. Подойдёт любой удобный для матери и ребёнка способ: она может сцеживать молоко прямо в рот ребёнку или кормить его из чашечки или желудочного зонда.

### **Кормление грудью близнецов**

- Убедите мать, что у неё достаточное количество молока, чтобы накормить двоих детей.
- Объясните ей, что её двойняшкам может понадобиться больше времени на стабилизацию состояния, поскольку дети могут быть с низкой массой тела.
- Прикладывать их к груди можно по очереди или одновременно. В первое время, когда у новорождённых ещё не сформировался правильный захват, лучше кормить их по очереди, а потом, когда дети научатся брать грудь, можно попробовать прикладывать их одновременно.
- Существует два основных варианта, как держать детей во время одновременного кормления. Можно расположить малышек так, чтобы головки были удалены друг от друга, а ножки скрещены (актуален для совсем маленьких). Другой вариант – положить младенцев головками друг к другу, а ножки отвести в стороны, чтобы они оказались у вас под руками.
- Прикладывать малышек к разным грудям по очереди: в одно кормление предложить одному ребёнку левую грудь, другому – правую, а в следующее кормление – наоборот.
- Если один ребёнок из двойни слабее, и вы не уверены, что он получает достаточного количество молока, сцеживайте молоко прямо в рот ребёнку или сцедите молоко чтобы докормить его альтернативными методами, но после прикладывание к груди.
- Определить хватает ли малышам молока очень просто, если в первые недели жизни они часто мочатся, опорожняют кишечник от 2 до 7–8 раз и сосут грудь матери 8–12 раз в сутки, при этом кормление длится от 20 до 40 минут – молока ребёнок получает в достаточном количестве.



## Питание матери

У кормящей матери должно быть здоровое питание, которая обеспечивает выработку достаточного количества хорошего молока, иначе ребёнок не получит достаточного питания. Питание напрямую связано с выработкой молока. Ежедневно на это сжигается около 500 калорий. Поэтому, если мама, кормящая грудью, плохо питается, то её здоровье ухудшается, поскольку организм отдаёт главный приоритет выработке молока, а затем снижается и количество молока. Есть рекомендуется часто и маленькими порциями, чтобы обеспечить организму постоянный приток питательных веществ. В основе питания кормящей матери после родов – классическая пирамида питания. В рационе обязательно должны присутствовать злаки, мясо, иногда рыба и т.д. и т.п. кормящей женщине необходимо употреблять достаточное количество жидкости, обычно это около 2 литров в день. По большому счёту, чем разнообразнее питание, тем лучше. Строгих запретов нет, но есть некоторые продукты, с которыми стоит быть осторожнее и вводить их в рацион особым образом.

- Белок коровьего молока. Вопреки распространённому мнению о пользе коровьего молока для младенцев, этот продукт является крайне нежелательным для употребления не только новорождённому, но и его маме. По своему составу коровье молоко содержит чужеродные для нашего организма белки (казеин). Употребление цельного коровьего молока мамой может создать проблемы с кишечником или может вызвать аллергию.
- Растительный белок глютин. Все мамы слышали и знают о без глютеновых кашах для детей, но не все исключают этот белок из своего рациона. Глютен содержится во всех крупах, за исключением риса, гречки и кукурузы.
- Химические добавки (красители, консерванты, ароматизаторы). Организм новорождённого ребёнка ещё не подготовился к таким «химическим атакам», и то, что для взрослого остаётся незамеченным, у малыша может вызвать проблему.
- Экзотические фрукты, которые повышают риск появления нежелательных реакций. Фрукты и овощи красного цвета. Аллергеном является красный пигмент, причём в больших дозах.



## Сцеживание грудного молока

Для сохранения лактации, несмотря на то, что мать и ребёнок находятся раздельно, помогите матери начать сцеживание как можно раньше после родов, по 15–20 минут, 6–8 раз в сутки. Ручное сцеживание – это наилучший способ сцеживания грудного молока. При этом способе сцеживания инфицирование менее вероятно, чем при сцеживании с помощью молокоотсоса. Также этот способ сцеживания может быть использован каждой женщиной в любое время. Покажите матери, как надо сцеживать грудное молоко, и позвольте ей это сделать самой.

1. Помойте хорошо руки.
2. Найдите удобную позу (сидя, стоя).
3. Поддерживая снизу грудь одной рукой, совершайте поглаживание другой рукой по направлению к соску.
4. Большой палец руки следует расположить сверху ареолы и границы около соскового кружка, указательный палец снизу напротив большого пальца, около сосковой границы.
5. Равномерно слегка сжать пальцы и немного оттянуть их в направлении грудной клетки.
6. Сжать ареолу, сцедить молоко, делая движение пальцами вперёд. Она должна сцеживать столько молока, сколько сможет, и кормить ребёнка так часто, как он захочет. Это значит, что она должна кормить ребёнка как минимум каждые 3 часа, включая ночное время. Если количество молока недостаточно, чтобы увеличить выработку, в течение нескольких дней матери следует сцеживаться очень часто (каждый час днём и каждые 3 часа ночью).

Если мать сцеживает больше молока, чем её новорождённый усваивает, предоставьте ей контейнер, для сцеживания заднего молока, которое даст ему больше необходимой энергии и поможет ему расти лучше (переднее молоко сцеживается первые 2 минуты – преимущественно лактоза, после – заднее молоко – белки, жиры, полисахариды, минералы и т.д.). Если женщина может сцедить только небольшой объем молока, сначала дайте ребёнку все материнское молоко, а потом уже дополнительное питание в виде молочной смеси, если это необходимо. Молоко в домашней температуре сохраняется в течение 24 часов, в холодильнике в течение 72 часов, в морозильнике (замороженное) – 4 месяцев.

Грудное молоко можно сцеживать непосредственно в рот ребёнка, в кенгуру позиции, но прежде всего мать должна быть обучена ручному сцеживанию молока.

Держите ребёнка в контакте кожа к коже.

- Подождите, пока ребёнок проснётся (очень маленькие дети могут нуждаться в лёгкой стимуляции, чтобы бодрствовать и не заснуть снова).
- Сцедите несколько капель грудного молока.
- Дайте ребёнку понюхать и лизнуть сосок.
- Сцедите молоко в открытый рот ребёнка.
- Подождите, пока ребёнок глотнёт молоко.
- Повторяйте процедуру до тех пор, пока ребёнок перестанет открывать рот, даже после стимуляции.
- Попросите мать повторять эту процедуру каждый час, если ребёнок весит меньше, чем 1200 г, и каждые 2 часа, если ребёнок весит больше, чем 1200 г.
- Убедитесь, что ребёнок получает достаточное количество молока, ежедневно взвешивая ребёнка. Преимущество метода заключается в том что, не требуется специальная посуда, чтоб сцедить молоко, тем самым обеспечив хорошую гигиену и тёплой пищи. Однако очень трудно оценить количество полученного ребёнком молока, когда его может быть слишком мало, чтобы удовлетворить потребности ребёнка. Позже, можно оценить количество полученного ребёнком молока, о чем может свидетельствовать прибавка в весе.

## **Кормление из чашки**

Чашки и другая традиционная посуда, такая как блюдца, из кофейного сервиза, или опыт Таджикистана, где широко используются маленькие стаканчики, которые могут быть использованы для кормления даже очень маленьких детей, при условии, что они могут глотать молоко. Матери могут легко обучиться этой технике, кормить своих детей, необходимым количеством молока. Кормление из чашки имеет преимущества перед кормлением из бутылочки, поскольку не мешает процессу сосанию груди, чашку легко вымыть водой с мылом, прокипятить, а также позволить ребёнку самому контролировать процесс кормления. Поначалу матери могут доставать детей из кенгуру позиции:

- Держите ребёнка на коленке в подоле в сидячем или полулежащем положении.

- Держите маленький стаканчик с молоком у губ ребёнка и слегка прикоснитесь им к губам так, чтобы молоко коснулась губ ребёнка.
- Ребёнок настораживается и открывает свой рот. Маловесный ребёнок набирает молоко в рот, помогая языком, а доношенный ребёнок или старше сосёт молоко, проливая при этом часть молока.
- НЕ ЛЕЙТЕ молоко в рот ребёнка. Держите чашку у его губ и дайте ему возможность самому пить.
- Как только ребёнок наедается, он закрывает рот и больше не пьёт молоко. Если ребёнок не выпил положенную норму, он выпьет её в следующий раз или необходимо кормить его чаще.
- Рассчитайте норму приёма еды в течение суток – а не на каждое кормление.

## **Кормление из шприца**

Техника похожа на технику сцеживания молока непосредственно в рот ребёнку: нужно налить необходимое количество грудного молока в чашку и залить её в рот ребёнку с помощью ложечки, шприца (без иголки) или пипетки. Когда ребёнок проглотит первую порцию молока, нужно дать ему ещё. 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, но вполне удобное после стабилизации состояния новорождённого и появления глотательного и отсутствия сосательного рефлексов. Шприцы в обязательном порядке должны быть одноразовыми!!!!

## **Кормление из бутылки**

Метод кормления новорождённых, который не рекомендуется. Он может вызвать нарушение дыхания и насыщение крови кислородом, а также вызвать затруднения кормления грудью. Метод применяется в исключительных случаях: нет матери, ВИЧ инфицирование, открытая форма туберкулёза, мать получает химия терапию. Со стороны новорождённого: фенилкетонурия, болезнь клинового сиропа, когда имеется непереносимость лактозы. Бутылки и соски в лечебных учреждениях должны стерилизоваться, а дома кипятиться.

## **Зондовое кормление**

Зондовое кормление используется, когда ребёнок не может глотать или координировать глотание и дыхание, не получает достаточного количества молока другими альтернативными методами. Пока медицинский работник готовит зонд и шприц, мать может приложить ребёнка к груди.

- Ребёнок может кормиться через зонд в кенгуру позиции или вне её. Для этого достаньте из позиции кенгуру, заверните его в тёплую пелёнку и положите на тёплую поверхность;
- Используйте зонды размером от d-6 или 8 в зависимости от веса ребёнка;
- Желудочный зонд устанавливается через рот. Длина зонда измеряется от переносицы новорождённого до мочки уха и далее до середины между мечевидным отростком и пупочным кольцом;
- Закрепите зонд на щёчке, при помощи лейкопластыря;
- Определите количество молока, которое необходимо ребёнку;
- Из шприца выньте поршень и соедините с зондом;
- Заполните шприц молоком и держите шприц так, чтобы молоко стекало самотёком медленно, в течение 10–15 минут. Не вводите молоко под давлением;
- Следите за состоянием ребёнка во время кормления, дыхание ребёнка должен быть равномерным;
- Во время кормления через зонд ребёнок может сосать грудь или мамин палец. Как только ребёнок начнёт «подсасывать» зонд, необходимо как можно скорее перейти постепенно на кормление ребёнка грудью, из чашечки, ложечки, шприца или пипетки.

### **Объём и частота**

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

При стабилизации состояние новорождённого начинаем медленно увеличивать суточный объём за счёт объёма одного кормления.

К 14 дню ребёнок должен получать 200 мл/кг/в день, что является тем количеством, которое необходимо для нормального роста ребёнка. Избегайте превышения объёма молока и слишком быстрого

кормления, чтобы уменьшить риск аспирации молоком или вздутия живота.

Детей с очень низкой массой тела следует кормить по требованию или не позже 2 часов, а увеличение количество молока зависит от объёма остатка молока в желудке ребёнка. Если необходимо, будите мать и ребёнка в течение дня и ночи, чтобы обеспечить регулярное кормление. Поначалу ребёнок может сосать грудь недолго, но даже кратковременное сосание стимулирует выработку молока и помогает ребёнку «попрактиковаться». Поддерживайте мать и помогайте ей. Когда ребёнок переходит на исключительное грудное вскармливание, измерить количество потребляемого молока ребёнком становится не возможным и остаётся только взвешивание ребёнка, чтобы оценить адекватное питание.

## **Мониторинг роста ребёнка**

### **Вес**

Взвешивайте детей с малой массой тела ежедневно, для проверки адекватного потребления жидкости и набора веса. Сразу после рождения, такие дети теряют в весе: потеря до 10% веса впервые дни после рождения считается приемлемой. После потери в весе, дети начинают медленно возвращаться к весу, который был при рождении, обычно это происходит на 7–14 сутки после рождения. Недопустимой является потеря веса после этого периода. Хороший набор веса ребёнком считается признаком хорошего здоровья. Не существует предел набора веса для детей на грудном вскармливании, хотя адекватный ежедневный набор веса, начиная со 2-й недели жизни – 15 г/кг/день.

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

Взвешивайте ребёнка 1 раз в день. Как только ребёнок начинает прибавлять в весе, взвешивать – 1 раз в два, а затем – 1 раз в неделю до момента, когда ребёнок достигнет возраста, равному полному срок у гестации (к 40 неделям или 2500 г);

Взвешивайте ребёнка в одно и то же время, голышом, на тех же калиброванных весах, предварительно постелив тёплую пелёнку;

Во время взвешивания ребёнка в комнате должно быть тепло;

Если у вас имеется график веса, который показывает ожидаемый внутриутробный вес ребёнка, отмечайте вес ребёнка на этом графике роста.

Если набор веса недостаточен в течение нескольких дней, оцените технику кормления, частоту и продолжительность, а также ночные кормления. Посоветуйте матери увеличить частоту кормлений и/или кормить ребёнка по требованию. Поощряйте мать пить жидкость. Затем обратите внимание на другие возможные причины плохого набора веса, а именно:

Молочница, отёк слизистых оболочек носа, бактериальные инфекции, которые могут мешать грудному вскармливанию. Следует выявить инфекции и лечить согласно национальным протоколам. Другие причины неадекватного набора веса ребёнком включают открытый артериальный проток и другие заболевания, которые нелегко диагностировать в учреждениях с ограниченными возможностями. Ребёнка, 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 ребёнка, следует помочь матери увеличить производство молока. Такое часто происходит, когда есть трудности с грудным вскармливанием: ребёнок плохо сосёт грудь, у матери болят груди во время кормления, трещины на сосках, мать болела или её не было, по каким-то причинам, и т.д. и т.п.

Помассируйте и сцедите молоко из груди матери, последнюю каплю молока помазать сосок, подождать минуту, чтоб молоко высох на груди, что тоже имеет антибактериальный эффект. 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, которые используются в некоторых странах для улучшения лактации, не должны употребляться, поскольку алкоголь в грудном молоке несёт большую опасность здоровью ребёнка. Домперидон может увеличить объём молока. Его следует назначать только после того, как остальные методы по повышению лактации были испробованы.

Если, несмотря на все усилия, ребёнок не набирает вес, следует рассмотреть возможность докорма смесями для недоношенных детей. В этом случае целесообразно кормить ребёнка из чашечки, но, после кормления грудью. Для приготовления смесей смотрите инструкцию на коробке со смесью. Не следует делать поспешных выводов о необходимости ввода смесей на основании колебаний веса ребёнка при ежедневном взвешивании, поскольку ежедневные прибавки могут быть очень разными, кроме того, могут быть ошибки измерения. Взвешивание через несколько дней или еженедельное взвешивание даст более точные данные для принятия решения. Обсудите с матерью, возможно ли в её ситуации продолжительное безопасное кормление смесью, может ли она приобретать смесь и регулярно готовить смесь в течение нескольких месяцев. Покажите матери, как нужно правильно и безопасно готовить смесь и кормить ребёнка. Вернитесь к исключительно грудному вскармливанию как можно быстрее, после того, как ребёнок набрал вес. Тщательно наблюдайте за состоянием и динамикой развития недоношенного маловесного ребёнка, которому был введён докорм в виде смеси, поскольку такой ребёнок больше подвержен инфекциям по сравнению с ребёнком на полном грудном вскармливании.

## **Стимуляция**

Всем детям нужна забота и любовь для гармоничного развития. Преждевременно рождённые 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 ребёнком, так как он находится в тепле, может двигаться как в утробе матери, слышать её 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.

## **Выписка**

Под выпиской подразумевается уход мамы и ребёнка из стационара, домой. Домашняя обстановка отличается от клиники, обучившую мать МК, поскольку в роддоме постоянно находился персонал, который

помогал матери. Выписка зависит от веса ребёнка, его состояния здоровья, условий пребывания ребёнка дома и наличие медперсонала для домашних визитов. Обычно ребёнок на методе кенгуру может быть выписан из стационара исходя из следующих критериев:

- Общее состояние здоровья ребёнка хорошее и нет сопутствующих заболеваний, таких как апноэ и инфекция;
- Ребёнок хорошо сосёт грудь матери и находится на исключительно или преимущественно грудном вскармливании;
- Набирает вес на протяжении 3 дней подряд;
- Его температура стабильна в позиции кенгуру;
- Мать уверена в уходе за ребёнком, и в состоянии регулярно посещать стационар с ребёнком для осмотра. **Обычно эти критерии достигаются, когда вес ребёнка больше 1500 г.** Ранняя выписка становится целью для матери по мере того, как у неё растёт уверенность в своих силах по уходу за ребёнком. Перед выпиской мать и члены семьи получают информацию (желательно в письменной и доступной форме, с иллюстрациями) по уходу за ребёнком дома, и инструкции по опасным симптомам у ребёнка и знает когда и куда обратиться за помощью.

#### **Мать должна знать:**

- Как положить ребёнка в контакте «кожа к коже»;
- Как одевать ребёнка, когда он не находится в позиции кенгуру;
- Как искупать ребёнка и обеспечить тепло после купания;
- Как проводить контакта «кожа к коже», если у него холодные руки, ноги и у него низкая температура;
- Как кормить ребёнка грудью, днём и ночью;
- Когда необходимо посетить врача для осмотра;
- Как определить опасные симптомы у ребёнка;
- Куда обратиться за помощью, при появлении опасных симптомов;
- Когда заканчивать использование МК.

Если нет возможности навещать медработником семью дома, а больница находится далеко, мать с ребёнком выписывают из роддома позже. Прививки проводить в соответствии с национальными протоколами. Обеспечьте медицинское наблюдение за матерью и ребёнком. Чем меньше ребёнок при выписке, тем раньше и чаще его нужно навещать.



2 наблюдения в неделю до 37 недель гестации и одно наблюдения в неделю после 37 недель гестации. Скажите матери, что всегда лучше обратиться за медицинской помощью при любых сомнениях относительно здоровья маловесного/недоношенного ребёнка, чем проигнорировать какой-то опасный симптом. Поощряйте мать регулярно посещать врача, пока ребёнок не достигнет веса 2500 г, или же возраста 40 недели гестации.

## **Литература:**

1. Метод Кенгуру. Практическое руководство. Департамент репродуктивного здоровья и исследований. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 2003 г. Стр. 6–45.
2. Програма інформаційної підтримки материнства «Зростає, Малюк!». Киев, 2014. Стр.45–47.
3. Low birth weight. A tabulation of available inf6 Mennella J.A., Gerrish C.J. Effects of exposure to alcohol in mot.
4. Bergman N.J., Jürisoo L.A. The “kangaroo-method” for treating low birth weight babies in a developing country. *Tropical Doctor*, 1994, 24:57–60.
5. Lincetto O., Nazir Al., Cattaneo A. Kangaroo Mother Care with limited resources. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2000, 46:293–295.
6. Rey E.S, Martinez H.G. Manejoracionaldelniñoprematuro. In: Universidad Nacional, Cursode.
7. Medicina Fetal, Bogotá, Universidad Nacional, 1983.
8. Conde-Agudelo A., Diaz-Rossello J.L., Belizan J.M. "Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants" (Review) Copyright © 2007 The Cochrane Collaboration.
9. Heather Harris A little help from my friends: caring for premature babies in a war zone *International Breastfeeding Journal* 2007.