



Национальна детская специализированная больница «ОХМАТДЕТ»

**Внедрение метода «мама-кенгуру» в
практику интенсивного
выхаживания недоношенных детей
НДСБ «ОХМАТДЕТ»**

Киев 2011

Гуманизация интенсивного лечения глубоко недоношенных детей





Проблема:

Отделение и удаление недоношенного ребенка от матери (семьи) при проведении интенсивной терапии

Решение проблемы:

Гуманизация интенсивного лечения глубоко недоношенных детей:

- 1) Приблизить мать, семью к лечению и выхаживанию недоношенного ребенка (24/7);
- 2) Окружить ребенка материнской любовью и заботой, создать условия максимального психо-эмоционального комфорта матери и ребенку;
- 3) Уменьшить влияние техногенных факторов на новорожденного ребенка (боль, шум, свет, нарушение температурного режима)
- 4) Создать оптимальные условия для начала раннего грудного вскармливания;
- 5) Сократить длительность пребывания пациента в стационаре.

**На сегодняшний день метод кенгуру –
основанная на доказательствах
стратегия выхаживания
недоношенных детей, применяемая
как в развивающихся, так и в
развитых странах.**



Метод кенгуру появился в 1978 году в Колумбии.



Авторы метода кенгуру: педиатры Рей, Мартинес и Наваретте



Возможности метода кенгуру

Проведение n-CPAP терапии в методе «кенгуру»



Обследование детей в методе «кенгуру»



Осмотр ребенка без прерывания МК



Кормление в МК



Эффекты метода кенгуру: уровни доказательств

Физиологические эффекты	
Положительное влияние на стабильность сердцебиения	A
Положительное влияние на стабильность дыхания	A
Сатурация	A
Десатурации	B
Апноэ – не ухудшает/снижение частоты апноэ	A/B
Поддержание нормальной температуры	A
Снижение уровня кортизола	B
Увеличение набора веса	A
Уменьшение числа инфекций	A
Нормализация уровня сахара в крови	C
Поведенческие	
Улучшение сна ребенка	A
Меньше кричит	A
Обезболивающий эффект	A

Грудное вскармливание	
Увеличивается выработка молока	A
Больше ИГВ	A
Увеличивается длительность кормления	A
Инициация грудного вскармливания	A
Нейроповеденческие	
Улучшение общего развития	A
Выше баллы умственного и моторного развития	A
Быстрее созревание мозга	C
Психосоциальные	
Тревожность матери/отца снижается	A/C
Удовлетворенность матери/отца повышается	A/C
Лучше связь с матерью/отцом	A/C
Больше позитивных взаимодействий с матерью/отцом	A/C

Уровень A и B – необходимо немедленно внедрять для улучшения исходов, не требует дальнейших исследований.

Снижение тяжелой заболеваемости в три раза

- Выхаживание по методу кенгуру ассоциируется с **большим снижением тяжелой заболеваемости** детей весом <2000 г (сепсис, некротизирующий энтероколит, тяжелая пневмония и т.п.)
(**OR = 0.34**, 95% CI 0.17–0.65, 5 исследований, 1520 детей)



МЕТААНАЛИЗ, 2010

Снижение риска нозокомиальных инфекций вдвое



Снижение риска **нозокомиальных** инфекций (**ОР 0.49**, 95% доверительный интервал 0.25 - 0.93),

Снижение риска **тяжелой** заболеваемости (**ОР 0.30**, 95% доверительный интервал 0.14 - 0.67)

Снижение риска заболевания нижних дыхательных путей (при осмотре в 6 месяцев) (ОР 0.37, 95% доверительный интервал 0.15 - 0.89),

МЕТААНАЛИЗ, 2003

Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM. **Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants**. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD002771.

Снижение смертности вдвое



Выхаживание по методу кенгуру ассоциируется с **большим снижением неонатальной смертности** у детей весом <2000 г (OR **0.49**, 95% CI 0.29–0.82, 3 исследования, 988 детей)

Снижение смертности на **51%** в этой категории детей (95% CI 18–71% reduction)

МЕТААНАЛИЗ, 2010

Набор веса и метод кенгуру



+ 8 г/день

+ 0.26 см/неделю



+ 0.29 см/неделю

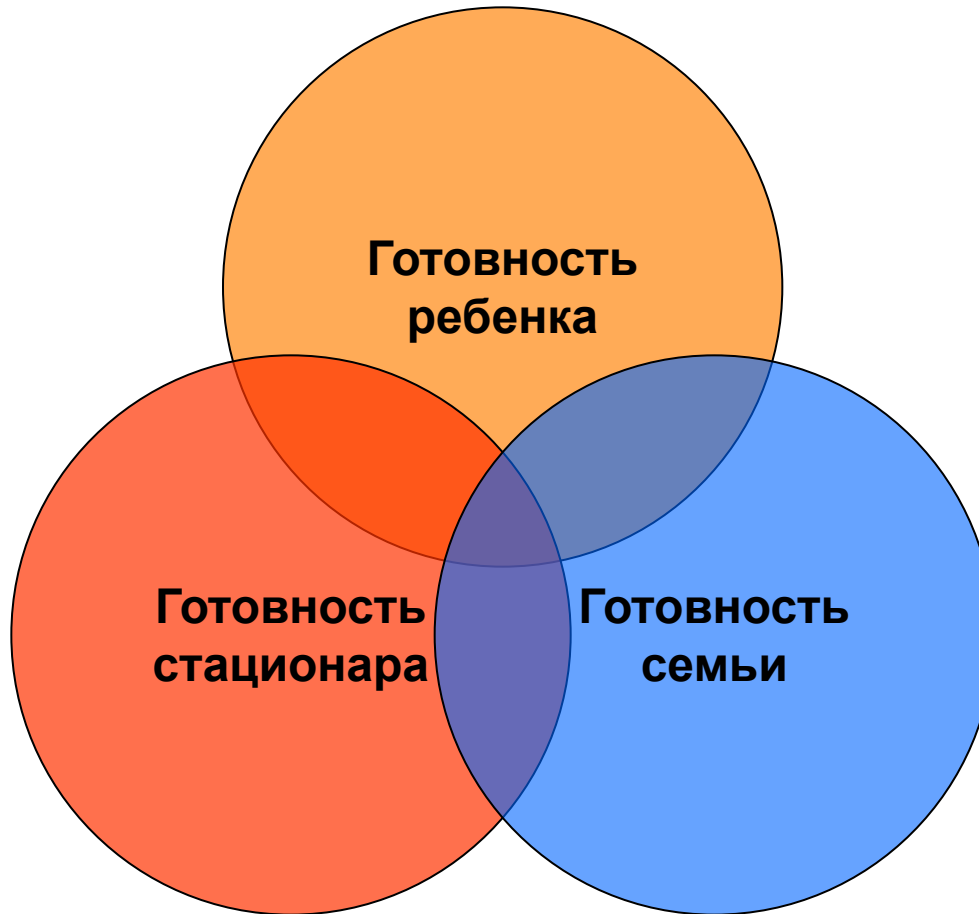
+ 8 г/день

+ 0.29 см/неделю

РКИ

Критерии успешного внедрения МК

В отделении



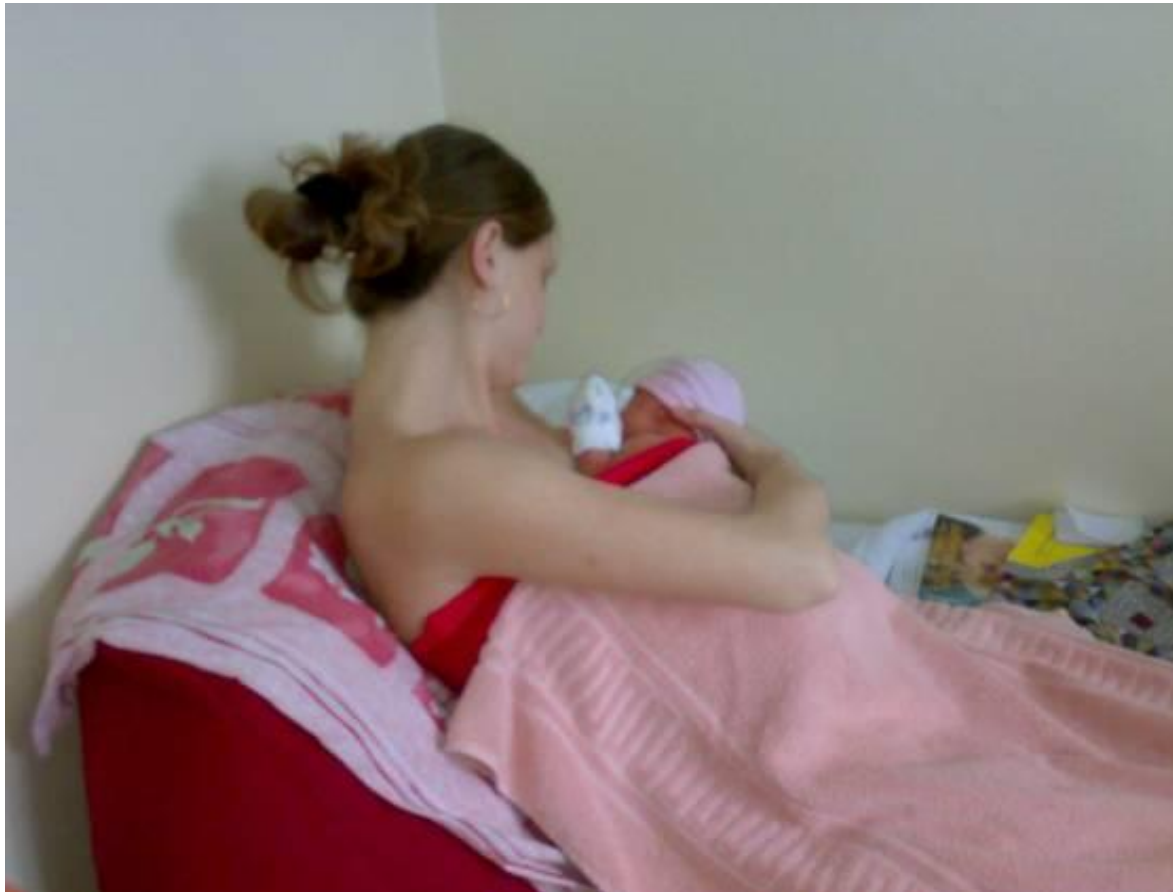


Критерии начала метода кенгуру для ребенка

- Гестационный возраст при рождении >30 недель
- Вес при рождении >1000 г
- Стабильное состояние ребенка
 - Отсутствуют тяжелые дыхательные и гемодинамические расстройства ($SaO_2 > 88\%$)
 - Стабильная температура тела

Готовность семьи к участию в МК

- Информированность семьи о методе кенгуру;
- Активное желание участия в методе матери и родственников





Потребности семьи при проведении МК:

- ✓ Возможность принимать пищу в кенгуру-позиции в условиях отделения
- ✓ Политика «открытых дверей» для родственников 24 часа / 7 дней в неделю
- ✓ Холодильник для хранения продуктов
- ✓ Образовательные программы
- ✓ Возможность выйти на прогулку на улицу
- ✓ Приватность во время кормления, личных гигиенических процедур и во время



Изменения в отделении после начала внедрения метода кенгуру

- Регулярные тренинги для персонала (по методу кенгуру, мытью рук, реанимации, консультированию и т.д.)
- Больше комфорта для родителей (подушки для кормления, бандажи, кресла, телевизор, DVD)
- Свободные посещения семьи (24/7)
- Организован семейный клуб
- Регулярные лекции для матерей
- Информационные материалы для родителей
- Индивидуальное консультирование (врач, медсестра, психолог)
- Организована столовая для мам на этаже
- Кабинет катамнестического наблюдения за детьми, которые выхаживаются в МК



**Мама может отдыхать, ходить с ребенком, принимать пищу,
заниматься личными делами**

Семейный клуб: обучение



Привлечение отцов и родственников к уходу за ребенком по методу кенгуру





Система мониторинга состояния ребенка

- Мониторинг проводит мать
 - Помогает матери лучше узнать ребенка и укрепить связь с ним
 - Позволяет активнее реагировать в случае осложнений
 - Родители быстрее обучаются уходу за своими детьми
- Освобождается время медперсонала



Мониторинг

Графік маситіла Дашко Петя Прізвище

Дата народження 27.11.2010 Маса тіла при народженні 1310 Гестаційний вік 37 29 д
Маса тіла при поступленні 1320 г Вік при поступленні 2 дні Маса тіла при виписці: г

Затверджано
Генеральний директор
НДЛЗ МОЗ України "ОХМАТДИТ"
К.І. Марин
"11" 2010 р.

- Форму мониторинга и график прибавки веса заполняет мать

Форма спостереження за дитиною

Ім'я матері Петренко Олена Ім'я дитини Дашко
Дата народження 28.11.2010
Маса при народженні 1330

Дата: 08.12.2010

Час	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	За добу
Кенгуру	←→																							19	
г/с	←→																							37.1	
Головання	←→																							36.8	
Зібрано молока	30 мл 30г			15 мл 30г	10 мл 30г		10 мл 30г			32 мл			12 мл 30г			25 мл 30г		12 мл 30г		18 мл 30г			35 мл 30г		
Сеча	<			<						<			<												
Стілець	<			<						<			<												
Інше																									

Дата: 4.12.2010

Час	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	За добу
Кенгуру	←→																							19	
г/с	←→																							36.9	
Головання	←→																							37.1	
Зібрано молока	32 мл			28 мл	44 мл		25 мл			35 мл			30 мл			50 мл		22 мл		18 мл					
Сеча	<			<						<			<												
Стілець	<			<						<			<												
Інше																									

- Медсестра объясняет, как заполнять формы и контролирует правильность заполнения



Политика метода кенгуру (МК) НДСБ «ОХМАТДЕТ»



- I. Концепция политики МК
- II. Критерии готовности ребенка, родителей и учреждения к МК
- III. Организация мониторинга
- IV. Критерии выписки ребенка, который выхаживался на МК
- V. Организация визитов в отделение после выписки
- VI. 10 шагов для успешного внедрения МК



Результаты на сегодняшний день

(период внедрения 8 месяцев)

- С августа 2010 г выхожено по методу кенгуру: **174 ребенка** - это **82,1%** от всех детей в отделении
 - Состояние быстрее стабилизируется
 - Меньше случаев гипотермии
 - Быстрее набирают вес: обычно **20-30 г/в день**
 - **Используется меньше антибиотиков**
- Быстрее осуществляется переход на свободное грудное вскармливание
- Меньше трудностей с грудным вскармливанием, больше молока у мам
- Матери увереннее и быстрее учатся уходу за ребенком
- Родственники активно участвуют в выхаживании детей
- Выписка раньше
- Не было случаев нозокомиального инфицирования



Наши первые результаты

(группы сравнения: дети с весом при поступлении 1500-2000 г)

Показатель	Стандартный уход (Вес 1753 ± 33 г)	Метод «Кенгуру» (Вес 1757 ± 47 г)
<i>Длительность пребывания в стационаре (дни)</i>	$22,11 \pm 1,6$	$18,2 \pm 1,5$
<i>Антибактериальная терапия продолжительность (дни)</i>	$11,7 \pm 1,5$	$7,4 \pm 1,4$
<i>Исключительно грудное вскармливание при выписке (%)</i>	66,6%	90,9%



Набор веса на методе «кенгуру» и при стандартном уходе (дети, родившиеся в сроке 30-32 недели)





Март 2011

**Достигнуто круглосуточное
(24 часа) пребывание
ребенка в кенгуру!**



Дальнейшие этапы внедрения

- Преемственность методологии МК между женской консультацией, роддомом, специализированным стационаром и поликлиникой.
- Внедрение МК на всех этапах лечения и выхаживания недоношенного ребенка (роддом, отделение интенсивной терапии и реанимации, второй этап выхаживания недоношенных детей).
- Транспортировка ребенка в позиции МК из роддома на следующий этап лечения и выхаживания.
- Организация сбора, хранения и транспортировки грудного молока при невозможности пребывания матери с ребенком.
- Усовершенствование амбулаторного наблюдения детей выхоженных и выписанных в МК.



Ожидаемые результаты

- Готовность матери и семьи к выхаживанию ребенка в МК начиная с женской консультации
- Более ранний перевод из роддома на последующие этапы лечения ребенка, непрерывность проведения МК.
- Оптимизация грудного вскармливания
- Дальнейшее сокращение сроков пребывания в стационаре за счет более ранней выписки и преемственности между кабинетом амбулаторного наблюдения детей в МК и детской поликлиникой.





Метод кенгуру – лучший старт в жизни для преждевременно рожденного ребенка!





Руководство НДСБ “ОХМАТДЕТ” и сотрудники отделения интенсивного выхаживания глубоко недоношенных детей благодарят **Проект “Здоровье матери и ребенка”/JSI Ukraine** и лично директора проекта **Элен Лефевр-Шоле** за активную помощь при внедрении метода «мама-кенгуру»