



НАРОДЖЕНІ ДЛЯ обіймів



ПРОЕКТ «НАРОДЖЕНІ ДЛЯ ОБІЙМІВ»

Важко переоцінити значення обіймів для новонародженої дитини. В деяких випадках це питання життя та смерті. Експерти довели, що обійми — це потужний засіб для порятунку передчасно народженої дитини.

Діти мають можливість повноцінно розвиватись завдяки маминому теплу, що дає енергію, силу, відчуття безпеки та затишку.

Протягом кількох десятиліть, у різних куточках світу, Метод Кенгуру рятує сотні передчасно народжених дітей. Контакт «шкіра до шкіри» — більше, ніж просто дотик.

Соціальний проект «Народжені для обіймів» дбає про кожну передчасно народжену дитину, яка потребує зцілюючих обіймів. Для реалізації методу потрібно лише кілька складових: зручне положення мами, шапочка, шкарпетки і якісний підгузок. «Кенгуру» — найдоступніший у світі метод порятунку незрілого життя!

В 2017 році в рамках проекту «Народжені для обіймів» бренд Huggies® піклується про всіх передчасно народжених малюків та передає підгузки до перинатальних центрів України.

Мета проекту — доставити обійми усім малюкам, які цього потребують.

На прикладі Івана ми хотіли показати, якими цілющими можуть бути обійми і наскільки цей метод важливий для всіх малюків!

Детальна інформація про проект на сайті: bornforhugs.com.ua



Привіт! Мене звати Іван. Я з'явився на світ раніше, ніж того чекала мама. Уявіть, я важив всього 1590 г. Я вдячний лікарям, які підтримали моїх батьків та розповіли про чарівний метод Кенгуру. Я знаходився у мами на грудях, і постійно відчував її тепло та любов. Завдяки її обіймам мені завжди було добре. Провівши 9 тижнів разом з мамою, я вже мав 3120г ваги. Зараз почуваю себе чудово, і постійно насолоджуюсь любов'ю своєї родини.

ІСТОРІЯ МЕТОДУ КЕНГУРУ

На початку 1970 років проблеми, пов'язані з нестачею інкубаторів, а також впливом розділення матері й дитини, спонукали колумбійського педіатра Едгара Рея (Edgar Rey) розробити технологічно простий метод, названий згодом «Догляд за методом кенгуру».

Догляд за методом кенгуру складається з трьох основних компонентів:

Тепловий захист шляхом постійного контакту «шкіра до шкіри» — дитина розміщується на грудях у мами, та фіксується у відповідному вертикальному положенні за допомогою спеціальної пов'язки.

Підтримка виключно грудного вигодовування або іншого належного вигодовування.

Раннє виявлення ускладнень і застосування необхідних заходів.

Крім того, передбачається, що дитина бере у мами корисну мікрофлору, що знижує ризик зараження внутрішньолікарняною інфекцією, особливо в умовах стаціонару. Догляд за методом Кенгуру можна починати після народження, як тільки клінічний стан дитини стабілізується, і його можна продовжувати вдома до того часу, поки дитина не зміцніє і не стане більш рухливою, так що її буде важко утримувати в контакті «шкіра-до-шкіри». Зазвичай це відбувається до того часу, коли б дитина народилася в належний термін.

КЛЮЧОВІ ПЕРЕВАГИ МЕТОДУ КЕНГУРУ:

-  Ранній, тривалий та безперервний контакт шкіра-до-шкіри матері й дитини
-  М'який ефективний метод, який дозволяє уникнути занепокоєння та хвилювання характерних для догляду за недоношеними дітьми в пологових будинках
-  Краще розвивається мозок дитини
-  Дитина краще набирає вагу
-  Поліпшується дихання дитини
-  Сприяє грудному вигодовуванню
-  Зміцнює зв'язок між матір'ю та дитиною
-  Знеболюючий ефект для дитини
-  Дитина захищена від інфекцій
-  Батьки більш компетентні в догляді за малюком
-  Можливість ранньої виписки для дітей з недостатньою вагою
-  Ініціюється в пологовому будинку і може бути продовжений вдома (матерям вдома потрібна підтримка та спостереження)

ЩО ЗАЗВИЧАЙ ОТРИМУЄ ДОНОШЕНА ТА НЕДОНОШЕНА ДИТИНА?

ДОНОШЕНА ДИТИНА

-  Бабусі, дідусі, родичі, друзі
-  Піклування мами і тата
-  Довгий внутрішньоутробний період

НЕДОНОШЕНА ДИТИНА

-  Відсутність родичів та друзів
-  Піклування батьків у невеликій кількості
-  Короткий внутрішньоутробний період

Для кожної родини народження дитини — одна з найбільш значущих подій в житті. Батьки як би запрограмовані на позитивний результат: благополучне виношування вагітності, народження здорового малюка. Передчасне народження дитини — завжди величезний стрес не тільки для малюка, а й для тата з мамою.

Внутрішньоутробне дозрівання плоду протягом належних 38-42 тижнів дозволяє народженій дитини більш м'яко адаптуватися до радикально нових умов. Батьки також мають можливість повністю підготуватися до появи малюка, адже йому потрібні певні умови, час і цілодобова участь близьких. Недоношена дитина автоматично позбавляється цих переваг: дозрівання життєво важливих органів і систем різко сповільнюється (зміна умов, стресова ситуація); зважаючи на тяжкість стану, дитина переважно взаємодіє з медиками, і по-мінімуму — з батьками. Баланс природного перебігу подій порушується. Саме тому «батьки-кенгуру» потребують особливої психологічної підтримки та допомоги.

ГУМАНІЗАЦІЯ ДОГЛЯДУ

Ще не так давно для виходжування недоношених дітей використовувалися виключно кувези. Збереження теплового балансу й вологості, відсутність яскравого світла, максимально фізіологічне положення тіла — умови максимально (наскільки це можливо) наближені до природних. З початком впровадження виходжування дітей за Методом Кенгуру вдалося домогтися високих результатів. Це пов'язано із забезпеченням ще більш природних умов та обмеженням грубих, інвазивних маніпуляцій. Обидва методи не взаємовиключають одне одного, а скоріше взаємодоповнюють.

Гуманізований догляд не є альтернативою високотехнологічному догляду, але доповнює його, щоб зробити допомогу недоношеним новонародженим оптимальною та цілісною.

Метод Кенгуру — найкраща технологія для зниження кількості наслідків недоношеності.

Метод Кенгуру — слід впроваджувати у всіх медичних закладах, де надається догляд за хворими або здоровими дітям з недостатньою вагою.

Високотехнологічні втручання — це важливо, але вони не замінюють родину.

КОНЦЕПЦІЯ МЕТОДУ КЕНГУРУ

Не зважаючи на природність даного гуманізованого догляду, батьки-кенгуру повинні усвідомлювати, що шлях до досягнення максимальних результатів буде непростим. Клопітка щоденна праця, повна самовіддача та титанічні зусилля — в якомусь сенсі ціна за здорового, розвинутого малюка.

Адаптація дитини й матері до положення кенгуру, а також до вигодовування в Методі Кенгуру в умовах стаціонару з якомога більш раннім початком передбачає:

- 1. Положення згідно з Методом Кенгуру** — цілодобовий контакт «шкіра до шкіри» на грудях у матері в вертикальному положенні.
- 2. Харчування згідно з Методом Кенгуру** — виняткове грудне вигодовування (за можливістю).
- 3. Рання виписка додому в положенні Кенгуру** з частими й регулярними спостереженнями після виписки.

ПОЛОЖЕННЯ КЕНГУРУ

Положення відповідно до Методу Кенгуру має бути правильним. Тільки так можна отримати позитивний ефект. Батьки-кенгуру повинні отримати всю необхідну інформацію, як мінімум з метою психологічної готовності.

КОНТАКТ ДИТИНИ ШКІРА-ДО-ШКІРИ З МАТІР'Ю АБО РОДИЧАМИ:

- Безперервний і тривалий
- Дитина знаходиться у вертикальному положенні
- Мати підтримує температуру тіла дитини, замінюючи кувез
- Мати — основне джерело харчування і стимуляції
- Використовується еластичний підтримуючий бандаж
- Дитину необхідно годувати в будь-який час, не перериваючи положення кенгуру
- Близький родич може брати участь та носити дитину в позиції кенгуру
- Батьки-кенгуру повинні спати в позиції напівлежачи

ХАРЧУВАННЯ КЕНГУРУ

За першою нагодою необхідно почати ентеральне харчування. Материнське молоко — найбільш адаптоване джерело енергії для дитини. Грудне вигодовування забезпечує не тільки надходження в організм дитини всіх необхідних для росту і розвитку речовин, але і профілактику цілого ряду патологій, формування імунної системи і т.д. Грудне вигодовування позитивно впливає і на організм матері.

РАННЯ ВИПИСКА

Показанням до виписки додому передчасно народженої дитини є її готовність. Готовність обходиться без підстраховки та професійної медичної допомоги. Остання визначається рядом важливих показників.

КРИТЕРІЇ ТА ПОЛІТИКА РАННЬОЇ ВИПИСКИ:

Маса тіла дитини ≥ 1800 г

Загальний стан дитини задовільний і відповідає таким критеріями:

- Самостійне адекватне дихання з частотою 30–60 на хвилину
- Відсутність втягнення грудної клітини
- Відсутність апное, як мінімум протягом 7 днів перед випискою
- Відсутність цианоза шкіри та слизових
- Дитина може підтримувати стабільну нормальну температуру тіла протягом 3 днів перед випискою
- Дитина засвоює достатню кількість їжі та набирає вагу принаймні по 15–20 г в день протягом 3 днів перед випискою

Всі скринінгові тести виконані:

- компетентність матері щодо догляду, тривожних ознак, годування
- здатність дитини координувати смоктання-ковтання
- мінімальне лікування
- можливість регулярного спостереження або регоспіталізації
- підтримка родини та проходження ними навчання особливостям Методу Кенгуру, бажання родини

І так далі...

ВПРОВАДИТИ МЕТОД КЕНГУРУ — ПРОСТО!

Перевага Методу Кенгуру в тому, що він не вимагає особливих умов та матеріальних витрат. Достатньо тільки свідомо й відповідально підійти до виконання нескладних маніпуляцій. Важливу роль для батьків-кенгуру грає психологічна підтримка з боку близьких та медичного персоналу.

КРИТЕРІЇ ГОТОВНОСТІ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДУ КЕНГУРУ

Готовність установи

- Чіткий опис приміщень для підтримки Методу Кенгуру (клуб матерів, їдальня на одному поверсі з палатами, дотримання принципів інфекційного контролю, наявність інформаційних матеріалів для матерів і родичів, кабінет катанестичного спостереження)
- Є чітко описані робочі обов'язки медсестер та лікарів
- Наявність обладнання для Методу Кенгуру та практика його використання (бандажі, подушки, крісла)
- Чіткий моніторинг описаний, необхідні форми додаються
- Повна підтримка матерів / родичів медичним персоналом і рутинне консультування для досягнення майже цілодобового Методу Кенгуру
- Можливість забезпечити транспортування мами і дитини у позиції кенгуру до установи
- Методи годування дітей, і т.п.

Готовність батьків

- Батьки обізнані про Методу Кенгуру й готові його використовувати

Готовність дитини

- Стабільний стан здоров'я з незначними фізіологічними станами або їх відсутністю

ПОЛІПШЕННЯ ПІСЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДУ КЕНГУРУ

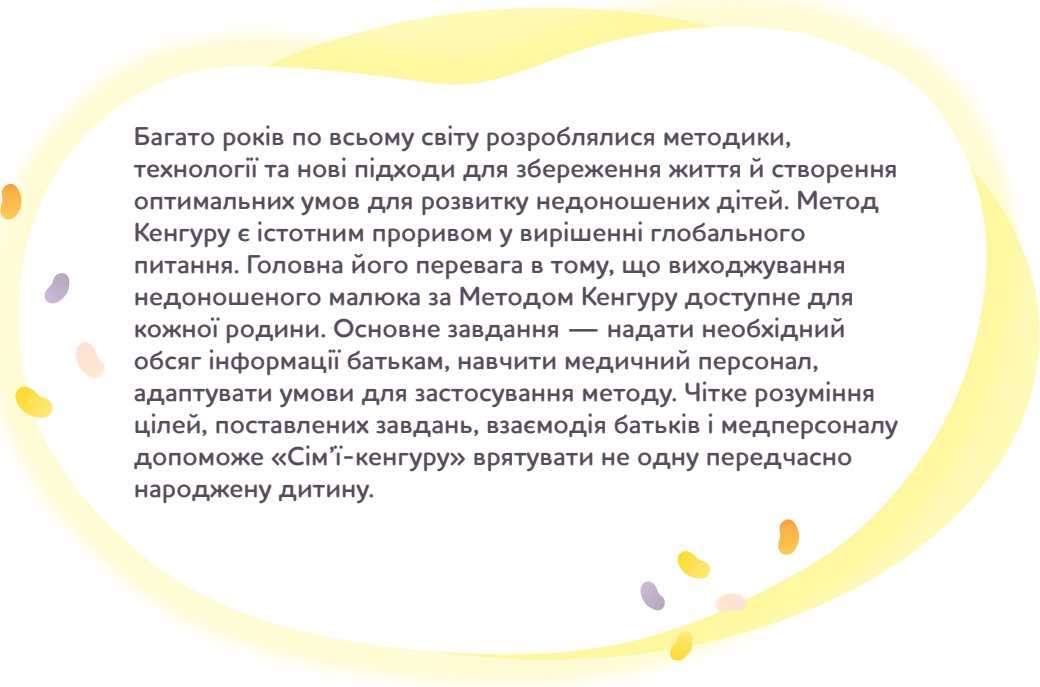
Використання Методу Кенгуру передбачає ряд заходів, завдяки яким буде здійснюватися підтримка недоношеної дитини на всіх етапах її розвитку (від пологового будинку до правильного догляду в домашніх умовах), а саме:

- Покращення медичних записів: спрощені, зручні, доказові
- Організація подальшого спостереження після виписки
- Ретельний моніторинг фізичного розвитку
- Консультації з годування та розвитку

ЛІТЕРАТУРА:

1. В. Д. Кохран. Анамнез та об'єктивний огляд новонародженого / Посібник з неонатології: Пер. з англ./ Джон Клоерті, Енн Старк (Ред.). – К.: Фонд допомоги дітям Чорнобиля, 2002. – С. 31-36.
2. Знаменська Т. К., Куріліна Т. В. Еволюція кенгуру методу на Україні – проблеми та перспективи// Матеріали українсько-американського навчального семінару-тренінгу «Сучасні тенденції неонатології: проблеми та перспективи». — Львів, 2003
3. Міжнародна класифікація хвороб та смертей 10 перегляду. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 676 від 31.12.2004 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 152 від 04.04.2005 «Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 582 від 15.12.2003 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
7. Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание. Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. стр. 138; стр. 60-63
8. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. стр. 5—9. Модуль 18
9. «Практичний посібник з неонатології» за редакцією Судакара Г. Езутачана, Добрянського Д. О., Львів-Детройт – 2002 стор. 238-240
10. Фенілкетонурія, клініка, діагностика, лікування. МОЗ України. Український центр наукової медичної інформації і патентно-ліцензійної роботи. 2001. С. 26-27
11. B. Erenz, M. Jerzykowska, E. Wieja, A. Smorawińska, E. Korman. Wyniki badań przesiewowych w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy u noworodków w Wielkopolsce [Результати скринінгу новонароджених щодо вродженої недостатності щитоподібної залози в Великопольщі] / Postępy w Neonatologii. Nr 9. Problemy endokrynologiczne okresu noworodkowego. Poznań 1998.- S. 6
12. Ballard JL, Khoury JC, Weding K et al: New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatr 1991; 119: 417-423.
13. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 1986, V. 93, N12, P. 1236-1238
14. Brion LP, Bell EF et al “Vitamin E supplementation for preventing of morbidity and mortality in preterm infants”, Cochrane Review, Cochrane Library, 2, 2005
15. Backstrom MC, Maki R, Kuusela AL et al. "Randomized controlled trial of vitamin D supplementation on bone density and biochemical indices in preterm infants". Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1999 May; 80
16. Christensen K. et al. "Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns care versus skin-to-skin or in a cot". Acta Paediatrica, 1992,81:488-493
17. Carl Kuschel "Ferrous Sulphate", Newborn Services Drug Protocol, July 2005
18. Charpak N et al. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants ≤ 2000 grams: a randomized controlled trial. Pediatrics, 1997, 100:682-688.
19. Cattaneo N et al., Kangaroo mother for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. Acta Paediatrica, 1998, 87:976-985.
20. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL, Belizan JM "Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants". Cochrane Review. Date edited: 26/02/2003
21. Charpak N et al. Kangaroo mother programme: an alternative way of caring for low birthweight infants one year mortality in twocohort studies. Pediatrics, 1994,94:804-810.)
22. Charpak N et al. A randomized controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. Pediatrics 2001;108:1072-9
23. Dennis E. Mayock , MD. University of Washington Academic Medical Center. Protocol "Apnea" 2000
24. Delange F. Neonatal screening for congenital hypothyroidism: results and perspectives. Horm Res. 1997; 48(2):51-61

25. Darlow BA, Graham PJ et al. "Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in very low birthweight infants", Cochrane Review, Cochrane Library, 4, 2000
26. Essential newborn care. Report of a Technical Working Group Trieste, 25-29 April 1994/WHO/FRH/MSM/96.13. Geneva, 1996
27. G.M.Gandy. Examination of the neonate including gestational age assessment / Textbook of Neonatology. Ed by N. R. C. Robertson. Churchill Livingstone. Edinburgh London Madrid Melbourne New York and Tokyo, 1992, - P. 199-215
28. "Guidelines for the management of Hypoglycemia". Jane Harding July 2004, Newborn Services Clinical Guideline
29. Integrated Management of pregnancy and childbirth "Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice. WHO, Geneva 2003. Weigh and assess weight gain. K-7., Delivery and immediate postpartum care. D11
30. Fisher C. et al. "Cardiorespiratory stability of premature boys and girls during kangaroo care". Early Human Development. 1998;52:145-153
31. Gabriel Ruiz-Pelaez et al. "Kangaroo Mother Care, an example to follow from developing countries". BMJ 2004; 329:1179-1181
32. Jane Harding. "Management of Small- or large-for Gestational Age infants on the Postnatal Ward", newborn Services Clinical Guideline, July 2004
33. "Hepatitis B Vaccine and Hep B Immunoglobulin (HBIG) at Birth. Vaccination Schedule. July 2005. Newborn services Clinical Guideline
34. Hawes J, McEwan P, McGuire W "Nasal versus oral route for placing feeding tubes in preterm or low birth weight infants". The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2005 Issue 2
35. Koo WW, Krug-Wispe S, Neylan M et al. "Effect of three levels of vitamin D intake in pre-term infants receiving high mineral-containing milk". J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1995 Aug; 1(2):182-9
36. „Kangaroo mother care". Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, Practical Guide
37. Karlsson H. Skin-to-skin care: heat balance. Arch Dis Child, 75:F 130-F 132, 1996/"Early intervention in premature infants, Evidence Centre Critical Appraisal, Series 2002
38. McCall EM, Alderdice FA et al. "Intervention to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight babies". The Cochrane Databases of Systematic Reviews 2005 Issue 2
39. Puckett RM, Offringa M. "Prophylactic vitamin K deficiency bleeding in neonates", Cochrane Review, The Cochrane Library, Issue 3, 2005
40. Janet Tucker and William McGuire "Epidemiology of preterm birth", BMJ 2004; 329:675-678
41. Rabe H, Reynolds J, Diaz-Rossello J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. The Cochrane Database of Systematic Review 2005 Issue 2
42. Respiratory distress syndrome of newborn infants. I. New clinical scoring system with acid-base and blood gas correlations / J. J. Downes, D. Vidyasagar, G. M. Morrow, T. Boggs // Clin. Pediatr. - 1970. - V.9, No6. - P.325-331.
43. Radiant warmers versus incubators for regulating body temperature in newborn infants, Cochrane Review . Flenady VJ, Woodgate PG, The Cochrane Library, Issue 3, 2005
44. Red BOOK: American Academy of Pediatrics, 2003
45. Rovet J, Daneman D. Congenital hypothyroidism: a review of current diagnostic and treatment practices in relation to neuropsychologic outcome. Paediatr Drugs. 2003; 5(3):141-9
46. Ruiz J., Charpak N., Figueroa Z. Predictional need for supplementing breastfeeding in preterm infants under Kangaroo Mother Care//Acta Paediatr. —2002.—91(10).—1130-1134
47. Shenai J P. "Vitamin A supplementation in birth weight neonates: rationale and evidence ". Pediatr 1999; 104:1369-1374
48. Thermal protection of the Newborn: a practical guide. WHO/RHT/MSM/97.2. Geneva.1997
49. WHO, 1995, Report No 854
50. World Health Organization. Managing newborn Problems: A guide for doctors, Nurses and midwives. 2003
51. Znamenskaya T., Kurilina T. The optimization of neonatal adaptation in 1 of 5th International Workshop on KMC.— Brasil, 2004



Багато років по всьому світу розроблялися методики, технології та нові підходи для збереження життя й створення оптимальних умов для розвитку недоношених дітей. Метод Кенгуру є істотним проривом у вирішенні глобального питання. Головна його перевага в тому, що виходжування недоношеного малюка за Методом Кенгуру доступне для кожної родини. Основне завдання — надати необхідний обсяг інформації батькам, навчити медичний персонал, адаптувати умови для застосування методу. Чітке розуміння цілей, поставлених завдань, взаємодія батьків і медперсоналу допоможе «Сім'ї-кенгуру» врятувати не одну передчасно народжену дитину.

