

1. Обеспечение базы доступно изложенной информации для пациентов по вопросам выявления, лечения и профилактики АГ.

2. Индивидуализация медикаментозного лечения больных, оптимизация схемы назначения лекарственных средств, отсутствие влияния лечения на привычный режим жизни.

3. Совместный контроль врачом и пациентом динамики заболевания на фоне лечения путем последующих контактов, что предполагает готовность сторон к сотрудничеству.

Литература:

1. Приверженность лечению как решающий фактор успешной терапии больных артериальной гипертензией / М.М. Ливенцева, О.С. Павлова, Т.А. Нечесова, И.Ю. Коробко // Кардиология в Беларуси. – 2009. – № 2. – С. 59-68.

2. Сурмач, М.Ю. Коммуникационный процесс врач-пациент в современном здравоохранении / М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2007. – № 1. – С. 198-201.

3. Родиков, М.В. Модели взаимодействия врача и пациента в современной медицине / М.В. Родиков, Л.В. Кочетова, Р.А. Пахомова // Современные проблемы науки и образования [Электронный ресурс]. – 2016. – № 6. – Режим доступа: URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25737>. – дата обращения: 01.06.2017.

Синица Л.Н., Пальцева А.И., Козич А.А., Мякиш Ю.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»
г. Гродно, Беларусь

«МЕТОД КЕНГУРУ» КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

В статье приводятся результаты применения современных технологий взаимодействия врач-родители-пациент при выхаживании недоношенных детей в УЗ «ГОКПЦ».

L.N. Sinitsa, A.I. Paltseva, A.A. Kozich, Yu.V. Myakish
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

«KANGAROOMOTHERCARE» AS A WAY TO IMPROVE THE CARE OF PREMATURE INFANTS

The article presents the results of the application of modern technologies of interaction of the doctor-parents-patient in care of premature newborns in Grodno regional clinical perinatal center.

Актуальность. В настоящее время в экономически развитых странах, в том числе и в Республике Беларусь, частота преждевременных родов составляет 4,0-5,0% и тенденции к дальнейшему снижению

не наблюдается [1]. Такие факторы, как оптимизация оказания акушерской помощи, адекватное ведение респираторных проблем, улучшение контроля над инфекцией, привели к увеличению выживаемости недоношенных детей [1, 2]. Однако на современном этапе развития неонатологии целью является полноценное развитие этих детей [3, 4].

В настоящее время в практику перинатальных центров при выхаживании недоношенных детей внедряется так называемый «метод кенгуру» (kangaroomothercare – КМС) – это способ выхаживания недоношенных детей, при котором максимально задействуется физический контакт «кожа к коже» малыша и матери. Суть метода заключается в том, что детей ежедневно, от одного до нескольких часов в день, выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы [2, 4].

Впервые этот метод был апробирован в сентябре 1979 года 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. «Метод кенгуру» превзошел все ожидания. При использовании КМС дети гораздо лучше поддерживали постоянную температуру тела, были спокойнее, лучше дышали и отличались более стабильным сердечным ритмом. У детей уменьшаются эпизоды апноэ, реже отмечаются заболевания органов дыхания в первые 6 месяцев жизни. Так же происходит стимуляция чувства равновесия, ощущения положения тела в пространстве и движения. Восприятие боли уменьшается настолько, что ребенок может практически не реагировать на прокол кожи при взятии анализа крови.

«Метод кенгуру» очень помогает в установлении отношений между ребенком и родной семьей, воспитывает чувство родительства и привязанности к ребенку, повышая самооценку и уверенность родителей в том, что они в силах помочь малышу. Родители становятся более осведомленными в вопросах выхаживания и лечения недоношенных детей. Это все способствует не только более гармоничному развитию малыша в эмоционально-психическом плане, но и делает связь мать-ребенок более тесной и глубокой [3, 4].

Целью работы явилось изучение влияние «метода кенгуру» на эффективность выхаживания преждевременно рожденных новорожденных детей.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 43 недоношенных ребенка, находившихся на лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» в 2016-2017 гг. Возраст детей составлял от 0 до 3 месяцев. Для решения поставленных

задач все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу (1) составили 18 недоношенных младенцев (10 мальчиков и 8 девочек), у которых применялась «методика кенгуру» после относительной стабилизации состояния в возрасте в среднем $5,4 \pm 1,3$ суток жизни. В группу 2 (группа сравнения) включено 25 детей (16 мальчиков и 9 девочек), у которых не использовался указанный метод. Все дети родились ранее 30 недель гестации, имели массу менее 1200,0 г, нуждались в проведении искусственной вентиляции легких и имели по клинико-лабораторным данным признаки формирующейся бронхолегочной дисплазии. Критериями невключения в исследование являлись сопутствующие врожденные заболевания и пороки развития, способные оказать существенное влияние на темпы выхаживания недоношенных детей. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-10.0», «Microsoft Excel 2010».

Результаты. В связи с развитием тяжелой дыхательной недостаточности новорожденные дети требовали проведения ИВЛ. При оценке сроков вентиляции, отмечено, что в более длительной ИВЛ нуждались дети 2 группы, средние сроки составили $21,8 \pm 5,1$ дня, в основной группе $12,7 \pm 2,1$ дня. Обращает на себя внимание, что дети, у которых применялся «метод кенгуру» частота реинтубаций составила 11,1% против 68,0% в группе сравнения ($p < 0,05$). После инвазивной вентиляции легких (ВВЛ), назальный СРАР (continuous positive airway pressure), средние сроки составили $3,4 \pm 1,9$ дней в основной группе и $6,7 \pm 0,4$ дней в группе сравнения. В дальнейшем все дети требовали пролонгированной оксигенотерапии через маску или дотации в кювез в среднем $10,7 \pm 2,1$ дней в основной группе и $19,6 \pm 5,0$ дней в группе сравнения.

При анализе массы тела при рождении установлено, что в 1-й группе она составляла в среднем $987,0 \pm 123,0$ г и $1009,0 \pm 132,0$ г. На следующем этапе нами оценена прибавка массы тела за 1-й месяц выхаживания, когда происходит наиболее интенсивные вмешательства по сохранению жизни ребенку. В 1-й группе она составила $510,0 \pm 83,0$ г, во 2 группе только $212,0 \pm 52,0$ г.

Продолжительность стационарного этапа выхаживания составила 52 и 78 дней в 1 и 2 группах соответственно, при этом дети достигли схожих показателей физического развития. Однако на свой постконцептуальный возраст физическое развитие в исследуемых группах разнилось. При оценке массы тела дети из 1-й группы распределились

по центильным коридорам следующим образом: 10-90 центили – 83,3% детей, меньше 10 центили – 16,7%. Во 2-й группе: 10-90 центили – 48,0%, меньше 10 центили – 52,0%.

В раннем неонатальном периоде неврологическая симптоматика отмечалась в виде синдрома угнетения ЦНС у 6 (33,3%) детей основной группы и у 20 (80%) младенцев группы сравнения ($p < 0,05$), в меньшей степени имел место синдром возбуждения: в 2 (11,1%) случаях и в 3 (12%) соответственно. К моменту выписки из стационара ряд детей имели тяжелое поражение нервной системы: гипертензионно-гидроцефальный синдром, перивентрикулярная лейкомаляция, судорожный синдром. Указанные нозологические формы диагностированы у 16,7% детей 1 группы и у 40% пациентов группы сравнения.

Выводы:

1. В группе недоношенных новорожденных, выхаживавшихся с применением метода кенгуру, темпы физического развития были достоверно выше, развитие гармоничнее, что привело к более ранней выписке из стационара.

2. Тяжелое поражение нервной системы у недоношенных детей при внедрении современных технологий взаимодействия врач-родители-пациент регистрировалось в 2 раза реже, чем у детей, получавших стандартное лечение.

Литература:

1. Вильчук, К. У. Роль РНПЦ «Мать и дитя» в организации разноуровневой системы оказания перинатальной помощи в Республике Беларусь / К. У. Вильчук // Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии диагностики и лечения патологии плода: сб. науч. тр. и материалов междунар. науч. симп. и науч.-практ. конф. / ред. кол. К. У. Вильчук [и др.]. – Минск, 2010. – С. 10-20.

2. Методическое письмо «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении» / А. Г. Антонов [и др.]; под ред. Е. Н. Байбаринной, Д. И. Дегтярева. – М., 2011. – 72 с.

3. Trends in cerebral palsy among infants of very low birthweight (<1500 g) or born prematurely (<32 weeks) in 16 European centres: a data base study / M. J. Platt [et al.] // Lancet. – 2007. – Vol. 369. – P. 43-50.

4. Психолого-педагогическое сопровождение недоношенного ребенка и его семьи в структуре комплексной реабилитации / Мазурова Н. В. [и др.] // Росс. педиатрич. журн. – 2012. – № 3. – 28-33.