

Для маленького/-ї

і його/її сім'ї:



Текст:

Ольга НИКОЛЮК
Вікторія ІВАНЬО
Ірина КОТОВА
Любов ЩЕПОТКО
Діана ПОЗНЯК

Ілюстрації:

Tori FRANKO

ПРИЄМНО ПОЗНАЙОМИТИСЯ - МЕТОД "КЕНГУРУ"!

ЗМІСТ

ЩО ТАКЕ МЕТОД "КЕНГУРУ"?	1
КОНСУЛЬТУВАННЯ	2
ХТО МОЖЕ КЕНГУРИТИСЯ?	3
ЩО МОЖЕ РОБИТИ МАМА (ЧИ ІНШИЙ ДОРΟΣЛИЙ) ПІД ЧАС КЕНГУРІННЯ?	3
ПОЛОЖЕННЯ ДИТИНИ ПІД ЧАС КЕНГУРІННЯ	4
ЩО МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ ПІД ЧАС КЕНГУРІННЯ?	5
СОН І ВІДПОЧИНОК	6
ОДЯГ ДОРΟΣЛОГО І МАЛЮКА ПІД ЧАС КЕНГУРІННЯ	8
ГВ І КЕНГУРІННЯ	9
ДИХАННЯ ПОСПІШАЙЧИКА	12
ЯК РОЗПІЗНАТИ НЕБЕЗПЕЧНІ СТАНИ?	13
РАННЯ ВИПІСКА	14
ЛИСТ МАМІ	15
ПОСПІШАЙЧИК ВДОМА: ЯК КЕНГУРІННЯ ПЕРЕТВОРЮЄТЬСЯ НА СЛІНГОНОСІННЯ	16

ЩО ТАКЕ МЕТОД "КЕНГУРУ"?

Метод "кенгуру" – доказовий і надзвичайно ефективний метод при виходжуванні передчасно народжених дітей і дітей з малою вагою при народженні. Цей метод є рекомендованим ВООЗ та широко використовується у всьому світі – він знайшов своє втілення у більш ніж 70 державах світу, серед яких такі розвинуті держави, як Данія, Швеція, США, Канада, Франція. Застосування цього методу також регламентується в Україні: більшість медичних установ III рівня застосовують метод "кенгуру" у відділеннях інтенсивної терапії на другому етапі виходжування. Проте, на жаль, досі цей метод не є інтегрованим повноцінно – деякі заклади користуються лише окремими елементами методу "кенгуру". Дослідження виявили низку життєво важливих переваг цього методу виходжування, які ми коротко окреслимо нижче.

Понад 300 лікарняних досліджень порівнювали догляд в інкубаторі з методом "кенгуру" і в країнах, що розвиваються, і в розвинених країнах. Для стабільних новонароджених більшість досліджень показали, що метод "кенгуру" має певні переваги порівняно з доглядом в інкубаторі, а саме:

- підтримання адекватної температури тіла;
- зменшення випадків зараження внутрішньолікарняними інфекціями або інфекціями, які передаються із лікарняного середовища;
- збільшення тривалості винятково грудного вигодовування;
- поліпшення набору ваги дитини;
- отримання більшої компетентності матері та всієї сім'ї в догляді за немовлям.

Усе це було досягнуто з нижчими витратами, ніж обслуговування в інкубаторі.

У результаті практикування методу "кенгуру" у матерів спостерігається менше епізодів післяпологової депресії і з'являється більше впевненості в догляді за своїми дітьми.

ДОВЕДЕНО, ЩО СЕРЕД ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ТА МАЛЮКІВ З МАЛОЮ ВАГОЮ ВИХОДЖУВАННЯ МЕТОДОМ КЕНГУРУ ЗМЕНШУЄ:



ДИТЯЧУ СМЕРТНІСТЬ
до **40%**



ГІПОТЕРМІЮ БІЛЬШ
НІЖ НА **70%**



ВАЖКІ ІНФЕКЦІЇ
до **65%**



КОМПОНЕНТИ МЕТОДА "КЕНГУРУ"

1-Й: "КЕНГУРУ"-ПОЗИЦІЯ

Немовля кладуть майже голим у строго вертикальному положенні "жабка" між грудьми матері, відбувається прямий контакт "шкіра-до-шкіри". У такому положенні рекомендується перебувати якомога довше, практично постійно.

2-Й: "КЕНГУРУ"-ГОДУВАННЯ І СТРАТЕГІЯ ХАРЧУВАННЯ

В ідеалі виключно грудне вигодовування, щоб отримати збільшення ваги, подібне до зростання під час внутрішньоутробного розвитку (15 г/кг/день), до повного терміну.

3-Й: "КЕНГУРУ"-ВИПСКА

Рання виписка і суворе амбулаторне спостереження. Виписка відбувається в "кенгуру"-позиції незалежно від ваги і гестаційного віку, коли:

- дитина здатна координувати власне смоктання, ковтання і дихання;
- набирає вагу протягом 3-х днів;
- батьки поінформовані, навчені і готові до подальшої співпраці.

КОНСУЛЬТУВАННЯ

Крок, який є критично важливим перед початком кенгуріння, - це, власне консультація породіллі і її сім'ї щодо важливості й правильності застосування методу "кенгуру".

Останні рекомендації ВООЗ радять розпочинати кенгуріння одразу після народження (або початкової реанімації, якщо це було необхідно). Виходжування передчасно народжених малюків і малюків з низькою вагою при народженні методом "кенгуру" можна розпочати ще до того, як новонароджений буде визнаний клінічно стабільним, уникаючи таким чином непотрібного розділення новонародженого і матері. Лише у випадках, коли малюк не може дихати самостійно після реанімації, перебуває в шоці або потребує штучної вентиляції легенів, лікування має пріоритет перед методом "кенгуру". Якщо матір не може взяти участь у кенгурінні відразу після народження (наприклад, тому, що вона сама потребує лікування), слід залучати до кенгуріння її партнера або інших членів сім'ї.

Дослідження кенгуріння з нульовим розділенням (zero separation), координоване ВООЗ, виявило, що немовлята, з якими практикували метод "кенгуру" одразу після народження, мали:

- ще нижчий рівень смертності;
- ще нижчу частоту гіпотермії при виписці;
- ще менше випадків сепсису - порівняно з немовлятами, для яких кенгуріння починалося через 24 години після народження.

Таким чином безвідкладне кенгуріння є потужним заходом для запобігання багатьом випадкам смерті новонароджених, вказуючи на те, що метод "кенгуру" має стати звичайним методом догляду за всіма немовлятами, народженими передчасно, або з низькою вагою, або потребують негайної медичної допомоги.



КОНСУЛЬТУВАННЯ МАЄ ОХОПЛЮВАТИ ТАКІ ПУНКТИ:

- важливість гігієни рук;
- значення постійного контакту "шкіра до шкіри";
- способи годування дитини;
- способи розташування і прикладання дитини в разі грудного вигодовування (або вигодовування альтернативним способом);
- прийоми зціджування грудного молока і безпечного його зберігання;
- вивчення сигналів малюка і правильне реагування матері (іншого члена сім'ї) на потреби дитини;
- обговорення дій, які може виконувати дорослий-"кенгуру", а яких варто уникати;
- умови, при яких дитина буде готова до виписки додому;
- спостереження малюка після виписки.

КОГО ВАРТО ВИХОДЖУВАТИ МЕТОДОМ "КЕНГУРУ"?

- Передчасно народжені діти або діти з низькою вагою при народженні, госпіталізовані до відділення інтенсивної терапії новонароджених або відділення спеціального догляду за новонародженими після медичної стабілізації. Це можливо, навіть якщо ваша дитина інтубована.
- Стабільні передчасно народжені діти або діти з низькою вагою при народженні.
- Доношені, здорові діти.
- Немовлята, яких з певних причин розлучили зі своїми матерями, - щоб допомогти сформувати зв'язок і прихильність до матері.
- Немовлята, чиї мами бажають налагодити грудне вигодовування й зберегти лактацію.

ХТО МОЖЕ КЕНГУРИТИ?

Хто ще, крім мами, може практикувати виходжування передчасно народжених малюків і малюків з низькою вагою при народженні методом "кенгуру"?

Це можуть робити члени сім'ї: татусі, бабусі й дідусі, котрі не мають застуди, лихоманки, трансмісивних системних інфекційних захворювань (наприклад, гепатиту А або Е), інфекції шкіри на грудях або руках (фурункули, абсцеси) або деяких психічних хвороб, не вживають алкоголь, заборонені чи рецептурні препарати.

Двійні і трійні також виходжуються методом "кенгуру". Це може робити і мама (чи інший член сім'ї) одноособово, і окремо - по одному малюку на дорослого.

Дітям (старшим братикам і сестричкам) не рекомендується практикувати метод "кенгуру". Однак іноді це - єдиний варіант.

У такому разі варто переконатися, що братики і сестрички перебувають під належним наглядом: безпечно усім учасникам процесу, а також ретельно дотримана гігієна рук.

ЩО МОЖЕ РОБИТИ МАМА (ЧИ ІНШИЙ ДОРОСЛИЙ) ПІД ЧАС КЕНГУРІННЯ?

Коли малюк примотаний до мами (чи іншого родича) слінгом-шарфом, мама може робити все, що їй подобається: ходити, стояти, сидіти або займатися різними видами діяльності (відпочинок, навчання, робота).

Основні вимоги, виконання яких варто дотримуватися:

- чистота і гігієна, включаючи часте миття рук;
- підтримання низького рівня шуму;
- регулярне годування дитини.

Матері та інші родичі після рекомендацій медичного працівника також можуть м'яко взаємодіяти з дитиною, включаючи легку стимуляцію і гру (розмовляти, співати, торкатися і масажувати своїх немовлят).

Коли мама хоче відпочити або поспати, найкраще підійде положення лежачи або напівсидячи. На допомогу прийдуть подушки або складені ковдри.

- Коли дорослий перебуває в положенні напівсидячи, це допомагає малюкові нормально дихати.

- Якщо ж мамі є незручним напівсидяче положення і вона не може так спати, вона має спати у звичній для себе позі, позаяк догляд за мамою-"кенгуру" є пріоритетнішим, ніж ризик розвитку в дитини проблем з диханням.

Важливо, щоб поруч знаходився хтось з родичів чи представник медичного персоналу, щоб спостерігати за положенням діади "дорослий-дитина", адже батьки, які сплять, не зможуть часто перевіряти положення дитини і швидко виправляти утруднене дихання. Незвичайні звуки і рухи завжди повинні спонукати перевірити положення дитини, і буде дуже важко помітити такі зміни самостійно, коли дорослий майже або повністю спить.

Медичному персоналу варто звернути увагу на побутові умови сім'ї, яка практикує метод "кенгуру", допомогти організувати домашній простір так, щоб мама й сім'я могли продовжувати виходжування малюка після виписки з лікарні.

ПОЛОЖЕННЯ ДИТИНИ ПІД ЧАС КЕНГУРІННЯ

Поки мама (чи інші члени сім'ї, які практикують метод "кенгуру") перебувають в лікарні, медичний персонал має надавати допомогу матері у освоєнні навиків кенгуріння.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОЛОЖЕННЯ ПОСПІШАЙЧИКА

1. Покладіть дитину між грудьми матері у вертикальному положенні грудьми до грудей - створіть контакт "шкіра до шкіри".
2. Закріпіть поспішайчика тканиною слінга в такому положенні:
 - голова повернута набік, знаходиться у трохи витягнутому положенні;
 - верхня частина полотна слінга знаходиться під вухом дитини.Це злегка висунуте положення голови лишає дихальні шляхи відкритими і забезпечує контакт "очі в очі" між матір'ю і поспішайчиком.
3. Уникайте опускання голови сильно вперед і закидання назад.
4. Стегна малюка мають бути зігнуті й розведені - в положенні "жабки", руки - зігнуті перед собою.
5. Розправте полотна трикотажного слінга-шарфа таким чином, щоб на спинці поспішайчика не було складочок. Допустимо накривати полотнами слінга також і ніжки малюка.
6. Живіт поспішайчика має бути не стиснутим і знаходитися десь на рівні епігастрія (сонячного сплетіння) матері. Таким чином дитина має достатньо місця для дихання животом. Дихання матері стимулює дитину.

Варто показати матері, як поміщати і як виймати поспішайчика із "кишеньки" слінга. З часом мама ознайомиться з цією технікою, і її страх заподіяти дитині шкоду зникне.

ОПУСКАЮЧИ І ВИЙМАЮЧИ ПОСПІШАЙЧИКА З КИШЕНЬКИ СЛІНГА:

- тримайте дитину однією рукою за шию і за спину;
- злегка підтримуйте нижню частину щелепи великим та іншими пальцями, щоб голова дитини не нахилилася вниз і не перекрила дихальні шляхи, коли дитина перебуває у вертикальному положенні;
- іншу руку підкладіть під сідниці дитини.

ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ В "КЕНГУРУ"-ПОЛОЖЕННІ

Медичний персонал має поінформувати матір, що вона може годувати грудьми в "кенгуру"-положенні й що метод "кенгуру" насправді полегшує грудне вигодовування. Крім того, перебування малюка біля грудей стимулює вироблення молока.

Мама може легко доглядати і за близнюками: кожную дитину кладуть на окрему грудь. Можливо, мама захоче змінити позицію чи спочатку вона може захотіти годувати грудьми одну дитину за раз, а пізніше вже обох немовлят можна буде годувати одночасно, перебуваючи в "кенгуру"-положенні.

ПОДАЛЬШІ ДІЇ МЕДПЕРСОНАЛУ ПІСЛЯ НАЛАГОДЖЕННЯ КЕНГУРІННЯ

Після того, як медперсонал допоміг мамі прилаштувати малюка "шкіра до шкіри" і пояснив, як фіксувати це положення слінгом, варто дати можливість мамі відпочити разом з малюком. Потрібно лишатися з ними і перевіряти положення дитини. Пояснити мамі, як спостерігати за малюком, на що звертати увагу. Заохочувати її рухатися.

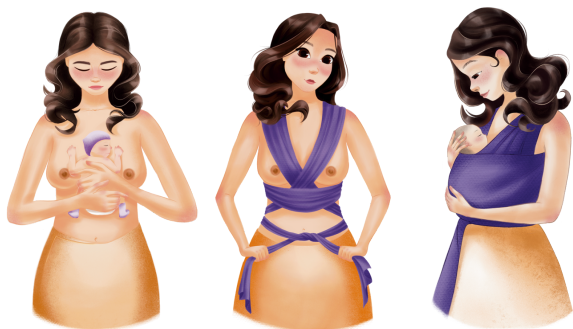
ЩО ВИКОРИСТОВУВАТИ ДЛЯ КЕНГУРІННЯ?

Провідні неонатальні центри в усьому світі рекомендують метод "кенгуру", але в багатьох відділеннях інтенсивної терапії не використовуються спеціальні сорочки/майки чи слінги. Найчастіше контакт "шкіра до шкіри" реалізується наступним чином: батьки лежать на кріслі з дитинкою на грудях, а їхній голий малюк вкритий лише ковдрою.

Майка-"кенгуру" чи бандажі для кенгуріння призначені для перебування дорослого, який практикує метод "кенгуру", в напів-лежачому чи лежачому положенні і НЕ призначені для пересування дорослого разом з поспішайчиком, а також утруднюють годування.

Загортати маму (чи іншого члена сім'ї) і поспішайчика разом трикотажним слінгом не лише практично, але й зручно! Такий спосіб кенгуріння має безліч переваг: ➡

- допомагає підтримувати правильне положення голови і шиї дитини;
- ідеально прилягає до контурів тіла дитини і мами;
- трикотаж завдяки своїй еластичності створює для малюка знайоме відчуття скутості, схоже на матку;
- огортає все тіло дитини, яке не контактує з мамою, і таким чином краще зберігає тепло;
- дозволяє мамі вільно рухатися;
- дозволяє легко переміщувати дитину в ньому, щоб погодувати грудьми або вивільнити одну грудь для зціджування, зберігаючи при цьому контакт "шкіра до шкіри";
- забезпечує неперевершену м'якість для такої ніжної дитячої шкіри;
- надихає батьків практикувати метод "кенгуру" протягом довшого періоду часу, оскільки батьки менше втомлюються.



Малюк у трикотажному слінгу-шарфу, намотка "хрест під кишенею"

Кенгуритися також можна і в май-слінгу, за умови регулювання його відповідно до розміру малюка. Обов'язково зверніться до місцевого слінгоконсультанта, щоб швидко опанувати цю дитячу переноску.

Май-слінги, які зараз надаються для практикування методу "кенгуру" в рамках проекту КМС for Ukraine, мають м'який пояс, який не тисне на післяпологовий живіт, а також широкі лямки для збалансованого розподілу ваги і стабільності дорослого. У них можна годувати малюка грудьми або альтернативним способом.



Покрокова намотка май-слінга з передчасно народженим малюком вагою 1,5 кг і більше

СОН І ВІДПОЧИНОК

ТИПИ СНУ:

Сон без швидких рухів очей (спокійний сон), NREM

Такий сон відіграє вирішальну роль для утворення довготривалих спогадів і для навчання.

Сон зі швидкими рухами очей (активний сон), REM

Парадоксальний сон – швидкі рухи повік і м'язів. Зростає частота серцевих скорочень і частота дихання. Це – критичний компонент, пов'язаний з розвитком сенсорних систем.



ЦИКЛИ СНУ ВАЖЛИВІ ДЛЯ:

- розвитку сенсорної системи у плода/немовляти;
- створення довготривалої пам'яті й можливості навчання;
- збереження пластичності мозку.

ДЕПРИВАЦІЯ ШВИДКОГО СНУ між 30-м тижнем вагітності і 4-5 місяцями після народження призводить до затримки або



48-годинний базовий хаотичний візерунок активності і спокою частоти скорочень і частоти дихання

Перед кенгурінням Кенгуріння

Швидкий сон є активним, тому частота серцевих скорочень зростає, а частота дихання є нерегулярною.

У ВІДДІЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ немовлята демонструють дуже хаотичну версію цього циклу. Поспішайчики в інкубаторі мають лише 10-20 секунд спокійного сну (частота серцевих скорочень і частота дихання також не змінюються). Розділення з матір'ю порушує сон.

непорядкованого розвитку будь-якої або всіх сенсорних систем (нюх, смак, зір, слух, дотик, рух, положення, емоції або пам'ять). Депривації сну після народження поспішайчика чи дитини народженої в термін, сприяє розлука матері й дитини, їхнє роздільне перебування. Тому вкрай важливо усіх стабільних новонароджених одразу викладати на груди матері (чи іншого члена сім'ї) – організувати контакт "шкіра до шкіри" та заохочувати кенгуріння.

А от ПІД ЧАС КЕНГУРІННЯ організація сну покращується. Спостерігається:

- збільшення кількості сну і спокійний сон;
- нормальна циклічність організованого режиму сну;
- зменшення кількості пробуджень,
- зміна частоти серцевих скорочень і частоти дихання під час швидкого сну;
- цикли сну поспішайчиків зазвичай складають 60 хв.;
- цикл запускається уже протягом 5 хв після початку кенгуріння.

СОН МАТЕРІ

Матері найкраще спати з дитиною в "кенгуру"-положенні в напівлежачому положенні, приблизно на 15° від горизонталі. Цього можна досягти за допомогою регульованого ліжка, якщо воно є, або кількох подушок на звичайному ліжку. Було помічено, що це положення може зменшити ризик апное для дитини.

Якщо для матері напівлежаче положення є незручним, варто дозволити їй спати, як вона вважає за краще, оскільки переваги методу "кенгуру" переважають над ризиком апное. Деяким мамам зручно спати на боці в напіввідкинутому ліжку (кут унеможлиблює перевертання на живіт). Для дитини в "кенгуру"-положенні ризику задухи не буде. Зручне крісло з регульованою спинкою може стати в пригоді для відпочинку протягом дня.

Коли мама-"кенгуру" спить, дуже важливо, щоб поруч був хтось з родичів або представник медичного персоналу, щоб спостерігати і моніторити положення. Єдиний варіант, коли можна короткочасно поспати з дитиною в слінгу - якщо є кому спостерігати за діадою "мама-дитина".

Батьки, які сплять, не зможуть часто перевіряти положення дитини і швидко виправляти утруднене дихання. Незвичайні звуки і рухи завжди повинні спонукати перевірити положення дитини - дуже важко помітити такі зміни, коли дорослий майже або повністю спить.



Якщо ж це не можливо, то важливою є профілактика СРДС (синдрому раптової дитячої смерті), де одна з рекомендацій - сон малюка виключно на спині на рівній твердій поверхні.

СОН МАЛЮКА

Поспішайчики, народжені у 26-29 тижнів, проводять багато часу в сні. Під час цього етапу вони переживають ритмічний сон - періоди спокою, коли їхнє тіло майже не рухається, і періоди активного сну. Вже у віці 28 тижнів вони можуть мати фазу швидких рухів очей (REM), коли мозок активно працює над розвитком зору і пам'яті. Цей сон є важливим для формування нервових зв'язків і передачі візуальних сигналів. Дитина може мати прості сни, що стимулюють її фізичні відчуття, але без складних образів чи думок, які з'являться пізніше.

Поспішайчики, народжені на 30-33 тижні, вже взаємодіють з оточуючим світом. Їхній сон має регулярну зміну фаз спокійного й активного сну. Вони мають більш зрілий тип неспанья, прокидаються і залишаються активними кілька хвилин, концентрують свою увагу на навколишньому світі. Усі їхні системи чуттів і рухових функцій залучені, і кожний новий досвід надає стимуляцію, яка допомагає їм швидше розвиватися.

Поспішайчики у 34 тижні й старші сплять більше, ніж ті, що народилися вчасно. Глибокий сон у 36 тижнів стає особливо важливим для розвитку тіла і мозку. Важливо надавати їм цю можливість і не торсати зайвий раз без необхідності.

ОДЯГ ДОРΟΣЛОГО І МАЛЮКА ПІД ЧАС КЕНГУРІННЯ

Після інструктажу матері чи іншого члена сім'ї компетентним медичним співробітником щодо застосування методу "кенгуру" варто приступати до практичної його реалізації.

Одним з важливих питань під час кенгуріння є одяг, у який має бути одягнутий дорослий і малюк.

Якщо температура навколишнього середовища 22–24°C, то малюк має кенгуритися голим, за винятком пелюшки, теплої шапочки і шкарпеток. Загалом це досить таки зручна температура довкілля, навіть з розрахунку, що поспішайчики часто мають складнощі з терморегуляцією, тому можна пробувати і без шапочки. Однак, якщо батьки бачать ознаки, що дитині холодно – варто одягти шапочку. Завжди звертаємо увагу на саму дитину, її стан, термін народження. У цьому питанні можна сміливо консультуватися у медичного персоналу.

Якщо температура нижче 22°C, то крім пелюшки, теплої шапочки і шкарпеток на дитину необхідно одягнути бавовняну сорочечку без рукавів.

Одяг дорослого має бути відкритим спереду, щоб обличчя, груди, живіт, ручки і ноги дитини залишалися в контакті "шкіра до шкіри" з оголеними грудьми і животом матері (іншого члена сім'ї). Потім дорослий застібає/затуляє свій одяг поверх примотаного до себе малюка. В нагоді стануть різноманітні сорочки, халати, жилетки.

Одяг і слінги мають бути доступними у відділеннях виходжування немовлят і не становити витрат або перешкод для впровадження методу "кенгуру".



Дорослий, який бере участь у кенгурінні, має одягнути найкомфортніший для себе одяг: достатньо зручний для руху і відповідний температурі навколишнього середовища. Одяг має бути достатньо великим, аби зручно було підтримувати контакт "шкіра до шкіри".

Спеціальний одяг необов'язковий – може бути свій звичний домашній. Багато звичного традиційного одягу можна легко трансформувати під потреби кенгуріння, водночас зберігаючи індивідуальний стиль дорослого і достойний вигляд. За потреби можна накинути на плечі дорослого шарф чи шаль.

Температура нижче 18°C є недостатньою, щоб зігріти матір чи іншого члена сім'ї, який практикує кенгуріння. У такому разі варто організувати додатковий обігрів приміщення і вдягнути ще один шар спільного одягу, щоб продовжувати кенгуріння.



ГВ І КЕНГУРІННЯ

Завдяки своїй близькості до матері і всієї сім'ї команда охорони здоров'я є головним захисником і популяризатором задовільного грудного вигодовування (ГВ) і з точки зору харчування, і з точки зору відносин матері й дитини. Консультування з питань ГВ має бути особистим і конфіденційним, дозволяючи вільне обговорення і навчання. Підтримка, яка надається протягом періоду ГВ, має:

- розвивати впевненість матері, звертаючи увагу на труднощі, з якими вона стикається;
- надавати точну і практичну інформацію про потреби дитини;
- пропонувати варіанти і дозволяти матері приймати рішення;
- надавати своєчасну актуальну науково-технічну інформацію.

До обов'язків лікарні під час адаптації до методу "кенгуру" з точки зору ГВ належать такі:

- навчити матір та інших членів сім'ї доглядати за передчасно народженою дитиною та/або дитиною з низькою масою тіла, дотримуючись принципів методу "кенгуру";
- оцінити і стимулювати здатність дитини до активного і скоординованого смоктання, ковтання і дихання;
- розвивати навички ГВ матері відповідно до техніки ГВ;
- навчити матір процесів вигодовування передчасно народженої дитини:
 - годування безпосередньо грудьми;
 - зцідження грудного молока і подальше його зберігання;
 - годування зцідженим молоком не за допомогою пляшок, системи SNS і альтернативним способом (за допомогою чашки, ложки, крапельниці або шприца);

- вислуховувати страхи і занепокоєння матерів, практикуючи групове обговорення, щоб спростити особистий обмін думками і вирішення проблем шляхом надання правильної інформації;
- визначити, чи є ГВ успішним і чи готова діада "мама-немовля" до виписки з лікарні для подальшого практикування методу "кенгуру" вже вдома;
- зменшити стрес матері, надаючи поради, виконуючи вправи на розслаблення і встановлюючи довірливі стосунки;
- сприяти досягненню завдань з адаптації до вигодовування для мам і тат, навчаючи їх особливостей передчасно народжених немовлят, включаючи тривожні/небезпечні ознаки, які вимагають негайної допомоги, та підтримуючи їхню емоційну прихильність.

ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ

Грудне молоко легко засвоюється і містить антитіла, які захищають від інфекції. Молозиво, що виробляється в перші дні після народження у невеликих кількостях, містить велику кількість антитіл, і його слід обов'язково згодовувати дитині.

Деякі поспішайчики не матимуть навичок, необхідних для ефективного ГВ при народженні. Варто оцінити кожен маленьку дитину на здатність хапатися, смоктати й ковтати. Ознаки ефективного прикладання такі:

- широко відкритий рот;
- нижня губа, повернута вниз;
- підборіддя, що торкається грудей;
- при захопленні більша частина ареоли - у роті малюка.

Неефективне прикладання - коли в роті є тільки сосок або дитина тягне за сосок. Навіть за правильної техніки багатьом дітям знадобиться поєднання годування грудьми з годуванням з чашки або через назогастральний зонд.

Втрата ваги до 10% за перші 10 днів може бути нормальною, однак втрата ваги понад 3% на день є проблемою. Оцінка адекватності

раннього ГВ може бути важкою, оскільки виділення сечі може бути низьким і очікується втрата ваги. Зміна кольору й консистенції випорожнень із смоляно-чорного на жовто-зелений із зернами на 4-5 день свідчить про адекватне раннє ГВ.

Недостатнє ГВ на ранніх термінах провокує у поспішайчиків ризик зниження рівня цукру в крові, оскільки вони мають обмежені запаси енергії. Маленькі діти також можуть легко втомлюватися, тому потрібно давати їм доступ до грудей стільки, скільки вони потребують. Кожна дитина сама регулює свій час перебування на грудях/смоктання. Щоб забезпечити належне годування грудьми, слід спостерігати за немовлятами, щоб визначити, чи вони активно годуються з регулярним смоктанням і з достатньою тривалістю.

Матерям маленьких дітей потрібна особлива підтримка в їхньому намаганні годувати грудьми. Терпіння і заохочення допоможуть матерям досягти успіху, оскільки деяким поспішайчикам потрібні тижні, щоб розвинути адекватні навички ГВ.

ЗЦІДЖУВАННЯ МОЛОКА

Матерям потрібна рання підтримка щодо зціджування молока для немовлят, які не можуть годуватися грудьми самостійно. Для підтримки продукування молока слід зціджуватися кожні 2-4 години протягом дня і вночі. Зціджування бажано проводити не менше 8 разів на добу. Вдень інтервали не менше 1 разу на 2-2,5 години, вночі можна зробити більшу перерву. Окрім того, нічні зціджування/прикладання неймовірно важливі, і ними не можна нехтувати. Спочатку грудне молоко може вироблятися в невеликих кількостях, але зазвичай об'єми зростають через 2-3 дні. Варто обов'язково консультуватися з лікарем або консультантом з ГВ. Матері повинні мати зручне місце для зціджування молока з приватністю, якщо це необхідно. Перед зціджуванням матері повинні вимити руки з милом і водою.

Якщо грудне молоко буде зберігатися, його треба зібрати в чистий контейнер з кришкою. За можливості використовуйте свіжозціджене молоко. Молоковідсмоктувачі також можна використовувати для зціджування молока. Може використовуватися донорське молоко.

ГОДУВАННЯ З ЧАШКИ

Деякі поспішайчики можуть ковтати, але не можуть ефективно смоктати, або вони можуть ефективно смоктати протягом короткого періоду, проте швидко втомлюються і не з'їдають достатній об'єм. Цим немовлятам може бути корисне годування зцідженим молоком із чашки.

Дитина готова до годування, коли прокидається, дивиться навколо, з відкритим ротом або облизується. Дозвольте дитині злизувати молоко безпосередньо, а не наливати молоко в рот, що може призвести до того, що дитина задихнеться. Навчаючи годуванню з чашки, медперсонал має спочатку показати матері кроки, а потім спостерігати, як матір годує самостійно. Заохочення допоможуть мамам стати компетентними і впевненими в тому, щоб годувати малюка з чашки.

НАЗОГАСТРАЛЬНИЙ ЗОНД

Годування за допомогою назогастрального зонда вимагає пильної уваги до дитини і коригування годувань за потреби. Якщо дитина випльовує або задихається під час годування, зупиніться й оцініть стан дитини. Ще раз перевірте позначку на назогастральному зонді, щоб переконатися, що він не зрушився. Подумайте про те, щоб уповільнити швидкість годування або зменшити об'єм, якщо дитина випльовує під час кожного годування.

І медперсонал, і матері можуть навчитися методів годування за допомогою назогастрального зонда. Консультанти мають спочатку показати матерям кроки, а потім спостерігати, як вона забезпечує годування.



Під час назогастрального годування матір має тримати дитину в такому ж положенні, як і при ГВ (інколи це неможливо – тут прийдуть на допомогу консультанти з ГВ). Під час навчання годуванню через назогастральний зонд зворотній зв'язок і заохочення допоможуть матерям стати компетентними і впевненими у годуванні.

ПЕРЕХІД ДО ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

Коли дитину годують через назогастральний зонд, варто щодня оцінювати готовність дитини годуватися грудьми або чашкою. Ранні спроби можуть не мати очікуваного результату. Проте згодом поспішайчик може відразу перейти від назогастрального годування до годування грудьми або спочатку до годування з чашки, а потім – до годування грудьми. Досвідчені медики і консультанти з ГВ можуть допомогти визначитися з правильним поєднанням годувань для кожної дитини. Вони можуть допомогти матерям визначити, коли можна регулювати об'єм догодовування після ГВ або коли ГВ було вдалим і назогастральне догодовування не потрібне.

У міру того, як кількість грудних вигодовувань без догодовування збільшується, медики стежать за ознаками втоми і збільшення ваги, щоб прийняти рішення про видалення назогастрального зонда.

ДИХАННЯ ПОСПІШАЙЧИКА



ФІЗІОЛОГІЧНА НОРМА

Нормальна частота дихання поспішайчика коливається від 30 до 60 вдихів на хвилину, при цьому дихання чергується з інтервалами відсутності дихання (апное). Однак якщо інтервали стають занадто довгими (20 секунд або більше), а губи та обличчя дитини синіють (ціаноз), пульс малюка аномально низький (брадикардія) і він не відновлює дихання спонтанно, то варто діяти швидко, адже існує ризик пошкодження головного мозку (!). Чим менший поспішайчик, тим довші й частіші періоди апное. Коли дитина наближається до розрахункового терміну народження, її дихання стає більш регулярним, а епізоди апное рідшають.

Дослідження показують, що контакт "шкіра до шкіри" нормалізує дихання передчасно народжених і малюків з низькою вагою при народженні, робить його регулярнішим і знижує частоту апное. Апное, яке проявляється пізніше в процесі догляду за малюком, може свідчити про початок хвороби. Важливо надати матері і всім іншим членам сім'ї інформацію про апное і його ризики, щоб дорослі вчасно розпізнали порушення, негайно втрутилися і звернулися за медичною допомогою.

ЩО РОБИТИ В РАЗІ АПНОЕ?

МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ ЛІКАРНІ МАЄ НАВЧИТИ МАТІР ТАКИХ РЕЧЕЙ:

- спостерігати за диханням дитини, пояснивши нормальні його варіації;
- пояснити, що таке апное і як воно впливає на дитину;
- продемонструвати ефект апное, попросивши матір затримати дихання на короткий час (менше 20 секунд) і тривалий час (20 секунд і більше);
- пояснити, що якщо дихання зупиняється на 20 секунд і більше або дитина стає синьою (синіють губи та обличчя), це може бути ознакою серйозного порушення;
- навчити матір стимулювати дитину, злегка потираючи спину чи голову, а також погойдувати малюка, доки дитина не почне дихати. Якщо дитина все ще не дихає, матір має викликати медперсонал.

ЗІ СВОГО БОКУ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ МАЄ:

- завжди негайно реагувати на заклик матері про допомогу;
- у разі тривалого апное, коли дихання не можна відновити шляхом стимуляції, реанімувати відповідно до протоколів;
- якщо напади апное частішають, варто оглянути дитину: це може бути першою ознакою інфекції. Лікування відбувається згідно з протоколом.

Розуміння нормальних фізіологічних процесів і вміння реагувати на апное є важливими для забезпечення безпеки й добробуту вашого поспішайчика. У разі будь-якої невпевненості завжди звертайтеся до фахівців, щоб вони надали вам необхідну допомогу і поради. Ваша уважність і готовність реагувати на потреби малюка грають важливу роль у створенні оптимальних умов для його здоров'я й розвитку.

ЯК РОЗПІЗНАТИ НЕБЕЗПЕЧНІ СТАНИ?

ДЛЯ ПОСПІШАЙЧИКА

Після того, як дитина одужає від початкових ускладнень, спричинених передчасними пологами, і її стан стабілізується, матір (чи інший член сім'ї) починає практикувати метод "кенгуру". У цей період ризик виникнення серйозної хвороби у маляти невеликий, але можливий. Початок серйозної хвороби у поспішайчиків зазвичай непомітний, і його часто, на жаль, ігнорують, аж доки хвороба не перейде в запущену стадію і важко піддаватиметься лікуванню.

Тому важливо вміти розпізнавати ці ледве помітні ознаки і негайно починати лікування. Медперсонал має навчити матір розпізнавати ознаки небезпеки й обов'язково звертатися за допомогою, якщо вона занепокоєна. Лікування відбувається згідно з протоколами.

ОЗНАКИ НЕБЕЗПЕКИ:

- утруднене дихання, втягування грудей, бурчання;
- дуже швидке або дуже повільне дихання;
- часті й тривалі періоди апное;
- температура тіла нижча за норму, незважаючи на зігрівання;
- труднощі з годуванням: дитина не прокидається для продовження годування, припиняє годуватися або блює;
- судоми;
- діарея;
- жовта шкіра.

НЕБЕЗПЕКИ НЕМАЄ, ЯКЩО ДИТИНА:

- чхає або гикає;
- має м'які випорожнення після кожного годування;
- не випорожнюється протягом 2-3 днів.

ДЛЯ ПОРОДИЛЛІ

Під час раннього післяпологового періоду залишається високим ризик сильної маткової кровотечі, тому в цей час жінка перебуває під постійним медичним контролем. Скорочення м'язів матки зменшує ризик кровотечі, а відбувається це під впливом гормону окситоцину. Викид його в кров стається під час годування дитини груддю. Саме цим обумовлена рекомендація прикладання дитини до грудей вже в ранньому післяпологовому періоді, попри те, що молока ще немає. Пульс сповільнений (фізіологічна брадикардія), нестійкий. Дихання - 14-16 вдихів на хвилину. Артеріальний тиск не підвищений, навпаки - має тенденцію до зниження в перші дні.

У першу добу після народження дитини жінка відчуває слабкість, у неї зберігаються кров'яністі виділення і може бути дещо підвищеною температура тіла. Іноді в перші години після пологів починається озноб, досить сильний. Причини його остаточно невідомі, можливо, так організм реагує на перенапруження. Присутні болючість промежини і болючість шва після кесаревого розтину. Перелічені ознаки - це фізіологія післяпологового періоду, тобто вони нормальні для цього стану.

ДО ЗАГРОЗЛИВИХ СИМПТОМІВ У ПІСЛЯПОЛОВОГО ПЕРІОДУ З БОКУ ПОРОДИЛЛІ НАЛЕЖАТЬ:

- піхвові кровотечі (використання 2-3 прокладок протягом 30 хв);
- підвищення температури тіла;
- утруднення дихання;
- біль у животі;
- біль у грудних залозах і сосках;
- біль у промежині;
- нетримання сечі, біль/утруднення при сечовиділенні;
- гнійні/з неприємним запахом виділення з піхви;
- різке зникнення післяпологових виділень.

При появі перелічених загрозливих станів слід негайно звернутися за медичною допомогою!!!

РАННЯ ВИПISKA

Медикам планування виписки рекомендується починати якомога раніше після народження поспішайчика у співпраці з його сім'єю. Члени сім'ї мають розуміти критерії, які використовують лікарі, тому важливо все детально пояснювати.

КРИТЕРІЇ ВИПISКИ ДИТИНИ:

- Адаптація дитини пройшла успішно; він або вона регулює свою температуру в позі "кенгуру" і має адекватну координацію смоктання-ковтання-дихання.
- Дитина продемонструвала адекватний приріст ваги у відділенні для новонароджених у положенні "кенгуру" і в інкубаторі принаймні протягом 3 днів, якщо вона старша 10 днів. (Дитина може втрачати вагу протягом перших кількох днів, а критерії відповідності для стабільної дитини протягом першого тижня відрізняються).
- Дитина завершила лікування, якщо таке було. Інколи його можна продовжувати у домашніх умовах (це на розгляд лікаря).
- Якщо дитина отримує кисень через канюлю, його має бути певна встановлена лікарем норма, яка дозволяє виписку.
- Дитина знаходиться на грудному вигодовуванні і/або вигодовується зцідженим молоком.
- Існує програма "Матір-"кенгуру", яка може запропонувати адекватне подальше спостереження.

КРИТЕРІЇ ВІДПОВІДНОСТІ МАТЕРІ ДО ВИПISКИ:

- Вона взяла участь у програмі методу "кенгуру" і пройшла необхідну підготовку за методом "кенгуру".
- Вона відчуває себе здатною доглядати за своєю дитиною, використовуючи метод "кенгуру" (положення і годування) вдома.

- Вона успішно проходить стаціонарне навчання. Зокрема, володіє адекватною технікою грудного вигодовування і зціджування молока.
- Вона фізично і розумово здатна піклуватися про свою дитину.
- Матір не повинна приймати антидепресанти, які викликають сонливість, або снодійне.
- Її сім'я підтримує її у відділенні кенгуріння і/або в амбулаторній програмі за методом "кенгуру".

КРИТЕРІЇ ВИПISКИ ДЛЯ СІМ'Ї:

- Сім'я зобов'язана і може відвідувати наступні візити за програмою подальшого спостереження і виконувати її вимоги.
- Сім'я має бажання пройти навчання за методом "кенгуру".
- Сім'я добре розуміє метод "кенгуру" і може доглядати за дитиною вдома.
- Сім'я доступна і буде співпрацювати, щоб піклуватися про дитину і гарантувати її безпеку.
- Сім'я дотримуватиметься контрольних оглядів, спеціалізованих медичних оглядів, графіків грудного вигодовування і призначення ліків.
- Сім'я адаптується до тимчасових змін, пов'язаних із застосуванням методу "кенгуру" вдома: залишаються в позі "кенгуру" 24 години на добу (сплять у напівсидячому положенні) і перевизначають ролі всіх членів сім'ї, щоб підтримувати основного опікуна.
- Члени сім'ї, які беруть участь у кенгурінні, не повинні мати інфекційних захворювань, шкірних захворювань, лихоманки або значного ожиріння, і вони повинні бути фізично й розумово здатні доглядати за дитиною, яка потребує догляду методом "кенгуру".

Також дуже важливо організувати післяпологові й патронажні візити додому до поспішайчика, щоб оцінити організацію життєдіяльності й побуту діади "матір-дитина", підтримати, і в разі потреби, надати своєчасну допомогу.

ЛИСТ МАМІ

Кожна мама є справжнім дивом, зі своїм унікальним досвідом вагітності й пологів – неповторна й найкраща мама для власної дитини.

Вагітність і пологи – емоційно чутливі процеси для жінки, що можуть впливати на сприйняття себе і позитивно, і не дуже, особливо якщо раптом пережитий мамою досвід – "не такий, як у всіх". Передчасне народження дитини може викликати шквал емоцій – від страху до провини, від зневіри до надії. Це подорож, яку ніколи не плануєш, але в якій можеш раптово опинитися. Важливо на цьому шляху оточувати себе підтримкою, бути самій собі доброю "подругою" і не дозволяти руйнівним думкам затягнути себе в океан зневіри.

Дозвольте собі відчувати всі емоції, які приходять. Немає "правильного" чи "неправильного" способу переживати цей досвід. Ваші почуття – це частина вашої історії, і вони заслуговують бути почутими. Так само немає "правильного" чи "неправильного" досвіду материнства, і важливо дозволити собі побачити цінність і унікальність власного візерунку материнства – він інший, але від того не менш прекрасний.

Не соромтеся просити допомоги чи підтримки. Звертайтеся до близьких, до спільнот, до фахівців. Є багато мам, котрі розділяють ваші переживання і розуміють вас, як ніхто інший. Це допоможе вам впоратися з відчуттям самотності й "неправильності", побачити інших жінок, котрі впоралися, дізнатися про їхній шлях і відчути підтримку.

Але найважливіше: пам'ятайте – ви неймовірні. Ваша сила, любов і витривалість – це надійна опора для вашого маленького, але такого мужнього немовлятка. Після народження дитини для світу ви – мама, а для дитини – цілий Всесвіт.



Ваше піклування про себе, про власний емоційний стан надаватимуть йому також потужну підтримку. Кожна мить, яку ви проводите поруч зі своєю дитиною, кожне тихе коливання, кожен лагідний доторк – це кроки до великого майбутнього, в якому ви – цілий Всесвіт, любов і найбільша підтримка. Кожен день – це нова можливість для маленьких, але значущих перемог. У цій незапланованій подорожі разом із малючком ви – одна команда: яким би важким не був цей шлях, мама з самого моменту зачаття вже найкраща і "найправильніша" для власної дитини.

Пам'ятайте, що передчасне народження – це не вибір і не провина, це – частина вашого унікального шляху материнства. Ви вже дали світові справжнє диво. Ваша любов і сила – це те, що робить вас неймовірною мамою, незалежно від обставин.

ПОСПІШАЙЧИК ВДОМА: ЯК КЕНГУРІННЯ ПЕРЕТВОРЮЄТЬСЯ НА СЛІНГОНОСІННЯ

Фігура, яку приймає дитяче тіло в слінгу, аналогічна положенню, в якому кенгурився поспішайчик в лікарні і положенню малюка на руках без слінга. Вона є тривимірною:

- в анфас - це М-позиція,
- в профіль - G-позиція.

М-позиція (зігнуто-розведене положення дитячих ніг) - розташування ніжок і таза дитини у вертикальному положенні: коліна дитини знаходяться вище таза, таз просаджений і відставлений від матері. Слінг підтримує стегна і таз дитини від коліна до коліна, ніжки від колін вільні. Спереду це нагадує літеру М.

G-позиція (поза "крапельки") - спина дитини не строго вертикальна, а знаходиться під невеликим кутом, щільно притягнута кишенька слінгової тканини біля потилиці (або під пахвами) розширюється донизу. Збоку це виглядає, як злегка загнута літера G. Поза приймається малюком природно або коли дорослий трохи зводить гомілки дитини, піднімаючи їх вгору.

М- та G-позиції - біологічна норма, яка впливає з нашої еволюції і яка допомагає носити дитину спереду чи на стегні.

ВИДИ СЛІНГІВ, ЯКИМИ МОЖНА КОРИСТУВАТИСЯ:

- трикотажний слінг (поспішайчики і малюки до ваги 6-7 кг);
- тканий слінг-шарф (короткий і довгий);
- слінг з кільцями;
- май-тай/май-слінг (від ваги 3,5 кг);
- ерго-рюкзак адаптований до несидячих діток (від ваги 4-4,5 кг);
- ерго-рюкзак стандартний (для самостійно сидячих малюків).

АЛЬТЕРНАТИВНІ СПОСОБИ НОСІННЯ ДИТИНИ

- обличчям до себе

Дитині цілком вистачає бокового огляду при класичному носінні обличчям до мами - щоб роздивлятися по сторонам, малюкові достатньо повернути голову. При цьому можна спілкуватися з мамою і оточуючими, годуватися, а якщо втомився - з комфортом поспати.

- на боці

Положення на стегні дає дитині ще більший радіус огляду, при цьому зберігаючи всі переваги класичного носіння обличчям до мами: контакт з мамою, психологічний комфорт, фізіологічне положення. Малюкові видно і те, що відбувається попереду, і те, що позаду.

- за спиною

Дане положення забезпечує дитині досить широкий огляд. Найбільш зручно і оптимально воно буде в слінгу-шарфі (довгому або короткому) - шарф дозволяє розташувати дитину досить високо, так, щоб вона дивилася через плече мами. Трохи менш зручним буде май-слінг, а ось в ерго-рюкзаку дитина знаходиться досить низько і має огляд тільки з боків. Заспинне положення найчастіше використовується з дітьми старшого віку, після попереднього освоєння положення спереду і/або на стегні.

Слінг - це не чарівна паличка, а помічник. Він допомагає в різних ситуаціях. Але в нього є свої показання, протипоказання, інструкція з використання й техніка безпеки, тож важливо ним користуватись правильно. Якщо ви не впевнені - варто звернутися до вашої слінгоконсультантки!

АВТОРКИ:

Ольга НИКОЛЮК - сертифікована слінгоконсультантка, членкиня ГО "Всеукраїнська асоціація слінгоносіння", засновниця слінгоблогу O_Sling, ведуча лекцій у кількох школах батьківства, співавторка і ведуча курсів підготовки слінгоконсультанток.

Вікторія ІВАНЬО - дитяча лікарка, консультантка з грудного вигодовування, аспірантка Ужгородського національного університету, двічі мама поспішайчиків.

Ірина КОТОВА - перинатальна психологиня та тілесна терапевтка, засновниця Dancing Mammy.

Любов ЩЕПОТКО - лікарка акушер-гінекологиня першої категорії Київського міського пологового будинку №2.

Діана ПОЗНЯК - сертифікована слінгоконсультантка, членкиня ГО "Всеукраїнська асоціація слінгоносіння", творчиня і авторка бренду правильних дитячих переносок Di Sling.

Tori FRANKO - ілюстраторка, слінгомама.

ДЖЕРЕЛА:

1. WHO. Kangaroo mother care. Facilitator Notes. Essential Newborn Care Modular Course. Second edition, interim version. 2022.
2. Althabe, F., Howson, C. P., Kinney, M., Lawn, J. & World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. (2012).
3. Ding, X. et al. Effects of family-centred care interventions on preterm infants and parents in neonatal intensive care units: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Australian Critical Care 32, 63–75 (2019).
4. WHO. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. In. Geneva: World Health Organization. (2015).
5. Emily R. Smith, Ilana Bergelson, Stacie Constantian, Bina Valsangkar and Grace J. Chan. Barriers and enablers of health system adoption of kangaroo mother care: a systematic review of caregiver perspectives. BMC Pediatrics 2017 17:35 DOI: 10.1186/s12887-016-0769-5
6. Misund, A. R., Nerdrum, P. & Diseth, T. H. Mental health in women experiencing preterm birth. BMC Pregnancy Childbirth 14, 263 (2014).
7. Brummelte, S. & Galea, L. A. M. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Hormones and Behavior 77, 153–166 (2016).
8. Johar, H. et al. Evaluation of antenatal risk factors for postpartum depression: a secondary cohort analysis of the cluster-randomised GeliS trial. BMC Med 18, 227 (2020).
9. Наказ МОЗ України від 26.01.2022 № 170 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»"
10. Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ I–III р.а.) / І.Б. Назарова, В.Б. Самойленко. — 2-е вид., переробл. і допов. 2018 р., 408 с.
11. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання (Clinical Obstetrics & Gynaecology, 4th edition)/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. 2021 р., 454 с.
12. La Leche League Internationa. The Benefits of Antenatal Colostrum Harvesting. By Caroline Powell – Cambridge, England. October 5, 2020/Breastfeeding today.
13. Oropharyngeal administration of colostrum for preventing necrotizing enterocolitis and late-onset sepsis in preterm infants with gestational age ≤ 32 weeks: a pilot single-center randomized controlled trial. Xia OuYang, Chang-Yi Yang, Qin Lin. International Breastfeeding Journal, volume 16, Article number: 59 (2021)

БРОШУРА СТВОРЕНА ЗА СПРИЯННЯ:

ГО "Всеукраїнська асоціація слінгоносіння" – провідна українська спільнота у сфері слінгоносіння і носіння дітей на руках, створена задля формування і поширення культури слінгоносіння в українському суспільстві, об'єднання слінгомам та слінгородин України, а також навчання слінгоконсультантів і підвищення кваліфікації спеціалістів-медиків. Ми підтримуємо розвиток і впровадження методу "кенгуру", ведемо просвітницьку діяльність, навчаємо цьому методу матерів і лікарів, щоб кожен поспішайчик отримав найоптимальніший старт у житті.



<https://slingosvit.org.ua/>

Міжнародне товариство медичних працівників Ротарі (Rotary International Fellowship of Healthcare Professionals) – глобальна родина медичних працівників, об'єднаних ідеалом служіння понад власне "я", яка підтримує колег з України у їхньому піклуванні про матусь і малюків, зокрема допомагаючи впроваджувати метод "кенгуру".



<https://rotaryhealthprofessionals.org/>

Асоціація неонатологів України – національна професійна спілка лікарів, що об'єднує фахівців з неонатології і неонатальної хірургії, педіатрії акушерства і гінекології, медичної генетики та інших дисциплін, створена медичною спільнотою України з метою об'єднання зусиль професійного товариства щодо всебічного сприяння розвитку неонатології як галузі медичної науки і практичного розв'язання сучасних проблем медичного обслуговування новонароджених.



<https://neonatology.org.ua/>

Жета Ращук – слінгоконсультантка (з 2006 року), членкиня правління Міжнародної Ради Сертифікованих Слінгоконсультантів International Board Certified Infant Carrying Consultant (IBCI). Керівниця проекту KMC for Ukraine, завдяки якому українські пологові будинки отримали дитячі переноски (май-слінги), вироблені в Молдові фірмою Ascend Group SRL на замовлення International Rotary Fellowship for Healthcare Professionals і які відповідають європейському стандарту безпеки для дитячих переносок EN 13209-2.



[@xobabycarriers](https://www.instagram.com/xobabycarriers)