

# "Метод кенгуру" для снижения заболеваемости и смертности детей с низкой массой тела при рождении

"Метод кенгуру" представляется привлекательной альтернативой традиционным вмешательствам при осуществлении ухода за маловесными детьми в условиях ограниченных ресурсов. Однако доказательства, предоставляемые этим обзором, недостаточны, чтобы рекомендовать его в широких масштабах.

## Комментарий БРЗ (Sachdev HPS)

### 1. РЕЗЮМЕ ДАННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Данный обзор сравнивает эффективность "метода кенгуру" (МК) с обычным уходом в снижении неонатальной смертности и тяжести заболевания и в улучшении развития и роста ребенка, рожденного с низкой массой (LBW). Обычный уход в данном обзоре предполагает поддержку теплового баланса новорожденного с помощью инкубатора и использование подогреваемых кроваток, кроваток, обогреваемых лампой, или теплых комнат с открытыми кроватками.

Было обнаружено четырнадцать исследований "метода кенгуру" для маловесных детей (LBW). Одиннадцать исследований были исключены: семь - потому что не были рандомизированными, одно - потому что назначение в группы было скорее поочередным, а не случайным, одно - потому что вмешательство ("метод кенгуру") сочетало в себе контакт "кожа к коже" и более теплый инкубатор, одно - потому что вмешательство ("метод кенгуру") заключалось только в контакте "кожа к коже" и еще одно - потому что вмешательство ("метод кенгуру") предполагало периодический контакт "кожа к коже" и 20 из 34 включенных детей родились с массой >2500 г. Три рандомизированных контролируемых исследований, проведенных в развивающихся странах (с участием 1362 детей), были включены в мета-анализ (1, 2, 3, 4). Все эти исследования включали детей с массой <2000 г. Авторы обзора предполагают, что неадекватность методов, использованных в этих исследованиях, снижают достоверность полученных результатов.

Мета-анализ упомянутых трех исследований обнаружил, что "метод кенгуру" ассоциировался со значительным снижением нозокомиальной инфекции через 41 неделю с коорекцией по возрасту и тяжелым заболеваниям, в том числе инфекциям нижних отделов дыхательных путей через шесть месяцев. Дети в группе "метода кенгуру" прибавляли значительно больше веса в день и набрали больше на момент выписки из больницы, хотя этот результат не имел большого клинического значения [3.6 г/день; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,8-6,4]. По показателю смертности разницы между двумя группами не было. "Метод кенгуру" также ассоциировался с повышенной вероятностью эксклюзивного грудного вскармливания на момент выписки из роддома [относительный риск (ОР) 0,41; 95% ДИ 0,25-0,68], но через один и шесть месяцев наблюдения разницы между группами в частоте эксклюзивного грудного вскармливания не было. В группе "метода кенгуру" было меньше матерей, которых не удовлетворял метод ухода за их новорожденными детьми (ОР: 0,41; 95% ДИ 0,22-0,75). Показатель психомоторного развития через один год был схожим в обеих группах.

Поскольку большинство из вышеупомянутых результатов получены из единичных исследований, достоверность результатов проведенного мета-анализа не очень высока. Более того, три исследования, включенные в мета-анализ, не контролировались по длительности основного и сопутствующих вмешательств. Показатель стабилизации был плохо определен, а он мог быть критически важной переменной величиной для детей с очень низкой массой при рождении (<1500 г). Авторы обзора также не могли выполнить плановый анализ подгрупп в зависимости от массы тела при рождении и гестационного возраста из-за малого количества данных.

Стратегии поиска и анализа в обзоре правильные. Данные были проанализированы надлежащим образом. Недостатки обзора в основном связаны с недостаточным количеством данных и информации из исследований. Например, дети с массой тела <2000 г - это разнородная популяция, состоящая как из недоношенных детей, так и детей с проблемами развития, прогноз для которых совсем другой.

Поэтому лучше всего было бы проводить стратификацию, как и указывают авторы обзора. Они также упоминают сопутствующие вмешательства, но не детализируют их. Неспособность исследований регулировать "обычный уход", возможно, могла запутать результаты, потому что понятие "обычный уход" не стандартизовано в отличие от понятия "метод кенгуру". И последнее, по контрольной группе: обзор не дает подробную информацию по характеру и интенсивности вовлечения матери в обеспечении ухода за новорожденным.

## **2. ЗНАЧИМОСТЬ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННЫХ РЕСУРСОВ**

### **2.1. Масштабы проблемы**

Маловесные дети - серьезная проблема здравоохранения в развивающихся странах, которая наблюдается в 30% всех родов, особенно в странах Южной Азии (5). В группу маловесных детей попадают как недоношенные, так и доношенные дети, но с проблемами развития. В Южноазиатском регионе почти две трети маловесных детей имеют нарушения развития, и их заболевания отличаются от заболеваний недоношенных детей (5). Гипотермия и отсутствие грудного вскармливания - основные причины заболеваемости маловесных детей, которые предрасполагают к инфекциям и могут привести к смерти как в неонатальном, так и грудничковом периоде. Затраты на обычный (традиционный) больничный уход за такими детьми в условиях ограниченных ресурсов высоки. Кроме того, из-за нехватки квалифицированного персонала эти дети не получают оптимальный уход и помощь. Поэтому есть необходимость изучить альтернативные экономически выгодные стратегии, чтобы больше привлечь матерей и семьи к уходу за маловесными детьми, и это может улучшить прогноз для таких детей.

### **2.2. Применимость результатов**

Ни одно из включенных исследований не было проведено в Южной Азии - "колыбели" маловесных детей. Вопрос, насколько матери приемлют помещение новорожденного, обеспечив контакт "кожа к коже" на 24 часа между грудей в теплую и влажную среду (как в Южной Азии и других влажных тропических регионах), еще не изучался. Но с точки зрения культуры и климата было бы желательно получить больше доказательств из различных стран и регионов. В одном исключенном из обзора исследовании (6) из Индии вмешательство, заключающееся в контакте "кожа к коже" в течение минимум четырех часов в день и пребывании в тепле/инкубаторе в остальное время суток, было хорошо принято. Однако для круглосуточного "метода кенгуру" желательны конкретные доказательства. Этот метод в настоящее время не является стандартной практикой, особенно в Южной Азии. Его реально было бы внедрить только в случае сильной мотивации и желания со стороны государства изменить практику работы медперсонала и практику ухода со стороны матерей (7). Плановая выписка из роддома на ранних сроках - один из компонентов "метода кенгуру" для маловесных детей. Исследование из Мозамбика сделало предположение, что выписка маловесных детей из отделения "метода кенгуру" на ранних сроках в холодное время года (10-12 °C ночью) может привести к учащению повторных госпитализаций и повышению смертности детей до года (8). Осуществимость "метода кенгуру" для детей с очень низкой массой тела при рождении (определяется как масса при рождении <1500 г) также неизвестна (9, 10).

### **2.3. Внедрение обсуждаемого подхода**

"Метод кенгуру" представляется привлекательной альтернативой традиционным вмешательствам при осуществлении ухода за маловесными детьми в условиях ограниченных ресурсов. Однако доказательства, предоставляемые этим Кокрановским обзором, еще не говорят в пользу широкомасштабного внедрения такого метода.

Внедрение "метода кенгуру" в развивающихся странах потребует больших изменений национальных протоколов в области здравоохранения. Также понадобится дополнительно работать с персоналом, который нужно будет подготовить в обучении женщин пользоваться этим методом. Это может быть осуществимо в отдельных роддомах, но сложнее достичь на общегосударственном уровне.

## **3. ИССЛЕДОВАНИЯ**

Необходимо рассмотреть воздействие "метода кенгуру" на маловесных детей в зависимости от их веса и срока гестации. Эффект длительного обездвиживания на костный метаболизм у маловесных детей также заслуживает изучения. Несколько ЛПУ на полуострове Индостан в настоящее время предоставляют отдельные палаты для матерей с маловесными детьми (масса тела от 1 500 г до 1 999 г). Это дает ребенку возможность пребывать в физическом контакте (не обязательно "кожа к коже") с матерью для поддержания температурного режима, способствует эксклюзивному грудному вскармливанию и обеспечивает плановую выписку из роддома. Данный метод может быть особенно осуществим в ситуации, когда большинство маловесных детей - дети с задержкой в росте и развитии. Оценка и сравнение таких альтернативных стратегий ухода за детьми с низкой массой при рождении в странах с ограниченными ресурсами представляется целесообразной задачей.

Поддержка предоставлена: Не применимо

Благодарность: Благодарность: S. Ramji, профессору и заведующему, отделение неонатологии, педиатрический факультет, Maulana Azad Medical College, Нью-Дели, Индия.

## Литература

1. Charpak N, Rui-Pelaez JG, Figueroa de CZ, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants <2000; grams: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1997;100:682-688.
2. Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Esheverria M, Bedri A, et al. Kangaroo mother care for low birthweight infants: A randomized controlled trial in different settings. *Acta paediatrica* 1998;87:976-985.
3. Sloan NL, Leon Camacho LW, Ointo Rojas E, Stern C, and Maternidad Isidro Ayora Study team. Kangaroo mother method: Randomized controlled trial of alternative method for care for stabilized low birthweight infants. *The Lancet* 1994;344:782-785.
4. Charpak N, Ruiz-Pelaez JG, Figueroa De CZ, Charpak Y. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics* 2001;108:1072-1079.
5. Sachdev HPS. Low Birth Weight in South Asia. In: Gillespie SR, ed. *Malnutrition in South Asia: A Regional Profile. ROSA Publication No. 5, Kathmandu, Nepal, UNICEF Regional Office for South Asia* 1997;23-50.
6. Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja A, George G. Kangaroo mother care in very low birth weight infants. *Indian Journal of Pediatrics* 2001;68:1019-1023.
7. Lincetto O, Nazir AI, Cattaneo A. Kangaroo mother care with limited resources. *Journal of Tropical Pediatrics* 2000;46:293-295.
8. Lincetto O, Vos ET, Graca A, Macome C, Tallarico M, Fernandez A. Impact of season and discharge weight on complications and growth of Kangaroo mother care treated low birth weight infants in Mozambique. *Acta paediatrica* 1998;87:433-439.
9. Kambarami RA, Chidede O, Kowo DT. Kangaroo care for well low birth weight infants at Harare Central Hospital maternity Unit-Zimbabwe. *Central African journal of medicine* 1999;45:56-59.
10. Bergman NJ, Jurisoo LA. The 'Kangaroo-method' for treating low birth weight babies in a developing country. *Tropical doctor* 1994;24:57-60.