

Кафедра соціальної медицини
та організації охорони здоров'я

**Методична розробка для лікарів – зі спеціальності
«Неонатологія»**

ТЕМА: Принципи диспансерного спостереження за новонародженими з перинатальною патологією. Принципи диспансерного спостереження за новонародженими з малою масою тіла при народженні. Виписка новонародженого.

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

Навчальні цілі заняття:

ЗНАТИ:

- принципи диспансерного спостереження за новонародженими з перинатальною патологією
- принципи диспансерного спостереження за новонародженими з малою масою тіла при народженні
- організацію виписки новонародженого

ВМІТИ:

- проводити диспансерний нагляд за новонародженими з перинатальною патологією
- проводити диспансерний нагляд за дітьми з малою масою тіла при народженні

Зміст

теми заняття

Вступ

Одне з найважливіших питань сучасної педіатрії в нашій країні – це охорона здоров'я дітей, яка ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги: доступності, безкоштовності, дільничності медичної допомоги, застосуванні диспансерного спостереження, послідовності амбулаторної та стаціонарної допомоги, етапності медичного забезпечення.

В основу дільничного принципу покладено розподіл території населених пунктів на дільниці таким чином, щоб на одній дільниці проживало не більше ніж 800 дітей віком до 15 років, з них до 100 дітей 1-го року життя. Медична допомога дітям надається дільничним педіатром і медичною сестрою.

У нашій країні для надання медичної допомоги створено потужну мережу дитячих лікувально-профілактичних закладів. В усіх обласних центрах і великих містах діти отримують загальну та профільну допомогу в багатопрофільних дитячих лікарнях. До складу цих лікувальних установ входять кардіологічне, пульмонологічне, гастроентерологічне, нефрологічне та інші відділення, а також відділення інтенсивної терапії та реанімації, відділення патології новонароджених, відділення виходжування недоношених дітей тощо.

Етапність і послідовність медичного забезпечення – це надання медичної допомоги дітям в певному порядку. Спочатку дитину обстежує дільничний лікар із залученням (у разі необхідності консультацій) фахівців вузького профілю. Для подальшого обстеження та лікування дитину направляють в районну або міську лікарню, далі – в обласну лікарню. За потреби медична допомога може бути надана в центрах охорони материнства і дитинства та науково-дослідних інститутах. Останнім етапом допомоги дітям є реабілітаційно-оздоровчі заклади (санаторії та курорти).

Визначення термінів

У цьому Положенні терміни вживаються в таких значеннях:

Єдиний державний реєстр дітей, що віднесені до груп ризику розвитку хронічних захворювань та/або порушень розвитку, (Реєстр) – електронна база даних, до якої заносяться відомості з виписного епікризу дітей, віднесених до груп ризику відповідно до цього Положення, результати щеплень, скринінгу (аудіологічного, офтальмологічного, метаболічного) та соматичного стану дитини (наявність хронічних захворювань, вроджених вад розвитку тощо), результати оцінювання розвитку дитини (фізичного, моторного, когнітивного, мови та розуміння, соціально-емоційної і адаптивної функцій, наявність захворювань аутичного спектру, неврологічного), результати висновків вузькопрофільних спеціалістів у ключові вікові періоди до досягнення дитиною 3-річного віку;

Карта катамнестичного спостереження – основний медичний документ пацієнта кабінету катамнестичного спостереження, в якому лікар кабінету катамнестичного спостереження після кожного огляду (візиту) дитини вносить результати моніторингу за станом здоров'я та розвитку дитини, медикаментозної корекції захворювань, щеплень, консультувань та план необхідного подальшого спостереження;

Катамнестичне спостереження – система заходів з моніторингу стану здоров'я та розвитку дитини, яка належить до визначеної цим Положенням середньої або високої групи ризику з метою раннього виявлення відхилень в її здоров'ї та розвитку, профілактики можливих захворювань та своєчасного скерування дитини до спеціалізованих послуг для зниження малюкової смертності, захворюваності, дитячої інвалідизації та випадків відмови батьків, покращення якості життя дітей з обмеженими можливостями і їх родин;

Система катамнестичного спостереження – сукупність організаційно поєднаних органів та інституцій, що в рамках своєї компетенції здійснюють заходи катамнестичного спостереження;

Віднесення новонароджених дітей до групи ризику розвитку хронічних захворювань та/або порушень розвитку

Перед випискою новонароджених дітей з медичних закладів, що надають стаціонарну акушерсько-гінекологічну та неонатологічну допомогу, лікар-неонатолог зобов'язаний встановити наявність або відсутність підстав для ведення катамнестичного спостереження щодо дитини. З цією метою лікар визначає, чи відноситься дитина до групи середнього або високого ризику. Дані про групи ризику і підстави віднесення дітей до таких груп лікар-неонатолог заносить до виписного епікризу.

Для цілей катамнестичного спостереження новонароджені діти можуть бути віднесені до групи ризику розвитку хронічних захворювань та/або порушень розвитку: низького, середнього або високого.

До групи ризику відносять новонароджених дітей, які мають хоча б одну з таких ознак:

- а) гестаційний вік при народженні від 35 тижнів до повних 37 тижнів і/або маса тіла від 2000 г до 2500 г;
- б) неонатальна енцефалопатія легкого ступеня;
- в) жовтяниця новонароджених, що потребувала проведення фототерапії;
- г) внутрішньошлунковий крововилив.
- г) гестаційний вік при народженні від 28 тижнів до повних 37 тижнів і/або масою тіла від 500 г. до 2500 г;
- д) дитина від багатоплідної вагітності;
- є) неонатальна енцефалопатія;
- е) гіпоглікемія транзиторна;
- ж) неонатальний сепсис;
- з) гіпербілірубінемія, що потребувала проведення замінного переливання крові;
- і) дитина з групи ризику за соціальними факторами;
- к) проведення штучної вентиляції легень тривалістю до 72 години.
- л) проведення терапевтичної гіпотермії;
- м) стан після хірургічного/нейрохірургічного втручання та/або необхідність подальшого хірургічного/нейрохірургічного спостереження та внутрішньочерепні крововиливи (в паренхіму мозку);
- н) некротизуючий ентероколіт;
- о) стійка тривала гіпоглікемія;
- п) судоми;
- р) нейроінфекції;
- с) шок, що вимагав інотропної/васопресорної підтримки;
- т) народження ВІЛ-інфікованими матерями;

- і) синдром фето-фетальної трансфузії;
- у) неонатальна білірубінова енцефалопатія;
- ф) тяжкі вади розвитку;
- х) уроджені порушення обміну речовин/генетичні порушення;
- ч) аномальні показники неврологічного обстеження під час виписки.

Виписка новонароджених дітей залежно від групи ризику

Виписка новонародженої дитини здійснюється відповідно до загальних нормативно-правових актів, що регулюють питання виписки новонародженої дитини, у тому числі Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною, затвердженого наказом МОЗ України від 04 квітня 2005 року № 152, Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні, затвердженого наказом МОЗ України від 29.08.2006 р. № 584, з урахуванням особливостей, передбачених даним розділом.

Перед випискою новонародженої дитини з медичних закладів, що надають стаціонарну акушерсько-гінекологічну та неонатологічну допомогу, додому або до спеціального дитячого закладу повинні бути проведені такі заходи:

- а) оцінювання антропометричних даних (вага, довжина тіла, окружність голови);
- б) оцінювання неврологічного розвитку з використанням стандартизованих шкал, рекомендованих МОЗ України, результати оцінювання заносяться до виписного епікризу;
- в) оцінювання соматичного стану.

Зазначені заходи виконує лікар-неонатолог.

До виписки новонароджених дітей, які віднесені до однієї з груп ризику, лікар-неонатолог зобов'язаний проінформувати батьків про:

- а) присвоєння дитині групи ризику;
- б) про подальше катамнестичне спостереження за такою дитиною та можливість додаткових послуг з обстеження та лікування (у разі необхідності);
- в) необхідність проходження батьками (матір'ю) навчання-інструктажу з догляду за дитиною;
- г) необхідність отримання батьками консультацій психолога і можливість батьків отримувати психологічну допомогу в процесі догляду за новонародженою дитиною.

Діти, які віднесені до групи низького ризику, виписуються у загальному порядку.

Порядок виписки новонароджених дітей, віднесених до груп середнього або високого ризику, здійснюється в загальному порядку, з особливостями, що передбачені цим Положенням.

Після оцінювання стану новонародженої дитини цього Положення і віднесення її до групи середнього або високого ризику, за наявності станів, які потребують додаткового обстеження, вживають таких заходів:

- а) інструментальне обстеження, за наявності показань;
- б) аудіологічний скринінг;
- в) офтальмологічний скринінг.

Результати обстеження долучаються до епікризу новонародженого.

Перед випискою новонародженого батьки отримують консультацію лікаря-психолога та навчаються з таких питань:

- а) ознаки небезпечних станів дитини і перша допомога при них;
- б) особливості догляду за дитиною;
- в) особливості вигодовування;
- г) регуляції температури дитини;
- г) профілактика інфекцій;
- д) імунізації;
- е) графіка спостережень у кабінеті катамнестичного спостереження.

Виписуючи дитину, лікар-неонатолог зобов'язаний скласти, ознайомити та передати батькам:

- а) виписний епікриз (стандартизована форма);
- в) графік відвідувань кабінету катамнестичного спостереження.

Виписку новонароджених дітей здійснюють з одночасним повідомленням реєстратора кабінету катамнестичного спостереження та лікаря первинної ланки за місцем проживання дитини у встановленому порядку в день виписки дитини зі стаціонару. Особою, відповідальною за здійснення такого повідомлення, є керівник (завідувач) закладу охорони здоров'я, з якого виписується дитина.

Здійснення катамнестичного спостереження

Катамнестичне спостереження здійснюється шляхом проведення медичного обстеження та моніторингу розвитку дітей лікарями кабінету катамнестичного спостереження.

Медичне обстеження дітей здійснюється шляхом оцінювання:

- фізичного розвитку дитини;
- харчування дітей;
- неврологічного розвитку;
- дотримання календаря імунізації;

соматичного стану.

Моніторинг розвитку дитини проводиться за такими сферами розвитку:

моторний розвиток;

когнітивний розвиток;

мова та розуміння;

соціально-емоційна функція;

адаптивна функція (самообслуговування).

Оцінювання розвитку дитини за означеними сферами розвитку здійснюють за допомогою відповідних шкал та скринінгів, рекомендованих МОЗ, у ключові вікові періоди 3, 6, 9, 12, 24 та 36 місяців.

У разі виявлення порушень у розвитку дитини лікар кабінету катамнестичного спостереження скеровує дитину до закладів, які забезпечують надання послуг раннього втручання та/або реабілітаційні послуги. Катамнестичне спостереження припиняють після досягнення дитиною трирічного віку.

Кабінет катамнестичного спостереження

Катамнестичне спостереження здійснюється кабінетами катамнестичного спостереження, які є структурним підрозділом, що діє у складі перинатального центру III рівня або багатопрофільної лікарні (багатопрофільної дитячої лікарні).

Завдання кабінету катамнестичного спостереження:

раннє виявлення відхилень та можливих порушень у розвитку дітей (рухова спроможність, слух, зір, сон, пильнування, увага, мова) та запровадження схем необхідних лікування, консультацій та досліджень, проведення реабілітаційних заходів на ранніх етапах; моніторинг розвитку дітей за основними п'ятьма сферами розвитку (моторною, когнітивною, сенсорною, соціально-емоційною та комунікаційною); моніторинг соматичних порушень у дітей і їх корекція; підвищення інформованості батьків про стан здоров'я дітей та залучення їх до процесів розвитку дітей.

На виконання завдань, покладених на кабінет катамнестичного спостереження, його працівники забезпечують:

амбулаторно-консультативний прийом дітей та розробку індивідуальних планів їх спостереження;

розробку та проведення комплексу індивідуальних профілактичних

заходів;
проведення скринінгових та лікувально-діагностичних заходів;
надання консультацій щодо раціонального харчування, збереження та зміцнення здоров'я, імунізації дитини, виявлення небезпечних для життя дитини симптомів;

організація обстеження дитини вузькопрофільними спеціалістами (неврологом, офтальмологом, ортопедом-травматологом тощо);
подання звітів до Центрального органу виконавчої влади у формуванні та забезпеченні реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я (уповноважених ним органів виконавчої влади) в порядку, визначеному цим Положенням та чинним законодавством.

Штатні посади керівника, медичного та обслуговуючого персоналу і педагогічних працівників кабінету катamnестичного спостереження встановлюються відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2000 р. №

«Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

Кабінет катamnестичного спостереження забезпечується необхідним медичним обладнанням, виробами медичного призначення, іншими засобами відповідно до вимог цього Положення (Додаток 1) та відповідно до таблицю оснащення кабінету, що затверджується керівником закладу охорони здоров'я, у складі якого діє відповідний кабінет катamnестичного спостереження. Матеріальне та технічне забезпечення кабінету катamnестичного спостереження здійснюється в межах видатків закладу охорони здоров'я, на базі якого утворено відповідний кабінет катamnестичного спостереження.

Діяльністю кабінету катamnестичного спостереження керує завідувач такого кабінету, що призначається на посаду та звільняється керівником закладу охорони здоров'я, до складу якого входить такий кабінет.

Кабінет катamnестичного спостереження веде обліково-звітну документацію у встановленому цим Положенням порядку. Кабінетом у паперовій електронній формі ведеться карта катamnестичного спостереження за дитиною, до якої вносяться результати:
медичного обстеження;
скринінгу слуху, офтальмологічного скринінгу та повторних скринінгових обстежень;
офтальмологічного обстеження, повторних обстежень;
лабораторних та інструментальних досліджень;
неврологічного обстеження;
моніторингу розвитку дитини;
план необхідного медичного спостереження, консультувань, медичних

втручань, медикаментозної корекції захворювань, психологічного та соціального супроводу родини та дитини, необхідних соціальних та реабілітаційних заходів, педагогічної корекції.

Висновок

Отже, диспансеризація (катамнез) новонароджених – це динамічне спостереження та організація лікувально-оздоровчих заходів серед дітей із виявленою патологією. Усі дані про виявлену патологію лікар заносить до "Контрольної карти диспансерного (катамнестичного) спостереження", намічає в ній обсяг та характер необхідних заходів, спрямованих на запобігання рецидивам захворювань, фіксує кількість оглядів протягом року.

Таким чином, в Україні створена ціла система різнопрофільних лікувально-профілактичних закладів, які мають на меті не тільки зберегти дитині життя, а й забезпечити її нормальний гармонійний розвиток та потенціал якості життя на майбутнє.

Література

1. Наказ про затвердження Положення про порядок здійснення катамнестичного спостереження за дітьми з груп ризику розвитку хронічних захворювань та/або затримки розвитку впродовж перших трьох років життя;
2. Педіатрія - Тяжка О.В. -Основні принципи організації лікувально-профілактичної допомоги дітям;
3. Лісіцин Ю.П. Соціальна гігієна (медицина) і організація охорони здоров'я. Москва, 1999. - С. 329 - 331.
4. Громадське здоров'я та охорону здоров'я. Под ред. В.А. Міняєва, Н.І. Вишнякова М. «Вища школа»., 2002. - С. 189-194.
5. Юр'єв В.К., Куценко Г.І. Громадське здоров'я та охорону здоров'я. С-П, 2000. - С. 259 - 268.

8.Принципи диспансерного спостереження за новонародженими з перинатальною патологією

Перинатологія - наука, яка вивчає перинатальний період (від грецького слова «peri» - навколо, і латинського «natus» - народження).

Терміном перинатальний період об'єднують пізній **фетальний період** (з 22-го тижня внутрішньоутробного розвитку і до початку пологів), **інтранатальний** (під час пологів) і **ранній неонатальний** (від народження до 6-ї доби включно). Захворювання, що виникають у перинатальному періоді, називають перинатальною патологією. Як правило, прояви цих захворювань продовжуються і у дітей більш старшого віку, особливо в пізньому неонатальному періоді (до 28 діб включно).

Перинатальний період і відповідну йому патологію і смертність поділяють на антенатальний (допологовий), інтранатальний (під час пологів) та постнатальний (післяпологовий), або неонатальний.

Перинатальний центр-це лікувально-профілактичний заклад, що надає всі види кваліфікованої, високотехнологічної та дорогої стаціонарної медичної допомоги в галузі акушерства, гінекології, неонатології та хірургії новонароджених, а також здійснює амбулаторну, консультативно-діагностичну та медико-реабілітаційну допомогу жінкам і дітям раннього віку.

Пренатальна діагностика (ПД) в основному спрямована на виявлення вродженої та спадкової патології (ВНП)

Перинатальна охорона плоду повинна починатися не з моменту народження дитини і навіть не з моменту настання вагітності, а набагато раніше. Вона повинна починатися з моменту народження дівчинки, яку необхідно розглядати як потенційну матір.

Здоров'я майбутніх поколінь залежить від репродуктивного здоров'я жінок і саме молодих жінок, які сьогодні вступають у репродуктивний процес і є хранительками генофонду нації.

Таким чином, стан новонароджених найтіснішим чином пов'язаний зі станом репродуктивного здоров'я матері. Дівчата підлітки, вступають у репродуктивний процес часто анатомічно і фізіологічно незрілі, соціально не адаптовані, що істотно знижує здоров'я матерів і новонароджених.

Питання перинатальної охорони плоду та новонародженого в даний час вирішують **жіночі консультації**, а також спеціалізовані акушерські стаціонари та відділення пологових будинків, санаторії для вагітних жінок, спеціалізовані терапевтичні і педіатричні стаціонари, диспансери, поліклініки для дорослих і дітей. З введенням в систему охорони здоров'я фігури сімейного лікаря велика роль у вирішенні цих завдань буде покладатися на нього. **Нормальний розвиток плоду** може бути забезпечений за умови раннього спостереження за перебігом вагітності, станом здоров'я

жінки, умовами її життя, тому що саме в перші тижні вагітності ембріон найбільш чутливий до різних впливів зовнішнього і внутрішнього середовища. Тому один з найважливіших аспектів антенатальної охорони плоду - по можливості більш **раннє взяття вагітної на облік**. У жінок, які були взяті під спостереження в ранні терміни вагітності, перинатальна загибель плодів і новонароджених були в 2-2,5 рази нижче цих показників в цілому.

При взяття вагітної на облік, під час первинного огляду акцент робиться на виявлення жінок з підвищеним ризиком. Тому при первинному огляді вагітної особливо важливі ретельний збір анамнезу та проведення повного комплексу обстежень: загальні лабораторні аналізи, за наявності показань слід організувати спеціальні - біохімічні, цитологічні, генетичні, імунологічні та ін.

Спостереження за здоров'ям вагітної і станом плода будується за **принципами диспансеризації**. До проведення її обов'язково залучається терапевт, а в разі необхідності і лікарі інших спеціальностей - ендокринолог, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог та ін

При диспансерному спостереженні за вагітною необхідно пам'ятати про своєчасне звільнення її з нічних і надурочних робіт, відряджень, робіт, пов'язаних з підйомом і перенесенням важких речей, переведення на більш легку роботу.

Важливий розділ диспансерного обслуговування - госпіталізація жінок з екстрагенітальною патологією в перший триместр вагітності для планового профілактичного лікування хронічних соматичних хвороб і їх загострень.

При проведенні заходів по антенатальній охороні плоду та новонародженого необхідна наступність у роботі між жіночими консультаціями і сімейним лікарем. Основне завдання - проведення допологового патронажу, організація занять з вагітними в школі материнства і батьківства. Мета допологового патронажу: забезпечення сприятливих умов життя плоду та новонародженого, а також встановлення контакту між майбутньою матерію і лікарем.

Лікарі, котрі здійснюють спостереження за вагітною, повинні добре знати особливості станів, що загрожують плоду, і можливості їх ранньої діагностики, щоб своєчасно надати кваліфіковану допомогу.

Перинатальна охорона плоду та новонародженого - система заходів щодо анте-та інтранатальної охорони здоров'я плоду та організації медичної допомоги новонародженим, спрямованим на профілактику та зниження перинатальної захворюваності і смертності, покращення здоров'я новонароджених дітей.

Перинатальна охорона плоду та новонародженого полягає в знанні факторів (критеріїв) підвищеного ризику для плоду та новонародженого, вміння виявляти їх, в їх профілактиці, забезпечення найбільш раціонального

спостереження за вагітною жінкою, при необхідності - її оздоровлення, успішних пологах та надання кваліфікованої медичної допомоги новонародженим. Ризик у перинатальному періоді - це небезпека загибелі плоду або новонародженого, можливість появи аномалій і каліцтв, а також розвитку іншої патології. Виникає він під впливом несприятливих факторів з боку організму матері, зовнішнього середовища і порушень внутрішнього середовища плоду. Розрізняють пренатальний і інтранатальний фактори ризику для внутрішньоутробного розвитку плоду і подальшого неонатального періоду.

Серйозні захворювання матері, численні ускладнення вагітності та пологів, недоношування і переношування, ряд факторів соціально-побутового характеру можуть становити потенційну загрозу для плоду та новонародженого в перинатальному періоді.

Аntenатальна охорона плоду (лат. ante перед, до + natalis що відноситься до народження) - комплекс діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, що проводяться з метою забезпечення нормального внутрішньоутробного розвитку організму від зачаття до народження. Спрямований на усунення факторів, що негативно впливають на формування і розвиток зародка і плоду, попередження вродженої патології, зниження перинатальної смертності (смертність плоду та новонародженого у період з 28-го тижня вагітності до 7-ої доби життя). У зв'язку з тим, що на формування зародка і його подальший розвиток великий вплив має стан здоров'я батьків (зокрема, стан їх репродуктивної системи). Antenатальна охорона плоду повинна починатися з підготовки до вагітності, особливо в тих випадках, коли можливо її неблагополучний перебіг. Так, до вагітності повинні пройти обстеження подружні пари, які мають ризик народження генетично неповноцінної дитини, жінки зі звичним невиношуванням вагітності та мертвонароджене в анамнезі, жінки з екстрагенітальними захворюваннями (хвороби серця, нирок, крові та ін) повинні бути обстежені акушером-гінекологом спільно з терапевтом (при необхідності також лікарями інших спеціальностей) для вирішення питання про доцільність вагітності і про оптимальну підготовку до неї.

Актуальність

В останні роки в усьому світі пильну увагу акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів приділяється поліпшенню стану здоров'я народжуваного покоління .

Зниження перинатальної захворюваності і смертності постійно було і залишається однією з важливих задач акушерства, перинатології та неонатології . Якість надання мед допомоги плоду і новонародженому в перинатальному періоді є одним з інтегральних показників якості всієї мед допомоги населенню. За значущістю для становлення здоров'я дитячого організму і, отже, здоров'я цивілізації перинатальний період унікальний не зрівняти ні з одним іншим віковим періодом.

Формування патології в перинатальному періоді в 99,5% випадків пов'язане зі станами, що виникають до початку пологів, у період пологів і з'являються до моменту народження малюка, і лише в 0,5% випадків це відбувається протягом першого тижня життя .

На превеликий жаль, слід констатувати, що на сучасному етапі розвитку акушерства та неонатології поняття перинатальної диспансеризації плода як такого не існує. У поточний час відомості про спадкові захворювання з домашнього анамнезу, труднощі та результати минулих вагітностей, персональна історія прийому ліків і алергічні реакції, перебіг справжньої вагітності та пологів, звичайно, оцінюються клініцистами-неонатологами вже після народження хворого малюка. Фактично не оцінюється прогноз стану плода в пологах, ступінь ризику розвитку дезадапцiонного синдрому, немає розроблених, науково обґрунтованих критеріїв вибору способу розродження в інтересах плода. І дійсно, перинатальні причини повинні виявлятися і оцінюватися вчасно, іншими словами до народження малюка, з метою пом'якшення їх діяннн або усунення, також для прогнозування та профілактики невідкладних станів і порушень адаптації у новонароджених малюків.

З метою ранньої діагностики та прогнозування патологічних станів у малюків в ранньому неонатальному періоді проведена оцінка інформативності анте-і інтранатальних причин ризику, виявлені індивідуальності адаптації у новонароджених в залежності від їхнього внутрішньоутробного стану, способу розродження, гестаційного віку та інших причин перинатального періоду.

Проведені дослідження дозволили зробити цілеспрямовану систему обстеження вагітних і плодів з метою виявлення серед них груп найвищого ризику з розвитку невідкладних станів і дезадапцiонного синдрому у новонароджених.

Все перераховане вище було підставою для проведення глибоких досліджень з дилемі профілактики перинатальної захворюваності і смертності новонароджених малюків.

Мета роботи. Знизити захворюваність, смертність і інвалідизацію новонароджених методом розробки та впровадження методики перинатальної диспансеризації плода, прогнозування невідкладних станів плода в пологах і особливостей адаптації новонароджених.

Об'єкт дослідження: стан плода з 22 тижнів гестації і стан новонароджених після перенесеної гіпоксії та асфіксії в пологах.

Предмет дослідження: частота, структура і передумови перинатальних втрат, прогнозування та індивідуальності адаптації у новонароджених різних груп.

Способи дослідження: загальні клінічні, клініко-лабораторні, біохімічні, багатофункціональні, морфогістологіческие, математично-статистические.

Об'єкт і методи дослідження

Для оцінки функціонального стану органів і систем були застосовані різні інструментальні методи.

Для визначення парціального тиску газів в артеріальній крові вживали аналізатор Medica (США). Можливо і те, що дослідження проводилися в момент народження і в майбутньому кожні 6 годин і за свідченнями.

Показник ступеня насичення крові киснем (сатурація) визначали за допомогою пульсоксиметрів Novamatrix (Німеччина) і Oxymetr (Німеччина). Дане дослідження проводилося з моменту народження і в динаміці постійно.

Для вимірювання артеріального тиску вживали автоматичні вимірювачі тиску крові безкровним способом у новонароджених Athena (Німеччина) і Shiller (Німеччина). Вимірювання артеріального тиску проводили на 5, 30, 60-й хвилинах і в майбутньому кожні 30 хвилин в протягом критичного стану.

Для реєстрації електрокардіограми, вимірювання частоти серцевих скорочень, частоти дихання, шкірної і ректальної температури вживали функціональний монітор Athena (Німеччина). Дані характеристики регілісь з моменту народження і за свідченнями в протягом усього критичного стану.

Нейросонографію мозку проводили апаратом Fukuda (Корея) біля ліжка хворого в динаміці і за свідченнями.

На 5-му кроці для доказу придбаних результатів обстеження плодів та новонароджених, перенесеної ними придбаної внутрішньоутробної гіпоксії, важкої перинатальної асфіксії проведено морфологічне дослідження секційного матеріалу 21 загиблого. Дані отримані в міському перинатальному центрі централізованого патологоанатомічного відділення Центральної міської клінічної лікарні № 1. Забір матеріалу здійснювався в терміни від 4 до 12 годин з моменту приходу смерті. Було б погано, якби ми не відзначили те, що комплексне гістологічне, гістохімічне, поляризаційно-оптичний, імуногістохімічне дослідження тканини легенів було проведено у 21 загиблого, шматки тканини фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну прохолодного. Фіксовані в формаліні шматки заливали в парафін за загальноприйнятою методикою.

На 6-му кроці був розроблений спосіб прогнозування появи і тяжкості асфіксії у новонародженого в залежності від інформаційної значимості характеристик комплексного дослідження функціонального стану системи «мама – плацента – плід». Всі вживані способи дослідження були формалізовані, і була розроблена прогностична матриця, де будь-який з характеристик мав певний інформаційний вагу. Результати, здобуті в процесі дослідження кореляційних залежностей між тяжкістю стану новонароджених та клініко-лабораторними даними про стан здоров'я мами, дозволяють відібрати ті характеристики, які буде доречно включити в прогностичну модель. Додатково був розроблений

ряд найбільш звичайних прогностичних моделей, які дозволяють виконати схожий аналіз в умовах звичайної жіночої консультації.

На 7-м, крайньому, кроці нашого дослідження був розроблений метод перинатальної диспансеризації плода. Для зіставлення були взяті дві схожі групи новонароджених: з диспансеризацією і без неї. Були враховані майже всі перинатальні причини – фінали пологів, терміни гестації, питома вага патологічних пологів, асфіксії різного ступеня тяжкості, постгіпоксических ускладнень, рання (РНС) і пізня неонатальна смертність. У результаті проведеного аналізу було виявлено найвища ефективність і практична значущість даної методики.

Статистичну обробку результатів придбаних виконали за допомогою ліцензійних програм Statistica 6.0 та Microsoft Excel 2003. Групові ознаки, виражені в інтервальної та відносної шкалах, асоціювали за допомогою t-критерію Стюдента для незалежних вибірок, а виражені в категоріальній шкалою – за допомогою аспекту хі-квадрат з поправкою Йетса або без неї і аспекту фі-квадрат. Рівень значимості у всіх варіантах сприймали рівним 0,05.

Зв'язки між ознаками, вираженими в інтервальної та відносної шкалах, оцінювали за допомогою коефіцієнтів кореляції Пірсона. Виразність зв'язків між категоріальними ознаками оцінювали за допомогою коефіцієнта спряженості, тетрагоріческой кореляції і аспекту фі-квадрат.

Прогностичні моделі будували за допомогою множинного регресійного аналізу, при цьому враховували лише важливі коефіцієнти ($p < 0,05$). Додатково вживали спосіб нейромережевого моделювання.

Всього було обстежено 287 новонароджених, у тому числі з перинатальною гіпоксією і синдромами дезадаптації. У базу дійсної роботи покладено результати спостереження за станом плоду в анте-і интранатальном періодах та перебігом ранньої адаптації новонароджених різних груп.

– 1-я група: плоди з гіпоксією – новонароджені з дезадаптаційним синдромом (98 випадків).

– 2-я група: плоди з гіпоксією – новонароджені з перинатальною гіпоксією (92 варіанти).

– Контрольна група (3-я група): здорові плоди – здорові новонароджені (97 випадків).

Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі структури перинатальних втрат за період 1999-2005 рр.. за даними гос статистики виявлено, що посеред обставин РНС провідне місце займають пороки розвитку (20-33,3%), непорівнянні з життям. Дана причина смерті

відноситься до некерованої неонатологічної патології, є проблемою пренатальної діагностики і в дослідженні не аналізується.

На одному з перших місць в структурі смертності новонароджених за період дослідження був респіраторний дистрес-синдром (РДС) (10-16,6%). В якісь роки (2000, 2002 і 2005) дана патологія не відзначалася в структурі смертності новонароджених в ранньому неонатальному періоді.

Частота перинатальних геморагії-но-ішемічних уражень ЦНС 3-4-го ступеня з року в рік залишається на досить високому рівні (20-33,3%) не має тенденції до зниження.

При аналізі мертвонароджуваності встановлено, що внутрішньоутробна гіпоксія плода була передумовою погибелі більш ніж в 80% випадків. 2-е місце в структурі ПС займали вади розвитку.

З представлених в гос статистикою даних можна уявити, що особливої уваги з точки зору зниження характеристик ПС заслуговують поліпшення надання допомоги та поліпшення діагностики гіпоксичних станів в антенатальному періоді. Обидві задачки представляються важко розв'язуються в критеріях складної соціально-економічної ситуації, що склалася в Україну, через відсутність дорогого обладнання як для надання допомоги новонародженим (найчастіше недоношеним) з РДС, так і для діагностики гіпоксичних станів плода.

Виходячи з переконань пошуку резервів для поліпшення якості допомоги в перинатальному періоді та оцінки структури ПС заслуговує уваги так званий перинатальний аудит, що дозволяє ідентифікувати випадки ПС, яких потенційно можна було б уникнути. Програма перинатального аудиту була розроблена в 1995 р. в Скандинавії і відшукала широке застосування для аналізу ПС в країнах Європи, країнах СНД.

Аналіз перинатальних характеристик в ДРЦОМД за досліджуваний період (1999-2005 рр.) За даними перинатального аудиту показав, що основними категоріями є: АС плода після 28 тиж. гестації при одноплодовій вагітності (6,9-10,2 ‰), АС плода до 28 тижнів. гестації (5,5-7,5 ‰), АС плода після 28 тиж. гестації при одноплодовій вагітності, що ускладнилася ЗВРП (1,7-3,6 ‰), РНС при 28-33 тиж. найменш 7 балів через 5 хв (0,7-3,0 ‰), РНС до 28 тижнів (3,7-4,5 ‰).

За нашими результатами, впровадження Балтійської класифікації ПС дозволило виділити категорії ПС, при яких поліпшення надання допомоги дозволить знизити перинатальні втрати, – це I, II, VI, IX і XI категорії.

З метою дослідження причин ризику народження малюка в стані асфіксії нами було проведено когортне дослідження новонароджених, які народилися в

пологовому відділенні Донецького регіонального центру охорони материнства та юнацтва з 1999 по 2005 р. Дані з історій були комп'ютеризовані, для чого ж використовувалася програма PND, що дозволяє класифікувати кожен варіант, і піддавалися статистичній обробці за допомогою програми JMP.

З метою ранньої діагностики та прогнозування патологічних станів у малюків в ранньому неонатальному періоді оцінювалася інформативність анте-і інтранатальних причин ризику, екстрагенітальної патології вагітних, виявлялися індивідуальності адаптації у новонароджених в залежності від їхнього внутрішньоутробного стану, способу розродження, гестаційного віку та інших причин перинатального періоду.

Екстрагенітальна патологія у вагітних досліджуваної групи була представлена наступним чином: захворювання нирок – 33%, серцево-судинна патологія – 25%, ожиріння – 20%, захворювання органів дихання – 10%, гіпертонічна хвороба – 12%. У контрольній групі дана патологія була представлена наступним чином: захворювання нирок – 34%, серцево-судинна патологія – 36%, ожиріння – 14%, захворювання органів дихання – 11%, гіпертонічна хвороба – 5%.

Дослідження акушерського анамнезу дам порівнюваних груп також показало достовірні відмінності: придбана внутрішньоутробна гіпоксія спостерігалася у 52,9% дам основної групи і у 32,3% – контрольної ($p < 0,05$), загроза переривання вагітності – у 21,3 і 9,1% дам порівнюваних груп ($p < 0,05$), млосна прееклампсія – у 12,3 і 2,5% дам відповідно ($p < 0,05$). Поширеність таких патологій, як анемія, тазове передлежання, вузький таз, у дам порівнюваних груп фактично не розрізнялася ($p > 0,05$).

Інтранатальні причини ризику були представлені наступним чином: патологічні пологи спостерігалися у 78,1% жінок в основній групі і у 49,3% дам контрольної ($p < 0,05$), дострокові – у 47,1 і 4,7%, у той час як нормальними пологи були у 10,9 і 34,4% дам порівнюваних груп (відповідно).

Кесарів розтин було вироблено в 48,3% випадків в основній і в 27,2% випадків в контрольній групі. Гостра внутрішньоутробна гіпоксія плода спостерігалася у 28,4 і 7,7% дам основної та контрольної груп відповідно, допологове излитие навколоплідних вод – у 22,6 і 10,8% дам порівнюваних груп.

Визначення інформаційної значимості характеристик функціонального стану системи «мама – плацента – плід» показало, що більш інформативними факторами ризику гіпоксії новонародженого є наступні: наявність екстрагенітальної патології (61,5% в основній групі і 34,5% – у контрольній, $p = 0,0179$), важкої прееклампсії (у 12,3 і 2,5% дам відповідно, $p < 0,05$), також вдачу розродження (78,1% в основній та 49,3% в контрольній, $p < 0,05$) і його терміни (47,1 і 10,9% відповідно, $p < 0,05$).

Для найбільш достовірної оцінки стану плода в пологах був використаний неінвазивний спосіб фетальної пульсоксиметр. Усього моніторинг проводився в середньому $3,55 \pm 0,58$ год в контрольній і $3,03 \pm 1,15$ год в основній групі ($p > 0,05$). Групи не відрізнялися за терміном вагітності ($37,2 \pm 0,5$ і $38,1 \pm 0,7$, $p > 0,05$) і тривалості пологів ($p > 0,05$). У всіх варіантах пологи завершилися через природні родові шляхи.

Характеристики частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода і сатурації регілісь кожні 2 секунди і зберігалися в пам'яті апарату, а по завершенні пологів переносилися на комп для статистичної обробки. Дані про результати моніторного спостереження представлені в табл. 1.

Якщо перерахувати тривалість часу, коли було зареєстровано зниження частоти серцевого ритму плода менше 100 ударів на хвилину, то, за нашими даними, вона становила в середньому 13,5 хвилини у дам контрольної і 17 хвилин у дам основної групи. Тривалість часу, коли сатурація плоду була нижче 30%, становила менше ніж 3 хвилини (2,28 хвилини) у дам контрольної та 3,83 хвилини у жінок основної групи.

За результатами наших досліджень, підвищення тривалості зниженою сатурації плода корелює зі зростанням ацидозу і народженням дітей у стані гіпоксії з наступним гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС. Підвищення тривалості інтервалу, коли показник сатурації був нижче 30%, корелювало зі зниженням тривалості уповільненої серцебиття плоду.

Іншими словами, за нашими даними, граничним значенням сатурації, який може свідчити про загрози для плоду, є 30% сатурація протягом 3 хвилин і більше.

ФПО дозволяє вчасно, достовірно і неінвазивно діагностувати гіпоксичні стану плода і змінювати стратегію надання допомоги в пологах у сфері плоду. Даний спосіб дозволяє уникнути необґрунтованих оперативних втручань, також зробити краще результати пологів для мами й немовляти.

У результаті проведеного нами визначення багатоеlementного складу плазми пуповинної крові новонароджених досліджуваних груп отримані характеристики змісту макро-і мікроелементів. Проведено кореляційний аналіз тісноти зв'язку асфіксії і гіпо ксіческих станів з вмістом деяких мікроелементів (ME).

Після проведеного аналізу придбаних результатів і математичної статистичної обробки нами було виявлено, що вміст мікроелементів у плазмі пуповинної крові новонароджених порівнюваних нами груп має якісь відмінності (табл. 2).

Завищений рівень вмісту в пуповинній крові новонароджених 1-ї групи стронцію в 2,1 рази, ванадію в 1,7 рази, марганцю в 2 рази і знижений рівень

селену в 2,1 рази в порівнянні з контрольною групою (рис. 1), також виявлена статистичний зв'язок між їх рівнями свідчать про значущої ролі даних активних субстанцій у механізмах адаптації новонародженого до умов позаутробного розвитку.

Показані в реальному дослідженні індивідуальності вмісту в пуповинній крові новонароджених майже всіх мікроелементів, також виявлена статистичний зв'язок між їх рівнями, з одного боку, і клінічним вдачею течії раннього постнатального періоду – з іншого, свідчать про значущої ролі даних активних субстанцій у механізмах адаптації новонародженого до умов позаутробного розвитку.

Для доказу придбаних результатів обстеження плодів та новонароджених, перенесеної ними придбаної внутрішньоутробної гіпоксії, важкої перинатальної асфіксії, тобто томного довгого кисневого голодування, проведено морфологічне дослідження секційного матеріалу загиблих малюків.

На підготовчому етапі реального дослідження були досліджені матеріали 21 секційного укладення новонароджених у віці від 4 годин від моменту народження до 24 діб, у яких при наступному патологоанатомічному дослідженні були виявлені різні стани, що супроводжуються внутрішньоутробною гіпоксією.

Пошкодження мозку при інфекційної і неінфекційної патології перинатального періоду є однією з досить частих обставин загибелі. Щодо прогнозу розвитку недоношених церебральна морбідність, іншими словами розвиток внутрішньошлуночкового крововиливу або прояв перивентрикулярна лейкомаляції, виходить на передній план. Як причини ризику нами розглядаються ступінь незрілості і внутрішньоутробної гіпоксії, порушення дихання, неонатальні інфекції та вираженість гемодинамічної нестабільності.

За даними протоколів розтину, посмертних епікризів та супровідних документів, передумовою погибелі майже завжди (64%) послужила легенево-серцева або серцево-легенева недостатність, в 15% – інфекційна патологія, в 9% – вроджені вади розвитку, в 12% – метаболічні порушення .

Поглиблений клініко-анатомічний аналіз протоколів розтину дозволив нам кинути всі описані випадки для майбутнього дослідження, так як не виявив виражених запальних або деструктивних змін у стромі і паренхімі легень, які могли б зробити недостовірними дані наступного дослідження препаратів.

Разом з інтракраніальних крововиливом перивентрикулярна лейкомаляція також описує прогноз неврологічного розвитку недоношених. Не для кого не секрет те, що патогенетично вона розглядається як наслідок гіпоксично-ішемічного або запального ушкоджень мозку, які можуть виникати не тільки лише постнатальному, але вже і пренатально.

Слід виділити, що в танатогенезі, особливо ранньої неонатальної смерті, головним несприятливим фоном фатального розвитку внутрішньоутробної гіпоксії та інфекції служить незрілість структурно-функціонального розвитку всіх внутрішніх життєво-важливих органів і систем, що фактично а priori робить безуспішними проводяться дорогі реанімаційні заходи.

Виходячи з даних клінічного і лабораторного обстеження вагітної, виражених в категоріальній шкалою – наявність / відсутність еклампсії, цукрового діабету, придбаної фетоплацентарної дефіцитності, цитомегаловірусної інфекції, герпесвірусної інфекції, – були розроблені повний і скорочений варіанти матриці, за допомогою якої можна скласти прогноз щодо розвитку у новонародженого гіпоксії.

На підставі даних всебічного об'єктивного обстеження стану здоров'я мами і плоду і анамнестичних відомостей (всього 23 ознаки) була розроблена математична модель для оцінки ризику розвитку у новонародженого дезадаптаційного синдрому та асфіксії (рис. 2) з точністю прогнозу 89,2%.

Впровадження найменшого набору даних, наприклад віку вагітної та номери вагітності за рахунком, дозволило вибудувати найбільш просту прогностичну модель, застосування якої прийнятно в жіночій консультації на кроках підготовчого оглядання вагітної. Але модель характеризувалася низькою прогностичною цінністю – 63,5%.

Застосування нейромережевого моделювання дозволило одержати досить потужну прогностичну модель. Мультіслойний персептрон, що складається з 7 нейронів на вході і 11 нейронів у приховування модулі, на підставі 7 ознак – вік вагітної, вагітність за рахунком, наявність / відсутність еклампсії, цукрового діабету, придбаної фетоплацентарної дефіцитності, цитомегаловірусної інфекції та герпесвірусної інфекції – в 89,2 % випадків дозволяє спрогнозувати народження немовлят із синдромом дезадаптаційних або з асфіксією. Емпірично розрахована надійність моделі склала 84,0%.

Для розробки і наукового обґрунтування алгоритмів перинатального диспансерного спостереження плоду, критеріїв прогнозу стану плода в пологах, критеріїв вибору стратегії розродження досліджені 2 групи вагітних високого ризику та їх плоди (табл. 3).

Порівнювані групи були порівнянні разом з майже всіма ознаками і за кількістю пацієнтів (табл. 3). Можливо і те, що вагітні порівнюваних груп достовірно не відрізнялися за віком, терміну гестації, обтяженому акушерському і соматичного анамнезу, обтяженому перебігу даної вагітності і способу розродження. Новонароджені обох груп не відрізнялися за статевою ознакою і антропометричним даним. Всі знають те, що достовірних відмінностей не відмічено в показниках мертвонароджуваності, ранньої неонатальної смертності і неонатальної смертності, хоча в абсолютних цифрах

5. Поліорганна недостатність на тлі перенесеної придбанної гіпоксії плода і важкої інтранатальної асфіксії, вдача і тяжкість перинатальних причин ризику обумовлюють клінічну характеристику малюків основної групи. Перенесена гіпоксія і асфіксія обумовлюють дефіцитність дихальної та серцево-судинної системи, газового гомеостазу (рСО

6. Рівень захворюваності новонароджених малюків визначається не лише ступенем дії комплексу біосоціальних та акушерсько-гінекологічних причин, та й еколого-біогеохімічними рисами зони. Завищений рівень вмісту в пуповинній крові новонароджених 1-ї групи стронцію в 2,1 рази, ванадію в 1,7 рази, марганцю в 2 рази і знижений рівень селену в 2,1 рази в порівнянні з контрольною групою, також виявлена ??статистичний зв'язок між їх рівнями свідчать про значущої ролі даних активних субстанцій у механізмах адаптації новонародженого до умов позаутробного розвитку.

7. На підставі даних всебічного об'єктивного обстеження стану здоров'я мами і плоду і анамнестичних відомостей (всього 23 ознаки) за допомогою багатофакторного і дискримінантного аналізів була розроблена математична модель для оцінки ризику розвитку у новонародженого дезадаптаційного синдрому та асфіксії з точністю прогнозу 89,2%. Застосування нейромережевого моделювання (7 нейронів на вході і 11 нейронів у приховування модулі) на підставі 7 ознак – вік вагітної, вагітність за рахунком, наявність / відсутність еклампсії, цукрового діабету, придбанної фетоплацентарної дефіцитності, цитомегаловірусної інфекції та герпесвірусної інфекції – в 84% випадків дозволяє спрогнозувати народження немовлят із синдромом дезадаптаційних або з асфіксією.

8. Були виявлені відповідні для первинної внутрішньоутробної гіпоксії різко виражені фіброзні зміни в інтерстиціальній тканині, потовщення, місцями витончення міжальвеолярних перегородок, вогнища гострої та набутої емфіземи чергувалися з ділянками ателектазу. І дійсно, встановлення об'єктивних морфологічних критеріїв первинних і вторинних ланок патогенезу пульмональної судинної гіпертензії, заснованих на застосуванні сучасних гістологічних технологій, є основою стратегії зцілення даної категорії хворих.

9. Запропонована і впроваджена методика перинатальної диспансеризації плода та новонародженого дозволила знизити в Донецькому регіональному центрі охорони материнства та юнацтва захворюваність на 24%, ранню неонатальну смертність – на 30%, інвалідизацію малюків – на 15%.

Тестові завдання:

1. Стаття 4 Закону України «Про права пацієнтів в Україні» називається:

- A) Сфера застосування закону
- B) Принципи забезпечення прав пацієнтів
- C) Права пацієнтів
- D) Право на доступ до медичної допомоги
- E) Право на конфіденційність

2. Стаття 12 Закону України «Про права пацієнтів в Україні» називається:

- A) Право на дотримання стандартів в сфері охорони здоров'я
- B) Принципи забезпечення прав пацієнтів
- C) Права пацієнтів
- D) Право на доступ до медичної допомоги
- E) Право на конфіденційність

Тестові завдання:

3. Вкажіть призначення карти обліку диспансеризації (ф. № 131/о)?

- A) є основним документом
- B) є оперативно-обліковим документом
- C) призначена для обліку контингентів населення, яке підлягає періодичним медичним оглядам
- D) використовується для контролю за правильністю проведення, оформлення та якістю цих оглядів
- E) призначена для обліку проведення оглядів диспансерних контингентів

4. Розкрийте контингенти населення, які обліковуються за результатами періодичних медичних оглядів Картою обліку диспансеризації (ф. №131/о)?

- A) особи у віці 15-17 років включно, прикріплені для медичного обслуговування
- B) робітники промислових підприємств, сільського господарства, харчових, комунальних, дитячих, ЛПЗ, шофери, учні загальноосвітніх шкіл, системи профтехосвіти, студенти різних рівнів акредитації у віці від 15 років
- C) все доросле населення
- D) на всіх осіб у віці до 15 років

5. До яких медичних документів в обов'язковому порядку записуються відомості про результати проведення оглядів і лабораторно інструментальні дослідження дорослого населення, підлітків і дітей?

- А) медичну карту амбулаторного хворого (ф. № 025/о)**
- В) історію розвитку дитини (ф. № 112/о)**
- С) медичну карту дитини (ф. № 026/о)**
- Д) виписку із медичної карти амбулаторного / стаціонарного хворого (ф. №027/о)**
- Е) статистичної карти хворого, який вибув із стаціонару (ф. № 066/о)**

6. Розкрийте принципи організації картотеки Карти обліку диспансеризації (ф. № 131/о)?

- А)єдина централізована картотека за дільничним принципом**
- В)окремі картотеки**
- С)самостійні картотеки за цеховим принципом**
- Д)за окремими населеними пунктами**

7. Ким ведуться картотеки в поліклініках, поліклінічних відділеннях міських і центральних районних лікарень?

- А) персоналом відділень профілактики**
- В) лікарями первинного рівня медичного забезпечення**
- С) лікарями спеціалістами**

8. В яких медичних закладах не заповнюється «Контрольна карта диспансерного нагляду (ф. № 030/о)».

- А) у всіх амбулаторно-поліклінічних закладах**
- В) протитуберкульозних**
- С) онкологічних**
- Д) психоневрологічних**
- Е) наркологічних**

9. Раннє виявлення і лікування хвороби для зменшення її тривалості та прогресування є:

- А) Поширеність**
- В) Захворюваність**
- С) Валідність**
- Д) Первинна профілактика**
- Е) Вторинна профілактика**

32. Завдання денного стаціонару та показання для лікування дітей у цьому підрозділі.
33. Структурні підрозділи стаціонару дитячої багатoproфільної лікарні.
34. Функції приймального відділення.
35. Особливості госпіталізації хворих дітей, організація лікувального процесу в стаціонарі.
36. Функції завідувача відділення стаціонару.
37. Забезпечення сільського населення в організації лікувально-профілактичної допомоги дітям.
38. Функції районного педіатра.

**Автор: ст. викладач кафедри,
кафедри**

Заслужений лікар України

Черешнюк Г.С.

« 30 » 08 2018 р.

Затверджено на засіданні

Протокол № 2