

Кафедра соціальної медицини  
та організації охорони здоров'я

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

**ТЕМА: Організація перинатальної медицини. Організація перинатальних центрів. Організація медичної допомоги новонародженим в пологових будинках. Принципи формулювання клінічного діагнозу. МКХ 10.**

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8**

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин**

**Навчальні цілі заняття:**

**ЗНАТИ:**

- основи перинатальної медицини;
- основи організації перинатальних центрів;
- основи організації медичної допомоги новонародженим в пологових будинках;
- принципи формулювання клінічного діагнозу. МКХ 10.

**ВМІТИ:**

- шифрувати клінічні діагнози згідно МКХ 10;
- організувати надання медичної допомоги новонародженим в пологовому будинку;
- організувати роботу перинатального центру.

# **Зміст**

## **теми заняття**

1. Вступ

2. Основні поняття

## ВСТУП

Охорона здоров'я дітей від народження є найважливішою складовою сучасної медицини в Україні, яка відіграє значну роль у формуванні здоров'я майбутніх поколінь. Суттєвим кроком у покращенні якості надання перинатальної допомоги стало впровадження з 2010 року Національного проекту «Нове життя. Нова якість охорони материнства та дитинства». Концепція реалізації Національного проекту спрямована на забезпечення якісною і доступною висококваліфікованою медичною допомогою матерів та новонароджених, створення умов для сталого демографічного та соціально-економічного розвитку країни шляхом організації мережі регіональних перинатальних центрів III-го рівня, які забезпечені сучасним обладнанням, кваліфікованими кадрами та умовами для впровадження інноваційних технологій.

Замкнутий цикл надання допомоги вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим груп ризику надав змогу за останні роки знизити показники материнської та малюкової смертності за рахунок зменшення перинатальних втрат, збільшити частоту виживання дітей, народжених із критично малою масою тіла. Досягнуті результати є наслідком концентрації у створених перинатальних центрах відповідних матеріальних ресурсів, впровадження високоефективних інноваційних технологій шляхом забезпечення лікувально-діагностичного процесу більш високого рівня завдяки закупівлі високовартісного обладнання та підвищення кваліфікації медичних кадрів.

Особливу роль в удосконаленні перинатальної допомоги відіграє впровадження в практику охорони здоров'я сучасних досягнень світової науки, які базуються на даних доказової медицини, що вимагає від лікарів високої обізнаності. підвищення кваліфікації шляхом навчання впродовж усього життя. Саме система безперервної медичної освіти, яка є невід'ємною частиною реорганізації післядипломної освіти лікарів, створює умови й мотивацію для постійного оновлення професійного рівня спеціалістів всіх рівнів перинатальної допомоги. Неабияке значення при цьому має підготовка фахівців у межах міждисциплінарної інтеграції.

## **Розділ 1 Основи перинатальної медицини.**

Перинатологія — розділ акушерства й педіатрії, що вивчає розвиток та охорону здоров'я плода і новонародженого в пери-натальному періоді. Основні завдання перинатології полягають у зниженні перинатальної смертності до так званого нескорочуваного мінімуму; запобіганні захворюваності плода і новонародженого в перинатальному періоді; зменшенні інвалідизації, спричиненої перинатальними факторами.

Становлення перинатології як нової галузі медицини було затверджено на засіданні Американської колегії акушерів і гінекологів й Американської академії педіатрії в 1978 р. Перший підручник “Guidelines for Perinatal Care” було видано у 1983 р. Організація перинатологічної допомоги в різних країнах здійснюється з урахуванням економічних можливостей і рівня розвитку медицини в державі і навіть в окремому регіоні. Перинатологічна структура з медичними закладами трьох рівнів визнана найбільш раціональною.

Дуже важливим для розвитку перинатологічної допомоги є створення перинатальних центрів. Концентрація висококваліфікованих спеціалістів, сучасної діагностичної та лікувальної апаратури дає змогу надавати більш якісну допомогу при найтяжчій патології. Перинатальні центри відіграють провідну організаційно-методичну роль у системі спеціалізованих медичних закладів. Завдання центру — узагальнювати досвід ведення вагітних і новонароджених високого ризику, проводити наукові дослідження, навчати студентів, лікарів, медичних сестер сучасних перинатологічних технологій, тобто підвищувати рівень надання перинатологічної допомоги населенню.

Важливою ланкою перинатологічної служби є транспортування вагітних і новонароджених. Без організації служби транспортування робота перинатального центру буде не ефективною. Кваліфіковане ведення вагітних і новонароджених у період транспортування істотно впливає на результат у цілому. Якість надання перинатологічної допомоги передусім залежить від санітарно-епідеміологічного стану лікувальних закладів.

Внутрішньолікарняні інфекції є серйозною проблемою в перинатальному періоді. Від правильної організації контролю і профілактики нозокоміальних інфекцій залежать захворюваність у новонароджених, наслідки для дітей із тяжкою перинатальною патологією.

Правильне визначення заключних діагнозів при летальних наслідках істотно впливає на розуміння пріоритетних напрямків у перинатології. Кваліфіковане проведення розтину, трактування результатів визначають структуру перинатальної і ранньої неонатальної смертності.

Розвиток перинатології як науки і нової галузі медицини став можливим завдяки досягненням науки і медичних технологій. Успіхи генетики, фармакології, розвиток і удосконалення медичної діагностичної апаратури, біохімічних, мікробіологічних, імунологічних методів дослідження надали можливість здійснювати контроль за станом плода з найраніших періодів вагітності, впливати на процес розвитку, лікувати патологічні стани в антенатальному періоді та після народження дитини.

Дуже важливим є розуміння ролі шкідливих факторів, що впливають на здоров'я нащадка, у період до зачаття і розвиток преконцепційної профілактики. Проведення дошлюбного консультування й консультування подружніх пар дає можливість до зачаття виявляти мутагенні та тератогенні фактори й усувати їхній вплив, проводити превентивну санацію майбутніх батьків. Формування правильного ставлення до планування сім'ї, проведення медичного контролю під час вагітності є важливою перинатологічною проблемою.

Спостереження за вагітною жінкою варто починати в якомога ранні терміни. Необхідне повне клінічне обстеження вагітної, метою якого є оцінка її стану і виявлення факторів ризику. Діагностика екстрагенітальних захворювань у жінки, їхня корекція та компенсація істотно впливають на кінець вагітності.

В комплекс перинатальної допомоги входить також:

- антенатальне визначення терміну гестації, що дає можливість правильно планувати проведення акушерських діагностичних і лікувальних втручань, своєчасно виявляти патологію плода;
- антенатальна діагностика плода здійснюється на підставі клінічних даних, а також серійних ультрасонографічних досліджень і результатів вимірювання різних розмірів плода.
- проведення скринінг-досліджень із метою виявлення природженої та спадкової патології, а також подальше уточнення діагнозу в ранні терміни дає можливість планувати закінчення вагітності.
- діагностика можливих інфекцій.
- психологічна підтримка тощо.

## **Розділ 2. Організація роботи перинатальних центрів.**

Сучасна регіональна організаційна структура перинатальної допомоги, що діє в деяких економічно розвинених країнах світу, передбачає наявність лікувальних закладів трьох рівнів.

**Перший рівень** — це лікувальний заклад, у якому створено умови для проведення комплексу заходів, а саме:

— ведення і розродження жінок з неускладненою вагітністю;

- виявлення вагітних груп ризику, які підлягають транспортуванню до лікувального закладу другого рівня, ініціювання їхнього переведення;
- запобігання розвитку непередбачуваних ускладнень, що виникають під час вагітності та пологів;
- проведення розродження кесаревим розтином протягом 30 хв після ухвалення рішення;
- здійснення трансфузії (завжди є кров і свіжозаморожена плазма);
- подання цілодобової анестезіологічної допомоги, проведення рентгенологічної, ультразвукової та лабораторної діагностики, моніторингу серцевої діяльності плода;
- здійснення післяпологового спостереження за жінкою;
- оцінювання стану здоров'я новонародженого і надання йому медичної допомоги; — проведення первинної реанімації новонароджених і стабілізації їхнього стану;
- стабілізація стану дітей, що народилися з несподівано низькою масою тіла або з якоюсь патологією, перед транспортуванням до лікувального закладу другого або третього рівня й ініціювання їхнього переведення. У деяких лікувальних закладах першого рівня є можливість надавати тривалу допомогу новонародженим із відносно незначною патологією, якщо не потрібне спеціальне лабораторне, інструментальне забезпечення або спостереження вузького спеціаліста. Більшість лікувальних закладів першого рівня можуть надавати допомогу дітям у стадії видужання, після повернення із закладів другого або третього рівня.

**Д р у г и й р і в е н ь** — це лікувальний заклад, що має можливість надавати перинатологічну допомогу в такому ж обсязі що і заклад першого рівня. Крім того, у ньому можуть одержувати медичну допомогу вагітні з нетяжкими ускладненнями вагітності (пreeклампсія, компенсована екстрагенітальна патологія, передчасні пологи в терміні 32–36 тиж і ін.); недоношені діти масою тіла 1500–2000 г, новонароджені із захворюваннями помірного ступеня тяжкості (помірний синдром респіраторних розладів, гіпоглікемія, діабетична фетопатія, підозра на сепсис, гіпоксія/ішемія без загрози для життя тощо) як народжені у цьому закладі, так і переведені із закладів першого рівня. У медичному закладі цього рівня працюють кваліфіковані спеціалісти, тут є спеціальне устаткування, з допомогою якого можна провести короткий курс штучної вентиляції легень (ШВЛ), стабілізувати клінічний стан тяжкохворих і глибоконедоношених дітей і направити їх до лікувального закладу третього рівня.

**Т р е т і й р і в е н ь** — це регіональний перинатальний центр, що надає перинатальну допомогу будь-якого ступеня складності. Такий заклад забезпечений спеціалістами найвищої кваліфікації, лабораторіями і сучасною апаратурою. До перинатального центру надходять вагітні високого ступеня ризику (передчасні пологи у 24–32 тиж, тяжка патологія вагітності, поважні генетичні проблеми, онкологічні захворювання матері тощо).

Інтенсивну терапію починають проводити плуду і продовжують відразу після народження у відділенні інтенсивної терапії новонароджених. У цьому закладі виходжують недоношених масою тіла 500–1500 г, надають допомогу новонародженим із тяжкими респіраторними розладами, сепсисом, після глибокої асфіксії, тяжкими природженими вадами розвитку.

Завдання регіонального перинатального центру полягає у такому:

- надання діагностичної та терапевтичної перинатальної допомоги вагітним і новонародженим всіх категорій ризику;
- виконання функцій головної організаційно-методичної установи в системі спеціалізованих медичних закладів різних рівнів;
- збирання даних про роботу закладів у регіоні, аналіз і оцінка якості роботи;
- проведення науково-дослідної роботи;
- апробація і попередня оцінка нових медичних технологій;
- навчання студентів і післядипломне навчання;
- підготування та реалізація програм перинатологічної освіти лікарів і медсестер: організація курсів, семінарів, конференцій, випуск буклетів, аудіовізуальних матеріалів, ротація медичного персоналу між закладами різних рівнів.

Необхідною ланкою перинатальної служби є транспортування вагітних і новонароджених як у межах лікарні, так і між перинатальними закладами. Мета внутрішнього лікарняного транспортування — створення найсприятливіших умов для ведення перинатальної патології високого ризику. Транспортування вагітних між закладами різного рівня проводиться бригадою спеціалістів. Воно здійснюється для надання спеціалізованої допомоги, причому транспортування плуда “in utero” сприяє підвищенню ефективності ведення новонародженого, забезпеченню своєчасності висококваліфікованих невідкладних заходів.

Транспортування новонароджених між перинатальними закладами здійснює бригада спеціалістів у спеціально обладнаному транспорті. Першою умовою успішної роботи виїзних бригад є чітка координація і співробітництво між перинатальним центром, виїзною бригадою і прикріпленням закладом нижчого рівня.

До складу виїзної бригади можуть входити лікарі, медсестри, вузькі спеціалісти або техніки з термінового ремонту устаткування. Виїзна бригада є представником перинатального центру, але веде свою медичну документацію. План транспортування розробляється разом із лікарем прикріпленої лікарні та неонатологом перинатального центру. У роботі виїзної бригади дуже важливим є дотримання деонтологічних норм: треба уникати конфліктів, утримуватися від критики дій фахівців прикріпленого лікувального закладу.

Основні завдання цієї служби полягають у наданні консультативної допомоги і проведенні інтенсивної терапії в перинатологічних закладах нижчого рівня; транспортуванні новонароджених до перинатального центру,



а також наданні реанімаційної допомоги і проведенні інтенсивної терапії дітям під час транспортування.

### **Розділ 3. Санітарно-гігієнічний режим пологового будинку.**

Санітарно-гігієнічний режим установи, що надає допомогу при пологах матері і новонародженій дитині має першочергове значення. В цьому питанні не існує не важливих сторін.

Медичні працівники, що надходять на роботу в пологові будинки (відділення), проходять медичний огляд лікарів, а також лабораторні і мікробіологічні обстеження. Медичний персонал акушерських стаціонарів з лихоманкою, запальними або гнійними процесами до роботи не допускається. У пологовому залі і операційних медичний персонал працює в масках. У відділеннях новонароджених маски використовують при проведенні інвазивних маніпуляцій (операція замінного переливання крові, катетеризація пупкових судин, люмбальна пункція та ін.) Переважно використання стерильних масок разового застосування. Обов'язкове використання масок у всіх відділеннях у період епідеміологічного неблагополуччя.

У всіх відділеннях акушерського стаціонару щоденно проводять вологе прибирання з застосуванням миючих і не менше одного разу на добу - дезінфікуючих засобів. Прибиральний інвентар після обробки приміщення знезаражується. Після прибирання або дезінфекції для знезаражування повітря застосовують ультрафіолетове опромінення з подальшим провітрюванням приміщення.

При збиранні за типом заключної дезінфекції ультрафіолетове опромінення проводять двічі: перший раз - після обробки всіх об'єктів і приміщення дезінфікуючим засобом, вдруге - після протирання їх ганчіркою, змоченою у водопровідній воді (при підвищенні вологості повітря ефективність ультрафіолетового опромінення зростає). Потім приміщення провітрюють. Використані під час огляду, обробці жінок та проведенні маніпуляцій інструменти та інші вироби медичного призначення піддаються обробці за загальноприйнятою схемою.

Перед і після кожної маніпуляції медичний персонал ретельно миє руки. При проведенні вагінальних досліджень використовуються стерильні рукавички.

## **Приймально-оглядове відділення**

При надходженні вагітної жінки в пологовий будинок (відділення) питання про госпіталізацію у фізіологічне або обсерваційне відділення вирішується на підставі даних обмінної карти, опитування і огляду. Слід забезпечити ізоляцію потоків вагітних і породіль, що надходять у фізіологічне і обсерваційне відділення. Для прийому гінекологічних хворих необхідно мати окреме приміщення.

При надходженні породіллі проводиться медичний огляд і санітарна обробка, кожній породіллі видається індивідуальний стерильний комплект (сорочка, рушник, підкладна пелюшка, халат, мочалка), дозволяється користуватися власними новими тапочками і предметами особистої гігієни. Після маніпуляцій, що ведуть до забруднення рук, або огляду породіль, що надходять в обсерваційне відділення, руки миють і знезаражують стерильним тампоном, змоченим одним із дезінфікуючих розчинів:

## **Родове відділення**

За наявності декількох передродових палат дотримується циклічність їх заповнення. У передпологовій палаті кожній породіллі виділяють індивідуальне судно. Судно, ліжка і лавка мають єдиний маркувальний номер. Дозволяється використання матраців і подушок в герметичних клейонковий чохлах, які знезаражуються дезінфікуючим розчином. Перед переведенням у пологовий зал породіллю переодягають у стерильне білизна (сорочка, косинка, бахіли).

У пологовому залі прийом пологів здійснюється по чергово на різних ліжках. Після пологів всі об'єкти, що застосовуються при пологах, обробляють дезрозчином. При забрудненні кров'ю та іншими біологічними рідинами знезараження проводять за режимами, затвердженими для профілактики парентеральних вірусних гепатитів. За наявності двох пологових залів прийом пологів здійснюють по черзі в кожному з них протягом доби. У боксованому пологовому блоці кожні пологи проводять в окремому боксі. Прийом пологів проводиться у всіх боксах по черзі. Після пологів у боксі проводиться прибирання за типом заключної дезінфекції. Акушерка (лікар) перед прийомом пологів готується як для хірургічної операції. При прийомі пологів краще використовувати стерильний комплект разового користування.

Новонародженого приймають у знезаражений, зігрітий і покритий стерильною пелюшкою лоток. Для первинної обробки новонародженого використовується стерильний індивідуальний комплект.

У пологовому залі необхідно протягом першої півгодини після народження прикладати новонародженого до грудей матері (за відсутності протипоказань). Раннє прикладання до грудей і грудне вигодовування сприяють швидшому становленню нормальної мікрофлори кишечника, підвищення широкого комплексу факторів неспецифічного захисту організму.

Білизна, використане в процесі прийому пологів, збирають в бак із закладеним у нього клейончастим мішком, перев'язувальний матеріал скидають в таз, загорнутий у стерильну пелюшку або клейонку, таз дезінфікують і змінюють після кожних пологів.

### **Післяпологове фізіологічне відділення**

Палати післяпологового відділення заповнюють циклічно, синхронно з палатами (боксами) дитячого відділення протягом не більше 3 діб.

Постільна білизна міняється кожні 3 дні, сорочка і рушник - щодня, підкладні пелюшки для породіллі в перші 3 дні - 4 рази, в подальшому - 2 рази на добу. Використовувані при годівлі новонароджених підкладні з клейонки міняють два рази в день, при використанні для цих цілей пелюшок їх міняють перед кожним годуванням.

Після виписки породіль в звільнилася палаті проводять прибирання за типом заключної дезінфекції, постільні приналежності піддають камерної дезінфекції.

### **Відділення новонароджених**

Палати новонароджених заповнюють суворо циклічно, синхронно з палатами післяпологового відділення, протягом не більше 3 діб.

Незалежно від умов перебування новонародженого (спільно або роздільно з матір'ю) слід, по можливості, не використовувати в раціоні новонароджених іншу їжу або пиття, окрім грудного молока, за винятком випадків, обумовлених медичними показаннями.

Перед обробкою і сповиванням кожного новонародженого персонал повинен мити руки з дворазовим намилюванням.

Для взяття стерильного матеріалу використовують стерильні пінцети (корнцанга), які змінюють перед кожною обробкою новонароджених. Лікарські форми для новонароджених використовують у дрібній розфасовці та / або одноразового застосування.

Лікування дітей з ознаками інфекції у відділенні новонароджених та переведення їх в обсерваційне відділення забороняється. Вони повинні бути виведені з акушерського стаціонару в день встановлення діагнозу.

Після виписки дітей постільні приналежності піддаються камерної дезінфекції. У палаті (боксі) проводиться прибирання за типом заключної дезінфекції.

### **Обсерваційне відділення**

У обсерваційному відділенні протиепідемічний режим повинен дотримуватися особливо ретельно.

При необхідності переходу в обсерваційне відділення медичний персонал змінює халат, надіває бахіли. Для цього біля входу є вішалка з чистими халатами, ємності з бахілами.

Прийом пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних у великих містах здійснюється в спеціалізованому пологовому відділенні. При його відсутності вагітні направляються в пологовий будинок (відділення) загального типу. Прийом пологів виробляється в обсерваційному відділенні в спеціально виділеній палаті, де породілля з дитиною перебуває до виписки. При необхідності оперативного втручання використовується операційна обсерваційного відділення. Протиепідемічні заходи у відділеннях (палатах) для ВІЛ-інфікованих пацієнток та їх новонароджених повинні проводитися за типом режиму відділень для хворих на вірусні гепатити з парентеральним механізмом передачі.

При маніпуляціях (операціях) у ВІЛ-інфікованих пацієнток використовують інструменти та інші медичні вироби одноразового використання. При їх відсутності інструменти багаторазового використання підлягають дезінфекції за режиму, встановленому для профілактики парентеральних гепатитів, з подальшою стерилізацією.

Медичний персонал, що приймає пологи і здійснює догляд в післяпологовому періоді за ВІЛ-інфікованою породіллею і її новонародженим, повинен дотримуватися заходів особистої безпеки (робота в рукавичках при проведенні всіх маніпуляцій, при прийомі пологів - використання захисних окулярів або екранів). Необхідно виявляти

максимальну обережність при роботі з колючими, ріжучими інструментами, голками.

### **Контроль за мікробіологічним профілем стаціонару**

1. Мікробіологічне обстеження вагітних жінок груп ризику, що надходять до пологового будинку. Безпосередньо в приймальному відділенні беруть матеріал для бактеріологічного дослідження (фекалії, змиви з верхніх дихальних шляхів, виділення з пологових шляхів). Протягом спостереження у жіночій консультації вагітну треба обстежити на цитомегаловірус, вірус гепатиту, ВІЛ-інфекцію з використанням імуноферментного аналізу.
  2. Мікробіологічний контроль за мікрофлорою, що колонізує новонароджених, починаючи з пологової зали, і контроль за флорою, що колонізує новонароджених у палаті інтенсивної терапії. Мікробіологічний контроль у відділеннях реанімації акушерських стаціонарів (1 раз на 3 міс).
  3. Розшифровування етіологічного діагнозу при гнійно-септичних інфекціях з ідентифікацією збудника, визначенням його резистентності до антибіотиків. Обов'язкове вірусологічне обстеження хворих новонароджених і їхніх матерів із використанням імуноферментного аналізу.
  4. Мікробіологічне спостереження за об'єктами навколишнього середовища акушерського стаціонару (пологові зали, медичний інструментарій, повітря, засоби догляду за новонародженими, устаткування відділень реанімації, очисні споруди, пральня, молоко, розчини для пиття й ін.).
  5. Спостереження за носійством умовно-патогенних мікроорганізмів (вірусів і бактерій) медичним персоналом і матерями.
  6. Контроль за чутливістю до антибіотиків штамів, що циркулюють у стаціонарах, виділеннях у медичного персоналу і новонароджених. Мікробіологічні дослідження треба проводити з застосуванням методів кількісного визначення мікроорганізмів, ідентифікації їхнього виду (у деяких випадках — підвиду). В окремих випадках у матерів і медичного персоналу проводять визначення специфічних антитіл у сироватці крові в динаміці.
- Дуже важливо здійснювати регулярне спостереження за становленням мікробіоценозів і колонізацією новонароджених госпітальними штамми умовно-патогенних мікроорганізмів. Нормальний мікробіоценоз шлунковокишкового тракту забезпечує резистентність до заселення госпітальними штамми. Порушення кишкового мікробіоценозу створює серйозну небезпеку для організму дитини і є фактором ризику виникнення гнійно септичних інфекцій у стаціонарі або після виписування додому.

## **Висновки.**

Охорона здоров'я дітей від народження є найважливішою складовою сучасної медицини в Україні, яка відіграє значну роль у формуванні здоров'я майбутніх поколінь.

Медичні кадри є найбільш цінним і значущим ресурсом системи охорони здоров'я і мають вирішальне значення у реалізації концепції перинатальної допомоги в Україні. Відкриття перинатальних центрів потребує своєчасного аналізу проблем укомплектованості лікувальних закладів висококваліфікованими медичними кадрами та ефективності їх використання, професійних та медико-демографічних характеристик персоналу з відповідним плануванням підготовки профільних фахівців на рівні додипломної та післядипломної освіти. Однією з причин недостатньої ефективності перинатальної допомоги є розрив між практикою родопомічної та неонатальної допомоги в Україні та світовими рекомендаціями, які базуються на даних доказової медицини. Тому актуальним є своєчасний аудит з відповідним аналізом лікувально-діагностичного процесу кожного родопомічного закладу з виробленням рекомендацій по підвищенню ефективності перинатальної допомоги.

### **Список використаної літератури:**

1. Закон України від «Про права пацієнтів».
2. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутілуc. – 2010. – 629с.
3. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
4. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
5. Харди И. Врач, сестра больной. Психология работы с больными / И. Харди // Budapest: Akademiai Kiado. – 1974. – 286 с.
6. Наказ №310 від 08.05.2014 «про організацію та забезпечення медичної допомоги новонародженим в Україні»
7. Наказ МОЗ України №620 29.12.2003 «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
8. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ Україно-Швейцарська програма «здоров'я матері та дитини, 2008-2010 рр.», м. Київ Результати впровадження Україно-швейцарського проекту « перинатальне здоров'я » в Україні.

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С.      Затверджено на засіданні кафедри  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_р.                      Протокол № \_\_\_\_\_

**Зав. кафедри соціальної медицини,  
економіки та організації охорони здоров'я**

**проф. О. М. Очерedyко**