

Распространенность врожденных аномалий у детей: факторы риска и роль патронажной медсестры в их предупреждении

К.Р. Мирзарахимова

Ташкентский государственный стоматологический институт
Научный руководитель: Б.М. Маматкулов
Директор Школа общественного здравоохранения (ШОЗ) ТМА
e-mail: twixmir@gmail.com

Информация об авторе

Мирзарахимова Камола Рихсиевна, ассистент кафедры общественного здоровья, управления здравоохранением и физической культуры. Ташкентский государственный стоматологический институт, e-mail: twixmir@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4455-6639>

Резюме

Во всем мире врожденные аномалии являются серьезной медицинской и социальной проблемой. За последнее десятилетие XX века их число удвоилось, и они сыграли значительную роль в структуре патологии и смертности в младенческом, перинатальном и детском возрасте. В настоящее время 1800 из 10000 детей рождаются с врожденными аномалиями.

Причины развития 40-60% аномалий неизвестны. К ним применяют термин «спорадические дефекты рождения», обозначающий неизвестную причину, случайное возникновение и низкий риск повторного возникновения у будущих детей. Для 20–25% аномалий более вероятно «многофакторная» причина - комплексное взаимодействие многих небольших генетических дефектов и факторов риска окружающей среды. Остальные 10–13% аномалий связаны с воздействием среды. Только 12–25% аномалий имеют чисто генетические причины.

Ключевые слова: врожденные аномалии, патронажные медсестры, врожденные зубочелюстные аномалии.

Для цитирования:

Мирзарахимова К.Р. Распространенность врожденных аномалий у детей, факторы риска и роль патронажной медсестры в их предупреждении. Медицинская сестра, 2020; 5 (22): 41–48. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-05-08>

Congenital anomalies prevalence in children: risk factors and patronage nurse's role in preventing them

K.R. Mirzarzkhimova Scientific head: Mamatkulov B. M. Director of school of public health (SPH), TMA, State Dental Institute

Information about the author:

Mirzarakhimova Kamola Rikhsiyevna, Public health, healthcare management and Physical Education Department Assistant, Tashkent State Dental Institute, twixmir@gmail.com

Abstract

Congenital anomalies are serious medical and social problem in the world. They doubled over last decade of XX century and played significant role in the structure of pathology and mortality in the infant, perinatal and children. Nowadays 1800 out of 10,000 children are born with congenital anomalies. Congenital abnormalities play a significant role in the structure of morbidity, disability and mortality. 40–60% of these anomalies have reasons? Which are still unknown. The term «sporadic the defect of birth» is used in these cases, which means unknown reason, random appearance and low risk for future children. For 20–25% of anomalies «multi-factor» reason is more likely - the complex interaction many small genetic defects and environmental risk factors. The rest 10-13% of anomalies are associated with the influence of the environment. Only 12-25% of anomalies have purely genetic causes.

Key words: congenital anomalies, patronage nursing, congenital dental anomalies.

For citation:

Mirzarzkhimova K.R. Congenital anomalies prevalence in children: risk factors and patronage nurse's role in preventing them. The Nurse, 2020; 5 (22): 41–48. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-05-08>

Введение

Врожденные аномалии у детей являются важнейшей медико-социальной проблемой в здравоохранении. Многие из детей с пороками развития умирают в первые месяцы и годы жизни, а большинство оставшихся в живых нуждаются в постоянной медицинской и социальной помощи.

Здоровье, в том числе здоровье плода и ребенка, являются интегральной величиной, определяющейся рядом объективных, независимых от влияния человека, факторов и факторов, зависящих от его деятельности.

Цель исследования. Разработка системы научно обоснованных мер по повышению эффективности работы патронажных медсестер при изучении факторов риска и распространенности

Общая зарегистрированная заболеваемость у детей в возрасте 0-14 и 15-17 лет с врожденными аномалиями (дефектами развития), деформацией и хромосомными аномалиями (на 100 000 населения)

Название территории	Дефекты развития							
	2015г.		2016 г.		2017 г.		2018 г.	
	0-14лет	15-17 лет	0-14лет	15-17 лет	0-14лет	15-17 лет	0-14лет	15-17 лет
г. Ташкент	1464,2	363,1	1317,7	333,3	1370,0	313,2	1138,1	256,7
Андижанская обл.	349,3	230,0	348,7	320,6	334,5	269,9	285,3	276,8
Бухарская обл.	627,4	448,2	496,0	271,9	492,4	257,6	497,0	174,8
Джиззакская обл.	264,2	165,3	214,5	128,2	217,1	71,3	134,4	289,2
Кашкадарьинская обл.	476,8	130,4	465,1	167,2	433,4	183,6	411,4	147,7
Навайская обл.	599,3	229,9	617,5	203,6	615,0	266,4	478,4	195,5
Наманганская обл.	520,1	294,9	508,1	254,2	476,6	234,5	464,1	335,0
Самаркандская обл.	615,5	257,6	544,4	206,0	602,0	329,0	890,2	366,1
Сурхандарьинская обл.	404,0	191,5	231,7	224,7	298,4	274,3	352,5	203,8
Сирдарьинская обл.	401,7	209,5	394,9	214,2	392,9	232,4	397,6	200,2
Ташкентская обл.	9949,2	810,2	960,3	458,5	1014,1	415,4	928,3	419,3
Фарганская обл.	885,6	296,8	894,9	396,9	819,8	267,6	1021,8	377,5
Хорезмская обл.	619,7	298,1	393,7	206,0	393,6	170,6	386,1	155,8
Республика Каракалпакистан	334,4	131,7	325,7	121,5	294,1	102,5	301,6	84,1
Республика Узбекистан	629,0	295,2	571,5	261,7	574,6	252,3	598,8	264,5

врожденных аномалий на основе комплексных социально-гигиенических исследований.

По данным отечественной и зарубежной литературы, педиатры могут внести определенный вклад в раннюю диагностику многих наследственных болезней и синдромов. Внутриутробные нарушения развития формируют ряд аномалий, которые входят во многие синдромы множественных пороков развития нехромосомной этиологии и практически во все хромосомные болезни.

Здоровье семьи всегда являлось одной из главных ценностей любого общества. Однако основным субъектом охраны этого здоровья принято считать медицину, в то время как здоровьесберегающие функции являются неотъемлемой составной частью семейных ролей.

С другой стороны, сама медицина всегда ориентировалась на конкретного больного или группы больных, дифференцированные по нозологии, тяжести клинических проявлений, профессиональным и социальным критериям. Семья провозглашалась, но не являлась отдельным объектом медицинской опеки. [19]

В целом исследованность проблем семьи и брака имеет как в мировой классической мысли, так и в современной науке весьма высокий уровень. Практически у каждого исследователя можно вычленил более или менее развернутую позицию по этим проблемам. Однако, как это ни покажется

странным, при ближайшем рассмотрении выясняется, что семья как таковая, практически, не стала предметом социологии медицины.

Чтобы дать социально-гигиеническое описание семей, мы провели опрос семей с детьми, рожденными с врожденными дефектами, в 200 здоровых и 200 семьях с врожденными аномалиями в клиниках в двух районах Ташкента.

Изучение таких факторов, как образ жизни семей, условия жизни и медицинская активность родителей, выявило, что эти факторы влияют на рождение детей с врожденными аномалиями. Прежде всего, наличие наследственных заболеваний в семье, детей с врожденными аномалиями, в том числе этих семей в «семьях высокого риска», снижает риск рождения здорового ребенка в этой семье, включая результаты нашего исследования. 14% семей имели детей с врожденными аномалиями, а 17% семей имели предрасположенность к наследственным заболеваниям [18]

Среди биологических факторов интервал между родами является одним из факторов, которые сильно влияют на здоровье детей. Было отмечено, что показатели здоровья детей обратно пропорциональны интервалу между рожденьями, и чем меньше интервал, тем выше риск рождения детей с дефектами развития. Примерно в 70% случаев дети рождаются с интервалом до 3 лет.

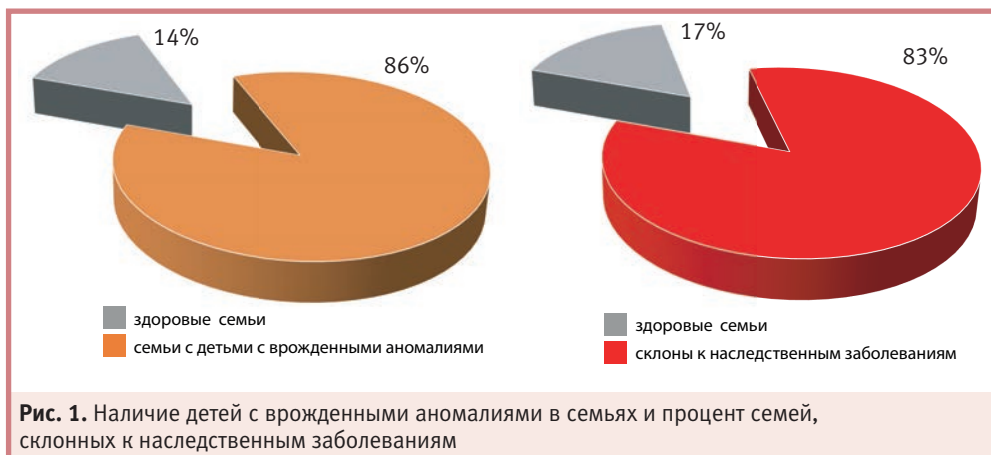


Рис. 1. Наличие детей с врожденными аномалиями в семьях и процент семей, склонных к наследственным заболеваниям

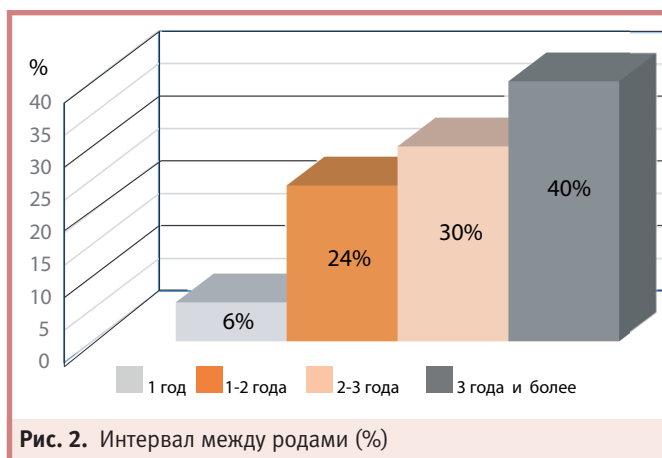


Рис. 2. Интервал между родами (%)

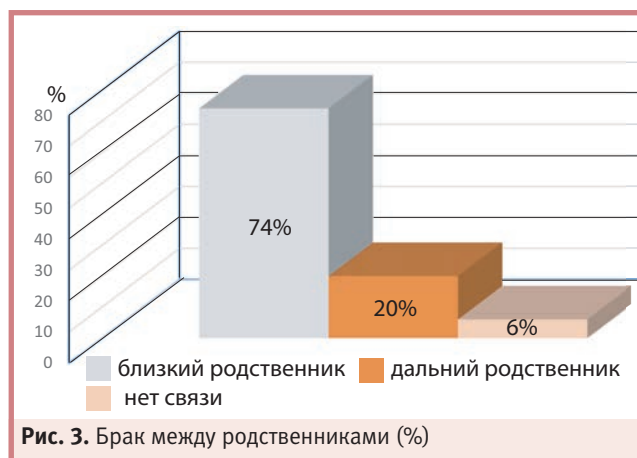


Рис. 3. Брак между родственниками (%)

Результаты опроса показали, что интервал между родами составлял 3 года и более у 6% матерей, 2–3 года у 24% матерей, 1–2 года у 30% и даже 1 год между родами в 40% случаев.

Учитывая негативное влияние брака между близкими родственниками на здоровье детей, мы сочли необходимым его изучить. Наше исследование показало, что дети из семей, чьи родители были связаны, имели в 4,0 раза больше шансов родиться с врожденными аномалиями, чем дети из семей, чьи родители не были связаны. Было установлено, что 74,0% детей, рожденных с врожденными дефектами, были близкими родственниками своих родителей, а 20,0% были дальними родственниками (рисунок 3).

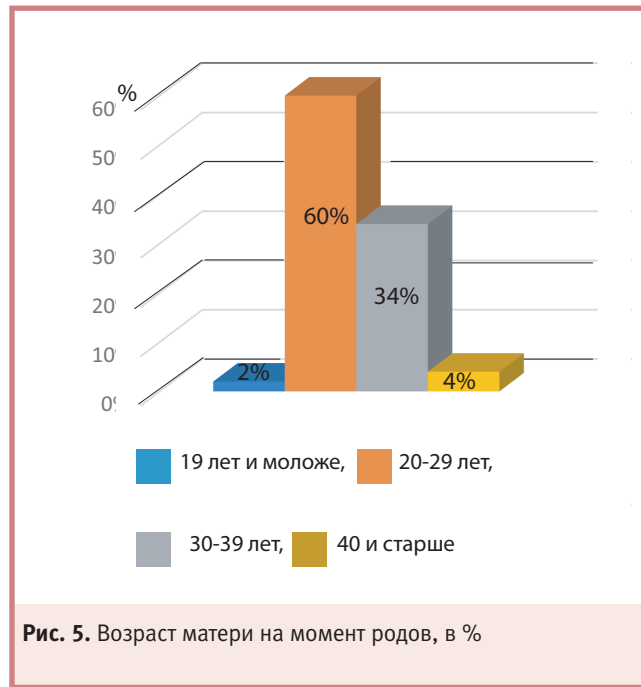
Здоровье родителей определяет здоровье семьи. Было установлено, что наличие хронических заболеваний у родителей или детей из семей, где один из родителей часто страдает от острых заболеваний, в 2,0 раза выше, чем у детей, рожденных от здоровых родителей. Полученные данные показали, что рождение детей с различными наследственными заболеваниями, экстрагенитальные заболевания матери при развитии врожденных аномалий (анемия, нефропатия, гинекологические заболевания), течение беременности

(токсикоз, гестоз) сильно влияют на здоровье детей.

В процессе изучения медико-социальных факторов выяснилось, что во время беременности матери с хроническими и гинекологическими заболеваниями составляли большинство, что, безусловно, сказывается на здоровье нерожденного ребенка. 24,8% матерей имели анемию в анамнезе при рождении, 27,3% имели различные инфекционные заболевания, 10,4% имели заболевание почек и 5,3% имели пороки сердца. Все это оказывает влияние на здоровье будущего ребенка.

Одной из острых проблем состояния здоровья, непосредственно связанной с питанием, считаются аномалии развития плода у беременных. В последние годы интерес исследователей вызывают последствия воздействий анемии, йододефицитных состояний на репродуктивное здоровье женщин. Вместе с тем недостаточно освещены проблемы формирования алиментарных предпатологических и патологических состояний, связанных с нарушениями питания женщин фертильного возраста, способствующих врожденным аномалиям развития плода. [3]

Если беременность осложнялась осложнениями (риск выкидыша, токсикоза во время



беременности) или если ребенок родился с асфиксией, врожденными дефектами, было обнаружено, что риск врожденных дефектов в 2,0 раза выше, чем у детей с нормальной беременностью и неосложненными родами. В частности, на здоровье ребенка негативно влияет предыдущая беременность матери, в том числе аборт (3,0%), выкидыш (5,0%), патологические роды (10,0%), мертворождение (2,3%), 49,2% матерей имели явный токсикоз во время беременности, 17,2% имели риск выкидыша, а 26,1% матерей имели кровотечение в первой и второй половине беременности. Для нормального течения беременности важны: время для зачатия ребенка (конец лета – начало осени), пребывание на свежем воздухе, продукты богатые витаминами, солнце, отсутствие вирусных инфекций – все это благоприятно влияет на рождение крепкого, здорового ребенка. Не желательна беременность после 40 лет, не рекомендуются близкородственные браки. Чем ближе степень родства, тем выше уровень риска тяжелых болезней для будущего потомства. Прием по 2 мг фолиевой кислоты 2 раза в день в течение 3 месяцев до зачатия и 3 месяцев после наступления беременности позволяет значительно снизить вероятность рождения ребенка с пороками развития мозга и передней брюшной стенки.[10]

Результаты наших исследований показали, что возраст матери во время родов также оказывает существенное влияние на здоровье детей. В частности, если мать моложе 19 лет и старше 40 лет, возрастает риск врожденных дефектов, врожденных аномалий.

Было обнаружено, что 30% детей родились от первого рождения, 31,1% от второго рождения, 23,5% от третьего рождения, 10,8% от четвертого рождения и 3,9% от пятого рождения.

Воспитание родителей, медицинские знания имеют большое значение в здоровом рождении детей, их правильном уходе и воспитании. При исследовании уровня образования матерей были отмечены следующие результаты: 30% с высшим образованием, 60% со средним специальным образованием, 10% со средним образованием.

Корреляция между детской заболеваемостью и условиями жизни была отмечена в ряде аналогичных исследований. Семейные условия жизни (дома) оказывают непосредственное влияние на здоровье членов семьи и имеют большое значение в медицине и здравоохранении как способствующий развитию некоторых заболеваний. Поэтому каждый работник здравоохранения, особенно врачи, занимающиеся профилактической работой, должны иметь возможность точно оценивать условия жизни семьи, делать соответствующие выводы и разрабатывать меры по профилактике заболеваний. Результаты нашего исследования показали, что чем ниже качественное описание домашних условий, тем выше заболеваемость детей, в том числе 21,7% семей с детьми с врожденными пороками развития имеют неудовлетворительные домашние условия.

Борьба с курением так же важна для детей, как и для взрослых, в формировании здорового образа жизни и профилактике заболеваний. В то время как курение родителей влияет на здоровье детей с момента беременности, дети становятся непосред-

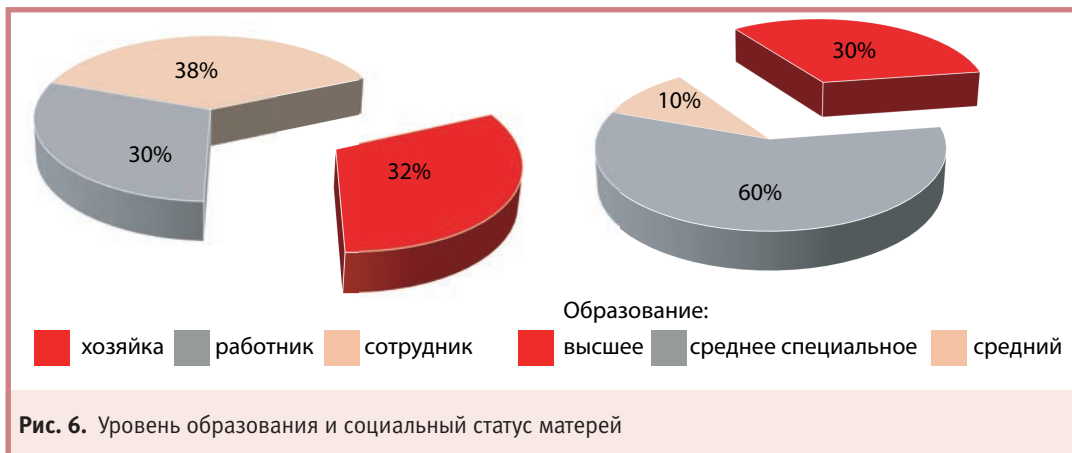


Рис. 6. Уровень образования и социальный статус матерей

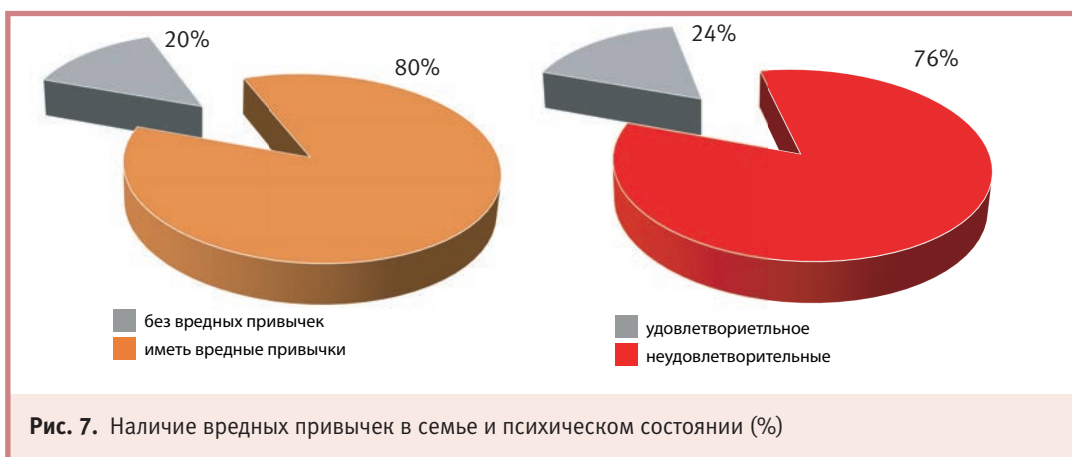


Рис. 7. Наличие вредных привычек в семье и психическом состоянии (%)

ственно пассивными курильщиками после рождения, и воздействие этой вредной привычки еще больше. 20% родителей с детьми с врожденными дефектами имеют вредные привычки, а 98% отцов часто употребляют алкоголь.

Одним из факторов, которые негативно влияют на состояние здоровья детей, является психическое состояние в семье или взаимодействие членов семьи. Чтобы оценить психическое состояние, мы разделили все обследованные семьи на две группы: Группа 1 - семьи с психическим состоянием в семье, отношения удовлетворительные, то есть в семье есть родители, отношения между ними хорошие, у членов семьи нет вредных привычек.

Если в семье нет родителей или если между ними часто возникают разногласия, если один из членов семьи пристрастился к вредным привычкам, мы классифицировали такие семьи как группу 2, Отношения в семье – неудовлетворительное плохое настроение. Было установлено, что риск заболеть детьми в семьях, психическое состояние которых было оценено как неудовлетворительное, в 3 раза выше, чем в семьях, психическое состояние которых было неудовлетворительным.

Регулярные физические упражнения играют важную роль в укреплении здоровья родителей и

формировании здоровья детей, в том числе исследование, которое показало, что 51% родителей не занимаются спортом.

Одной из важнейших задач в отношении здоровья детей всех возрастов является выявление родителей при первых признаках заболевания, своевременные визиты к врачу, их регулярные посещения, полное и полное лечение, знание родителями вопросов профилактики заболеваний, оказания первой помощи и Пациент

Патологический кариотип у матери является фактором риска формирования аналогичной патологии у плода и требует обязательного его кариотипирования, которая также считается успешным осуществлением программы профилактики врожденных и наследственных заболеваний. Уже в 11-12 недель беременности при ультразвуковом сканировании можно диагностировать некоторые пороки развития и выявить изменения, которые могут свидетельствовать о наличии хромосомной патологии плода. Второе ультразвуковое исследование проводится в 20-22 недели беременности. В это время возможно определить большинство отклонений в развитии лица, конечностей, а также выявить пороки развития внутренних органов плода. В 30-32 недели беременности с

помощью ультразвука можно заподозрить задержку развития плода, оценить состояние кровотока. [5] Необходимо строгое соблюдение алгоритма обследования беременных группы риска в отношении рождения у них детей с патологией развития начиная с I триместра беременности: медико-генетическое консультирование, при необходимости кариотипирования беременной, определение уровня сывороточного альфа-фетопротеина, диагностика внутриутробного инфицирования, ультразвуковое исследование в I и II триместрах беременности, по показаниям – инвазивные пренатальные процедуры (биопсия хориона, амниоцентез).

Отсутствие единого методического подхода к учету врожденных пороков развития является существенным недостатком исследований по изучению динамики их распространенности. Это приводит к несопоставимости данных, полученных разными исследователями.

Был проведен ряд научных исследований для изучения распространенности и клинических аспектов врожденных аномалий. Несмотря на то, что в последние годы было проведено несколько научных исследований и достижений, направленных на диагностику и лечение заболеваний, изучение характера заболевания, Узбекистан не смог адекватно предотвратить врожденные аномалии в этой области. Кроме того, распространенность врожденных аномалий анализируется только с помощью медицинского обследования (скрининга) беременной женщины.

В то же время, одной из основных причин повышенного риска врожденных дефектов с врожденными аномалиями является тот факт, что беременная женщина не проходит своевременные медицинские осмотры, хотя это разрешено законом, распространенность экстрагенитальных заболеваний у женщин и беременность без медсестры, в том числе патронажные медсестры, при проведении комплексного диспансерного наблюдения, включающего образ жизни, качество жизни не является сравнительной оценкой деятельности.

Медицинский патронаж – это комплекс мероприятий, осуществляемых врачом или медсестрой на дому у пациента, задачами которых являются лечение больного, профилактика у него различных заболеваний, а также консультирование. Первичный патронаж новорожденного осуществляется согласно Приказу Министерства здравоохранения и постановлению Кабинета Министров от 13 сентября 2017 года № 718 о порядке проведения рейтинговой оценки эффективности деятельности центральных районных (городских) многопрофильных поликлиник,

городских и сельских семейных поликлиник, сельских врачебных пунктов, а также врачебного и среднего медицинского персонала. Информация о содержании первого патронажа к новорожденному регистрируется в истории развития ребенка (ф. №112) под заголовком «Первый патронаж к новорожденному». Участковая медсестра семейной поликлиники посещает беременную женщину сразу же после постановки на учет в женской консультации, чтобы оценить условия, при которых протекает беременность, как семья готовится к рождению ребенка, основной задачей патронажа в этот момент является консультирование. В середине третьего триместра медсестра должна прийти еще раз, чтобы проверить, выполнены ли ее рекомендации, и консультирует будущую маму по вопросам ухода за новорожденным и грудного вскармливания. В 1–2-й день после выписки матери и ребенка первый педиатрический патронаж к новорожденному осуществляет участковый педиатр и патронажная сестра. О том, что на территории, обслуживаемой определенной детской поликлиникой, появился новорожденный пациент, лечебное учреждение информирует родильный дом. Старшая медицинская сестра детской поликлиники, получив сведения о выписке младенца из роддома, в тот же день заносит данные в журнал регистрации новорожденных; заполняет историю развития новорожденного, вклеивает в нее вкладыши дородового патронажа, передает историю развития в регистратуру или непосредственно участковой медицинской сестре. Первичный патронаж осуществляется по адресу, где фактически живет ребенок, независимо от адреса регистрации.

Цель первичного патронажа новорожденного:

- оценка состояния здоровья и развития ребенка,
- консультирование родителей по уходу за новорожденным,
- консультирование и практическая помощь в организации вскармливания новорожденного, содействие в грудном вскармливании,
- профилактика распространенных детских заболеваний (рахит, анемия и пр.),
- рекомендации в отношении профилактических осмотров ребенка до года педиатром и врачами-специалистами и профилактической вакцинации.

Роль медсестры с обширной осведомленностью о факторах риска, влияющих на качество жизни и здоровье беременной женщины, план и процедуры по предупреждению врожденных аномалий не разработаны. Не было разработано никаких комплексных научно обоснованных мер по улучшению охраны здоровья детей.

Патронаж беременных – составная часть системы диспансерного наблюдения за беременной женщиной, целью которого является осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование, сохранение и укрепление здоровья матери, предупреждение развития у нее заболеваний и осложнений беременности, раннее их выявление, лечение и обеспечение условий для нормального развития плода.

Во время беременности при ее физиологическом течении женщина должна посетить акушера-гинеколога в среднем 14 раз.

После первого осмотра явка назначается через 7–0 дней (с результатами анализов, заключением терапевта и других специалистов); в дальнейшем в первую половину беременности – 1 раз в месяц; после 20 недель – 2 раза; после 32 недель – 3–4 раза.

При посещении беременной женской консультации врач и акушерка имеют возможность оценить ее состояние по динамике прироста массы тела, уровню артериального давления, анализам мочи и др. О состоянии плода судят по данным ультразвукового и других специальных исследований. При выявлении у беременной соматических заболеваний, осложнений беременности частота наблюдений и объем обследований возрастают.

Если женщина является в женскую консультацию нерегулярно или не посещает врача в назначенный срок, особенно при наличии патологии беременности, акушерка осуществляет патронаж, выясняет причину неявки, измеряет артериальное давление и приглашает на прием к врачу. Патронаж проводят также при отказе женщины от госпитализации. В этом случае врач или акушерка разъясняют женщине или ее близким родственникам опасность, к которой могут привести нарушения в состоянии здоровья женщины и плода, а также напоминают об ответственности за отказ от госпитализации. При этом врач назначает соответствующую терапию и продолжает наблюдать беременную на дому. При посещении беременной на дому врач и акушерка дают рекомендации по питанию, личной гигиене, участию женщины в домашней работе, исходя из условий жизни семьи и здоровья женщины.

Результаты патронажа, дата его осуществления заносятся в Индивидуальную карту беременной, родильницы (форма № 111/у). Патронаж беременной может осуществлять и врач, если женщина по состоянию здоровья не может посетить консультацию или необходимость ее осмотра врачом на дому выявлена акушеркой при патронаже.

В регионах с высокой рождаемостью, при значительном числе многорожавших женщин на

участке для осуществления патронажа беременных выделяется специальная патронажная акушерка.

Патронаж беременных осуществляют также медсестры семейной поликлиники. Сведения о беременных в семейную поликлинику поступают из женской консультации. Медсестра посещает беременную дважды: первый раз в течение 10 дней после получения сведений о ней из женской консультации, второй раз – на 31–32-й неделе беременности. Цели патронажа: установить контакт семейной поликлиники с будущей матерью, познакомиться с условиями жизни будущего ребенка, оценить социальное положение семьи, гигиеническое состояние квартиры, выяснить состояние здоровья матери, дать ей необходимые рекомендации по режиму труда, отдыха, питанию, по подготовке уголка для новорожденного, обучить правилам вскармливания и ухода за новорожденным, проконтролировать регулярность посещения женщиной школы молодых матерей. При обнаружении социально-бытовых трудностей в семье медсестра может направить женщину на консультацию к юрисконсульту.

На селе патронаж детей до 1 года осуществляет медсестра. Она контролирует рациональное вскармливание ребенка, организует мероприятия по профилактике рахита и гипотрофии, профилактические прививки, проводит работу по повышению санитарной культуры матери. Результаты патронажа заносятся в амбулаторную карту или патронажные тетради.

Врачебный патронаж детей первого месяца жизни и дальнейшее наблюдение за их развитием осуществляет врач-педиатр сельского врачебного участка, в труднодоступных районах – врач-педиатр выездной врачебной бригады центральной районной больницы.

Опытная медсестра может стать не только помощником врача при лечении детей, но и главным подспорьем семьи при организации ухода, питания, контроля за физическим и психомоторным развитием ребенка, обучении проведения коррекционных мероприятий при различных пограничных и функциональных состояниях, свойственных детям первых месяцев жизни.

Непрофессионально проведенный сестринский уход в послеоперационный период может стать причиной увеличения его продолжительности и привести к неблагоприятному исходу. Невнимательное отношение к первым отклонениям в состоянии детей в период после операции может иногда стоить жизни больного. Основная роль ведения послеоперационного периода принадлежит медицинской сестре, которая не только своевременно выполняет назначения врача, но и

ухаживает за детьми. Медицинская сестра постоянно находится в палате пациента, поэтому чаще других замечает малейшие изменения в его состоянии и бывает вынуждена иногда самостоятельно оказать первую медицинскую помощь. В обязанности медицинской сестры также входит обучение правилам ухода за пациентом членов его семьи. Рассмотрим особенности сестринского ухода в послеоперационный период за детьми с врожденными пороками челюстно-лицевой области.

По его словам, сейчас меценатские работы будут проводиться в три этапа. На первом этапе население обследуется каждые шесть месяцев. Он определяет слой населения, нуждающегося в меценатской поддержке. На втором этапе в домах населения будут организованы целенаправленные патронажные мероприятия с участием патронажной медсестры, врача общей практики и узких специалистов. Он охватывает одиноких пожилых людей, нуждающихся в приемной семье, инвалидов и других, нуждающихся в уходе, детей в возрасте до 1 года и инвалидов, беременных женщин, новых матерей. Целевое покровительство организуется каждую неделю в соответствии с определенным планом.

В организации третьего этапа меценатских мероприятий персоналу системы первичной медико-санитарной помощи оказывают непосредственную помощь ученые из региональных и национальных медицинских учреждений, специализированных исследовательских центров. В настоящее время мероприятие проводится ежемесячно и охватывает пациентов с хроническими заболеваниями, нуждающихся в специализированной медицинской помощи. В зависимости от заболевания амбулаторное или стационарное лечение предоставляется в районных, региональных и национальных учреждениях. Патронажная медсестра регулярно работает с беременными женщинами, чтобы предоставить информацию о происхождении врожденной аномалии и ее профилактике. С целью систематического осуществления оценки и анализа состояния

здоровья женщин-матерей и их детей, социального статуса семьи, совершенствования организации медицинской помощи, формирования базы данных и дальнейшего снижения уровня детской инвалидности, повышения качества жизни детей-инвалидов регулярно использовать разработанную нами многоуровневую программу профилактики детской инвалидности на уровне СВП, семейных поликлиник города. [6]

Разработка поэтапного комплексного системного подхода к первичной, вторичной и третичной этапам; основать программу на алгоритме мероприятий по раннему выявлению и профилактике врожденных аномалий и дать практические рекомендации по формированию у населения навыков здорового образа жизни; выявление группы риска населения, которая позволяет провести комплексную оценку степени факторов риска, влияющих на формирование полярных аномалий в деятельности семейных поликлиник.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Статья не имеет спонсорской поддержки.

The author declares no conflict of interest.

The article is not sponsored.

Литература

1. Ризаев Ж.А., Нурмаганова К.Ч., Дусмухамедов Д.М., Мирзарахимов К.Р. Тугма аномалияларнинг болалар орасида таркалиши. // Стоматология №1 2019 <http://dx.doi.org/10.26739/2091-S845-2019-9>
2. 1 2 3 4 Wei Cui, Chang-Xing Ma, Yiwei Tang, e.a. (2005) Sex Differences in Birth Defects: A Study of Opposite-Sex Twins. Birth Defects Research (Part A) 73 p. 876–880.
3. Мирварисова Л.Т., Нурмаганова К.Ч., Мирзарахимов К.Р. Медицинский менеджмент, оптимизация и совершенствование системы здравоохранения в Узбекистане // Стоматология №4 2018 <http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2018-1-27>
4. Редкие формы аневризм дуги аорты В. С. Аракелян, Н. А. Гидаспов, В. Г. Папаташвили. Patologia Krovoobrasenia iKardiohirurgi. 2016;20(4):16-25 DOI 10.21688/1681-3472-2016-4-16-25

