

УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 № 44

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика, лечение и
медицинская профилактика
резус-сенсibilизации у
беременных женщин, рожениц,
родильниц и медицинская
профилактика осложнений
гемолитической болезни
новорожденного»

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к диагностике, лечению, медицинской профилактике резус-сенсibilизации и осложнений гемолитической болезни новорожденного и предназначен для оказания медицинской помощи пациентам в стационарных и амбулаторных условиях организаций здравоохранения.

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных в Законе Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1996 г., № 21, ст. 380; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460), а также следующие определения:

резус-сенсibilизация – это гуморальный иммунный ответ резус-отрицательной матери на эритроцитарные антигены резус-положительного плода, при котором образуются антирезусные антитела, которые приводят к распаду (гемолизу) красных кровяных телец (эритроцитов), и гемолитической желтухе (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (далее – МКБ X) – O36.0);

гемолитическая болезнь плода и новорожденного (далее – ГБП, ГБН) – это одно из самых тяжелых детских заболеваний, которое сопровождается массивным распадом эритроцитов плода и новорожденного. Возникает в результате изосерологической несовместимости, то есть несовместимости крови матери и плода по системе резус или ABO (МКБ X – P55.0).

3. Классификация гемолитической болезни
по срокам реализации: плода и новорожденного;
по формам течения: желтушная, анемическая, желтушно-анемическая, отечная;
по степени тяжести: легкая, средняя, тяжелая;

по МКБ-Х:

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (P55);

P55.0 Резус-изоиммунизация плода и новорожденного;

P55.1 АВ0-изоиммунизация плода и новорожденного;

P55.8 Другие формы гемолитической болезни плода и новорожденного;

P55.9 Гемолитическая болезнь плода и новорожденного неуточненная.

4. Патогенетически, в результате иммунологической несовместимости резус-отрицательной женщины с резус-положительным плодом после завершения беременности, развивается иммунная реакция в организме женщины с образованием антител, которые приводят к гемолизу эритроцитов. Формируется пожизненный иммунитет к резус-положительным клеткам крови. При каждой последующей беременности усиливается синтез антител, в результате чего на 10-15% увеличивается риск развития тяжелых форм гемолитической болезни плода и новорожденного.

5. Диагностика резус-сенсibilизации.

Определение группы крови по системе АВ0 и резус-фактора при первой явке.

Скрининг антиэритроцитарных антител при первой явке, в 28-29 и 34-35 недель беременности, независимо от резус-принадлежности.

При диагностике D^u (слабой формы антигена D) определение резус-принадлежности в специализированной лаборатории станции переливания крови, в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и медицинских биотехнологий». В случае диагностики D-вариантного антигена резус-фактор женщины – отрицательный, D-слабого антигена – резус-положительный.

При резус-отрицательной крови матери: определение группы крови и резус-принадлежности отца ребенка.

При выявлении аллоиммунных антител: определение специфичности, титра антител и фенотипирование родителей по антигенам системы Резус и другим при необходимости. Контроль титра антител 1 раз в 30 дней до 38 недель беременности.

После проведенной специфической медицинской профилактики резус-сенсibilизации определение титра резус-антител проводится через 8 недель.

В случае O(I) группы крови у беременной и иной групповой принадлежности по системе АВ0 у отца ребенка исследование крови новорожденного прямой пробой Кумбса в первые 2 часа жизни.

Выполняется оценка анамнестических факторов риска развития ГБП:

Факторы связанные с предыдущими беременностями:

прерывания беременности;

эктопическая беременность;

кровотечения при предыдущих беременностях (отслойка нормально или низко расположенной плаценты, угрожающий аборт либо преждевременные роды);

инвазивные процедуры при предыдущих беременностях (амниоцентез, биопсия ворсин хориона, кордоцентез);

особенности родоразрешения (кесарево сечение, ручное обследование полости матки, ручное отделение плаценты и выделение последа);

проведение медицинской профилактики резус-сенсibilизации в течение предыдущих беременностей, в послеродовом периоде, после абортов (самопроизвольных, медицинских, медикаментозных), эктопической беременности;

срок беременности при выявлении титра антител, появлении признаков гемолитической болезни плода и тяжесть гемолитической болезни новорожденного;

особенности лечения гемолитической болезни новорожденного (заменное переливание крови, гемотрансфузия, инфузионная терапия, фототерапия);

Факторы не связанные с беременностью:

гемотрансфузии в анамнезе;

использование одного шприца в случае инъекционного потребления наркотиков или наркозависимости.

6. Диагностика анемической формы гемолитической болезни плода.

Ультразвуковое исследование плода выполняется в условиях организаций здравоохранения, осуществляющих наблюдение за женщинами во время беременности, в декретивные сроки: 18-21, 32-35 недель беременности и перед родами.

Начиная с 20 недель беременности каждые 2 недели независимо от титра АТ до родоразрешения, выполняется доплерометрическое исследование сосудов – артерии пуповины, средней мозговой артерии.

Измерение пиковой систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии выполняется в состоянии покоя плода в строго аксиальном срезе головки. С помощью цветового доплеровского картирования при шкале в пределах от -22,5 до 22,5 см/сек достигается визуализация Виллизиева круга. Исследование средней мозговой артерии с одной из сторон выполняется вблизи отхождения ее от внутренней сонной артерии. Контрольный объем должен полностью перекрывать просвет сосуда. Для получения качественных и достоверных результатов следует стремиться к тому, чтобы угол инсонации, т.е. угол между продольной осью сосуда и направлением доплеровского луча, был максимально приближен к 0°.

Увеличение пиковой систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода по данным доплерометрии для данного срока гестации (приложение, зона «А») свидетельствует о высоком риске анемии плода и является показанием для госпитализации беременной женщины в

государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (далее – ГУ «РНПЦ «Мать и дитя») для выполнения кордоцентеза и внутриутробной гемотрансфузии.

7. Лечение анемии плода методом внутриутробной гемотрансфузии выполняется в сроках гестации 18-36 недель согласно «Алгоритма проведения кордоцентеза и внутриутробной гемотрансфузии».

Родоразрешение пациенток с резус-сенсibilизацией осуществляется согласно акушерской ситуации в сроках гестации 37-38 недель в организациях здравоохранения III уровня оказания перинатальной помощи.

В случае антенатального лечения анемии плода при гемолитической болезни, родоразрешение пациенток осуществляется согласно акушерской ситуации в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в сроках беременности, максимально приближенных к доношенной.

8. Специфическая медицинская профилактика резус[D]-сенсibilизации проводится всем резус-отрицательным несенсibilизированным (без титра антирезус Rho[D]-антител) женщинам путем внутримышечного введения антирезус Rho[D] иммуноглобулина человека в следующих случаях:

при нормально протекающей беременности всем женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови на 28-32 неделе беременности показано введение антирезус Rho[D] иммуноглобулина человека в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ);

после родоразрешения резус-положительным новорожденным не позднее 72 часов после родов показано введение антирезус Rho[D] иммуноглобулина человека в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ). В случае если постнатальная профилактика не проведена в пределах 72 часов, допускается введение лекарственного средства в течение 10 дней после родоразрешения;

при прерывании беременности (медикаментозные, медицинские и самопроизвольные аборты) показано введение антирезус Rho[D] иммуноглобулина человека в дозе 750 МЕ (не менее 625 МЕ) в сроке с 5 до 12 недель, и в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ) в сроке после 12 недель;

при эктопической беременности любой локализации, угрозе прерывания беременности в сроках более 12 недель, сопровождающейся кровянистыми выделениями показано введение антирезус Rho[D] иммуноглобулина человека, в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ). При сохраняющихся кровянистых выделениях рекомендуется введение лекарственного средства в такой же дозе каждые 6 недель;

при инвазивных внутриматочных вмешательствах (амниоцентез, биопсия ворсин хориона, кордоцентез, фетоскопические хирургические вмешательства, амниодренирование) показано введение антирезус Rho[D] иммуноглобулина в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ) в случае, если процедура проводится на сроке беременности более 12 недель, и в дозе 750

МЕ (не менее 625 МЕ), если процедура проводится на сроке беременности от 5 до 12 недель.

9. Медицинская помощь и диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими внутриутробное хирургическое лечение гемолитической болезни плода, проводится в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту жительства (месту пребывания).

Сроки и кратность медицинских осмотров и диагностических исследований у детей в возрасте до 1 года, включая категорию младенцев после внутриутробных вмешательств, определены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 № 96 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации».

Детям, перенесшим антенатальное лечение гемолитической болезни, определяется группа риска развития анемии и диспансерное наблюдение осуществляется в объеме мероприятий, соответствующих данной категории пациентов.

При медицинском осмотре проводится оценка цвета кожных покровов и слизистых, размеров печени и селезенки.

С учетом вида антенатального вмешательства, особенностей развития ребенка и динамики в состоянии здоровья врач-педиатр определяют необходимость дополнительных осмотров и медицинских вмешательств.

Детям, рожденным после внутриутробной гемотрансфузии, перенесшим гемолитическую болезнь новорожденных в среднетяжелой и тяжелой форме, в течение первых 3-4 месяцев жизни необходимо проводить контроль уровня гемоглобина 1 раз в 2 недели, общего анализа крови 1 раз в месяц.

При определении патологических изменений в общем анализе крови показана консультация врача-гематолога.

При первичном осмотре врач-невролог оценивает неврологический статус и нервно-психическое развитие ребенка. С учетом сведений о динамике неврологических синдромов и данных нейросонографии врач-невролог разрабатывает индивидуальный план наблюдений, необходимый объем дополнительного обследования и лечения, который согласуется с врачом-педиатром.

Учитывая повышенную частоту нарушений слуха у детей, перенесших внутриутробную трансфузию крови, показан осмотр врача-оториноларинголога с определением остроты слуха не менее 2 раз в первые 3 месяца жизни.

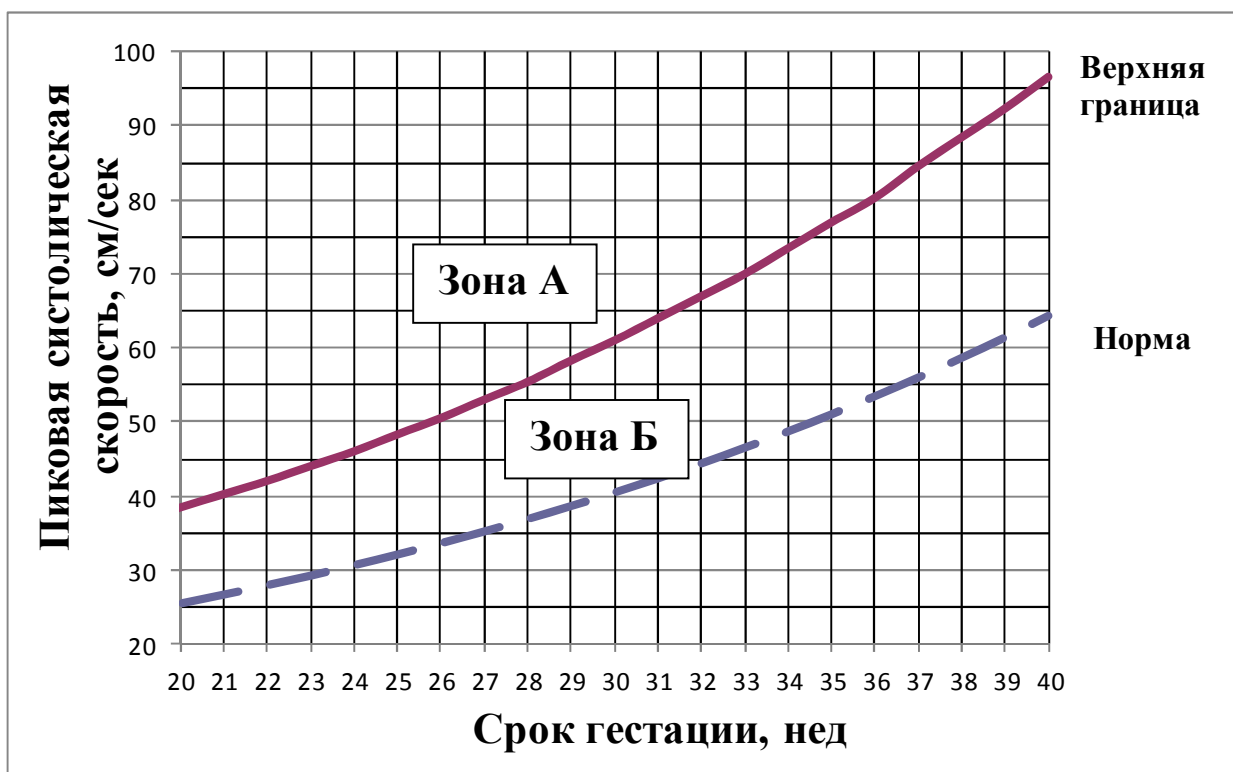
При выявлении отклонений физиологического процесса развития, функциональных нарушений и патологических изменений при клиническом осмотре и лабораторно-инструментальном обследовании дети направляются для уточнения диагноза в стационар по установленному порядку.

При отсутствии реализации риска развития анемии в возрасте 1 года дети, перенесшие антенатальное лечение гемолитической болезни,

снимаются с диспансерного наблюдения по группе риска развития анемии.

Приложение
к Клиническому протоколу
«Диагностика, лечение и
медицинская профилактика
резус-сенсibilизации у
беременных женщин,
рожениц, родильниц и
медицинская профилактика
осложнений гемолитической
болезни новорожденного»

Номограмма оценки пиковой систолической скорости кровотока в
средней мозговой артерии плода



Примечание: зона А – усиленный кровоток в средней мозговой артерии, указывающий на снижение уровня гемоглобина и гематокрита в крови плода; зона Б – нормальные показатели кровотока.

УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
01.06.2017 №44

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение
осложнений многоплодной
беременности: фето-фетального
трансфузионного синдрома,
диссоциированного развития
плодов и персистенции
критического кровотока в артерии
пуповины у одного из плодов,
синдрома обратной артериальной
перфузии, монохориальной
моноамниотической двойни,
врожденных пороков развития
одного из плодов и медицинская
профилактика отдельных
состояний, возникающих в
перинатальном периоде»

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к диагностике и лечению осложнений многоплодной беременности: фето-фетального трансфузионного синдрома, диссоциированного развития плодов и персистенции критического кровотока в артерии пуповины у одного из плодов, синдрома обратной артериальной перфузии, монохориальной моноамниотической двойни, врожденных пороков развития одного из плодов и предназначен для оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам и их новорожденным детям в амбулаторных и стационарных условиях организаций здравоохранения.

2. Для целей настоящего Клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных в Законе Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1996 г., № 21, ст. 380; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460), а также следующие определения:

фето-фетальный трансфузионный синдром (далее – ФФТС) является осложнением монохориальной (далее – МХ) многоплодной беременности, связанным с наличием сосудистых анастомозов и патологическим шунтированием крови от одного плода к другому. В результате один плод становится донором, у него наблюдаются анемия, задержка развития,

маловодие, второй плод – реципиентом, у которого развиваются эритремия, кардиомегалия, неиммунная водянка, многоводие;

диссоциированное развитие плодов и персистенция критического кровотока в артерии пуповины у одного из плодов – осложнение, при котором различие в показателях предполагаемой массы плодов составляет более 20%. Причина этого состояния – фетоплацентарная недостаточность или хромосомные аномалии.

синдром обратной артериальной перфузии (далее – СОАП) – специфическое осложнение монохориальной двойни. Сосудистые анастомозы приводят к патологическому шунтированию крови от одного плода к другому, при этом у одного из близнецов – плода-«паразита» – диагностируются множественные пороки развития несовместимые с жизнью (акардиус, акраниус);

монохориальная моноамниотическая (далее – МХ МА) двойня – плоды имеют общую хориальную и амниотическую оболочки. Формирование такой двойни происходит в результате деления эмбриона между 7 и 13 днями после оплодотворения, встречается в 1% двоен. Переплетение пуповин плодов-близнецов – осложнение МХ МА двойни. Причина аномалии – хаотические движения, которые совершают плоды в период физиологического многоводия или в ранние сроки беременности.

3. Ультразвуковая диагностика в 10 недель 5 дней – 13 недель 6 дней беременности:

определение количества плодов;

определение типа плацентации и амниальности по «λ»- и «Г» - признакам, толщине межамниотической мембраны;

измерение копчико-теменного размера (далее – КТР), воротникового пространства плодов;

диагностика маркеров хромосомных аномалий и врожденных пороков развития у плодов.

4. Ультразвуковая диагностика при МХ двойне проводится 1 раз в 2 недели с 16 до 25 недель беременности:

определение срока беременности, зрелости и жизнеспособности плодов;

определение типа плацентации;

измерение толщины межамниотической мембраны (при МХ двойне менее 2 мм, при дихориальной (далее – ДХ) двойне – более 2 мм);

фетометрия;

измерение количества околоплодных вод;

диагностика анемии плодов на основании измерения пиковой систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии;

диагностика врожденных пороков развития и других антенатальных осложнений.

5. Диагностика фето-фетального трансфузионного синдрома.

5.1. Клинические симптомы: увеличение высоты стояния дна матки и

окружности живота, превышающие нормальные значения для данного срока беременности; одышка; угрожающий самопроизвольный аборт; угрожающие преждевременные роды.

5.2. Ультразвуковые критерии ФФТС:

расширение воротникового пространства более 3 мм в сроки 10 недель 5 дней – 13 недель 6 дней беременности у плода-реципиента;

КТР плода-реципиента больше, чем у плода-донора;

многоводие у плода-реципиента: максимальный вертикальный карман околоплодных вод (далее – МВК): в сроке беременности до 20 недель более 60 мм, МВК в сроке беременности от 20 до 22 недель более 80 мм, МВК в сроке беременности от 23 до 25 недель – более 100 мм;

маловодие у плода-донора (МВК – менее 20 мм);

различие размеров мочевого пузыря (у плода-донора мочевой пузырь меньше либо не визуализируется);

диссоциированное развитие плодов (различие в предполагаемой массе плодов более 20%);

водянка плода-реципиента (подкожный отек более 5 мм, плевральный выпот, перикардальный выпот, асцит);

тесное прилегание (признак «прилипания») плода-донора к стенке матки и снижение двигательной активности плода-донора.

5.3. Классификация степени тяжести ФФТС (Quintero):

I степень: маловодие у плода-донора и многоводие у плода-реципиента, мочевой пузырь донора визуализируется;

II степень: маловодие у плода-донора и многоводие у плода-реципиента, мочевой пузырь у плода-донора не визуализируется (анурия);

III степень: изменения в показателях доплерометрии (нулевой диастолический кровоток в артерии пуповины, ретроградный кровоток в венозном протоке);

IV степень: выраженные гемоциркуляторные нарушения у одного или обоих плодов, водянка плода-реципиента;

V степень: гибель плода-донора.

6. Диагностика диссоциированного развития плодов и персистенции критического кровотока в артерии пуповины у одного из плодов.

Ультразвуковые критерии:

различие в показателях предполагаемой массы плодов более чем 20%;

различие в показателях окружности живота плодов 20 мм и более;

различие в показателях окружности головы свыше 5%;
бипариетального размера головы более 6 мм;

различие в показателях кровотока (индекс резистентности, пульсационный индекс) в артерии пуповин плодов более 15% или повышение абсолютных значений (более 0,4) индексов в артерии пуповин у одного или обоих плодов;

нулевой диастолический кровоток в артерии пуповины одного из плодов.

7. Диагностика синдрома обратной артериальной перфузии.

Специфические ультразвуковые маркеры СОАП в I триместре беременности: у плода-реципиента (плода-«паразита») диагностируются множественные пороки развития, несовместимые с жизнью: отсутствие головы и сердца или рудиментарное сердце, пороки развития верхних и нижних конечностей.

8. Диагностика монохориальной моноамниотической двойни и переплетения петель пуповин плодов.

Ультразвуковые признаки МХ МА двойни:

одна плацента и однополюе плоды;

близкое расположение мест прикрепления пуповин обоих плодов к плаценте;

отсутствие межамниотической перегородки между плодами. При отсутствии межамниотической перегородки необходимо проводить дифференциальный диагноз между МХ МА и МХ ДА двойней с отсутствием околоплодных вод у плода-донора (Stuck-twin (признак «прилипания»)). При МХ МА двойне движения плода не будут ограничены, а при МХ ДА – плод будет плотно обтянут межамниотической мембраной и обездвижен.

Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) пуповин плодов с цветным доплеровским картированием в В-режиме позволяет диагностировать переплетение петель пуповин.

9. Лечение фето-фетального трансфузионного синдрома:

при диагностике ультразвуковых маркеров ФФТС в сроках гестации 16-25 недель показана госпитализация в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (далее – ГУ «РНПЦ «Мать и дитя») для проведения фетоскопической лазерной коагуляции плацентарных анастомозов;

в послеоперационном периоде плановые госпитализации в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в 28-30, 32-34 (с проведением медицинской профилактики респираторного дистресс синдрома), 36 недель беременности или по показаниям;

родоразрешение в 32-37 недель беременности в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»;

при диагностике ФФТС после 25 недель показана госпитализация в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» для проведения амниодренирования.

10. Диссоциированное развитие плодов и персистенция критического кровотока в артерии пуповины у одного из плодов:

консультация в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»;

продолгование беременности с УЗИ и доплерометрией (далее – ДПМ) плодов 2 раза в неделю на III уровне оказания перинатальной помощи или в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»;

родоразрешение в 32-36 недель беременности путем хирургической операции «кесарево сечение» через 1 сутки после окончания проведения медицинской профилактики респираторного дистресс синдрома плода на III уровне оказания перинатальной помощи или в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

11. Лечение СОАП осуществляется в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» в сроках беременности до 21 недели 6 дней методом фетоскопической лазерной коагуляции сосудов пуповины плода-«паразита» после информированного согласия беременной.

В послеоперационном периоде плановые госпитализации в 28-30, 32-34, 38 недель беременности и по показаниям в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» или на III уровень оказания перинатальной помощи.

При диагностированном СОАП после 22 недель беременности показаны:

консультация в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»;

продолжение беременности с УЗИ и ДПМ плодов 1 раз в месяц на III уровне оказания перинатальной помощи или в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»;

досрочное родоразрешение по показаниям или при доношенной беременности путем хирургической операции «кесарево сечение» в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» или на III уровне оказания перинатальной помощи.

12. Монохориальная моноамниотическая двойня.

Плановые госпитализации:

в 28-30 недель показана госпитализация в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» и в 34 недели для досрочного родоразрешения.

После 30 недель показаны ДПМ плодов и кардиотокографическое (далее – КТГ) исследование 1 раз в 2 недели.

Родоразрешение МХ МА двойни в 34-35 недель беременности путем хирургической операции «кесарево сечение» через 1 сутки после медицинской профилактики респираторного дистресс синдрома плода в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя».

13. При диагностировании врожденных пороков развития или хромосомных заболеваний, несовместимых с жизнью, одного из плодов при многоплодной беременности в сроке беременности до 21 недели 6 дней показана госпитализация в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» для проведения селективной редукции.

При диагностировании врожденных пороков развития одного из плодов многоплодной беременности в сроке беременности 22 недели и более:

консультация в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»;

возможно продолжение беременности с УЗИ и ДПМ плодов 1 раз в месяц на III уровне оказания перинатальной помощи или в ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»;

досрочное родоразрешение по показаниям или при доношенной беременности на III уровне оказания перинатальной помощи.

При МХ многоплодии родоразрешение путем хирургической операции «кесарево сечение».

14. Медицинская помощь и диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими внутриутробное хирургическое лечение антенатальной патологии (фето-фетального трансфузионного синдрома, синдрома обратной артериальной перфузии, монохориальной моноамниотической двойни, врожденных пороков развития одного из плодов), проводится в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях по месту жительства (месту пребывания).

Сроки и кратность медицинских осмотров и диагностических исследований у детей в возрасте до 1 года, включая категорию младенцев после внутриутробных вмешательств, определены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.08.2016 № 96 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения диспансеризации».

Детям, перенесшим внутриутробное хирургическое лечение антенатальной патологии, определяется группа риска развития анемии и диспансерное наблюдение осуществляется в объеме мероприятий, соответствующих данной категории пациентов.

При медицинском осмотре проводится оценка цвета кожного покрова и слизистых, размеров печени и селезенки.

С учетом вида антенатального вмешательства, особенностей развития ребенка и динамики в состоянии здоровья врач-педиатр определяют необходимость дополнительных осмотров и медицинских вмешательств.

При первичном осмотре врач-невролог оценивает неврологический статус и нервно-психическое развитие ребенка. С учетом сведений о динамике неврологических синдромов и данных нейросонографии врач-невролог разрабатывает индивидуальный план наблюдений, который согласуется с врачом-педиатром.

При выявлении отклонений физиологического процесса развития, функциональных нарушений и патологических изменений при клиническом осмотре и лабораторно-инструментальном обследовании дети направляются для уточнения диагноза в больничную организацию здравоохранения в установленном порядке.