

ДИСКУСІЙНИЙ КЛУБ

УДК: 616-053.37:618.46.618.36.616-035.2

О.О. РізаХарківський національний медичний
університет МОЗ України
(м.Харків, Україна)**ВІДКРИТІ ПИТАННЯ КАТАМНЕСТИЧНОГО
СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА НОВОНАРОДЖЕ-
НИМИ ГРУП РИЗИКУ. ЧАСТИНА I****Ключові слова:** новонароджені груп ризику,
катамнестичне спостереження.**Резюме.** *Короткострокові результати виживання або відсутність порушень здоров'я в ранньому дитинстві не є достатніми для оцінки та прогнозування стану новонароджених груп ризику. Довгострокове подальше спостереження покращить розуміння зв'язку між факторами ризику, типами лікування та розвитком дитини. Ідентифіковані різноманітні фактори ризику для несприятливих результатів розвитку у новонароджених, які повинні бути обговорені з батьками та задокументовані. Система катамнестичного спостереження за новонародженими груп ризику вимагає тісної командної роботи фахівців, членів родини, передбачає створення єдиної національної бази даних.*

Аналіз практик перинатального догляду довів, що короткострокові результати виживання або відсутність порушень в неонатальному періоді у немовлят не є достатніми для оцінки ефективності та безпеки лікування [1]. Більш того, сучасні методи лікування та виходжування новонароджених ставлять питання довгострокового подальшого спостереження за дітьми, яке покращить розуміння зв'язку між факторами ризику, типами лікування та довгостроковими наслідками [2, 3].

На теперішній час у суспільстві покращується обізнаність про важливість вивчення та моніторингу довгострокових результатів у визначенні оптимальності втручань, рекомендованого подальшого лікування, а не тільки виживання або короткострокові медичні результати при виходжуванні новонароджених груп ризику [4]. В багатьох медичних закладах країни, що надають медичну допомогу новонародженим, поступово впроваджується так званий «розвитковий догляд», який базується на мінімізації стресового впливу середовища та активного втручання медичних працівників та членів родини у розвиток дитини, особливо в умовах відділень інтенсивної терапії новонароджених. Низка систематичних оглядів показали варіабельні короткострокові покращення розвиткового догляду у дітей на першому році життя [5, 6]. Але дотепер існує більш широке визнання потенційного розриву між перинатальними наслідками та довгостроковими результатами, бракує інформації, підкріпленої доказами, стосовно ускладнень

у новонароджених групи ризику та більшості лікувань, застосованих у неонатальному періоді [7, 8]. Так, у США, незважаючи на значну частоту виживання передчасно народжених дітей ще з 1990-х років, частота інвалідизуючих станів залишається на рівні 50% внаслідок затримки моторних, когнітивних та поведінкових розладів (9,10), а у 5-15% дітей призводить до розвитку дитячого церебрального паралічу [11, 12]. На сторінках Кохранівської бази даних представлено огляд, який порівнює віддалені наслідки у новонароджених груп ризику по затримці розвитку при застосуванні різних тактик, а саме, стандартної системи катамнестичного догляду (follow-up) та системи раннього втручання. Накопичені на сьогодні дані свідчать, що програми раннього втручання мають позитивний вплив на когнітивний та моторний розвиток передчасно народжених дітей у переддошкільному віці [13].

Досвід розвитку системи катамнестичного спостереження з інтеграцією у послугу раннього втручання та дворічний катамнез за 93-а дітьми з ЕММТ та ДММТ при народженні, представлений нашими колегами з Республіки Молдова, довів, що у 21,5% дітей виявлені неврологічні порушення - від мінімальних до грубих. Затримка розвитку характеризувалася порушеннями становлення мови (21,4%), когнітивного розвитку (14,9%) та розвитку моторних функцій (13,9%) [14].

Раннє втручання в процеси розвитку дитини має за мету покращення всіх функцій

нальних наслідків у дітей. Завдяки комплексу біологічних, медичних та середовищних складових, які впливають на розвиток дитини, раннє втручання може включати комплекс різних компонентів, сервісів та дисциплін [15]. Раннє втручання – це система міждисциплінарної сімейно-центрованої комплексної допомоги родині з дитиною раннього віку (від народження до 3 років) з порушеннями здоров'я та розвитку, яка передбачає абілітаційну та реабілітаційну роботу, спрямовану на розвиток дитини та нормалізацію та підвищення якості життя родини. Дана система послуг має виражену профілактичну спрямованість щодо попередження прогресування порушень у дітей, інвалідизації та інституалізації, сприяє розвитку дитини, допомагає дитині та батькам адаптуватися до життя в суспільстві. су біологічних, медичних та середовищних складових, які впливають на розвиток дитини, раннє втручання може включати комплекс

Чим відрізняється раннє втручання від інших реабілітаційних систем? По-перше, це надання комплексної допомоги дитині за участю команди спеціалістів (педіатра, невролога, психолога, логопеда, фізичного реабілітолога), яка надається починаючи з народження, по-друге, система спрямована на батьків та передбачає безперервний психологічний супровід у зв'язку зі стресом, спричиненим народженням «особливої» дитини, по-третє, послуга має бути розміщеною в громаді та наближеною до родин та дітей з метою забезпечення її доступності. Раннє втручання також передбачає надання допомоги дітям незалежно від діагнозу та дітям груп ризику в тісному партнерстві між фахівцями та батьками з метою здійснення програми, спрямованої на розвиток дитини «сім разів на тиждень та триста шістьдесят днів на рік» [16, 17, 18].

Дана стаття представляється в розділ «Дискусійний клуб» з метою оцінити процеси катamnестичного спостереження за новонародженими груп ризику та заохотити фахівців прийняти участь в обговоренні, створенні та удосконаленні системи катamnестичного спостереження за новонародженими групи ризику в Україні. Отже, завданнями катamnестичного спостереження за новонародженими груп ризику затримки розвитку є декілька основних складових, обговорення яких ми передбачаємо в подальшому на сторінках видання:

1. Моніторинг соматичних порушень (слухових, зорових, дихальної системи, органів травлення).

2. Раннє виявлення можливих порушень розвитку (рухова спроможність, слух, зір, сон та пильнування, увага, мова) у дітей та запровадження раннього втручання, лікування, консультацій.

3. Інформування батьків про потребу розвитку дитини та їх активне залучення до процесів розвитку.

4. Оцінювання об'єму, абілітаційних та реабілітаційних можливостей залежно від ризику розвитку неврологічних ускладнень та інтеграцію катamnестичного спостереження з послугою раннього втручання.

Отже, як показали чисельні наукові та клінічні дослідження, підвищення кількості дітей, які народилися передчасно і/або хворими, після виписки з перинатальних центрів формують групу ризику з розвитку хронічних та інвалідизуючих захворювань, а також порушень соціальної адаптації, які потребують широкого спектру безперервної спеціалізованої допомоги після виписки з відділення інтенсивної терапії новонароджених [9, 10, 19, 20, 21]. Тобто, на теперішній час вже виділена цільова група дітей, яким має бути визначено раннє відхилення від норми у рості, розвитку та поведінці і яким повинно бути призначено відповідне реабілітаційне лікування [22]. Дана цільова група дітей має назву «групи ризику розвитку моторних та нейро-психічних порушень». Ідентифікація немовлят груп ризику має бути визначена перед випискою з пологового відділення (табл.1).

Новонароджені низького ризику повинні знаходитися під спостереженням лікарів первинної ланки медичної допомоги. Новонароджені групи ризику можуть на перший погляд здаватися здоровими, тому на них можуть не звернути достатню увагу при звичайному регулярному огляді. Необхідним є як активне спостереження плода у випадку порушеного гестаційного періоду у матері, перед пологами, так і під час подальшого спостереження новонародженого на предмет раннього виявлення порушень показників нервово-психічного розвитку [1]. Своєчасне обстеження та оцінювання мають бути запропонованими батькам навіть до того, як симптоми та ознаки порушень почнуть з'являтися у дитини. Тому документація, яка надається медичним працівникам первинної медичної допомоги (виписний епікриз) має містити пренатальні, перинатальні фактори, перебіг неонатальної хвороби, гестацію, масу тіла при народженні, масу тіла під час виписки та обвід голови під

час виписки, метод та особливості вигодування, діагноз (перелік медичних проблем), медикаменти та направлення до інших відділень;

вказані дні, коли дитина отримувала кисневу підтримку та перебувала на парентеральному вигодуванні; дані та результати загального та

Таблиця 1

Групи ризику розвитку моторного та нервово-психічних порушень

Високий ризик:

1. Немовлята з масою <1000г при народженні або гестацією <28 тижнів.
2. Немовлята із ЗВУР II-III ст.
3. Головні захворювання - хронічне захворювання легень, внутрішньошлуночковий крововилив та перивентрикулярна лейкомаляція.
4. Перинатальна асфіксія – оцінка за шкалою Апгар 3 або менше балів на 5 хвилині та гіпоксично-ішемічна енцефалопатія тяжкого ступеню.
5. Хірургічні стани такі, як діафрагмальна грижа, трахеоезофагеальна фістула тощо.
6. Штучне дихання довше 24 годин.
7. Стійка тривала гіпоглікемія та гіпокальцемія.
8. Судоми новонароджених.
9. Менінгіт.
10. Шок, що вимагає інотропної/ васопресорної підтримки.
11. Діти, народжені у ВІЛ-інфікованих матерів.
12. Синдром фето-фетальної трансфузії.
13. Неонатальна білірубінова енцефалопатія.
14. Вади розвитку, сумісні з життям, що підлягають корекції.
15. Уроджені порушення обміну речовин/ інші генетичні порушення.
16. Аномальні показники під час неврологічного обстеження дитини під час виписки.

Помірний ризик:

1. Немовлята з масою 1000 - 1500 г або гестацією < 33 тижнів.
2. Близнюки/Трійня.
3. Помірна неонатальна гіпоксично-ішемічна енцефалопатія.
4. Гіпоглікемія.
5. Неонатальний сепсис.
6. Гіпербілірубінемія та необхідність у обмінному переливанні крові.
7. Внутрішньошлуночковий крововилив більше 2 ст.
8. Субоптимальне домашнє оточення.

Низький ризик:

1. Недоношені з масою тіла 1500 г – 2500г.
2. Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія легкого ступеню.
3. Транзиторна гіпоглікемія.
4. Потенційний сепсис.
5. Жовтяниця новонароджених, що потребує фототерапії.
6. Внутрішньошлуночковий крововилив 1 ст.

біохімічного аналізу крові в динаміці, результати перевірки обміну речовин; результати обстеження новонародженого на ретинопатію, оцінка слуху, результати нейросонографії, статус імунізації та оцінку статусу родини..

Отже, рекомендовано визначати наступні групи факторів:

А. Біологічні фактори ризику: недоношеність, низька маса при народженні, асфіксія, шок, потреба у використанні апарата штучного дихання, захворювання печінки, сепсис, жовтяниця, некротичний ентероколіт, вад розвитку та генетичні захворювання.

В. Втручання – наприклад, постнатальні стероїди/ гіпокарбія тощо.

С. Соціо-економічні фактори.

Значення соціально-економічних факто-

рів відносно ризику виникнення порушень моторного та нервово-психічного розвитку у дітей показано у низці досліджень, які підтвердили більш значні академічні проблеми, більш низький коефіцієнт розумового розвитку, зниження мовних навичок, недостатність дрібної моторики, більш сильнішу агресію й глибшу депресію та інші психічні відхилення, а також, погані відносини з рідними в соціумі та недостатній соціальний розвиток [23,24]. Запропонована шкала, яка включає перелік певних перинатальних факторів та соціальних умов для формування груп ризику дітей з імовірністю розвитку затримки нервово-психічного розвитку (табл.2) [23].

Важливо не лише задокументувати фактори ризику у виписаному епікрізі, але й по-

відомити про них батьків. Консультації перед випискою відіграють важливу роль в організації догляду за такими дітьми вдома. Батькам потрібно дати поради щодо регуляції температури (належний одяг, шапочка, шкарпетки, комбінезон «кенгуру» для матерів та ін.),

годування (тип та кількість молока, метод його введення та ін.), профілактики інфекцій (миття рук, уникання візитів сторонніх осіб та ін.), відвідування в рамках програми спостереження (де та коли), ознак небезпеки для дитини (виявлення та куди повідомляти, якщо

Таблиця 2

Фактори ризику затримки нервово-психічного розвитку у дітей

| Найменший ризик | Помірний ризик | Високий ризик |
|--|---|--|
| Пренатальні фактори ризику | Аномальний ріст плоду | Патологічний стан плоду |
| >37 тижнів | 33 – 36 тижнів | < 33 тижнів |
| >2500 грам | 1500 – 2500 грам | <1500 грам |
| Запланована вагітність | Субоптимальна перинатальна допомога | Неоптимальна перинатальна допомога |
| Завершений курс антенатальних стероїдів | Незавершений курс антенатальних стероїдів | Без антенатальних стероїдів |
| Немає потреби в первинній реанімації новонародженого | Необхідність в реанімації при народженні | < 3 балів за шкалою Апгар на 5 хвилині |
| Штучне дихання не потрібне | Штучне дихання без ускладнень | Штучне дихання більше 7 днів, гіпокарбія, пневмоторакс, апное |
| Відсутність шоку | Шок | Шок, який не піддається лікуванню, гемодинамічно значуща відкрита артеріальна протока |
| Транзиторна гіпоглікемія | Гіпоглікемія > 3 днів | Судоми внаслідок гіпоглікемії |
| Ризик розвитку сепсису | Сепсис | Менінгіт |
| Жовтяниця новонароджених, що потребує фототерапії | Жовтяниця, що потребує замінного переливання крові | Ядерна жовтяниця |
| Перебування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених | Некротичний ентероколіт та відкрита артеріальна протока (які потребують хірургічного втручання) | Хронічне захворювання печінки |
| Передчасний внутрішньошлуночковий крововилив 1 або 2 ст., жодних аномалій не виявляється на 40 тижні | Внутрішньошлуночковий крововилив (ВШК) >2 ст. | Вентрикуломегалія та/ або кістозна форма перивентрикулярної лейкомаляції (у 40 тижнів), гідроцефалія |
| Нормальні результати неврологічного дослідження під час виписки | Тяжка енцефалопатія з будь-якої причини | Аномальні результати неврологічного дослідження під час виписки |
| Добре домашнє оточення + оптимальне подальше спостереження | Субоптимальне домашнє оточення (низький соціально-економічний рівень сім'ї) | Недостатня турбота батьків про затримку нервово-психічного розвитку дитини; асоціальні родини |

вони присутні), вакцинації (графік, наступні відвідування, та ін.), особливих потреб (наприклад, наступні відвідування в рамках програми обстеження щодо наявності ретинопатії недоношених) [23, 24].

Створена база даних дітей груп ризику допомагає організувати попереджуваче консультування батьків. Це яскраво продемонстровано досвідом наших колег з Республіки Молдова [14]. В Україні на сьогодні немає систематизованої бази даних, яка б містила інформацію щодо новонароджених груп ризику. Існуюча Національна База Даних має тільки дані про рівень захворюваності та виживан-

ня новонароджених. Необхідним є створення однорідної структури подальшого спостереження за дітьми, що допоможе не тільки покращити догляд за новонародженими групи ризику, але й дозволить створити відповідну базу даних, яка допоможе керівникам спрямувати на національному та регіональному рівні всі необхідні ресурси для попередження розвитку ранньої дитячої інвалідності.

Ці бази даних також зроблять можливим ефективно попереджувальне скерування батьків, яке базується на фактичному місцевому плані дій, що є спробою покращити дотримання програм послідовного спостереження.

Отже, батьки обов'язково мають бути своєчасно проінформовані стосовно факторів ризику порушень розвитку нервової системи у дітей та необхідності подальшого етапного спостереження. Структурована програма безперервного етапного спостереження сприятиме покращенню впровадження ініціатив відповідної багато-

профільної міждисциплінарної допомоги.

Багатопрофільна програма безперервного етапного спостереження повинна включати оцінювання фізичного та нервово-психічного розвитку дитини, яка виконуються командою, до якої входять наступні спеціалісти: неонатолог/педіатр (координатор); педіатр, відповідаль-

Таблиця 3

**Медичний персонал, задіяний у програмі спостереження дитини та індивідуальна роль кожного фахівця
(не обов'язково в штаті катamnестичного спостереження)**

| | |
|--|--|
| Педіатр/неонатолог | Виконують вузлову функцію команди. Визначають розвиток та обстежує на наявність відставання у розвитку в дитини. Лікують інтеркурентні захворювання. |
| Дитячий психолог | Виконує формальне обстеження розвитку дитини. Проводить скринінг щодо наявності поведінкових проблем та їх втручання. Продовжує супровід родини. |
| Дитячий невролог | Неврологічне спостереження. Довгострокове лікування неврологічних захворювань. |
| Офтальмолог | Спостереження щодо ретинопатії недоношених, обстеження/лікування. Оцінювання гостроти зору та скринінг на наявність проблем, таких як косоокість, ністагм, рефракторні помилки. |
| Оториноларинголог (медична сестра, неонатолог) | Обстеження слуху (слуховий викликаний потенціал, отоакустична емісія та ін.). Лікування слухових порушень, якщо вони були знайдені. |
| Дієтолог | Поради щодо особливостей вигодовування дитини, введення прикорму тощо. Лікування новонароджених, які мають недостатню прибавку маси тіла, та дітей з особливими потребами (порушення метаболізму, генні та хромосомні аномалії) |
| Медичні соціальні працівники | Вирішують соціальні питання сім'ї для покращення показників спостереження |
| Фізичний терапевт | Оцінювання та градація м'язового тону та сили. Планування індивідуальної тренувальної програми для кожного новонародженого, який має порушення м'язового тону. Навчання батьків для продовження запропонованих тренувальних вправ удома. |
| Логопед/ окупаційний терапевт | Реабілітація новонароджених з порушеною/обмеженою дієздатністю (оро-м'язова стимуляція, порушення мілкої моторики тощо). |

ний за розвиток; лікарі - офтальмолог, отоларинголог, аудіолог, фізіотерапевт/окупаційний терапевт, дитячий невролог, дитячий психолог, ортопед і та ін. [1, 4, 23, 24]. Роль та завдання кожного члена команди наведена у табл. 3.

Необхідно зробити спробу поєднати подальше спостереження за розвитком дитини з візитом до медичної установи з метою імунізації та регулярної перевірки. Соціальний працівник/ дільнична медсестра повинні приєднатись до багатопрофільної команди, аби полегшувати комунікацію з батьками та покращувати впевненість пацієнта. Дата подальших візитів/ мета/ місце наступного візиту для оцінювання розвитку дитини мають бути розтлумачені та задокументовані. Слід забезпечити тривалість догляду та комуніка-

цію з батьками. Лікар, що надаватиме первинну допомогу, має бути призначеним до виписки. Його слід ретельно проінформувати стосовно факторів ризику та плану подальшого спостереження дитини. Адреса, телефонні номери та адреси електронної пошти батьків слід фіксувати та оновлювати. Батьки та лікарі, що надають первинну допомогу, повинні мати контактні телефонні номери для уточнень у разі непередбаченого випадку. Усі медичні установи, що піклуються про хворих новонароджених (групи ризику порушень нервово-психічного розвитку) повинні мати єдину програму подальшого спостереження, яка базується на існуючих доказах та робити зусилля з метою сприяння покращенню дотримання діючих програм. Отже виникає пи-

тання «що саме потрібно робити з метою вдосконалення катамнестичного спостереження за дітьми груп ризику?». На наш погляд, кроками щодо удосконалення системи катамнестичного нагляду повинні бути:

1. Уніфікована медична документація (виписка з карти розвитку/медичної карти хвороби) з визначенням заходів, що були проведені дитині, її групи ризику. Створення медичного документу для батьків щодо дати подальших візитів/ мети/ місця наступного візиту для оцінювання розвитку розвитку фізичних та нервово-психічних розладів у дитини.

2. Створення єдиної Національної бази даних новонароджених та налагодження системи комунікацій між сімейним лікарем (дільничною медичною сестрою), лікарями інших спеціальностей та батьками.

3. Створення для батьків буклетів, що інформують про розвиток дитини та необхідність раннього активного втручання та реабілітації новонароджених груп ризику.

4. Впровадження програми підготовки

спеціалістів – педіатра з розвитку, окупаційного терапевта, фізичного терапевта тощо для створення в країні єдиної системи катамнестичного спостереження та реабілітації дітей з перинатальною патологією.

5. Підготовка та затвердження єдиного документу щодо визначення немовлят груп ризику та критеріїв включення дітей в послугу безперервного подальшого спостереження та реабілітації, а також, функціональні обов'язки спеціалістів, які працюватимуть в команді катамнестичного спостереження.

6. Підготовка та затвердження відповідного протоколу щодо індивідуальних програм спостереження та реабілітації дітей з перинатальною патологією в анамнезі, який базується на даних доказової медицини.

7. Підготовка уніфікованих буклетів консультування батьків відносно організації катамнестичного спостереження та ранньої реабілітації дітей груп ризику порушень фізичного та нервово-психічного розвитку внаслідок перинатальної патології.

Література

1. Sherman M. Follow-up of the NICU Patient / Sherman Michael P, Rosenkrantz Ted // [Електронний ресурс]/Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/1833812-overview>

2. Saigal S. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood/ Saigal S, Doyle LW// Lancet. – 2008.- №371(9608).-P.261-269.

3. Hack M. Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants/ Hack M, Flannery DJ, Schluchter M [et al] // N. Engl. J. Med. – 2002. - №346 (3). – P.149-157.

4. Vohr Betty. Follow-up care of high-risk infants /Betty Vohr, Linda L. Wright, Maureen Hack [et al] // Pediatrics. -2004. - № 5.- P.1377 -1397.

5. Als H. The role of relationship-based developmentally supportive newborn intensive care in strengthening outcome of preterm infants/ Als H, Gilkerson L.//Seminars in Perinatology. -1997. – Vol. 21(№3). – P. 178-189.

6. Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants/ Symington A, Pinelli J.//Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2003. - Issue 3 [Електронний ресурс], режим доступу: <http://summaries.cochrane.org>

7. Jacobs SE. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program is not supported by meta-analyses of the data/ Jacobs SE, Sokol J, Ohlsson A.// Journal of Pediatrics. – 2002. – Vol. 140 (№6). – P. 699-706.

8. Vanderveen JA. Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis/ Vanderveen JA, Bassler D, Robertson CM, Kirpalani H.// Journal of Perinatology. – 2009. –Vol. 29 (№5). –P. 343-351.

9. Bhutta AT. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis/ Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH [et al]//JAMA. – 2002. –Vol.288 (№6). P.728-737.

10. Doyle LW. The Victorian Infant Collaborative Study Group. Evaluation of neonatal intensive care for extremely low birthweight infants in Victoria over two decades: I. Effectiveness./ Doyle LW// Pediatrics. – 2004. –Vol.113(3). –P. 505-509.

11. Tin W. Changing prognosis for babies of less than 28 weeks' gestation in the north of England between 1983 and 1994. Northern Neonatal Network/ Tin W, Wariyar U, Hey E.// British Medical Journal. – 1997. Vol. 314(7074). P.107-111.

12. Neurodevelopmental outcomes of extremely low birth weight infants <32 weeks' gestation between 1993 and 1998/ Vohr BR, Wright LL, Poole WK, McDonald SA.//Pediatrics. – 2005. –Vol.116(3). -P.635-643.

13. Spittle Alicia. Early developmental intervention programmes post-hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants/ Alicia Spittle1, Jane Orton, Peter Anderson [et al. Editorial Group]// Cochrane Neonatal Group [Електронний ресурс], режим доступу: <http://summaries.cochrane.org>

14. Development of the Follow-up System and First Results of Two Years Follow-up of ELBW and VLBW Babies in Republic Moldova/ P.Stratulat, A. Curteanu, L. Pinzari, L.Chifeac, M.Stratulat//Международный ме-

дицинский журнал педиатрии, акушерства и гинекологии.-2012. -№2 (том2). - С.9-16.

15. Berger S. Caring for the graduate from the neonatal intensive care unit. At home, in the office, and in the community/ Berger S, Holt-Turner I, Cupoli JM. *Pediatric Clinics of North America* 1998.-Vol. 45(3). – P.701-12.

16. Раннє втручання. Моделі соціальних послуг та документація. /Д.Р. Ахмеджанова, В.С. Довбня, Л.П. Дума [та ін.] -К., ЛДЛ. – 2007. – 159 с.

17. Кукуруза Г.В. Показники оцінки ефективності програм раннього втручання для дітей з порушенням психомоторного розвитку/ Г.В.Кукуруза //Медицина психологія. - 2012, №2. - С.47-49.

18. Кукуруза А.В. Раннее вмешательство как система психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с нарушениями психомоторного развития /А.В.Кукуруза//Медицина психологія . -2012. - №3. – С.32-35.

19. Pedersen SJ. Early motor development of premature infants with birthweight less than 2000 grams/ Pedersen SJ, Sommerfelt K, Markestad T.//*Acta Paediatrica*. – 2000. – Vol.89 (12). – P. 1456-1461.

20. Aylward GP. Neurodevelopmental outcomes of infants born prematurely/ GP Aylward// *J. Dev. Behav. Pediatr.* – 2005. – Vol.26(6). P. 427-440.

21. Saigal S. School-age outcomes in children who were extremely low birth weight from four international population-based cohorts/ Saigal S, den Ouden L, Wolke D [et al] / *Pediatrics*. – 2003. – Vol. 112(4). P.943-950.

22. Follow-up of High Risk Neonates/ Pradeep Kumar, M.Jeeva Sankar, Savita Sapra, Ramesh Agarwal, Ashok [Електронний ресурс]//Режим доступу:www.newbornwhocc.org

23. Follow-up of High Risk Newborns/ Anand Pandit; Kanya Mukhopadhyay, Pradeep Suryawarshi [et al] [Електронний ресурс]// Режим доступу: www.nnfpublication.org

24. Bradley Robert H. Socioeconomic status and child development/ Robert H. Bradley, Robert F. Corwyn// *Annual Review of Psychology*. – 2002. –Vol.53. – P. 371-399.

**ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ
КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ
ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ГРУПП РИСКА
(ЧАСТЬ 1)**

Е.А. Рига

**Харьковский национальный медицинский
университет МЗ Украины
(г.Харьков, Украина)**

Резюме. Краткосрочные результаты выживания или отсутствие нарушений здоровья в раннем детстве не достаточны для оценки и прогнозирования состояния здоровья новорожденных групп перинатального риска. Долгосрочное катамнестическое наблюдение улучшит понимание связей между факторами риска, типами лечения и развитием ребенка. Идентифицированы различные факторы риска для неблагоприятных результатов развития у новорождённых, которые должны быть обговорены с родителями и задокументированы. Система катамнестического наблюдения за новорождёнными групп риска требует тесной командной работы специалистов с участием членов семьи, предусматривает создание единой национальной базы данных.

Ключевые слова: новорождённые групп риска, катамнестическое наблюдение

**OPEN ISSUES
OF FOLLOW-UP
OF RISK GROUP NEONATES
(PART 1)**

O.O. Riga

**Kharkiv National
Medical University
(Kharkov, Ukraine)**

Summary. The short-term results of surviving or the absence of health problems in early childhood are not sufficiently for assessment and prognosis of group risk neonates. The long-term follow-up system may improve the understanding of relationship risk factors, treatment types and child development. The different risk factors for unfavorable results of infant's development were recognized. They must be discussed by parents and documented. The group risk neonate's follow-up system requires connectional team work of specialists, family members and anticipate of creation of unified national database.

Keywords: risk group neonates, follow-up.