

УДК: 616-053.3-07-036.8-02:618.3

О.О. Різа

Харківський національний медичний  
університет МОЗ України  
(м.Харків, Україна)ПЕРЕДУМОВИ ДЛЯ СТВОРЕННЯ  
СИСТЕМИ КАТАМНЕСТИЧНОГО  
СПОСТЕРЕЖЕННЯ (FOLLOW UP)  
ЗА НОВОНАРОДЖЕНИМИ  
ГРУПИ РИЗИКУ**Ключові слова:** новонароджені групи ризику,  
катамнестичне спостереження**Резюме.** На сучасному етапі в багатьох країнах світу накопичений досвід щодо катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику порушень розвитку. У статті представлені основні передумови для створення системи катамнестичного спостереження в Україні, основні структурні та технологічні її особливості. Система катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику вимагає підготовки фахівців та їх тісної взаємодії з родиною, передбачає створення єдиної національної бази даних, планування виписки новонародженого зі стаціонару. При катамнестичному спостереженні за новонародженими має проходити моніторинг медичних проблем, пов'язаних з перинатальною патологією у дітей та моніторинг розвитку, який можна здійснювати завдяки скринінговим та діагностичним інструментам. Система катамнестичного спостереження сприятиме покращенню перинатальної допомоги в країні, активному залученню до процесів росту та дозрівання дитини батьків, сприятиме зниженню інвалідності та частоти відмов від дітей.

Досвід виходжування недоношених новонароджених, новонароджених з тяжкою перинатальною патологією та подальший моніторинг стану їх здоров'я в розвинених країнах продемонстрував необхідність зосередження уваги лікарів, батьків, соціальних працівників на проблемах, які виникають у них упродовж раннього дитинства [1 - 4]. Значну увагу фахівці приділяють катамнестичному спостереженню за передчасно народженими дітьми, оскільки саме вони формують групу хворих на неврологічні захворювання, вимагають ранньої діагностики та втручання і є набагато складнішими для одужання, ніж вважалось раніше [5 - 8]. Більш того, як показують сучасні популяційні дослідження, смертність недоношених новонароджених є високою й після виписки дитини з лікарні. Так, за даними Національного інституту дитячого здоров'я і розвитку людини (NICHD), після виписки з відділень інтенсивної терапії новонароджених серед дітей, які народилися з масою тіла до 1000 г, у корегованому віці 18-22 місяця помирає близько 2% [9]. Виявлені ризики смерті в цьому віковому періоді перш за все стосуються соціальних факторів (відсутність медичного страхового полісу) та тривалого (понад 120 днів) перебування дитини у лікарні. У популяційному дослідженні, яке проведено в Норвегії, серед 1 млн. людей, що народилися в період з 1967 по 2002 рік, 5,2% дітей від загальної групи (передчасно народжені діти) мали підвищений ризик смерті протягом усього періоду дитинства [10].

Впровадження в Україні проекту «Нове життя. Нова якість охорони материнства і дитинства»

продемонструвало позитивні результати зниження малюкової смертності, підвищення виживання передчасно народжених та хворих дітей [11]. Але на теперішній час у країні зберігається не лише велика кількість дітей-інвалідів, але й відмов батьків від дітей. Як рапортує Міністерство соціальної політики України (2013) в Україні проживає 92865 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Однією з основних причин відмов від дітей є їх стан здоров'я, оскільки у 94,6 % дітей, які поступають на виховання до будинків дитини, виявлені відставання у фізичному та психічному розвитку [12].

Тому перед суспільством, і перш за все, перед медичними працівниками постає низка проблем, яка потребує системного (уніфікованого для країни) вирішення, зокрема: розробка системи заходів катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику порушень розвитку, освітня підготовка фахівців, які виконуватимуть спостереження за дітьми, навчання батьків, поширення послуги раннього втручання та ін. [13]. Зважаючи на вище наведене, Асоціація неонатологів України пропонує, взявши за основу світовий досвід, впровадити в країні систему катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику.

Для створення такої системи необхідно вжити деякі кроки, які б удосконалили спостереження за дітьми та сприяли ранньому виявленню проблем. Перш за все це стосується виписки новонародженого зі стаціонару, де лікар-неонатолог має ідентифікувати ризики щодо порушень розвитку дитини. У 2008 році Американська академія педіатрії

позначила основні шість важливих компонентів планування виписки новонародженого з лікарні, одним з яких є визначення та позначення місця подальшого догляду [14]. У розвинених країнах подальше спостереження за новонародженими груп ризику здійснюється лікарями первинної ланки медичної допомоги, при перинатальних центрах та в дитячих клініках [1, 2]. Деякі клініки виконують спостереження в рамках дослідницької мережі за дітьми із захворюваннями (наприклад, бронхолегенева дисплазія, постгеморрагічна гідроцефалія), але усі клініки проводять моніторинг розвитку дітей за п'ятьма сферами [3, 4]. На теперішній час визначено, що зв'язок між лікарем-неонатологом і лікарем первинної медико-санітарної допомоги під час перебування новонародженого в лікарні і при виписці покращує результати для дитини [14]. Отже, лікар-неонатолог несе відповідальність за виділення групи дітей для подальшого догляду при виписці новонароджених з лікарні.

Реалізація катамнестичного спостереження за новонародженими груп ризику лікарями первинної медико-санітарної допомоги включає більше обов'язків, ніж просте виявлення захворювання та своєчасна госпіталізація дитини: оцінка харчування немовляти і росту, щеплення, профілактика респіраторно-синцитіальної вірусної інфекції, навчання батьків принципам автомобільної і домашньої безпеки, раннє виявлення неврологічних порушень (у тому числі, порушень слуху та зору, скринінг розвитку).

Умовно катамнестичне спостереження за новонародженими можна поділити на два напрямки: моніторинг медичних проблем, пов'язаних з перинатальною патологією, та моніторинг розвитку. В останньому виданні Neoreviews (2014) систематизовані основні проблеми із станом здоров'я новонароджених, які потребують медичного супроводу: діти з бронхолегеневою дисплазією та кисневою залежністю (потреба використання кисню вдома); діти з трахеостомами; діти з гостроезофагальнорефлюксною хворобою; проблемами ковтання та апное; діти з анемією, остеопенією; діти, які мають внутрішньочерепні крововиливи, перивентрикулярну лейкомаляцію, судоми; діти з втратою слуху та порушеннями зору (ретинопатія недоношених, міопія, амбліопія, езо/екзотропія) [15].

Іншим важливим елементом процесу катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику є моніторинг розвитку дітей. Термін «моніторинг» розвитку має в собі не лише оцінювання фізичного розвитку дитини (маса тіла, зріст, обвід голови) та стану її харчування, а включає моніторинг когнітивного розвитку, моторного розвитку (крупної та дрібної моторики), розвитку мови та її розуміння, соціо-емоційний розвиток та адаптивний розвиток (навички самообслуговування) [16, 17].

Для раннього виявлення дітей з порушенням розвитку Американська академія педіатрії реко-

мендує скринінгове обстеження розвитку немовлят та дітей раннього віку [18]. Низка систематичних оглядів, проспективних і рандомізованих досліджень довели, що результати для дітей є суттєво кращими, якщо проблеми раннього виявлення та своєчасне надання реабілітаційних послуг вирішуються завдяки відповідним інструментам скринінгу та діагностичного тестування розвитку [19 - 26]. Доказом ефективності використання скринінгових тестів є те, що виявлення порушень розвитку завдяки використанню скринінгу відмічається у 80%, при рутинному клінічному дослідженні - у 14-54% [25].

Технології оцінювання розвитку дітей представлені трьома підходами: скринінгове оцінювання, діагностичне оцінювання та оцінювання на основі індивідуальних програм (програмне, безперервне) [25]. Скринінг розвитку – коротка процедура оцінювання, яка може виконуватися батьками та відповідає на запитання: «Чи потребує дитина подальшої оцінки?», тобто дає змогу виявити дітей, які потребують більш інтенсивної діагностики порушень розвитку. Діагностичне (поглиблене) оцінювання однієї або декількох областей розвитку для визначення характеру і масштабу фізичної проблеми або проблеми у розвитку відповідає на запитання: «Чи має дитина право на отримання послуг?» (раннього втручання, освітніх, медичних). Програмне оцінювання розвитку допомагає визначити поточний рівень функціонування дитини, який може визначити цілі та завдання адресної роботи з дитиною, допомогти у плануванні програми реабілітаційних заходів, використовуватися для оцінки прогресу дитини та відповідає на запитання: «Що дитині буде потрібно далі?», «Чи є програма ефективною?».

На теперішній час для раннього виявлення порушень розвитку в розвинених країнах використовують різні скринінгові тести: Parents' Evaluations of Developmental Status (PEDS), PEDS:Developmental Milestones (PEDS:DM), Battelle Developmental Inventory Screening Test (BDIST), PEDS:Developmental Milestones (PEDS:DM), Ages and Stages Questionnaire, Infant-Toddler Checklist for Language and Communications та ін. Для моніторингу розвитку дітей раннього віку створена безліч інформаційних ресурсів, як для батьків, так й для фахівців: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Facts for families ([www.aacap.org](http://www.aacap.org)), British Columbia Council for Families ([www.bccf.bc.ca](http://www.bccf.bc.ca)), Children and Youth Health ([www.cyh.sa.gov.au](http://www.cyh.sa.gov.au)), Early Childhood Connections ([www.rch.org.au/ecconnections/](http://www.rch.org.au/ecconnections/)), First 5 California ([www.cfc.ca.gov/parents/](http://www.cfc.ca.gov/parents/)), Kids' Health - the Nemours Foundation ([www.kidshealth.org](http://www.kidshealth.org)) та багато ін.

Так, у США рутинному скринінговому тестуванню розвитку підлягають всі діти у віці 9, 18, і 24 або 30 місяців [18].

Поглиблене діагностичне оцінювання розвитку, на відміну від використання скринінгових

тестів, вимагає для діагностики його порушень не лише більш тривалого часу (близько 60 хвилин проти 10 хвилин), але й підготовленого фахівця. Тобто, важливим елементом системи катamnестичного спостереження є більш високий рівень обслуговування дітей із залученням поглиблених технологій діагностики порушень розвитку. Широко в сучасній медичній літературі стосовно вивчення когнітивного й моторного розвитку у дітей, яких віднесено до групи ризику, висвітлені результати використання діагностичної шкали Бейлі (Bailey Scales of Infant Development (BSID III)) [27 – 29].

На жаль в Україні системно скринінгове тестування та діагностичне оцінювання розвитку дитини раннього віку не використовується, не існує електронного ресурсу, де батьки та фахівці мають змогу перевірити стан розвитку дитини, тому стають питання перекладу та адаптації валідних скринінгових тестів та діагностичних шкал для оцінювання розвитку популяції дітей в Україні.

Національний інститут дитячого здоров'я і розвитку людини (NICHD), Національний інститут неврологічних розладів та інсульту (NINDS) (США) рекомендують чотири рівня катamnестичного спостереження за новонародженими групи ризику:

1-й рівень – телефонне інтерв'ю з батьками лікаря-неонатолога або лікаря первинної медико-санітарної допомоги;

2-й рівень – відвідування клініки з використанням інструментів скринінгу або діагностичного тестування порушень розвитку;

3-й рівень – всебічне обстеження стану здоров'я із залученням усіх необхідних фахівців за одне відвідування родини з дитиною;

4-й рівень – послідовне оцінювання стану здоров'я та розвитку дитини мультидисциплінарною командою фахівців [29].

Отже, катamnестичне спостереження 3-4-го рівня вимагає наявності фахівців, які мають навички оцінювання розвитку дитини, володіють сучасними його технологіями. Як правило, задіяний у програмі спостереження за дітьми раннього віку медичний персонал має включати в себе не лише лікаря-педіатра-неонатолога, але й дитячого психолога, фізичного терапевта, логопеда [30]. Тому однією з передумов створення системи катamnестичного спостереження є належна та якісна підготовка кадрів.

Ще однією з важливих передумовою створення системи катamnестичного спостереження за новонародженими групи ризику є так званий аудит перинатальної допомоги в кожному конкретному регіоні країни. Так, наприклад, організатори охорони здоров'я та клініцисти з Канади створили національну електронну мережу - Canadian Neonatal Follow-up Network – з метою вдосконалення методів стандартизації та протоколів катamnестичного спостереження, національної бази даних для подальших нових можливостей оптимізації аку-

шерської та перинатальної служби [31]. Ефективна робота цих ланок охорони здоров'я має суто економічні вигоди для суспільства та держави.

На теперішній час відомо, що короткострокові результати виживання або відсутність порушень стану здоров'я в ранньому дитинстві не є достатніми для оцінки ефективності та безпеки лікування. Довгострокове подальше спостереження за новонародженими групи ризику покращить розуміння зв'язку між факторами ризику, типами лікування, методами втручання. Варто визнати, що в Україні є інформаційний «розрив» між перинатальними та довгостроковими результатами. Бракує інформації, підкріпленої доказами, стосовно ускладнень у новонароджених групи ризику та більшості методів лікування, які застосовуються у неонатальному періоді. Одним з ключових моментів дефіциту інформації є відсутність систематизованої бази даних, яка б містила результати захворювання та виживання новонароджених, дозволила б керувати регіональним та національним плануванням медичної допомоги, дати змогу ефективніше представляти інформацію батькам, а саме, проводити консультування батьків. При впровадженні медичного страхування систематизована база даних дозволила б рахувати економічні витрати.

Перелічивши усі ключові моменти власної ситуації та опиту розвинених країн, можна зосередитися на ще одному аспекті катamnестичного спостереження за новонародженими групи ризику – активному залученню до процесів росту та дозрівання дитини батьків та членів родини, тобто використанню принципу сімейно центрованого підходу.

Новонароджені високої групи ризику потребують більшої уваги членів родини. Батьки та члени родини повинні допомагати процесу розвитку відповідно до віку дитини, проводячи з дитиною час для спілкування, ігор, навчання, саморозвитку. Така взаємодія покращує відносини між батьками та дитиною та вносить позитивні зміни у ставлення батьків [32 – 34]. Корисний догляд батьків полягає у спостереженні за дитиною у відповідності до її віку, використуванні систематичної позитивної дисципліни, чіткому та підтримуючому спілкуванні, демонстрації ласки, прихильності, заохочення і схвалення. Дії дитини повинні високо цінуватися. Це робить дитину щасливою та заохочує робити інші дії. Більшість англомовних інформаційних ресурсів містять рекомендації батькам для сприяння розвитку їхніх дітей. Для того, щоб домогтися високого рівня спостереження, перш за все, батьків треба робити активними його учасниками: увагу батьків потрібно часто звертати на важливість спостереження, мати адреси постійного та фактичного проживання, а також телефонні номери для гарантованого здійснення спостереження. Катamnестичне спостереження передбачає перш за все раннє виявлення проблем затримки розвитку. Своєчасне скеровування

до реабілітаційних сервісів, з одного боку, може дати вигоди (медичні, економічні, соціальні), з іншого боку, ідентифікація проблем розвитку, яких не можна «вилікувати», може привести до занепокоєння батьків. Тому система катамнестичного спостереження має передбачити роботу психолога не лише з дітьми, а й з батьками, та вирішити ряд етичних питань.

І на останнє, як показали результати метааналізу Кохранівської бази даних, профілактика когнітивних та моторних порушень у передчасно народжених дітей більш ефективна при використанні розвиваючих програм раннього втручання у порівнянні зі звичайним катамнестичним спостереженням [32 -34]. Рання діагностика порушень розвитку та своєчасне скеровування родини до послуги раннього втручання є однією з найважливіших функцій системи катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику та дітьми раннього віку.

Раннє втручання (Early Intervention\Early Childhood Intervention) існує в світі як окремий напрямок надання допомоги дітям та сім'ям, яке має особливі технології та відрізняється від інших реабілітаційних систем [32 -34]. Раннє втручання є соціальною, комплексною, ціннісно-орієнтованою і цілісною організаційною системою, яка побудована на паритетних відносинах фахівців і батьків [33, 34]. Програми раннього втручання здійснюються у форматі амбулаторного супроводу та в до-

машніх умовах. Послуги розміщуються в громаді та є наближеними до родин та дітей (у кожній місцевості створюється мережа для забезпечення доступності послуги раннього втручання).

Одним з моментів є те, що допомога надається дітям, незалежно від наявності у них статусу інваліда, тобто допомогу отримують діти групи ризику, незалежно від діагнозу та важкості порушень. Реалізується багатопрофільна міждисциплінарна модель організації роботи команди фахівців за участю лікаря, психолога, логопеда, фізичного терапевта. Використовуються суто індивідуальні програми з урахуванням потреб кожної конкретної дитини та членів її родини, використовуються технології для створення сприятливого середовища та психологічного клімату в родині.

Таким чином, передумовами для створення системи катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику упродовж раннього віку в країні є високі показники інвалідизації та відмов від дітей, брак даних між показниками захворюваності новонароджених та довгостроковими результатами лікування, а також, економічних витрат. Як показує світовий досвід, створення системи катамнестичного спостереження за новонародженими групи ризику передбачає невитратні зусилля при реформуванні медичної галузі та призведе до економічних вигод, дозволить поліпшити якість життя дітям та членам їх родини, а в подальшому їх соціальну адаптацію.

## Література

1. Vohr BR. Neonatal follow-up programs in the new millennium / Vohr BR. // NeoReviews. – 2001. - №2. –P.241-248.
2. Sauve R. Neonatal follow-up programs and follow-up studies: Historical and current perspectives/ Sauve R, Lee SK.// Paediatr Child Health. – 2006. - №11(5). – P.267-70.
3. O'Shea M. Changing characteristics of neonatal follow-up studies / O'Shea M. //NeoReviews. – 2001. - №2. –P.249-256.
4. Wright LL. The role of follow-up in randomized controlled trials/ Wright LL. //NeoReviews. – 2001. - №2. –P. 257-266.
5. 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.
6. Saigal S. Self-perceived health-related quality of life of former extremely low birth weight infants at young adulthood/ Saigal S, Stoskopf B, Pinelli J, [et al] //Pediatrics. – 2006. - №118(3). – P.1140-1148.
7. Voss W. Long-term cognitive outcomes of extremely low-birth-weight infants: the influence of the maternal educational background/ Voss W, Jungmann T, Wachtendorf M, Neubauer AP. //Acta Paediatr. – 2012. -№101(6). –P.569-573.
8. Ishii N. Outcomes of infants born at 22 and 23 weeks' gestation/ Ishii N, Kono Y, Yonemoto N, Kusuda S, Fujimura M. //Pediatrics. – 2013. -№132(1). – P.62-71.
9. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network / De Jesus LC, Pappas A, Shankaran S, Kendrick D, Das A, Higgins RD, Bell EF, Stoll BJ, Laptook AR, Walsh MC// J. Pediatr. – 2012. -№161(1). – P.70
10. Swamy GK. Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth/Swamy GK, Ostbye T, Skjaerven R//JAMA. – 2008. - №299(12). –P. 1429
11. Знаменська Т.К. Національний проект «Нове життя. Нова якість охорони материнства та дитинства»:інновації наукового супроводу та медичної освіти /Т.К.Знаменська, Т.М.Бойчук, Ю.Д.Годованець//Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. -2013.-т.ІІІ №1(71).- С.13-18
12. ЗВІТ про здійснення Уповноваженим Президента України з прав дитини на виконання Доручення Президента України № 1-1/1852 від 22 липня 2013 року [Електронний ресурс]//Режим доступу: [http://www.president.gov.ua/docs/zvit\\_int\\_2013.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/zvit_int_2013.pdf)
13. Shonkoff JP. Early intervention for disabled infants and their families: a quantitative analysis./ Shonkoff JP, Hauser-Cram P.//Pediatrics. – 1987. -№80. – P.650.

14. Hospital Discharge of the High-Risk Neonate Committee on Fetus and Newborn/Pediatrics. – 2008. -№122:5. – P. 1119-1126.
15. Bree Andrews. NICU Follow-up: Medical and Developmental Management Age 0 to 3 Years /B. Andrews, M. Pellerite, P. Myers, J. R. Hageman// Neoreviews. – 2014. -№15. – P. 123
16. Наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008 «Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років», Київ: 2008. –52с.
17. 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>
18. Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening/ Pediatrics. – 2006. – №118. –P.405.
19. Spittle Alicia. /Early developmental intervention programmes post-hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants/ A. Spittle, J. Orton, P. Anderson [et al. Editorial Group] Cochrane Neonatal Group [Електронний ресурс]// режим доступу: <http://summaries.cochrane.org>
20. Anderson LM. The effectiveness of early childhood development programs. A systematic review/ Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT [et al.]/ Am .J. Prev. Med. – 2003. -№ 24.- P.24-32.
21. Palfrey JS. The Brookline Early Education Project: a 25-year follow-up study of a family-centered early health and development intervention/ Palfrey JS, Hauser-Cram P, Bronson MB [et al.]/Pediatrics. – 2005 .- P.116-144.
22. Campbell FA. The development of cognitive and academic abilities: growth curves from an early childhood educational experiment/ Campbell FA, Pungello EP, Miller-Johnson S [et al.] // Dev Psychol. - 2001. -№ 37. – P.231.
23. Reynolds AJ. Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools/ Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL, Mann EA. // JAMA. – 2001. - № 285. –P. 2339.
24. van Agt HM. A cluster-randomized trial of screening for language delay in toddlers: effects on school performance and language development at age 8 / van Agt HM, van der Stege HA, de Ridder-Sluis H [et al.]/ Pediatrics. – 2007. –№120.- P.1317.
25. Sheldrick R. C. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review/ Sheldrick, R. C. , Merchant, S. , & Perrin, E. C.// Pediatrics. -2011. -№ 128(2).- P.356-363.
26. ASQ-3™ and ASQ: SE /Training Materials by Jane Squires, Jane Farrell, Jantina Clifford, Suzanne Yockelson, and Elizabeth Twombly Copyright © 2011 Paul H. Brookes Publishing Co. [Електронний ресурс]// Режим доступу: [www.agesandstages.com](http://www.agesandstages.com)
27. Caskey M. Adult Talk in the NICU With Preterm Infants and Developmental Outcomes/ M. Caskey, B. Stephens, R. Tucker, B. Vohr// Pediatrics. – 2014. -№133(3). – P.578-584.
28. Blaggan S. A Parent Questionnaire for Developmental Screening in Infants Born Late and Moderately Preterm /S. Blaggan, A. Guy, E. M. Boyle, E. Spata [et al.]/ Pediatrics. – 2014. - №134(9). – P. 55-62.
29. Kidokoro H. Brain Injury and Altered Brain Growth in Preterm Infants: Predictors and Prognosis/ H. Kidokoro, P. J. Anderson, L. W. Doyle, L. J. Woodward [et al.]/ Pediatrics. – 2014. -№ 134(2). –P.444-453.
30. Follow-up Care of High-Risk Infants/Pediatrics. – 2004. – №114.– P. 866
31. Piga O.O. Відкриті питання катамнестичного спостереження за новонародженими груп ризику. Частина I. /O.O. Piga// Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. -2013.-т.ІІІ №2(8).- С.118-124.
32. SynnesA. R. Current status of neonatal follow-up in Canada /A. R. Synnes, F. Lefebvre, H. A. Caké // Paediatr. Child. Health. – 2006. -№ 11(5). –P. 271–274.
33. Кукуруза Г.В. Показники оцінки ефективності програм раннього втручання для дітей з порушенням психомоторного розвитку/ Г.В.Кукуруза //Медична психологія. - 2012, №2. - С.47-49.
34. Кукуруза А.В. Раннее вмешательство как система психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с нарушениями психомоторного развития /А.В.Кукуруза//Медична психологія . -2012. - №3. – С.32-35.

**ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ  
КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ  
(FOLLOW UP) ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ  
ГРУППЫ РИСКА**

*Е.А. Рига*

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

**Резюме.** На современном этапе во многих странах мира накоплен опыт катамнестического наблюдения за новорожденными группы риска по нарушению развития. В статье представлены основные предпосылки для создания системы катамнестического наблюдения в Украине, её основные структурные и технологические особенности. Система катамнестического наблюдения за новорожденными группы риска требует подготовки специалистов и их тесного взаимодействия с родителями, предусматривает создание единой национальной базы данных, планирование выписки новорожденного из стационара. При катамнестическом наблюдении за новорожденными должен проводиться мониторинг медицинских проблем, связанных с перинатальной патологией у детей, и мониторинг развития, который можно осуществлять благодаря скрининговым и диагностическим инструментам. Система катамнестического наблюдения будет способствовать улучшению перинатальной помощи в стране, активному привлечению к процессу роста и созревания ребенка родителей, будет способствовать снижению инвалидности и частоты отказов от детей.

**Ключевые слова:** новорождённые группы риска, катамнестическое наблюдение.

**THE OPEN ISSUES  
OF FOLLOW-UP OF RISK  
GROUP NEONATES**

*Riga O.O.*

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

**Summary.** Nowadays many countries around the world have experience in follow-up for developmental disabilities risk group newborns. The article presents the basic prerequisites for the establishment of a system of follow-up in Ukraine, the main structural and technological features. The follow-up system for risk group newborns requires training and their close collaboration with parents, provides for the establishment of a unified national database, discharge planning from hospital of newborn. At follow-up of newborns should be monitored medical problems associated with perinatal pathology of infants and monitoring of the development, which can be done through a screening and diagnostic tools. The follow-up system will help to improve perinatal care in the country, active involvement in the processes of growth and maturation parents of the child and to reduce disability and child abandonment.

**Keywords:** risk group neonates, follow-up.