

DOI: <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2025.1.123>

## Комплексная модель оптимизации амбулаторной медицинской помощи недоношенным детям

А.В. Симченко<sup>1</sup>, Е.Г. Асирян<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2025. – Том 24, №1. – С. 123-129.

## Comprehensive model of outpatient medical care optimization for premature infants

A.V. Simchenko<sup>1</sup>, E.G. Asiryan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Republican Scientific and Practical Center «Mother and Child», Minsk, Republic of Belarus

<sup>2</sup>Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2025;24(1):123-129.

---

### Резюме.

Недоношенность является одной из основных причин перинатальной и младенческой заболеваемости, ассоциирована с высокими рисками инвалидизации. В статье анализируются существующие мировые модели последующего (follow-up) наблюдения недоношенных детей и описывается белорусская модель междисциплинарной помощи, которая включает в себя медицинские, социальные и образовательные аспекты, направленные на улучшение качества амбулаторного наблюдения недоношенных детей. Реализация и развитие представленной модели, основанной на интеграции этапов катамнестического наблюдения, программ раннего вмешательства и технологий семейно-ориентированного подхода обеспечит комплексную поддержку ребенка и его семьи на всех этапах развития.

*Ключевые слова:* недоношенные дети; катамнестическое наблюдение; follow-up system; абилитация; раннее вмешательство; семейно-ориентированный подход в здравоохранении.

### Abstract.

Prematurity is one of the main causes of perinatal and infant morbidity associated with high risks of disability. The article analyzes existing global models of follow-up observation of premature infants and describes the Belarusian model of interdisciplinary care, which includes medical, social and educational aspects aimed at improving the quality of outpatient observation of premature infants. The implementation and development of the presented model based on the integration of the follow-up observation stages, early intervention programs and family-oriented approach technologies will provide comprehensive support for a child and his family at all stages of development.

*Keywords:* premature infants; follow-up observation; follow-up system; inclusion; early intervention; family-oriented approach in health care.

---

### Введение

Оптимизация медицинской помощи, выхаживания, реабилитации и повышения качества жизни детей, родившихся преждевременно, является одним из ключевых направлений современ-

ной перинатологии и педиатрии. Основные проблемы, определяющие структуру заболеваемости данной группы пациентов, связаны с выраженной морфофункциональной незрелостью органов и систем, усугубляющей тяжесть перинатальной патологии.

Необходимость формирования системы комплексного сопровождения недоношенных детей на третьем этапе выхаживания (follow-up system) обусловлена разрывом между технологиями интенсивной неонатальной помощи, применяемыми в перинатальных центрах, и организацией дальнейшего наблюдения и поддержки на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Разрозненные методические подходы и отсутствие унифицированных стандартов динамического наблюдения за недоношенными детьми после выписки из отделений второго этапа выхаживания приводят к серьезным проблемам в организации последующей реабилитации. Несогласованность в ведении пациента, нарушения преемственности медицинской помощи и понимание потенциальных рисков для здоровья затрудняет принятие решений для родителей недоношенных детей, формируя тревогу и опасения, делая выбор в пользу «выжидательной тактики», что приводит к упущению сенситивных периодов, когда вмешательство могло бы принести наибольший эффект с точки зрения нейропластичности.

В связи с этим возникла необходимость системного анализа долгосрочных результатов катamnестического наблюдения, стандартизации лечебно-диагностических подходов, повышения квалификации специалистов и внедрения междисциплинарного взаимодействия. Все эти факторы послужили основой для создания системы катamnестического наблюдения за недоношенными детьми на амбулаторном этапе в Республике Беларусь.

Катamnестическое наблюдение представляет собой комплексную систему медицинского сопровождения, ориентированную на динамический контроль за физическим, нервно-психическим и когнитивным развитием детей, а также на совершенствование методов реабилитации и реабилитации. В рамках данной системы обеспечивается ранняя диагностика возможных отклонений, углубленный мониторинг состояния здоровья с использованием современных технологий, а также скрининговое сопровождение для своевременного выявления факторов риска. Все это позволяет повысить качество медицинской помощи и улучшить прогноз для недоношенных детей [1-3].

Организация катamnестического наблюдения за недоношенными детьми является многогранной задачей. В русскоязычной и зарубежной литературе описаны различные модели организации

катamnестического наблюдения, каждая из которых имеет свои особенности и преимущества.

Многоуровневая система катamnестического наблюдения (Multilevel system of follow-up observation of premature infants) предусматривает несколько уровней наблюдения, включая роддома, территориальные амбулаторные поликлиники, медицинские специализированные центры и организации социального обслуживания. Данная система получила развитие в США, Канаде, Великобритании, Корее. Многоуровневая модель позволяет адаптировать наблюдение в зависимости от потребностей каждого ребенка и сопровождать семью на каждом последующем этапе оказания медицинской, педагогической и социальной помощи. Программы последующего наблюдения, обеспечивающие специализированную медицинскую помощь и диспансерное наблюдение недоношенных младенцев, осуществляются отдельно от практики амбулаторно-поликлинического наблюдения. Услуги реабилитации представлены в сфере развивающего ухода. Реализация программ наблюдения различна для младенцев разных сроков гестации и в среднем составляет 2-3 года. В некоторых программах предусмотрено домашнее визитирование [4, 5].

Мультидисциплинарный подход при наблюдении за недоношенными детьми (Multidisciplinary versus regular follow-up care) включает консультирование пациента профильными специалистами медицинского и педагогического профиля. Основные аспекты мультидисциплинарного подхода включают: скоординированное наблюдение (регулярные обследования и мониторинг развития недоношенных детей); реализацию индивидуализированного подхода, учитывающего его ведущие соматические проблемы и потребности; всестороннюю психологическую поддержку семьи (обеспечение психологической помощи родителям для снижения стресса и тревожности, вовлечение родителей в процесс ухода и лечение) [6, 7].

Семейно-ориентированный подход (Family-centred care) акцентирует внимание на вовлечении семьи в процесс наблюдения, лечения, реабилитации и реабилитации. Важными аспектами реализации этой модели являются: обучение и поддержка семьи; формирование эффективной коммуникации с медицинским персоналом, позволяющий учитывать мнения и беспокойства родителей; реализация индивидуализированного подхода при оказании помощи семье недоношен-

ного пациента (с учетом обстоятельств каждой семьи, их культуры); всесторонняя психосоциальная поддержка [8-10].

Модель индивидуализированного подхода (individualized approach) катамнестического наблюдения недоношенных младенцев сосредоточена на том, чтобы учитывать уникальные потребности и особенности каждого ребенка и его семьи. Этот подход подразумевает адаптацию программ диспансерного наблюдения в зависимости от индивидуальных характеристик ребенка, таких как срок гестации, прогрессирование соматических заболеваний, специфичных для недоношенности, и их влияние на развитие. Ключевыми аспектами индивидуализированного подхода являются: аудит состояния ребенка; разработка и реализация индивидуального плана наблюдения, который включает выбор кратности посещений, включая визитирование на дому; обучение и поддержка родителей для лучшего понимания потребностей ребенка [11-14].

Использование технологий телемедицинского консультирования (Telehealth in Pediatric Follow-Up Care for Premature Infants) в рамках катамнестического наблюдения недоношенных детей представляет собой важный инструмент, который позволяет обеспечивать качественную медицинскую помощь и поддержку с использованием технологий удаленной связи. Это особенно актуально для семей, которые могут проживать территориально удаленно от медицинских учреждений или имеют трудности с регулярными визитами. Реализуется возможность получения психологической помощи и поддержки для родителей через удаленные консультации [15].

Разнообразие моделей организации катамнестического наблюдения за недоношенными детьми позволили сформировать новый подход оказания помощи при последующем наблюдении, удовлетворяющий индивидуальным потребностям каждого ребенка. Подход развития здоровья на протяжении жизни (The life course health development) рассматривает здоровье не как статическое явление, а как динамическую характеристику, которая непрерывно совершенствуется на протяжении всей жизни. Этот процесс моделирует траекторию развития здоровья, которая видоизменяется в ответ на множественные факторы риска, встраиваясь в матрицу развития ребенка. Определенные факторы риска могут иметь «чрезмерное» влияние во время критических и чувствительных периодов развития, многие из

которых реализуются в перинатальный период, когда программируются биологические и поведенческие регуляторные системы [16].

Перспективы современных исследований сосредоточены на оптимизации действующих моделей катамнестического наблюдения; изучение влияния социальных факторов на здоровье недоношенных детей; разработку программ поддержки для семей, воспитывающих преждевременно рожденных детей, разработку стандартов диспансерного наблюдения, лечения и реабилитации, которые помогут улучшить качество жизни, указанной категории пациентов и их семей.

Цель исследования – разработка эффективных стратегий здравоохранения для амбулаторного наблюдения за недоношенными детьми через интеграцию катамнестического наблюдения и раннего вмешательства, направленных на обеспечение устойчивого развития недоношенного ребенка, а также на снижение показателя детской инвалидности указанной категории пациентов.

## Материал и методы

Основные этапы исследования выполняются на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», которое имеет в своей структуре отделения, оказывающие этапную медицинскую помощь недоношенным детям, и кафедры педиатрии №1 УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». Методы наблюдения и мониторинга: регистр недоношенных детей (система для сбора перинатальных факторов и данных, характеризующих структуру заболеваемости недоношенных детей).

## Результаты и обсуждение

Служба катамнестического наблюдения недоношенных детей в Республике Беларусь включает два уровня диспансерного наблюдения (Республиканский центр катамнестического наблюдения РНПЦ «Мать и дитя» и областные (городские) кабинеты катамнеза, однако требует модернизации с учетом современных рекомендаций ВОЗ и международных стандартов. Технологии, используемые службой ранней помощи в Центрах раннего вмешательства, направлены на раннее выявление нарушений, поддержку развития недоношенного ребенка и минимизацию реали-

зации отдаленных последствий недоношенности, ассоциированных с ограничением жизнедеятельности. Диспансерное наблюдение в периоде младшего детства имеет цели, направленные на мониторинг адаптации ребенка к дошкольному обучению.

Модели оптимизации амбулаторной помощи недоношенным детям включают в себя три этапа: этап катамнестического наблюдения (диспансерное наблюдение недоношенных детей в возрасте до 3-х лет; дети, рожденные с ОНМТ и ЭНМТ – до 6-ти лет); этап раннего вмешательства до достижения детьми возраста 3-х лет (включительно) профилактики инвалидизации; этап диспансерного наблюдения – предупреждение вторичных осложнений, подготовка ребенка к образовательному маршруту и мониторинг адаптации ребенка к дошкольному обучению (3-7 лет) (табл).

За период 2022-2024 гг. действующей моделью охвачено 6571 недоношенных детей, 22% из них составили дети с ОНМТ и ЭНМТ; на первом году жизни катамнестическим сопровождением охвачено более 90% детей. Офтальмологическим скринингом охвачено более 93% недоношенных детей в сроки 2-8 недели жизни.

Персонализированный подход включает дифференцированные стратегии при оказании помощи детям групп риска: дети с ЭНМТ, ОНМТ; дети с задержкой психомоторного развития, задержкой моторного развития, задержкой речевого развития; дети, с бронхолегочной дисплазией, ретинопатией, перинатальным поражением ЦНС – доля детей группы высокого риска составляет 44%.

Эффективность разработанной модели демонстрируется уменьшением доли детей, имеющих неблагоприятный психоневрологический прогноз и нарушения развития, обуславливающие ограничения жизнедеятельности, в группах детей, рожденных в сроке гестации 29-31 недели с 51,6% до 38,6% и в группах детей, рожденных в сроках гестации 32-34 недели с 32,9% до 22,0% (в динамике 2022 и 2023 гг.).

### Заключение

Развитие представленной модели оптимизации амбулаторной помощи недоношенным детям, основанной на этапах катамнестического наблюдения и сопровождении раннего вмешательства, имеет перспективы снижения частоты инвалидизирующих расстройств у указанной ка-

тегории детей за счет раннего выявления и своевременной качественной коррекции нарушений; оптимизации логистических маршрутов пациентов, позволяя избежать перегрузки детских реабилитационных отделений стационаров (что возможно за счет развития стационар-замещающих технологий посредством потенциала областных кабинетов катамнеза и возможностей базы консультативно-поликлинических отделений детских областных больниц); улучшения качества жизни недоношенных детей за счет применения комплексных программ абилитации и индивидуальных программ раннего вмешательства; повышение эффективности использования бюджетных ресурсов за счет сокращения госпитализаций. Оптимизация амбулаторного этапа медицинской помощи позволяет снизить частоту осложнений, повысить качество жизни и сократить нагрузку на стационарный сектор здравоохранения.

### Литература

1. Формирование системы динамического наблюдения за детьми, рожденными раньше срока, как важная стратегия по снижению инвалидности и улучшение качества их жизни / Е. С. Кешинян, И. А. Беляева, А. С. Петрова [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2023. Т. 102, № 1. С. 12–17. DOI: 10.24110/0031-403X-2023-102-1-12-17
2. Федорова, Л. А. Катамнез недоношенных детей / Л. А. Федорова // Детская медицина Северо-Запада. 2020. Т. 8, № 1. С. 354–355.
3. Осипов, А. М. Опыт работы кабинета мониторинга состояния здоровья и развития детей из групп перинатального риска, родившихся недоношенными, с очень низкой и экстремально низкой массой тела / А. М. Осипов, Г. Н. Киреева, И. И. Спичак // Педиатрический вестник Южного Урала. 2023. № 1. С. 4–12. DOI: 10.34710/Chel.2023.12.91.001
4. Long-term outcomes of preterm infants in the first 6 years of life: a nationwide population-based study in Korea / J. H. Jin, S. H. Lee, T. M. Youk, S. W. Yoon // European journal of pediatrics. 2023 Feb. Vol. 182, № 2. P. 641–650. DOI: 10.1007/s00431-022-04728-w
5. Ensuring Optimal Outcomes for Preterm Infants after NICU Discharge: A Life Course Health Development Approach to High-Risk Infant Follow-Up / J. S. Litt, N. Halfon, M. E. Msall [et al.] // Children (Basel). 2024 Jan. Vol. 11, № 2. P. 146. DOI: 10.3390/children11020146
6. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants / R. M. Phillips, M. Goldstein, K. Hougland [et al.] // Journal of perinatology. 2013 Jun. Vol. 33, suppl. 2. P. S5–S22. DOI: 10.1038/jp.2013.52
7. Follow-up care and support to parents of premature children: Multidisciplinary versus regular follow-up care / D. Bouwmeester, F. B. A. Naber, H. Heyman [et al.] // Child: care, health and development. 2024 Jan. Vol. 50, № 1. Art. 13185. DOI: 10.1111/cch.13185

Таблица 1 – Основные этапы модели оптимизации амбулаторной помощи недоношенным детям в Республике Беларусь

<p>I. Этап катamnестического наблюдения (0–3 года, дети с ОНМТ и ЭНМТ до 6 лет)</p>	<p>Первый год жизни. Контроль за состоянием здоровья и развитием (ежемесячные осмотры до 6 месяцев, затем 1 раз в 2–3 месяца). Регулярный мониторинг психоневрологического и моторного развития с применением шкал оценки нервно-психического развития (General Movements Assessment, Bayley Scales, HINE). Скрининг ретинопатии недоношенных (согласно республиканскому скринингу). Оценка нутритивного статуса и своевременная коррекция питания, включая назначение специализированных обогащенных смесей, обеспечивающих догоняющий рост, предупреждающих задержку постнатального роста.</p> <p>Второй-третий годы жизни. Оценка этапов развития, диагностика когнитивных, моторных и сенсорных нарушений. Обязательная консультация психолога и логопеда в 18 и 24 месяца с целью выявления речевых и поведенческих нарушений с использованием МКФ (Международной классификации функционирования), М-СНАТ. При отсутствии задержки этапов развития и значимой соматической патологии осуществляется постепенный переход к стандартному диспансерному наблюдению.</p>
<p>II. Этап раннего вмешательства (с рождения до 3 лет)</p>	<p>Основные технологии раннего вмешательства: Углубленная диагностика развития ребенка (стандартизированные нормативно-ориентированные шкалы: KID/RCDI; M-СНАТ). Оценка индивидуального профиля развития ребенка по системам. Интервью с родителями и практические пробы для оценки навыков ребёнка. Сенсомоторная терапия – методы Bobath, Vojta, концепции нейродинамической стимуляции. Психологическая поддержка семьи – помощь родителям в понимании особенностей ребенка и формировании привязанности. Терапия кормления – помощь в организации вскармливания и обучение родителей навыкам безопасного питания у детей с нарушениями развития. Индивидуальные программы раннего вмешательства стимуляции развития – участие в развивающих сессиях с междисциплинарной командой специалистов. Инклюзивные стратегии – подготовка к адаптации в детских коллективах, формирование адаптивного поведения и обучение навыкам самообслуживания.</p>
<p>III. Диспансерное наблюдение и адаптация ребенка к дошкольному обучению</p>	<p>Скрининг когнитивных и моторных функций (шкалы Griffiths, Denver-II, KID, RCDI). Оценка адаптивного поведения с учетом возрастных норм. Индивидуальные маршруты развития (программы раннего обучения, логопедическая коррекция). Катamnестическое наблюдение у профильных специалистов в соответствии с имеющейся соматической патологией.</p>
<p>IV. Организационные и цифровые технологии</p>	<p>Создание реестра недоношенных детей в областных кабинетах катamnеза и территориальных центрах раннего вмешательства – электронной базы данных для отслеживания этапов развития недоношенного ребенка и контроля за соблюдением профильных назначений. Цифровизация маршрутизации (дистанционное консультирование специалистов центров раннего вмешательства) – телемедицина и дистанционные консультации для семей, проживающих в удаленных районах. Школы для родителей (областные) – обучение по вопросам ухода за недоношенными детьми и профилактики задержек этапов развития.</p>

8. Yu, X. Family-centred care for hospitalized preterm infants: A systematic review and meta-analysis / X. Yu, J. Zhang // International journal of nursing practice. 2019 Jun. Vol. 25, № 3. Art. e12705. DOI: 10.1111/ijn.12705
9. Effect of family-centered care interventions on motor and neurobehavior development of very preterm infants: a protocol for systematic review / M. K. Raghupathy, B. K. Rao, S. R. Nayak [et al.] // Systematic reviews. 2021 Feb. Vol. 10, № 1. P. 59. DOI: 10.1186/s13643-021-01612-w
10. Effect of family-centred care on parental mental health and parent–infant interactions for preterm infants: a systematic review protocol / Q. Cai, H. Wang, D. Chen [et al.] // BMJ Open. 2022 Oct. Vol. 12, № 10. Art. e062004. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-062004

11. developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations / N. Griffiths, K. Spence, A. Loughran-Fowlds, B. Westrup // Early human development. 2019 Dec. Vol. 139. Art. 104840. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2019.104840
12. Personalized support of parents of extremely preterm infants before, during and after birth / M. F. Haward, T. M. Luu, R. Pearce, A. Janvier // Seminars in fetal and neonatal medicine. 2022 Jun. Vol. 27, № 3. Art. 101335. DOI: 10.1016/j.siny.2022.101335
13. Litt, J. S. High-Risk Infant Follow-Up After NICU Discharge: Current Care Models and Future Considerations / J. S. Litt, D. E. Campbell // Clinics in perinatology. 2023 Mar. Vol. 50, № 1. P. 225–238. DOI: 10.1016/j.clp.2022.11.004
14. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants / A. Spittle, J. Orton, P. J. Anderson [et al.] // The Cochrane database of systematic reviews. 2015 Nov. Vol. 2105, № 11. Art. CD005495. DOI: 10.1002/14651858.CD005495.pub4
15. Adaption of Follow-Up Visits for Preterm and High-Risk Children for Video Consultations / A. K. Dathe, S. Greve, U. Teschler [et al.] // Telemedicine journal and e-health. 2024 Jun. Vol. 30, № 7. P. e2004–e2012. DOI: 10.1089/tmj.2023.0594
16. Disparities and Early Engagement Associated with the 18- to 36-Month High-Risk Infant Follow-Up Visit among Very Low Birthweight Infants in California / A. Lakshmanan, E. E. Rogers, T. Lu [et al.] // The Journal of pediatrics. 2022 Sep. Vol. 248. P. 30–38. DOI: 10.1016/j.jpeds.2022.05.026

*Поступила 10.01.2025 г.  
Принята в печать 11.02.2025 г.*

### References

1. Keshishyan ES, Belyaeva IA, Petrova AS, Fedorova LA, Ledyaykina LV, Malyutina LV, i dr. Formation of a system of dynamic monitoring of children born prematurely as an important strategy to reduce disability and improve their quality of life. *Pediatriya Zhurnal im GN Speranskogo*. 2023;102(1):12-17. (In Russ.). doi: 10.24110/0031-403X-2023-102-1-12-17
2. Fedorova LA. Catamnesis of premature infants. *Detskaya Meditsina Severo-Zapada*. 2020;8(1):354-355. (In Russ.)
3. Osipov AM, Kireeva GN, Spichak II. Experience of the work of the office for monitoring the health and development of children from perinatal risk groups born prematurely, with very low and extremely low body weight. *Pediatricheskii Vestnik Yuzhnogo Urala*. 2023;(1): 4-12. (In Russ.). doi: 10.34710/Chel.2023.12.91.001
4. Jin JH, Lee SH, Youk TM, Yoon SW. Long-term outcomes of preterm infants in the first 6 years of life: a nationwide population-based study in Korea. *European Journal Pediatrics*. 2023 Feb;182(2):641-650. doi: 10.1007/s00431-022-04728-w
5. Litt JS, Halfon N, Msall ME, Russ SA, Hintz SR. Ensuring Optimal Outcomes for Preterm Infants after NICU Discharge: A Life Course Health Development Approach to High-Risk Infant Follow-Up. *Children (Basel)*. 2024 Jan;11(2):146. doi: 10.3390/children11020146
6. Phillips RM, Goldstein M, Houglund K, Nandyal R, Pizzica A, Santa-Donato A, et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. *Journal Perinatology*. 2013 Jun;33(Suppl 2):S5–S22. doi: 10.1038/jp.2013.53
7. Bouwmeester D, Naber FBA, Heyman H, Hoffmann-Haringsma A, Lens A, Brunt TM. Follow-up care and support to parents of premature children: Multidisciplinary versus regular follow-up care. *Child Care Health Development*. 2024 Jan;50(1):e13185. doi: 10.1111/cch.13185
8. Yu X, Zhang J. Family-centred care for hospitalized preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *International Journal Nursing Practice*. 2019 Jun;25(3):e12705. doi: 10.1111/ijn.12705
9. Raghupathy MK, Rao BK, Nayak SR, Spittle AJ, Parsekar SS. Effect of family-centered care interventions on motor and neurobehavior development of very preterm infants: a protocol for systematic review. *Systematic Reviews*. 2021 Feb;10(1):59. doi: 10.1186/s13643-021-01612-w
10. Cai Q, Wang H, Chen D, Xu W, Yang R, Xu X. Effect of family-centred care on parental mental health and parent–infant interactions for preterm infants: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2022 Oct;12(10):e062004. doi: 10.1136/bmjopen-2022-062004
11. Griffiths N, Spence K, Loughran-Fowlds A, Westrup B. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Human Development*. 2019 Dec;139:104840. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2019.104840
12. Haward MF, Luu TM, Pearce R, Janvier A. Personalized support of parents of extremely preterm infants before, during and after birth. *Seminars Fetal Neonatal Medicine*. 2022 Jun;27(3):101335. doi: 10.1016/j.siny.2022.101335
13. Litt JS, Campbell DE. High-Risk Infant Follow-Up After NICU Discharge: Current Care Models and Future Considerations. *Clinics Perinatology*. 2023 Mar;50(1):225-238. doi: 10.1016/j.clp.2022.11.004
14. Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2015 Nov;2015(11):CD005495. doi: 10.1002/14651858.CD005495.pub4
15. Dathe AK, Greve S, Teschler U, Heuser-Spura KM, Cordier L, Albayrak B, et al. Adaption of Follow-Up Visits for Preterm and High-Risk Children for Video Consultations. *Telemedicine Journal Ee-health*. 2024 Jun;30(7):e2004-e2012. doi: 10.1089/tmj.2023.0594
16. Lakshmanan A, Rogers EE, Lu T, Gray E, Vernon L, Briscoe H. Disparities and Early Engagement Associated with the 18- to 36-Month High-Risk Infant Follow-Up Visit among Very Low Birthweight Infants in California. *Journal Pediatrics*. 2022 Sep;248:30-38.e3. doi: 0.1016/j.jpeds.2022.05.026

*Submitted 10.01.2025  
Accepted 11.02.2025*

**Сведения об авторах:**

А.В. Симченко – к.м.н., доцент, зав. мониторингового информационно-методического отделения детского здоровья, ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,  
e-mail: anja\_simchenko@rambler.ru – Симченко Анна Валерьевна;

Е.Г. Асирян – д.м.н., доцент, профессор кафедры педиатрии №1, проректор по научной работе, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет».

**Information about authors:**

A.V. Simchenko – Candidate of Medical Sciences, associate professor, head of the Monitoring Information and Methodological Department of Child Health, Republican Scientific and Practical Center «Mother and Child»,  
e-mail: anja\_simchenko@rambler.ru – Anna V. Simchenko;

E.G. Asiryan – Doctor of Medical Sciences, associate professor, Vice-rector for Research, professor of the Chair of Pediatrics No. 1, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.