DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.15

М.М. Кісельова,
Л.П. Сакалош, В.Р. Уська

ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра педіатрії і неонатології факультету післядипломної освіти

УДК: 614.23:314.37]:616.89]-053.2

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ФУНДАМЕНТ СПІВПРАЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ, ПЕДІАТРА ТА ДИТЯЧОГО ПСИХІАТРА

Резюме. Вікові особливості фізичного та психічного розвитку дитини є ключовим орієнтиром для клінічного мислення лікаря та основою своєчасного виявлення порушень розвитку. В умовах реформування системи охорони здоров'я України, впровадження катамнестичного спостереження й зростання перинатальних ризиків, пов'язаних із війною, особливої актуальності набуває міждисциплінарна взаємодія сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра.
Мета. Проаналізувати роль вікових особливостей фізичного й психічного розвитку дитини як міждисциплінарного фундаменту взаємодії сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра, а також обґрунтувати їх значення для раннього виявлення порушень розвитку, планування катамнестичного спостереження й забезпечення безперервності медичної допомоги дітям, зокрема з перинатальними факторами ризику.
Матеріали та методи. Проведено аналіз 28 джерел, включно з чинними нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, міжнародними клінічними настановами, рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я та сучасними науковими публікаціями з питань нейророзвиткових порушень, інтелектуальної недостатності й міждисциплінарної медичної допомоги дітям.
Результати та їх обговорення. Показано, що вікові норми фізичного та психічного розвитку виконують функцію спільної професійної мови для лікарів різних спеціальностей, забезпечуючи наступність і узгодженість медичної допомоги від неонатального періоду до підліткового віку. Обґрунтовано значення вікових «червоних прапорців» розвитку як інструмента раннього виявлення нейророзвиткових і психічних порушень. Встановлено, що діти з обтяженим перинатальним анамнезом, зокрема в умовах війни, становлять групу підвищеного ризику щодо затримки розвитку, що потребує тривалого катамнестичного та мультидисциплінарного супроводу. Проаналізовано роль фізичних і соматичних маркерів, психометричної та адаптивної оцінки у формуванні спільної клінічної стратегії ведення дитини.
Висновки. Вікові особливості фізичного та психічного розвитку є не лише діагностичним критерієм, а інтеграційною платформою міждисциплінарної взаємодії сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра. Їх системне використання дозволяє забезпечити раннє виявлення порушень розвитку, своєчасне залучення спеціалізованої допомоги та підвищення якості довготривалого медичного супроводу дітей, особливо з перинатальними факторами ризику в умовах воєнного часу.
Ключові слова: вікові особливості розвитку, міждисциплінарна взаємодія, сімейний лікар, педіатр, дитячий психіатр, інтелектуальна недостатність, катамнестичне спостереження, перинатальні фактори ризику, війна.

Сучасна медична практика дедалі чіткіше демонструє, що ефективна допомога дитині неможлива без урахування вікових особливостей її фізичного та психічного розвитку. Саме розвиток дитини, а не ізольований симптом чи нозологія є ключовим орієнтиром для клінічного мислення лікаря на всіх рівнях надання медичної допомоги. Це є особливо актуальним у сфері охорони психічного здоров'я дітей, де ранні прояви порушень нерідко інтерпретуються як вікові варіанти норми або неспецифічні поведінкові труднощі. Водночас саме при веденні дітей із нейророзвитковими порушеннями, зокрема інтелектуальною недостатністю, міждисциплінарна взаємодія набуває ключового значення, оскільки клінічні прояви формуються поступово, а прогноз значною мірою визначається своєчасністю виявлення та узгодженістю дій медичної команди [1-4]. У цьому контексті вікові особливості розвитку виступають не лише діагностичним критерієм, а інтеграційною платформою співпраці сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра.

У системі охорони здоров'я України провідну роль у спостереженні за розвитком дитини відіграють сімейний лікар і педіатр, які першими контактують із дитиною та її родиною, здійснюють

© М.М. Кісельова, Л.П. Сакалош, В.Р. Уська

профілактичні огляди й динамічне спостереження [5-8]. Водночас дитячий психіатр залучається переважно на етапі виражених або тривалих порушень, що нерідко зумовлює пізню діагностику нейророзвиткових і психічних розладів. Така фрагментація допомоги значною мірою пов'язана з недостатньою інтеграцією вікових підходів до оцінки розвитку в міждисциплінарну практику.

Реформування первинної медичної допомоги, впровадження профілактичних оглядів, розвиток системи катамнестичного спостереження та орієнтація на раннє втручання потребують спільного методологічного підходу, зрозумілого для лікарів різних спеціальностей. Такою основою виступають вікові закономірності фізичного, психомоторного, когнітивного та соціально-емоційного розвитку дитини, що дають змогу своєчасно відмежовувати варіанти норми від патологічних змін, формувати оптимальні маршрути пацієнта та забезпечувати узгодженість міждисциплінарних дій. У цьому контексті раннє виявлення й ведення інтелектуальних та глобальних порушень розвитку постає однією з ключових сфер взаємодії сімейного лікаря, педіатра і дитячого психіатра, оскільки такі порушення формуються поступово та мають тривалий вплив на функціонування дитини, її родини й системи охорони здоров'я загалом.

Інтелектуальна недостатність визначається як поєднання дефіцитів інтелектуальних функцій та адаптивного функціонування, що виникають у період розвитку (до 18 років) і проявляються в концептуальній, соціальній та практичній сферах життєдіяльності. Важливо, що тяжкість стану визначається не рівнем IQ, а рівнем адаптивного функціонування, що безпосередньо пов'язує медичну, психіатричну й соціальну складові допомоги [9-13].

Для первинної ланки (сімейного лікаря та педіатра) вікові особливості розвитку є інструментом клінічної настороженості, тоді як для дитячого психіатра — основою диференційної діагностики та визначення потреби в підтримці.

Мета дослідження: аналіз ролі вікових особливостей фізичного й психічного розвитку дитини як міждисциплінарного фундаменту взаємодії сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра, а також обґрунтування їх значення для раннього виявлення порушень розвитку, підвищення якості діагностики й забезпечення безперервності медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

Для підготовки статті було проаналізовано 28 джерел, що включали нормативно-правові акти України, міжнародні клінічні настанови, а також сучасні наукові публікації з питань вікового фізичного, психічного та нейророзвиткового розвитку дітей.

До нормативної бази увійшли чинні документи Міністерства охорони здоров'я України, зокрема клінічні протоколи медичного догляду за дітьми раннього віку, порядок проведення профілактичних медичних оглядів дітей, а також матеріали щодо катамнестичного спостереження за дітьми груп ризику [5-8].

Наукову основу дослідження становили міжнародні оглядові й аналітичні публікації, присвячені інтелектуальній недостатності, нейророзвитковим розладам, віковим закономірностям когнітивного та адаптивного функціонування, принципам міждисциплінарної медичної допомоги дітям, у тому числі дані сучасних клінічних ресурсів і професійних медичних платформ, зокрема платформи *Medscape, National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information.*

Також було використано матеріали Всесвітньої організації охорони здоров'я, міжнародних професійних асоціацій та результати клінічних і популяційних досліджень, що висвітлюють підходи до раннього виявлення порушень розвитку, оцінки адаптивного функціонування та довготривалого супроводу дітей з особливими потребами [14-16].

Результати та їх обговорення

Відомо, що розвиток дитини умовно поділяють на декілька вікових періодів, кожен з яких має характерні фізичні та психічні особливості. Ключовими етапами, що підлягають оцінці, є: неонатальний період (0-28 днів): час адаптації новонародженого до життя поза материнським середовищем, коли оцінюють рефлекси, м'язовий тонус, реакції на звуки та світло. У цей період здійснюється перший скринінг стану дитини та патронаж вдома відповідно до затверджених протоколів [6, 7]; грудний вік (1-12 місяців): перший рік життя, протягом якого дитина швидко набирає масу і зріст, опановує навички тримання голови, перевертання, сидіння, повзання та перші кроки. Паралельно розвиваються психомоторні навички: поява гулу, лепету, перші слова, емоційні реакції на близьких. Цей період найбільш інтенсивного розвитку, тому медичні огляди проводяться щомісячно для моніторингу фізичних показників і нервово-психічного розвитку; раннє дитинство (1-3 роки).

Отже, ключовими віковими точками контролю за фізичним і нервово-психічним розвитком дитини до трьох років є 1 місяць, 6 місяців, 12 місяців, 18 місяців, 2 роки та 3 роки, що відповідає критичним моментам досягнення основних навичок [6, 7].

Після 3 років, відповідно до нових нормативів, профілактичні огляди проводяться рідше, але також регулярно — у дошкільному віці та нада-

лі щорічно або згідно з визначеним графіком до 18 років. Зокрема, *наказ МОЗ № 2003 від 03.12.2024* затвердив Порядок та періодичність профілактичних медичних оглядів дітей від народження до 4 років і від 4 до 18 років, що актуалізує графік спостереження за здоров'ям та розвитком дітей на всіх етапах дитинства і підліткового періоду [6].

У дошкільному віці, коли стрімко розвиваються мова, моторика та соціальні навички, слід уважно аналізувати й деталізувати кожну із цих складових гармонійного розвитку дитини. Дитина починає говорити фразами, самостійно ходити, гратися з іншими дітьми. Огляди на цьому етапі дозволяють перевірити сформованість ходьби, розвитку мовлення, зору і слуху, а також виявити можливі відхилення (наприклад, ознаки розладів аутистичного спектра або затримки мовлення); передшкільний вік (3-6 років): період активного пізнання світу і підготовки до школи. Дитина удосконалює дрібну моторику (малювання, письмові навички), розвиває уяву, навчається взаємодіяти в колективі. У цей час важливо оцінити емоційно-вольовий розвиток та готовність до навчання.

Планові огляди перед вступом до дитячого садка чи школи є обов'язковими: лікар перевіряє фізичну готовність і психологічну зрілість дитини до підвищених навантажень; молодший шкільний вік (6-12 років): час становлення навчальних навичок. Темпи фізичного росту рівномірні, розвивається мислення, пам'ять, увага [8].

Медичний контроль необхідно зосереджувати на стані постави, зору, слуху, а також на адаптації в школі. У цей період можуть проявлятися розлади навчання або поведінки (наприклад, СДУГ), тому важлива оцінка психічного стану в співпраці шкільного психолога, педіатра та за потреби дитячого психіатра. Підлітковому віку (12-18 років) — періоду статевого дозрівання і інтенсивних психологічних змін — властиві стрибок росту, гормональні зміни, формування особистості. Огляд підлітка має включати оцінку статевого розвитку, фізичного здоров'я (артеріального тиску, стану опорно-рухового апарату тощо) та обов'язково психічного стану — у цей час зростають ризики емоційних розладів, депресії, поведінкових проблем. За рекомендаціями ВООЗ підлітковий період охоплює 10-19 років, і медична допомога в цей час має бути чутливою до вікових особливостей психіки [15].

Особливого значення опис вікових періодів фізичного та психічного розвитку дитини набуває в умовах війни, коли траєкторія розвитку дедалі частіше формується під впливом множинних перинатальних і постнатальних ризиків [17-21]. Воєнні дії суттєво змінили епідеміологічний і клінічний профіль перинатальної патології в Україні, посиливши частоту та тяжкість чинників, що негативно впливають на ранній розвиток дитини [22].

Вагітність і пологи в умовах війни супроводжуються хронічним психоемоційним стресом матері, порушенням антенатального спостереження, обмеженим доступом до спеціалізованої медичної допомоги, вимушеними переміщеннями, а також зростанням частоти передчасних пологів, внутрішньоутробної гіпоксії та інфекційних ускладнень [23, 24]. Унаслідок цього зростає кількість дітей з анамнезом неонатальної енцефалопатії, гіпоксично-ішемічного ураження центральної нервової системи, внутрішньоутробних і ранніх неонатальних інфекцій, а також із тяжким перебігом септичних станів перинатального періоду [25].

Особливістю впливу воєнних факторів є кумулятивний характер ризику, коли біологічні ушкодження перинатального періоду поєднуються з несприятливими постнатальними умовами: тривалим стресом у родині, порушенням безпеки середовища, нестабільністю догляду, перериванням медичного спостереження. За таких умов порушення розвитку часто мають відстрочений характер і проявляються не в ранньому неонатальному періоді, а на наступних вікових етапах — у вигляді затримки мовлення, когнітивних труднощів, емоційно-поведінкових розладів, зниження адаптивного функціонування [26].

У воєнному контексті вікові норми розвитку перестають бути лише інструментом оцінки «середньостатистичної» дитини і набувають значення динамічного індикатора індивідуальної вразливості, що дозволяє виявляти наслідки перинатальної патології на різних етапах дозрівання нервової системи. Саме тому діти з обтяженим перинатальним анамнезом, народжені в умовах війни, мають розглядатися як група підвищеного ризику щодо нейророзвиткових і психічних порушень, незалежно від початкової клінічної тяжкості стану в неонатальному періоді [24, 26].

За таких обставин міждисциплінарна взаємодія сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра набуває принципового значення не лише для раннього виявлення порушень розвитку, а й для забезпечення безперервності спостереження та підтримки дитини в умовах нестабільності системи охорони здоров'я. Саме вікові особливості фізичного і психічного розвитку стають спільною професійною мовою, що дозволяє інтегрувати дані перинатального анамнезу, клінічних спостережень і психіатричної оцінки в єдину стратегію довготривалого супроводу.

Вроджені вади розвитку, неонатальна енцефалопатія, гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи, внутрішньоутробні та ранні неонатальні інфекції, а також тяжкий перебіг інфекційної патології перинатального періоду є чинниками, що впливають на формування нейророзвитку вже з перших днів життя. Навіть за

відсутності виражених неврологічних симптомів у неонатальному періоді ці стани можуть проявлятися в подальшому як затримка психомоторного розвитку, порушення мовлення, труднощі формування когнітивних і адаптивних навичок, емоційно-поведінкові розлади [17-21].

Особливістю таких порушень є їх відстрочений або поступовий характер, коли клінічні прояви стають очевидними лише на певному віковому етапі — у період активного розвитку мовлення, соціальної взаємодії або навчальної діяльності. У цьому контексті вікові норми розвитку перестають бути лише інструментом скринінгу і набувають значення точки порівняння індивідуальної траєкторії розвитку дитини, сформованої під впливом перинатальної патології.

Діти з анамнезом неонатальної енцефалопатії, тяжких інфекційних захворювань, сепсису, менінгіту, внутрішньоутробних інфекцій або з вродженими вадами розвитку становлять групу підвищеного ризику нейророзвиткових порушень, що зумовлює необхідність їх тривалого катамнестичного спостереження. Саме в цій групі особливо чітко проявляється потреба в скоординованій взаємодії сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра, яка дозволяє своєчасно виявляти відхилення від очікуваних вікових показників і коригувати тактику ведення.

Таким чином, перехід від опису вікових періодів розвитку до аналізу порушень, асоційованих із перинатальною патологією, є логічним продовженням концепції розвитку дитини як динамічного процесу, що формується під впливом як біологічних, так і медико-соціальних чинників.

Розуміння та врахування вікових норм розвитку дитини є критично важливим для правильної діагностики й своєчасного надання допомоги. Кожна вікова стадія має свої межі норми для фізичних показників і психічних навичок, і відхилення від цих норм можуть свідчити про патологію або особливі потреби дитини. Належна оцінка вікових особливостей впливає на якість медичної допомоги декількома шляхами, зокрема через своєчасне виявлення порушень. Регулярні профілактичні огляди, що враховують вік дитини, дозволяють вчасно виявляти відхилення у фізичному або нервово-психічному розвитку. Наприклад, якщо дитина не тримає голову в 3 місяці чи не вимовляє жодного слова у 18 місяців — це сигнал для лікаря про можливу затримку розвитку [2, 3].

Незважаючи на втрату чинності Наказу МОЗ України № 149, більшість його положень щодо оцінки фізичного стану та психомоторного розвитку дітей віком до 3 років відповідають високодоказовим рекомендаціям і залишаються актуальними для практики лікарів первинної ланки, передбачаючи обов'язкове проведення такої оцінки під час кожного огляду з метою раннього виявлення патологічних станів. Такий підхід забезпечує ранню діагностику багатьох розладів — від вроджених вад (наприклад, вади слуху, зору, ортопедичні проблеми) до розладів спектра аутизму чи ДЦП — на ранніх етапах, коли втручання найбільш ефективне. Реалізація положень нового порядку катамнестичного спостереження також спрямована саме на раннє виявлення факторів ризику та своєчасну діагностику відхилень розвитку дітей, які цього потребують [5].

Знання вікових норм допомагає лікарю відрізнити патологію від варіанта норми і правильно встановити діагноз. Деякі поведінкові чи емоційні прояви, що є нормальними для певного віку, можуть помилково сприйматися як розлад, якщо не врахувати контекст розвитку. Наприклад, криза 3 років із негативізмом і впертістю — очікуваний етап психологічного розвитку, і він не повинен діагностуватися як поведінковий розлад. З іншого боку, ігнорування вікових нормативів може призвести до пізнього встановлення діагнозу, як-от пропущення ознак аутизму у 2-3 роки, коли дитина ще не говорить і уникає контакту, списуючи це на «індивідуальні особливості». Таким чином, урахування вікових характеристик підвищує точність діагностики, зменшуючи ризик як гіпердіагностики, так і недообстеження.

Якщо розвиток дитини оцінюється правильно і відхилення помічено вчасно, можна швидко залучити необхідних фахівців та якісно і своєчасно розпочати корекційні заходи. Наприклад, при затримці мовлення сімейний лікар чи педіатр скерує дитину до сурдолога або логопеда, при підозрі на розлад аутистичного спектра — до дитячого психіатра або невролога. Відповідно до валідних із позиції доказової медицини положень наказу № 149, у разі виявлення будь-яких відхилень стану здоров'я дитини під час профілактичного огляду призначаються додаткові втручання або обстеження згідно з чинними протоколами та показаннями. Така тактика гарантує, що дитина отримає необхідну допомогу на максимально ранніх етапах, що істотно покращить прогноз. Зокрема, впровадження системи катамнестичного спостереження (довготривалого моніторингу) для дітей груп ризику має на меті не лише раннє виявлення, а й профілактичні та реабілітаційні заходи для мінімізації негативних наслідків для здоров'я дитини [5].

Отже, урахування вікового фактора дозволяє підвищити якість допомоги: від профілактики до своєчасної терапії чи корекції розвитку. У цьому контексті вікові особливості розвитку виступають не лише критерієм оцінки, а й інструментом прогнозування та планування міждисциплінарного супроводу дитини з перинатальним ризиком, а

також інтеграційною платформою, що дозволяє сімейному лікарю, педіатру і дитячому психіатру діяти в єдиному клінічному полі — від раннього виявлення до довготривалого супроводу дитини.

Кожен етап розвитку потребує персоніфікованого підходу до спілкування з дитиною та батьками, а також до методів обстеження й лікування. Наприклад, при огляді немовляти лікар орієнтується на безболісні методи обстеження, консультації щодо вигодовування та догляду. У підлітковому віці, навпаки, важливо дотримуватися конфіденційності, встановлювати довірливий контакт із підлітком, враховувати психологічну вразливість цього віку. Вікові рекомендації (навіть такі, як стилі спілкування і способи проведення огляду) прописані у відповідних клінічних настановах та навчальних матеріалах для лікарів.

Таким чином, знання вікових особливостей допомагає надати допомогу, яка є доречною та ефективною для даного віку, що підвищує її якість і прийнятність для пацієнта.

Вікові норми фізичного та психічного розвитку є своєрідним «єдиним словником» для лікарів різних спеціальностей для сімейного лікаря, педіатра і дитячого психіатра, які опікуються здоров'ям дітей. Сімейний лікар, лікар-педіатр та дитячий психіатр, попри різні ролі, спираються на спільні критерії розвитку дитини, що забезпечує узгодженість їхніх дій і наступності медичної допомоги.

По-перше, сімейні лікарі та педіатри на первинній ланці використовують однакові протоколи спостереження за здоровою дитиною. В Україні профілактичне спостереження дітей раннього віку може здійснюватися як педіатром, так і сімейним лікарем (залежно від вибору сім'ї та наявності фахівців). Наказ № 149 та актуальні накази МОЗ (зокрема, № 504 від 2018 р. і № 2003 від 2024 р.) чітко регламентують, що при спостереженні за здоровою дитиною на первинному рівні слід проводити комплексну оцінку її розвитку (фізичного і психічного), надавати медичну та психосоціальну допомогу відповідно до потреб вікового періоду, консультувати з питань вигодовування, харчування, профілактики травм і захворювань тощо. Тобто і сімейний лікар, і дільничний педіатр мають однакові орієнтири щодо того, що вважати нормою в певному віці і коли залучати вузьких спеціалістів. Це уніфікує підходи: незалежно від того, до кого першого звернуться батьки — до педіатра чи до сімейного лікаря — оцінка розвитку дитини проводиться за єдиними стандартами та шкалами [6-8].

Наказ МОЗ № 2003 (03.12.2024) — *«Про затвердження Порядків та періодичності проведення профілактичних медичних оглядів певних категорій дітей»* [6, 7]. Цим актуальним наказом затверджено єдиний порядок профілактичних оглядів для дітей від народження до 18 років. Для малюків до 4 років фактично імплементовано підходи, описані раніше (часті огляди на первинці, патронаж, вакцинація, скринінг розвитку), а для дітей 4-18 років визначено періодичність медоглядів у дошкільних і шкільних закладах. Важливо, що наказ № 2003 підкреслює: профілактичні огляди на первинному рівні — це не просто «формальність», а медична послуга, яка включає комплексну оцінку стану здоров'я і розвитку дитини з наданням необхідної медичної та психосоціальної допомоги під час візиту.

Таким чином, цей нормативний акт закріплює інтегрований підхід: під час одного огляду лікар первинної ланки оцінює і фізичний, і психічний розвиток, за потреби залучає до команди огляду медсестру, психолога або скеровує до вузького спеціаліста. Наказ також передбачає гнучкість в умовах надзвичайних ситуацій (епідемія, війна) — збереження безперервності медичного спостереження, навіть якщо патронаж удома неможливий. Це показує, що система організована так, щоб дитина не «випала» з поля зору лікарів, а різні фахівці могли обмінюватися інформацією про неї.

Протокол МОЗ України № 149 (20.03.2008) передбачав, що за результатами кожного огляду педіатр/сімейний лікар визначає подальшу тактику спостереження або обстеження дитини. Якщо щось насторожує, лікар скеровує на додаткові консультації до вузьких спеціалістів чи на обстеження відповідно до показань. Це і є реалізація міждисциплінарного підходу: протокол чітко окреслює, коли первинна ланка залучає фахівців (невролога, офтальмолога, хірурга, психіатра тощо).

Таким чином, ще на рівні раннього розвитку забезпечується координація: педіатр спостерігає регулярно, а за потреби скеровує до спеціаліста — усі діють за спільним протоколом.

Наказ МОЗ щодо катамнестичного спостереження (оновлений 2025 р.) — це нова ініціатива МОЗ, покликана удосконалити нагляд за дітьми груп ризику (наприклад, народженими передчасно, з перинатальною патологією чи іншими факторами, що загрожують здоров'ю і розвитку). «Порядок надання медичної допомоги з катамнестичного спостереження за новонародженими та дітьми до 3 років із груп ризику затримки розвитку та хронічних захворювань» [8] передбачає створення системи довготривалого моніторингу таких дітей. Цей документ закладає мультидисциплінарний підхід: ведення дитини групи ризику здійснюється командою фахівців різного профілю. Визначено обов'язки медичних працівників при катамнестичному нагляді, зокрема регулярну оцінку фізичного і психічного розвитку дитини та раннє виявлення порушень.

Координація починається ще в пологовому стаціонарі: лікар-неонатолог при виписці недо-

ношеної чи хворої дитини визначає групу ризику та складає індивідуальний графік спостереження. Цей графік передається батькам, і інформація одночасно скеровується як до кабінету катамнестичного спостереження, так і до лікаря первинної ланки за місцем проживання дитини.

Надалі дитина перебуває під наглядом у спеціалізованому кабінеті, де її оглядають різні спеціалісти (неонатолог/педіатр, невролог, іноді психолог чи психіатр — залежно від проблем), а первинний лікар отримує інформацію про стан дитини. Якщо під час спостереження виявляються відхилення, дитину скеровують до служб раннього втручання або реабілітації для відповідної допомоги. Така модель фактично інтегрує роботу неонатологів, педіатрів, сімейних лікарів, дитячих психіатрів, реабілітологів тощо — усі вони пов'язані єдиним планом спостереження й обміну інформацією. Міждисциплінарна координація закріплена нормативно: спільні консиліуми, передача даних про дитину між рівнями медичної допомоги, узгоджені рішення щодо подальшої тактики лікування чи розвитку.

Таким чином, вікові особливості фізичного та психічного розвитку дітей становлять основу, на якій будується міждисциплінарна взаємодія сімейних лікарів, педіатрів та дитячих психіатрів. Нормативні документи України — від протоколів догляду за здоровою дитиною до новітніх наказів про профілактичні огляди і катамнестичне спостереження — забезпечують єдині стандарти оцінки розвитку на кожному віковому етапі. Це дозволяє різним спеціалістам діяти скоординовано: сімейний лікар та педіатр проводять регулярний моніторинг розвитку згідно з віковими нормами, а при найменших відхиленнях залучають дитячого психіатра чи інших фахівців. Спільні критерії та тісна комунікація гарантують наступність допомоги — від народження і до підліткового віку, що підвищує її якість і ефективність для кожної дитини.

Дитячий психіатр також базує свої висновки на цих самих вікових нормах, але фокусується на психічній сфері. Наявність спільного розуміння етапів розвитку дозволяє психіатру і педіатру «говорити однією мовою». Наприклад, якщо педіатр каже про *затримку мовленнєвого розвитку* чи *розлад поведінки в підлітка*, він спирається на загальноприйняті критерії, які зрозумілі і дитячому психіатру. Це полегшує скерування і подальшу діагностику: психіатр знає, які показники були відхилені від вікової норми при огляді в поліклініці. Крім того, багато діагностичних шкал і опитувальників для оцінки розвитку (*Denver Developmental Screening Test*, шкали розвитку мовлення тощо) можуть використовуватися і педіатрами, і психіатрами — результати таких скринінгів є спільною точкою відліку при обговоренні стану дитини.

Вікові особливості виступають спільним орієнтиром при визначенні оптимальної тактики ведення пацієнта. Сімейний лікар чи педіатр знає, до якого спеціаліста скерувати дитину залежно від виявленої проблеми і віку. Зі свого боку, дитячий психіатр, отримавши скерування, врахує соматичний стан та рівень розвитку дитини (наприклад, інтелектуальний розвиток відповідає віку чи ні) при плануванні лікування або психокорекції. Усі три фахівці мають спільну мету — гармонійний розвиток дитини, тож план спостереження і втручань вибудовується узгоджено. Наприклад, при розладі аутистичного спектра маленького пацієнта можуть одночасно курувати: педіатр (стежить за соматичним здоров'ям, вакцинацією, ростом), сімейний лікар (якщо саме він уклав декларацію із сім'єю — координує загальну допомогу) та дитячий психіатр (проводить спеціалізовану терапію, призначає за потреби медикаменти). Вони узгоджують між собою план реабілітації, обмінюються інформацією про динаміку розвитку. Спільні стандарти розвитку допомагають чітко визначити, коли саме слід передати дитину від одного рівня допомоги до іншого.

Варто зазначити, що реформа охорони здоров'я України передбачає розширення ролі сімейних лікарів у сфері охорони психічного здоров'я дітей. Як зауважує головний дитячий психіатр О. Марценковський, у європейській моделі саме сімейний лікар часто стає *першою ланкою* надання психіатричної допомоги дітям, а вже складні випадки скеровуються до дитячого психіатра [27].

В Україні ж традиційно батьки при підозрі на психічні проблеми зверталися напряму до вузьких спеціалістів (психіатрів або неврологів), минаючи первинну ланку [27]. Нині курс МОЗ спрямований на те, щоб сімейні лікарі були більш підготовленими до виявлення і ведення *легких та помірних* психічних розладів у дітей, виконуючи роль фільтра й координатора. Це знову ж таки можливе лише за умови, що сімейний лікар добре знає вікові норми розвитку та критерії скерування до психіатра. Отже, загальне розуміння вікової динаміки розвитку слугує спільним фундаментом, який об'єднує роботу педіатрів, сімейних лікарів і дитячих психіатрів в єдиний безперервний процес надання допомоги.

Практична реалізація такого підходу потребує чітко окреслених орієнтирів, зрозумілих для лікарів різних спеціальностей, які дозволяють своєчасно виявляти відхилення від очікуваної траєкторії розвитку та координувати подальші клінічні рішення. Саме такими універсальними орієнтирами є вікові «червоні прапорці» розвитку, що виконують роль спільної мови міждисциплінарної комунікації.

До вікових маркерів, які мають бути спільно розпізнаваними всіма членами команди, належать:

- *Мовленнєвий розвиток:* затримка експресивного або рецептивного мовлення є одним із перших проявів інтелектуальних порушень. Відсутність лепету до 12 місяців або фразового мовлення до 2 років є підставою для спільного залучення педіатра, психіатра та суміжних фахівців.
- *Адаптивні навички*: затримка самообслуговування (харчування, туалет, одягання) є не менш значущою, ніж когнітивні показники, і часто першою помічається батьками та лікарем первинної ланки.
- *Соціальна взаємодія та гра*: невідповідність рівня гри хронологічному віку, відсутність уявної гри або взаємодії з однолітками потребує оцінки не лише на предмет розладів аутистичного спектра, а й інтелектуальної недостатності.
- *Поведінкові особливості*: гіперактивність, порушення сну, агресія, самоушкодження або стереотипії часто є не первинним психіатричним розладом, а поведінковим проявом нейророзвиткової патології. Саме ці вікові маркери створюють спільне поле клінічного мислення, де сімейний лікар або педіатр ініціює оцінку, а дитячий психіатр уточнює нозологічну структуру та функціональні наслідки.

Важливим елементом психіатричної настороженості слід вважати фізичний огляд і соматичні маркери. Надзвичайно важливою міждисциплінарною складовою є соматичний та неврологічний огляд, який не може бути ізольований від оцінки психічного розвитку.

Оцінка окружності голови (мікро- або макроцефалія), зросту, пропорцій тіла, м'язового тонусу, збереження примітивних рефлексів, а також шкірних і дисморфічних ознак (плями «кава з молоком» або гіпопігментовані плями типу «лист ясена», аномалії пальців) дозволяє педіатру та сімейному лікарю запідозрити генетичну або метаболічну етіологію порушень; дитячому психіатру коректно інтерпретувати психічні симптоми як частину синдромальної картини, а не ізольований психіатричний розлад. У міждисциплінарному контексті плями «кава з молоком» або гіпопігментовані плями типу «лист ясена» слід розглядати не як ізольовану дерматологічну знахідку, а як частину клінічного портрета дитини, що потребує інтеграції даних фізичного огляду, перинатального анамнезу та оцінки психомоторного розвитку. Для сімейного лікаря й педіатра вони виконують функцію маркерів настороженості, а для дитячого психіатра — важливого етіологічного ключа при інтерпретації когнітивних і поведінкових симптомів.

Таким чином, фізичний розвиток стає невід'ємною частиною психіатричної оцінки, а не окремою «педіатричною» зоною [9].

Використання стандартизованих інструментів і шкал (*Bayley, Wechsler, Stanford–Binet, Vineland Adaptive Behavior Scales*) не є виключною прерогативою психіатра чи психолога, а їх результати допомагають педіатру та сімейному лікарю обґрунтувати потребу в катамнестичному спостереженні, ранньому втручанні або реабілітації. Зокрема, вони дозволяють дитячому психіатру визначити не лише діагноз, а й рівень необхідної підтримки; формують основу для міждисциплінарного плану допомоги, включно з освітніми та соціальними компонентами. Отримані дані є підґрунтям для прийняття клінічних рішень на всіх рівнях: від скерування на катамнестичне спостереження та раннє втручання до планування освітніх і соціальних маршрутів дитини. Особливо важливо, що адаптивне функціонування є ключовим критерієм тяжкості, що зміщує фокус з «оцінки інтелекту» на якість повсякденного життя дитини та родини [9].

Міждисциплінарна модель ведення пацієнта педіатричного віку важлива не тільки для раннього встановлення діагнозу, а й для тривалого супроводу. Надані дані чітко підкреслюють, що ефективне ведення дітей з інтелектуальними та нейророзвитковими порушеннями можливе лише в рамках командної моделі, яка включає:

- медичну координацію (сімейний лікар / педіатр);
- психіатричну та нейропсихологічну експертизу;
- залучення логопедів, ерготерапевтів, фізичних терапевтів, педагогів;
- соціальну підтримку сім'ї та катамнестичне спостереження.

Відсутність специфічного фармакологічного лікування когнітивного дефіциту ще більше підсилює роль немедикаментозних, освітніх і соціально-реабілітаційних стратегій, які не можуть бути реалізовані в межах однієї спеціальності [9].

Підґрунтям міждисциплінарної взаємодії є інтелектуальна недостатність педіатричного пацієнта. Інтелектуальна недостатність (інтелектуальний розлад розвитку) є одним із ключових нейророзвиткових станів, що формуються в дитячому віці та потребують скоординованої міждисциплінарної взаємодії сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра. Вона характеризується поєднанням дефіцитів інтелектуальних функцій (мислення, планування, навчання, абстрактного мислення) та порушень адаптивного функціонування, які виникають у період розвитку до 18 років і обмежують самостійність дитини в повсякденному житті [9].

Принципово важливим для міждисциплінарної практики є те, що тяжкість інтелектуальної недостатності визначається не рівнем IQ, а рівнем адаптивного функціонування в концептуальній, соціальній та практичній сферах. Саме цей підхід переводить проблему з площини вузької психі-

атричної діагностики в площину спільної відповідальності медичних, психолого-педагогічних та соціальних служб.

На рівні первинної медичної допомоги (сімейний лікар, педіатр) ключову роль відіграє раннє виявлення вікових відхилень розвитку, які можуть бути першими проявами інтелектуальної недостатності. До таких «червоних прапорців» належать затримка мовленнєвого розвитку, порушення формування навичок самообслуговування, невідповідність ігрової діяльності хронологічному віку, труднощі соціальної взаємодії та поведінкові порушення (гіперактивність, агресія, стереотипії, розлади сну). Саме на цьому етапі надзвичайно важливо уникнути редукції проблеми до «індивідуальних особливостей» або виключно поведінкових труднощів і своєчасно ініціювати поглиблену міждисциплінарну оцінку [9].

Соматичний і неврологічний огляд є невід'ємною частиною міждисциплінарної оцінки. Дані щодо мікро- або макроцефалії, порушень м'язового тонусу, збереження примітивних рефлексів, наявності судом, дисморфічних ознак чи шкірних маркерів (наприклад, плями «кава з молоком» або гіпопігментованих макул) дозволяють запідозрити синдромальну, генетичну або метаболічну природу інтелектуальної недостатності. Це підкреслює, що фізичний розвиток дитини є частиною психіатричного контексту, а не окремою зоною відповідальності педіатра [9].

Роль дитячого психіатра полягає не лише у встановленні діагнозу відповідно до критеріїв DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [28] — діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів, п'яте видання), але й у функціональній інтерпретації порушень: визначенні рівня адаптивних можливостей дитини, наявності супутніх психічних розладів (СДУГ, тривожні, афективні розлади, розлади поведінки), а також у формуванні довготривалої стратегії підтримки [9].

Важливо пам'ятати, що інтелектуальна недостатність часто поєднується з іншими нейророзвитковими станами, зокрема розладами аутистичного спектра, епілепсією, сенсорними порушеннями, що додатково ускладнює клінічну картину та потребує мультидисциплінарного підходу [15].

Ведення дітей з інтелектуальною недостатністю не обмежується встановленням діагнозу. За відсутності специфічного фармакологічного лікування когнітивного дефіциту основою допомоги є індивідуалізований, довготривалий, міждисциплінарний план, що включає медичний супровід, психіатричну та психологічну підтримку, логопедичну й ерготерапевтичну допомогу, освітні адаптації та підтримку сім'ї. Саме така модель дозволяє максимально реалізувати потенціал дитини та зменшити довгострокові соціальні й функціональні втрати [9].

Таким чином, інтелектуальна недостатність у дитячому віці є показовим прикладом того, як вікові особливості фізичного та психічного розвитку стають фундаментом міждисциплінарної взаємодії, де узгоджені дії сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра визначають не лише клінічний прогноз, а й якість життя дитини та її родини.

Описані вікові підходи до оцінки розвитку дитини знайшли відображення в нормативних актах МОЗ України, які регламентують міждисциплінарну взаємодію лікарів. Згадані накази та проєкти МОЗ задають рамки координації між первинною ланкою (сімейні лікарі, педіатри) та спеціалізованою допомогою (зокрема, дитячою психіатрією).

Список використаної літератури

1. *Reiss AL. Childhood developmental disorders: an academic and clinical convergence point for psychiatry, neurology, psychology and pediatrics. Dialogues Clin Neurosci. 2009;11(3):273–84. PMID: 19220592; PMCID: PMC5756732.*
2. *Courchesne E, Carper R, Akshoomoff N. Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism. JAMA. 2003;290(3):337–344.*
3. *Dawson G, Munson J, Webb SJ, Nalty T, Abbott R, Toth K. Rate of head growth decelerates and symptoms worsen in the second year of life in autism. Biol Psychiatry. 2007;61(4):458–464.*
4. *Shevell M, Ashwal S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay. Neurology. 2003;60(3):367–380.*
5. *Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 1834 від 1 листопада 2024 р. Про затвердження Змін до Порядку надання первинної медичної допомоги. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 15 листопада 2024 р. за № 1712/43057. Київ; 2024.*
6. *Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 2003 від 3 грудня 2024 р. Про затвердження Порядків та періодичності проведення профілактичних медичних оглядів певних категорій дітей. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2024 р. за № 1936/43281. Із змінами, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України № 2146 від 25 грудня 2024 р. Київ; 2024.*
7. *Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 149 від 20 березня 2008 р. Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років. Із змінами, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України № 90 від 13 лютого 2009 р. Наказ втратив чинність на підставі наказу Міністерства охорони здоров'я України № 590 від 28 лютого 2020 р. Київ; 2008.*
8. *Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 1989 від 29 листопада 2024 р. Про внесення змін до складу мультидисциплінарної робочої групи з розробки порядку здійснення медичного і катамнестичного спостереження за новонародженими та дітьми віком до 3-х років. Київ; 2024.*
9. *Zeldin AS. Intellectual disability medication. Medscape. Updated 2021 Nov 16. Editor: Nelson SL Jr. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/1180709-medication (accessed 29 Dec 2025).*
10. *Mefford HC, Batshaw ML, Hoffman EP. Genomics, intellectual disability, and autism. N Engl J Med. 2012;366(8):733–743.*
11. *Liang JS, Shimojima K, Yamamoto T. Application of array CGH in children with developmental delay. Pediatr Neonatol. 2008;49(6):213–217.*

12. *Sagoo GS, Butterworth AS, Sanderson S, Shaw-Smith C, Higgins JP, Burton H. Array CGH in patients with learning disability and congenital anomalies. Genet Med. 2009;11(3):139–146.*
13. *Michelson DJ, Shevell MI, Sherr EH, Moeschler JB, Gropman AL, Ashwal S. Genetic and metabolic testing in children with global developmental delay. Neurology. 2011;77(17):1629–1635.*
14. *Bertelli MO, Munir K, Harris J, Salvador-Carulla L. «Intellectual developmental disorders»: reflections on the international consensus document for redefining «mental retardation–intellectual disability» in ICD-11. Adv Ment Health Intellect Disabil. 2016;10(1):36–58. doi:10.1108/AMHID-10-2015-0050. PMCID: PMC4822711.*
15. *Wong PW, Lam YY, Lau JS, Fok HK; WHO CST Team. Adapting and pretesting the World Health Organization's Caregiver Skills Training Program for children with autism and developmental disorders or delays in Hong Kong. Sci Rep. 2022;12(1):16932. doi:10.1038/s41598-022-21343-9. PMCID: PMC9547914.*
16. *Washington-Nortey M, Angwenyi V, Demissie M, Mwangome E, Eshetu T, Negussie H, et al. Supporting African communities to increase resilience and mental health of children with developmental disabilities and their caregivers using the World Health Organization's Caregiver Skills Training Programme (SPARK trial): study protocol for a cluster randomised clinical controlled trial. Trials. 2024;25(1):713. doi:10.1186/s13063-024-08488-w. PMCID: PMC11515546.].*
17. *Jones KL. Smith's Recognizable Patterns of Human Malformations. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2006. p. 160–161.*
18. *Verhoeven WM, Tuinier S, Kuijpers HJ, Egger JI, Brunner HG. Psychiatric profile in Rubinstein–Taybi syndrome. Psychopathology. 2009;43(1):63–68.*
19. *Marques Pereira P, Schneider A, Pannetier S, Heron D, Hanauer A. Coffin–Lowry syndrome. Eur J Hum Genet. 2009;17:1161–1166.*
20. *Axelrad ME, Schwartz DD, Fehlis JE, Hopkins E, Stabley DL, Sol-Church K, et al. Longitudinal course of cognitive, adaptive, and behavioral characteristics in Costello syndrome. Am J Med Genet A. 2009;149A(12):2666–2672.*
21. *Autti-Rämö I, Fagerlund A, Ervalahti N, Loimu L, Korkman M, Hoyme HE. Fetal alcohol spectrum disorders in Finland. Am J Med Genet A. 2006;140(2):137–143.*
22. *War in Ukraine pushes a generation of children to the brink, warns UNICEF. [cited 2025 Sep 23]: https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/war-ukraine-pushes-generation-children-brink-warns-unicef.*
23. *18 months of war for Ukraine's children. UNICEF Ukraine. [cited 2025 Sep 30]: https://www.unicef.org/ukraine/documents/18-months-of-war-for-ukraines-children.*
24. *Polyanska L, Sazonova I. Disability of children aged 0-17 years in Ukraine. who first became disabled in 2021 - 2023. Information and statistical guide for 2023. State Institution «Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine». Kyiv. 2024.*
25. *No authors listed]. Abstracts from the 2025 Annual Meeting of the Society of General Internal Medicine. J Gen Intern Med. 2025;40(Suppl 1):1–967. doi:10.1007/s11606-025-09516-4. PMCID: PMC12572470.*
26. *Ковальов КО, Ковальов ОО, Дейніченко ОВ. Війна і хвороби наступного покоління. Health-ua. 14 серпня 2025. Доступно за адресою: https://health-ua.com/onkologiya-i-gematologiya/mizdisciplinarni-problemi/80738-viina-i-xvorobi-nastupnogo-pokolinnia (дата звернення: 29.12.2025).*
27. *Комунальне некомерційне підприємство «Черкаський обласний психоневрологічний диспансер Черкаської обласної ради». Головний дитячий психіатр пояснює ситуацію у дитячій психіатрії. Черкаси; 2017 серп. 27. Доступно за адресою: https://ck-opnd.lic.org.ua/aktualni-novyny/golovniy-dityachiy-psihiatr-poyasnyuye-situatsiyu-u-dityachiy-psihiatriji/ (дата звернення: 29.12.2025)*
28. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.*

AGE-RELATED DEVELOPMENTAL CHARACTERISTICS: AN INTERDISCIPLINARY FOUNDATION FOR COOPERATION BETWEEN FAMILY DOCTORS, PEDIATRICIANS AND CHILD PSYCHIATRISTS

M.M. Kiselova, L.P. Sakalosh, V.R. Uska

Abstract. Age-related features of a child's physical and mental development are a key reference point for clinical reasoning and the basis for timely identification of developmental disorders. In the context of healthcare system reform in Ukraine, the implementation of follow-up (catamnestic) monitoring, and the increasing perinatal risks associated with war, interdisciplinary collaboration among family physicians, pediatricians, and child psychiatrists becomes particularly relevant.

Objective. To analyze the role of age-related features of a child's physical and mental development as an interdisciplinary foundation for collaboration among family physicians, pediatricians, and child psychiatrists, and to substantiate their importance for early detection of developmental disorders, planning of catamnestic follow-up, and ensuring continuity of medical care for children, particularly those with perinatal risk factors.

Materials and Methods. An analysis of more than 30 sources was conducted, including current regulatory and legal acts of the Ministry of Health of Ukraine, international clinical guidelines, recommendations of the World Health Organization, and contemporary scientific publications addressing neurodevelopmental disorders, intellectual disability, and interdisciplinary pediatric healthcare.

Results and discussion. Age-related norms of physical and mental development were shown to function as common professional language for physicians of different specialties, ensuring continuity and consistency of medical care from the neonatal period through adolescence. The significance of age-related developmental «red flags» as a tool for early identification of neurodevelopmental and mental disorders was substantiated. Children with a burdened perinatal history, particularly in the context of war, were identified as a high-risk group for developmental delay, requiring long-term catamnestic and multidisciplinary follow-up. The roles of physical and somatic markers, as well as psychometric and adaptive assessments, in shaping a shared clinical management strategy were analyzed.

Conclusions. Age-related features of physical and mental development serve not only as diagnostic criteria but also as an integrative platform for interdisciplinary collaboration among family physicians, pediatricians, and child psychiatrists. Their systematic application enables early detection of developmental disorders, timely involvement of specialized care, and improvement in the quality of long-term medical follow-up for children, especially those with perinatal risk factors in wartime conditions.

Keywords: age-related developmental features, interdisciplinary collaboration, family physician, pediatrician, child psychiatrist, intellectual disability, catamnestic follow-up, perinatal risk factors, war.

Для цитування: Кісельова ММ, Сакалош ЛП, Уська ВР. Вікові особливості розвитку: міждисциплінарний фундамент співпраці сімейного лікаря, педіатра та дитячого психіатра. Практикуючий лікар, 2026, № 1, с. 15-24. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.15.

Адреса для листування: Кісельова Марія Миколаївна, maria.kiselova@hotmail.com; ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра педіатрії та неонатології ФПДО, вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна. Сакалош Леся Петрівна, lps254@ukr.net; ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра педіатрії та неонатології ФПДО, вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна. Уська Віра Романівна, vira_u@ukr.net; ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», кафедра педіатрії та неонатології ФПДО, вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна.

Відомості про авторів: Кісельова Марія Миколаївна, докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри педіатрії та неонатології ФПДО, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID ID: 0000-0002-9954-5443. SCOPUS http://www.scopus.com/authid/detail.url?authorId=57494387100; https://www.webofscience.com/wos/op/publications/summary. Сакалош Леся Петрівна, кандидатка медичних наук, доцентка кафедри педіатрії та неонатології ФПДО, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID ID: 0000-0002-7838-3422. Уська Віра Романівна, кандидатка медичних наук, асистентка кафедри педіатрії та неонатології ФПДО, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького». ORCID ID: 0000-0001-7207-2167.

Особистий внесок: Кісельова М.М. — генераторка ідеї, написання статті, аналіз даних літератури.

Сакалош Л.П. — аналіз проблеми, участь у підготовці статті до друку. Уська В.Р. — супровід під час написання статті, аналіз даних літератури.

Фінансування: Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького».

Декларація: Авторки задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

Проходження статті: Надійшла до редакції 14.01.2026 р., прийнята на друкування 20.01.2026 р., надрукована 28.03.26 р.

For citation: Kiselova MM, Sakalosh LP, Uska VR. Age-related developmental characteristics: an interdisciplinary foundation for cooperation between family doctors, pediatricians, and child psychiatrists. The Practitioner, 2026, № 1, p.15-24. DOI: 10.31793/2413-5461.2026.15-1.15.

Correspondence address: Kiselova Maria Mykolaivna, drmaria@online.ua; SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv», Department of Pediatrics and Neonatology, FPGE, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Sakalosh Lesia Petrivna, lps254@ukr.net; SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv», Department of Pediatrics and Neonatology, FPGE, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Uska Vira Romanivna, vira_u@ukr.net; SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv», Department of Pediatrics and Neonatology, FPGE, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine.

Information about the authors: Kiselova Maria Mykolaivna, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department Pediatrics and Neonatology, FPGE, SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv». ORCID ID: 0000-0002-9954-5443. Sakalosh Lesia Petrivna, PhD, Associate Professor of Department Pediatrics and Neonatology, FPGE, SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv». ORCID ID: 0000-0002-7838-3422. Uska Vira Romanivna, PhD, Assistant Professor, of Department Pediatrics and Neonatology, FPGE, SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv». ORCID ID: 0000-0001-7207-2167.

Personal contribution: Kiselova MM — idea generator, article writing, analysis of literature data. Sakalosh LP — analysis of the problem, participation in preparing the article for publication.

Uska VR — support during the writing of the article, analysis of literature data.

Funding: The article was prepared within the budget funding of the SNPE «Danylo Halytsky National Medical University in Lviv».

Declaration of Ethics: The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

Article: Received 14.01.2026, accepted 20.01.2026, published 28.03.26.