

## Современные подходы к повышению качества оказания медицинской помощи недоношенным детям в московском здравоохранении

И.М. Османов<sup>1</sup>, А.К. Миронова<sup>1</sup>, А.Л. Заплатников<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» ДЗМ, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия

## Modern approaches to improving the quality of medical care for premature children in Moscow Health Care

I.M. Osmanov<sup>1</sup>, A.K. Mironova<sup>1</sup>, A.L. Zaplatnikov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bashlayeva Children's City Hospital, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia

Статья посвящена проблеме выхаживания и дальнейшего мониторинга состояния здоровья детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Представлены данные международной статистики и семилетнего опыта работы Центра восстановительного лечения для детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, основанного на базе крупной многопрофильной детской больницы, в наблюдении пациентов данной группы. Особое внимание обращено на перспективы совершенствования оказания медицинской помощи детям, родившимся с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

**Ключевые слова:** недоношенный ребенок, глубоконедоношенный ребенок, дети, родившиеся с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

**Для цитирования:** Османов И.М., Миронова А.К., Заплатников А.Л. Современные подходы к повышению качества оказания медицинской помощи недоношенным детям в московском здравоохранении. Рос вестн перинатол и педиатр 2020; 65:(1): 5–10. DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-5-10

This article is devoted to the issue of nursing and further monitoring of children born with very low and extremely low body weight. The article presents the data of international statistics and seven-year experience of the Rehabilitation Center for children born with very low and extremely low body weight, based on a large multidisciplinary children's hospital. The authors pay particular attention to improvement of medical care of children born with very low and extremely low body weight.

**Key words:** premature baby, deeply premature baby, children born with low and extremely low body weight.

**For citation:** Osmanov I.M., Mironova A.K., Zaplatnikov A.L. Modern approaches to improving the quality of medical care for premature children in Moscow Health Care. Ros Vestn Perinatol i PEDIATR 2020; 65:(1): 5–10 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2020-65-1-5-10

Одна из актуальнейших проблема в современной медицине, имеющая глобальный характер, — проблема преждевременных родов. Рождение детей раньше срока наблюдается повсеместно, как в экономически развитых странах (частота 9%), так и в странах с низким экономическим уровнем (частота 12%) [1, 2]. Отмечено, что за последние 20 лет в большинстве (в 63 из 65) стран, включенных в систему международного мониторинга, имеется тенденция к росту числа преждевременных родов. Среди причин этого обсуждают увеличение среднего воз-

раста женщин к моменту наступления беременности и возрастание у них частоты хронических заболеваний, широкое использование экстракорпорального оплодотворения, ведущего к увеличению числа многоплодных беременностей, пролонгирование патологической беременности и др. [1, 3–5]. По данным Н. Vlencowe и соавт. [5], S. Cousens и соавт. [1], L. Liu и соавт. [2], ежегодно в мире 120 млн детей рождаются доношенными (89,3% среди всех новорожденных). При этом почти 5 млн из них имеют низкую массу тела при рождении. Около 12,6 млн (9%) детей рождаются на 32–36,9-й неделе гестации [1, 2, 5, 6]. Дети из этих групп имеют хороший прогноз и достаточно быстро догоняют по развитию своих сверстников. На 28–31,9-й неделе гестации рождаются 1,6 млн (1,2%) детей. У них впоследствии может отмечаться умеренная степень дезадаптации (проблемы поведения, обучения). Более 780 тыс. (0,5%) детей рождаются раньше 28-й недели гестации, что служит риском развития умеренной/тяжелой дезадаптации и инвалидизации в будущем [1, 3–5, 7]. Особо следует подчеркнуть: достоверно установлено, что выживание недоношенных детей

© Коллектив авторов, 2019

**Адрес для корреспонденции:** Османов Исмаил Магомедович — д.м.н., проф., гл. врач Детской городской клинической больницы им. З.А. Башляевой  
Миронова Алена Константиновна — к.м.н., зав. центром восстановительного лечения детей до 3 лет Детской городской клинической больницы им. З.А. Башляевой, ORCID: 0000-0002-7864-5090  
e-mail: lyona\_85@mail.ru

125373 Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 28

Заплатников Андрей Леонидович — д.м.н., проф., проректор по учебной работе, зав. кафедрой неонатологии, профессор кафедры педиатрии им. академика Сперанского Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования

125993 Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1

зависит от экономического уровня страны. Так, если в экономически развитых странах смертность глубоконедоношенных детей не превышает 10%, то в странах с низким уровнем экономики более 90% детей, рожденных до 32-й недели гестации, умирают в течение первых нескольких дней жизни [5].

В Российской Федерации в 2017 г., по данным Роскомстата, удельный вес недоношенных среди всех детей, рожденных за указанный период, составил 5,6%. При этом особую актуальность имеют вопросы оказания медицинской помощи детям, рожденным на сроке гестации 22–28 нед с массой тела менее 1000 г [7]. Это обусловлено в первую очередь внедрением в нашей стране новых критериев живорожденности, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и законодательно оформленных в приказе Министерства здравоохранения и социального развития России от 27 декабря 2011 г. №1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи» [3]. При этом внедрение в повседневную отечественную практику современных технологий неонатальной реанимации позволило существенно повысить выживаемость детей, родившихся с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). В процессе модернизации здравоохранения в Российской Федерации созданы новые перинатальные центры, детские стационары оснащены современным медицинским оборудованием, отвечающим международным стандартам, ведутся непрерывная подготовка и совершенствование специалистов, что позволяет с успехом выхаживать детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ [4, 8, 9]. Показано, что в целом эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий зависит не только от качественно проведенной терапии в неонатальном периоде, но и от четко выстроенной преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах лечения, выхаживания и восстановления здоровья детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ [10].

В настоящее время по-прежнему существует значительный разрыв между высокими технологиями выхаживания недоношенных детей в специализированных стационарах, последующим наблюдением и реабилитацией их в амбулаторно-поликлинической сети [9]. Отсутствие преемственности и единого научно обоснованного подхода к ведению таких пациентов зачастую служит причиной назначения диаметрально противоположных схем лечения и реабилитации. Гипердиагностика и неоправданно активная терапия оборачиваются полипрагмазией, а выжидательная тактика, наоборот, приводит к столь позднему началу лечения, что оптимальные сроки для эффективного восстановления функций оказываются упущены [4, 9–11].

Следует отметить, что к моменту окончания стационарного лечения глубоконедоношенный

ребенок имеет в среднем от 4,1 до 5,5 заболевания и относится ко II–V группам здоровья. Почти 68% таких детей формируют III группу здоровья, характеризующуюся наличием хронической компенсированной патологии [9]. К 3 годам жизни инвалидность у глубоконедоношенных детей, по данным разных авторов, составляет 12–40%, что в 22 раза выше, чем у доношенных. Установлено также, что у детей с ЭНМТ при рождении инвалидизирующие расстройства отмечаются в 1,7 раза чаще, чем у детей с ОНМТ [4, 9]. Все это определяет необходимость продолжения восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях, однако до настоящего времени взгляды на сроки и объем проводимой терапии на этом этапе наблюдения не разработаны или противоречивы. Так, в литературе широко представлены методики реабилитации и алгоритмы лечения недоношенных детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы (ЦНС) в условиях стационара [4, 9] и нет единого мнения по необходимым объемам и срокам начала восстановительного лечения в амбулаторных условиях [11]. В связи с этим было принято решение о необходимости организации эффективной системы оказания медицинской помощи детям, рожденным с ОНМТ и с ЭНМТ, на третьем этапе наблюдения.

В рамках модернизации московского здравоохранения на базе нескольких многопрофильных детских больниц для указанной категории пациентов были созданы центры восстановительного лечения (Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы №724 от 11.08.2011 г. «О создании центров восстановительного лечения для детей от 0 до 3 лет жизни, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ») [12]. В соответствии с этим приказом в 2012 г. на базе Детской городской клинической больницы им. З.А. Башляевой Департамента Здравоохранения г. Москвы (одна из крупнейших многопрофильных детских больниц Москвы) был организован Центр восстановительного лечения для детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ. Основная задача, которая была поставлена перед Центром – оказание высококвалифицированной медицинской помощи детям, родившимся с ОНМТ и ЭНМТ, в условиях амбулаторного наблюдения (третий этап). Центр восстановительного лечения дополнил неонатальный комплекс больницы, который включает отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделение патологии новорожденных и отделение для недоношенных детей. Такая модель организации медицинской помощи новорожденным позволяет сохранять междисциплинарный подход и четкую преемственность не только между указанными отделениями, но и другими структурными подразделениями больницы (нейрохирургическим, кардиологическим, уроandroлогическим, нефрологическим, неврологическим, офтальмологическим,

лучевой диагностики, лабораторным, функциональной диагностики и др.) при ведении пациентов данной группы [13].

При разработке основных положений об оказании медицинской помощи в Центре восстановительного лечения детям, рожденным с ОНМТ и с ЭНМТ, было принято решение о целесообразности комплексной оценки состояния здоровья ребенка с привлечением специалистов (неонатолог, невролог, офтальмолог и других в случае клинических показаний) для формирования персонифицированной дорожной карты лечения и реабилитации. В каждом конкретном случае составлялась индивидуальная программа обследования и лечения, основанная на данных об имеющихся у пациента заболеваниях и/или функциональных нарушениях, и результатах проведенного ранее обследования и лечения. При этом план лечебно-реабилитационных мероприятий обязательно учитывал анатомо-физиологические особенности недоношенного. Основными критериями эффективности проводимой терапии было принято считать купирование/уменьшение патологических изменений, нормализацию темпов физического, психического и моторного развития, а также приближение скорректированного возраста к фактическому за минимально возможное время. Далее представлены некоторые итоги работы Центра восстановительного лечения Детской городской клинической больницы им. З.А. Башляевой для детей от 0 до 3 лет жизни, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ.

Всего в Центре восстановительного лечения в 2012–2019 гг. наблюдался 2341 ребенок, родившийся с ОНМТ или ЭНМТ. В большинстве случаев дети поступали под наблюдение в возрасте 3–4 мес. Комплексный анализ состояния их здоровья, проведенный при постановке на учет в Центр восстановительного лечения, показал высокий уровень сочетанной патологии (в среднем не менее 3 заболеваний у каждого ребенка). При этом практически во всех случаях были отмечены изменения системы кровообращения, ЦНС и органов зрения (табл. 1). Среди гематологических заболеваний преобладала поздняя анемия недоношенных, которая во всех случаях была представлена легкой формой. При уточнении причин развития поздней анемии недоношенных удалось выяснить, что в 85% случаев родители самостоятельно прекращали прием препаратов железа, а в 15% имелась неадекватная ферротерапия (низкие дозы препарата из-за неправильного расчета или отсутствия необходимого повышения дозы при увеличении массы тела ребенка). Своевременная коррекция режима дозирования препаратов железа и строгое выполнение полученных рекомендаций по лечению позволили во всех случаях купировать позднюю анемию недоношенных. У 10% детей выявляли легкую транзиторную нейтропению, которая не требовала коррекции.

Среди доминирующих патологических состояний в структуре заболеваемости у глубоко недоношенных детей особое место занимают поражения ЦНС, нередко определяющие неблагоприятный исход и высокий инвалидизирующий уровень. Перинатальные поражения ЦНС при поступлении под наблюдение в Центр восстановительного лечения имелись у 94% детей (см. табл. 1). При этом внутрижелудочковые кровоизлияния были у 45% детей (I степени – у 21%, II степени – у 14%, III–IV степени – у 10%). В 49% случаях выявляли ветрикуломегалию, в 35% – перивентрикулярную лейкомаляцию. Реализация индивидуальных лечебно-реабилитационных программ в течение первого года наблюдения позволила купировать неврологическую симптоматику у 56% детей. В единичных случаях (1,7%) отсутствие эффекта от консервативной терапии и прогрессирование гидроцефалии определило необходимость в нейрохирургическом лечении.

Серьезная проблема для глубоко недоношенных детей – поражение зрительных анализаторов. Ретинопатия недоношенных имела в 92% случаев (см. табл. 1). При этом за счет своевременного оказания высокотехнологичной медицинской помощи к 3 годам инвалидность развилась менее чем у 1% детей. Миопия, гиперметропия и косоглазие отмечались у 23% детей. Бронхолегочную дисплазию выявляли у 29% детей.

Нарушения органов пищеварения у детей, рожденных с ОНМТ или ЭНМТ, были выявлены

**Таблица 1. Структура заболеваемости детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, в динамике по данным Центра восстановительного лечения (2012–2019 гг., n=2341), %**

**Table 1. The structure of morbidity of children born with very low and extremely low weight in the dynamics according to recovery center data (2012–2019, n=2341), %**

Нозологическая группа	Возраст детей	
	0–4 мес	1 год
Заболевания крови	99	4
Заболевания ЦНС	94	38
Заболевания глаз	92	48
Заболевания бронхолегочной системы	69	53
Заболевания желудочно-кишечного тракта	52	20
Заболевания почек	18	7
Болезни костно-мышечной системы	16	4
Аллергические заболевания	12	10
Болезни эндокринной системы	9	5
Врожденные пороки развития	8	8

*Примечание.* ОНМТ очень низкая масса тела; ЭНМТ – экстремально низкая масса тела; ЦНС – центральная нервная система.

в 52% случаях (см. табл.1). При этом в 77% случаях имелись нарушения моторики желудочно-кишечного тракта (срыгивания, запор, неинфекционная диарея и их сочетание). В первые месяцы жизни часто наблюдались срыгивания, а также нарушения дефекации в виде задержки стула, более выраженные у детей с ЭНМТ при рождении. Установлено, что у каждого шестого ребенка, находившегося на искусственном вскармливании, и у каждого четвертого, получавшего грудное молоко, имелись клинические и лабораторные признаки транзиторной дисахаридазной недостаточности. Адекватная коррекция выявленных нарушений пищеварения позволила у большинства пациентов купировать патологические проявления. Среди других нарушений состояния здоровья у детей, рожденных с ОНМТ или с ЭНМТ, значительно реже выявляли патологию почек (у 18%), органов костно-мышечной системы (у 16%), аллергические (у 12%) и эндокринные (у 9%) заболевания.

При разработке индивидуальных программ восстановительного лечения детей особое внимание уделялось вопросам иммунопрофилактики инфекционных заболеваний. Так, с 2015 г. в Центре восстановительного лечения в осенне-зимний период проводится иммунизация детей против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции. Были иммунизированы 159 детей, из них 75 с бронхолегочной дисплазией, 30 – с врожденными пороками сердца и 54 – с другими факторами риска; 70% детей получили не менее 3 доз препарата в регламентированные сроки. Установлено, что среди иммунизированных детей не было случаев госпитализации, обусловленных тяжелыми формами бронхопневмонии. Кроме того, показано, что применение паливизумаба позволило достоверно снизить частоту рецидивов бронхолегочной дисплазии ( $p < 0,05$ ). Особо следует отметить хорошую переносимость и безопасность препарата.

Выборочный анализ вакцинального статуса 100 глубоко недоношенных детей (50 – с ОНМТ и 50 – с ЭНМТ) показал существенные недостатки по охвату прививками. Так, ни один из наблюдавшихся детей, рожденных с ЭНМТ, не был вакцинирован на 1-м году жизни и только 38% начали прививаться на 2-м году жизни. Несколько лучше выглядит ситуация с недоношенными с ОНМТ при рождении – плановые прививки по индивидуальному календарю были начаты после 6 мес жизни у 80% детей (вакцинация против гепатита В). В то же время против коклюша, дифтерии, столбняка и полиомиелита на 1-м году жизни (в возрасте 6 мес и старше) начали вакцинироваться только 24% детей. Особую тревогу, учитывая особенности современной эпидемиологической ситуации по кори, вызывает крайне низкий уровень охвата прививками против этой инфекции. Так, в возрасте от 1 до 2 лет

противокоревая вакцинация была проведена только у 30% детей с ОНМТ. Особо катастрофичным в этом возрастном интервале выглядит охват прививками против кори детей с ЭНМТ – 8%.

Представленные данные свидетельствуют о необходимости активного внедрения в отечественную практику согласованных рекомендаций по вакцинации недоношенных детей. При этом плановые прививки должны проводиться при достижении стабильного состояния ребенка и в отсутствие у него острых заболеваний, в соответствии с паспортным (постнатальным) возрастом, согласно Национальному календарю профилактических прививок Российской Федерации по обычным схемам и в стандартных дозировках. Разработка персонализированного календаря вакцинации с использованием современных комбинированных вакцин, снижающих инъекционную нагрузку и обладающих высоким профилем безопасности и иммуногенности, является приоритетной задачей в сфере защиты от инфекционных заболеваний детей, родившихся преждевременно.

Анализ 3-летнего проспективного наблюдения за состоянием здоровья детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, для которых в Центре восстановительного лечения были индивидуально разработаны и реализованы лечебно-реабилитационные программы, показал высокую эффективность проводимой работы. Так, установлено, что благодаря профилактическим, лечебным и восстановительным мероприятиям положительная динамика в состоянии здоровья отмечена у 78% детей (табл. 2). При этом в 18% случаев достигнуто полное купирование патологических изменений. Отсутствие эффекта и отрицательная динамика отмечены у 4% детей (паци-

**Таблица 2. Исходы заболеваний у детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, в течение наблюдаемого периода (от 0 до 3 лет) по данным Центра восстановительного лечения (2012–2019; n=2341)**

**Table 2. Outcomes of diseases in children born with very low and extremely low body weight during the observed period (from 0 to 3 years) according to recovery center data (2012–2019, n=2341)**

Исход	Число детей	
	абс.	%
Выздоровление	421	18
С улучшением	1405	60
Без отрицательной динамики	47	2
С ухудшением	47	2
Направлены в другие учреждения	70	3
Смерть	–	–
Инвалидность	351	15
Всего	2341	100

*Примечание.* ОНМТ – очень низкая масса тела; ЭНМТ – экстремально низкая масса тела.

енты с тяжелыми врожденными пороками развития, генетическими синдромами и грубыми органическими поражениями ЦНС). Особо следует отметить, что несмотря на достигнутый позитивный результат, 15% наблюдаемых детей к 3 годам имели инвалидность. В структуре причин, приводящих к инвалидности, преобладают поражения нервной системы (51%). Значительно реже встречаются бронхолегочная дисплазия (19%), заболевания органов зрения (14%), врожденные пороки развития (5%) и другие заболевания (11%). Представленная структура причин инвалидизации детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, сопоставима с данными экономически развитых стран [7].

Таким образом, 8-летний опыт работы Центра восстановительного лечения Детской городской клинической больницы им. З.А. Башляевой позволяет констатировать, что создание на базе крупных многопрофильных больниц центров восстановительного лечения для детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, — весьма эффективное организационное решение в плане повышения качества оказания медицинской

помощи недоношенным детям и снижения младенческой смертности. Кроме того, совершенно очевидно, что динамическое наблюдение и реабилитационно-коррекционное лечение детей указанной группы на базе крупных многопрофильных стационаров позволяет уменьшить частоту развития прогрессирующих хронических заболеваний, в том числе инвалидизирующих состояний.

Вместе с тем существует необходимость дальнейшей разработки и утверждения стандартов оказания медицинской помощи больным данной категории. Эти стандарты будут включать четкие критерии мониторинга основных показателей функционального состояния органов и систем, целенаправленные методы коррекционной терапии и реабилитации, преемственность между Центром восстановительного лечения и поликлиниками. Все это, безусловно, позволит сохранить и укрепить такую же позитивную тенденцию улучшения состояния здоровья детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ, и в более старших возрастных группах.

## ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. *Cousens S., Blencowe H., Stanton C., Chou D., Ahmed S., Steinhardt L.* National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *The Lancet* 2011; 377(9774): 1319–1330. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62310-0
2. *Liu L., Johnson H.L., Cousens S., Perin J., Scott S., Lawn J.E.* Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012; 379(9832): 2151–2161. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60560-1
3. *Суханова Л.П.* Исходы и перинатальные потери при новых критериях рождения. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» 2013. URL: <http://vestnik.mednet.ru> [Sukhanova L.P. Pregnancy outcomes and perinatal losses with new birth criteria. *Elektronnyi nauchnyi zhurnal «Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya»* 2013. URL: <http://vestnik.mednet.ru> [in Russ.]]
4. *Архипова М.Ю., Захарова С.Ю.* Оценка состояния здоровья глубоконедоношенных детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 61[1]: 32–36 [Arkhipova N.Yu., Zakharova S.Yu. Assessment of the health status of premature babies. *Rossiiskij vestnik perinatologii i pediatrii* [Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics] 2016; 61[1]: 32–36 [in Russ.]]. DOI: 10.21508/1027-4065-2016-61-1-32-36
5. *Blencowe H., Cousens S., Mullany L.C., Lee A.C., Kerber K., Wall S.* Clean birth and postnatal care practices to reduce neonatal deaths from sepsis and tetanus: a systematic review and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 2011; 11[3]: 64–75. DOI:10.1186/1471-2458-11-S3-S11
6. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2018; 25–26.
7. *Stoll B.J., Hansen N.I., Bell E.F., Shankaran S., Laptook A.R., Walsh M.C. et al.* Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. *Pediatrics* 2010; 126: 443–456. DOI: 10.1542/peds.2009-2959
8. *Дмитриев А.В., Блохова Е.Э., Гудков Р.А., Федина Н.В.* Особенности развития и формирования сочетанной патологии у детей первого года жизни, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова 2015; 4: 91–96. [Dmitriev A.V., Blokhova E.E., Gudkov R.A., Fedina N.V. Features of development and formation of combined pathology in children of the first year of life born with very low and extremely low body weight. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* 2015; 4: 91–96. [in Russ.]]
9. *Мерзлова Н.Б., Курносоев Ю.В., Винокурова Л.Н., Батурин В.И.* Катамнез детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Фундаментальные исследования 2013; 3 [1]: 121–125. [Merzlova N.B., Kurnosov Yu. V., Vinokurova L. N., Baturin V.I. Catamnesis of children born with very low and extremely low body weight. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2013; 3[1]: 121–125. [in Russ.]]
10. *Валиулина А.Я., Ахмадеева Э.Н., Кривкина Н.Н.* Проблемы и перспективы успешного выхаживания и реабилитации детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. Вестник современной клинической медицины 2013; 8[1]: 34–41. [Valiulina A.Ja., Akhmadeeva E.N., Kryvkina N.N. Problems and prospects of successful nursing and rehabilitation of the children who were born with low and extremely low body weight. *Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny* 2013; 8[1]: 34–41. [in Russ.]]
11. *Лебедева О.В., Полянина Э.З., Кирилочев О.К., Каширская Е.И.* Абилизация глубоконедоношенных новорожденных: значение и перспективы развития. Астраханский медицинский журнал 2019; 1[14]: 17–27. [Lebedeva O.V., Polyagina E.H.Z., Kirilochev O.K., Kashirskaya E.I. Abilitation of very premature newborns: significance and prospects for development. *Astrakhanskii meditsinskii zhurnal* 2019; 1[14]: 17–27 [in Russ.]] DOI: 10.17021/2019.14.1.17.27
12. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 11.08.2011 №724 «Об организации центров восстановительного лечения детей до 3 лет жизни в стационар-

ных лечебно-профилактических учреждениях» (вместе с «Примерным положением о центре восстановительного лечения детей до 3 лет жизни»). [Order of the Moscow Department of Healthcare of 11.08.2011 No. 724 "About the organization of the centers of recovery treatment of children up to 3 years of life in stationary treatment and prevention facilities". [in Russ.]] <http://moscow-portal.info/2011/08/11/a23908.htm>

13. Миронова А.К., Османов И.М., Полунина Н.В., Полунин В.С., Майкова И.Д., Бесчетнова Е.Б. Роль центров восстановительного лечения детей от 0 до 3 лет, родив-

шихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в совершенствовании медицинской помощи недоношенным детям. Российский медицинский журнал 2019; 25(2): 92–95. [Mironova A.K., Osmanov I.M., Polunina N.V., Polunin V.S., Majkova I.D., Beschetnova E.B. The role of rehabilitation centers for children from 0 to 3 years old born with very low and extremely low body weight in improving medical care for premature babies. Rossiiskii meditsinskii zhurnal 2019; 25(2): 92–95. [in Russ.]] DOI: 10.18821/0869-2106-2019-25-2-92-95

Поступила: 29.12.19

Received on: 2019.12.29

*Конфликт интересов:*

*Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.*

*Conflict of interest:*

*The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.*