

УДК 616.89:618.3-06

Л.В. ЮСУПОВА, К.Ю. РЕТЮНСКИЙУральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества, г. Екатеринбург
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Непсихотические психические расстройства резидуально-органического генеза у детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы

Юсупова Лилия Вагизовна

заочный аспирант, врач-психиатр, младший научный сотрудник отделения биофизических методов исследований НИИ охраны материнства и младенчества

620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 1, тел. (343) 371-87-68, e-mail: Lilya1602@yandex.ru

В статье представлены данные об особенностях психических нарушений у детей 3 лет с резидуальными явлениями перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза. К ведущим нарушениям отнесены невропатический синдром и резидуально-органический психосиндром.

Ключевые слова: резидуально-органический психосиндром, невропатический синдром, дети в возрасте до 3-х лет, внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах.

L.V. YUSUPOVA, K.Y. RETYUNSKY

Ural Scientific Research Institute of Maternity and Child, Ekaterinburg

Ural State Medical Academy, Ekaterinburg

Nonpsychotic psychic disorders of residual-organic genesis in infants with perinatal defeat of the central nervous system

The article presents data of nonpsychotic psychic disorders in children 3 years with perinatal perinatal hypoxic-ischemic defeat of CNS. Major syndromes are neuropathic symptoms and residual-organic psychosyndrome.

Key words: residual-organic psychosyndrome, neuropathic syndrome, children under 3 years of age, perinatal hypoxic-ischemic defeat of CNS, fetal hypoxia.

Неблагоприятные воздействия в ранние сроки онтогенеза могут явиться причиной возникновения пороков развития, детского церебрального паралича и умственной отсталости, других заболеваний нервной системы. Воздействие патогенных факторов на плод в поздние сроки беременности обуславливает отклонение формирования высших корковых функций [1].

Нарушения внутриутробного развития плода вследствие, прежде всего, хронической внутриутробной гипоксии, увеличивают риск перинатального поражения ЦНС. И если в первом полугодии жизни нарушения со стороны нервной системы имеют медицинский характер, то в дальнейшем они приобретают социальную окраску, представляя угрозу

физическому и психическому здоровью [2-7].

Важной задачей, стоящей перед специалистами, работающими в области перинатальной медицины, является создание системы прогноза, ранней диагностики, разработки унифицированных программ профилактики, лечения и реабилитации детей в неонатальном периоде и последующие периоды жизни [1, 8, 9].

С возникновением и улучшением репродуктивных, плодосберегающих и неонатальных технологий наблюдается учащение рождения детей с перинатальной патологией. Кроме того, и сами технологии могут становиться источниками рождения детей с инвалидизирующей патологией [1, 8].



Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о росте числа пограничных нервно-психических расстройств в самых разных группах населения мира. По данным экспертов ВОЗ, до 20% детей во всём мире имеют проблемы психического здоровья. Ведущее место среди детско-подростковой пограничной патологии занимают непсихотические психические расстройства резидуально-органического генеза [15, 16, 17].

Знание клинических характеристик начальных проявлений психических расстройств, обусловленных перинатальной патологией, позволяет выделить группу риска для проведения специальных реабилитационных мероприятий с первого года жизни, «у истоков болезни» [11-13].

Современная парадигма биопсихосоциального подхода к диагностике, терапии и реабилитации утверждает, что оказание психиатрической помощи требует более интенсивного развития внебольничных, консультативно-лечебных видов помощи, включающих полипрофессиональный и межведомственный подход с опорой на первичные звенья общесоматической службы. К сожалению, несмотря на многочисленные исследования [12, 14, 16, 17, 19, 20, 22], недостаточно изученным остается вопрос влияния перинатального поражения ЦНС на последующее психическое развитие ребёнка в раннем возрастном периоде. Наблюдение, диагностика и терапия детей до 3-х лет с указанной патологией осуществляется преимущественно педиатрами с учетом диагностических критериев специальности. Как следствие, нередко недостаточное понимание механизмов возникновения нервно-психических нарушений на данном этапе онтогенеза, их трактовка с соматологической позиции и малоэффективная терапия.

Цель исследования заключалась в установлении характера психических расстройств у детей раннего возраста, перенесших перинатальное поражение ЦНС лёгкой и средней степени тяжести. Настоящее исследование было выполнено на базе ФГБУ «Уральский НИИ ОММ» МЗ РФ (директор – д.м.н., проф. Ковалёв В.В.). Комплексному исследованию подверглись 153 ребенка обоего пола в возрасте 3-х лет. Отбор детей производился методом случайной выборки.

К критериям включения в исследование были отнесены: 1. Доношенные дети в возрасте 3-х лет, перенесшие ППЦНС гипоксически-ишемического генеза лёгкой и средней степени тяжести. 2. Доношенные дети в возрасте 3-х лет без указаний на церебральную патологию перинатального периода. 3. Общий интеллектуальный показатель выборки не ниже среднего в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными С.Д. Забрамной и О.В. Боровиком [20], и показателями субшкалы Д. Векслера (рисуночный тест, адаптированный для детей от трёх лет). Из исследования исключались дети, имеющие патологию органов слуха, зрения, ДЦП, умственную отсталость, синдром РДА (раннего детского аутизма), дегенеративные заболевания ЦНС, внутриутробные пороки развития (ВПР), TORCH-ассоциированные инфекции, врождённый гипотиреоз, эпилепсию.

Оценка степени перинатального поражения ЦНС проводилась на основании «Классификации перинатальных поражений нервной системы у новорожденных детей» (2000), принятой Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины (РАСПМ). Клиническая интерпретация и дифференцированный диагноз психических

нарушений классифицируются в соответствии с синдромальной схемой перинатальных повреждений ЦНС (МКБ-10, 1996, РАСПМ, 2005).

Основную группу составили 119 детей, имевшие на момент начала исследования признаки резидуально-органической церебральной недостаточности перинатального генеза. Взятые под наблюдение дети были разделены на 2 подгруппы: в 1 подгруппу были включены 88 детей, имевшие психические расстройства в 3-летнем возрасте; 2 подгруппу составил 31 ребёнок без психических расстройств в возрасте 3-х лет. Контрольная группа включала в себя 34 ребёнка в возрасте 3-х лет, родившихся здоровыми без психических расстройств.

Методы исследования

Клинический метод исследования являлся основным и включал клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое и клинико-катamnестическое исследование по специально разработанной карте обследования, включая анкетирование родителей. Исследование детей проводилось путём осмотра и их опроса, сбора данных у родителей и ближайших родственников. Тестирование детей проводилось на основании согласия родителей в 9-10 часов утра, не более 1 часа с учётом психофизиологических особенностей данного возраста.

Помимо оценки неврологического статуса учитывалось психомоторное и речевое развитие детей. Психический статус оценивался на основании клинического осмотра психиатра и психологического блока исследований с согласия родителей.

В диагностике использовались не только диагностические рубрики МКБ-10, где игнорируется динамический принцип оценки состояний, но и отечественные принципы определения клинической картины и течения, а также прогноза болезни, используемых в психиатрии. Оценка психического здоровья, психомоторного и речевого развития проводилась детским психиатром и, при необходимости, логопедом.

Статистическая обработка результатов исследования была выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel 7,0 для Windows 98 «STATISTICA 6» (определяли M – математическое ожидание (арифметическое среднее), стандартное отклонение по выборке, ошибку средней арифметической – m). Для оценки достоверности различий между группами использовали критерии Стьюдента для независимых выборок с поправкой на различие дисперсий (различия средних считались статистически достоверными, если уровень значимости не превышал 0,05; при $P \geq 0,05$ различия отвергались) [20, 21].

В ходе настоящего исследования был проведен анализ биологических факторов, оказывающих влияние на возникновение нервно-психических нарушений у 119 детей раннего возраста. При этом удалось установить специфические особенности онтогенеза детей, перенесших ПП ЦНС гипоксически-ишемического генеза лёгкой и средней степени тяжести в исследуемых группах. Все дети родились доношенными в ФГБУ НИИ ОММ МЗСР РФ и родильных домах г. Екатеринбурга, среди них 73 девочки (47,7%, $n=119$) и 80 мальчиков (52,3%, $n=119$).

В начальной стадии исследования были установлены корреляционные взаимосвязи малой и средней силы между психическими расстройствами у детей и перинатальными факторами ($p < 0,0001$). К ним были отнесены: внутриутробная гипоксия $r=0,53$; сочетанная (внутриутробная и интранатальная) гипоксия средней степени тяжести – $r=0,34$; гипоксически-ишемическое

поражение ЦНС лёгкой степени тяжести $r=0,42$; гипоксически-ишемическое поражение ЦНС средней степени $r=0,36$.

В дальнейшем был проведен анализ частоты и структуры жалоб родителей, предъявляемых в связи с состоянием здоровья их детей в возрасте 3-х лет

в изучаемых подгруппах. Данные представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы 1, ведущим нарушением в изучаемых группах определялся неспецифический невропатический симптомокомплекс (синдром врожденной детской нервноности, синдром резидуально-

Таблица 1.

Частота и структура жалоб родителей в связи со здоровьем и поведением их детей в возрасте 3-х лет

Показатель	Основная группа (n=119)		Контрольная группа (n=34) M±m, %	P		
	1 подгруппа, (n=88) M±m, %	2 подгруппа, (n=31) M±m, %		P1-2	P1-3	P2-3
Повышенная возбудимость	51,0±5,0	32,0±9,0	6,0±4,0	0,035	0,0001	0,004
Повышенная подвижность	30,0±5,0	13,0±6,0	6,0±4,0	0,034	0,004	0,188
Метеочувствительность	33,0±5,0	10,0±5,0	---	0,006	0,0001	0,037
Нарушенный режим сна-бодрствования	40,0±5,0	13,0±6,0	---	0,003	0,0001	0,018
Ночные страхи	17,0±4,0	3,0±3,0	---	0,027	0,006	0,157
Бруксизм	15,0±4,0	---	---	0,012	0,011	---
Нарушения пищевого поведения	49,0±5,0	26,0±8,0	19,0±7,0	0,013	0,001	0,254
Задержка речевого развития	7,0±3,0	6,0±4,0	---	0,467	0,065	0,074
Головные боли	10,0±3,0	---	---	0,032	0,03	---
Страхи	39,0±5,0	13,0±6,0	6,0±4,0	0,004	0,000	0,188
Непослушание	26,0±5,0	29,0±8,0	19,0±7,0	0,378	0,204	0,173
Онихофагия	14,0±4,0	6,0±4,0	6,0±4,0	0,145	0,134	0,487
Аллергические реакции	38 (43±5)	9 (29±8)	6 (18±7)	0,084	0,004	0,142
ЗРР	23 (26±5)	2 (6±4)	2 (6±4)	0,010	0,006	0,463

Таблица 2.

Структура невропатического синдрома в возрасте 3-х лет

Симптомы	Основная группа (n=119) M±m, %		Контроль (n=34) M±m, %	P		
	1 подгруппа (n=88)	2 подгруппа (n=31)		P1-2	P1-3	P2-3
Повышенная возбудимость	45 (51±5)	10 (32±9)	2 (6±4)	0,035	0,0001	0,004
Нарушения сна	35 (40±5)	4 (13±6)	---	0,003	0,0001	0,018
Метеочувствительность	29 (33±5)	3 (10±5)	---	0,006	0,0001	0,037
Аллергические реакции	38 (43±5)	9 (29±8)	6 (18±7)	0,084	0,004	0,142
ЗРР	23 (26±5)	2 (6±4)	2 (6±4)	0,010	0,006	0,463
Агрессивность	15 (17±4)	2 (6±4)	---	0,072	0,006	0,074

Таблица 3.

Структура неврологических признаков резидуально-органической церебральной недостаточности перинатального генеза в 3 года

Признаки	Основная группа (n=119)		Контроль (n=34) M±m, %	P		
	1 подгруппа (n=88) M±m, %	2 подгруппа (n=31) M±m, %		P1-2	P1-3	P2-3
Неврологически здоров	44 (51±5)	25 (81±7)	32 (94±4)	0,002	0,0001	0,051
Резидуально-неврологические знаки	56 (64±5)	11 (36±9)	6 (18±6)	0,003	0,0001	0,053
Миотонический синдром	21 (24±5)	7 (23±8)	4 (12±6)	0,431	0,066	0,126
Пирамидный синдром	8 (9±3)	---	---	0,041	0,034	---
Вегето-сосудистые нарушения	14 (16±4)	4 (13±6)	2 (6±4)	0,329	0,067	0,168

Таблица 4.
Особенности речевого развития в возрасте 3-х лет

Отклонения в речевом развитии	Основная группа (n=119)				Контроль (n=34)		P		
	1 подгруппа (n=88)		2 подгруппа (n=31)				1-2	P1-3	P2-3
	Абс	M±m,%	Абс	M±m,%	Абс	M±m,%			
Задержка речевого развития	11	13±4	---	---	---	---	0,018	0,016	---
Нарушение средств общения (фонетико-фонематическое нарушение речи)	37	43±5	6	19±7	2	6±4	0,009	0,0001	0,056
Заикание	7	8±3	---	---	---	---	0,052	0,046	---
Общее недоразвитие речи (ОНР)									
ОНР I уровня	3	3±2	---	---	---	---	0,151	0,140	---
ОНР II уровня	14	16±4	---	---	---	---	0,009	0,007	---
ОНР III уровня	8	9±3	2	6±4	2	6±4	0,326	0,283	0,463

Таблица 5.
Структура психоорганического синдрома, выявленного у детей 1 подгруппы в возрасте 3-х лет

Показатель	1 подгруппа (n=88)		P1-2	P1-3	P2-3
	Абс*	(M±m,%)			
Отставание интеллекта на 1 эпикризный срок	11	(13±4)	0,020	0,018	---
ЗРР на 1 эпикризный срок	11	(13±4)	0,018	0,016	---
Нарушения внимания, выявляемые при тестировании	9	(10±3)	0,032	0,003	---
Колебания настроения	15	(17±4)	0,006	0,005	---
Головные боли	9	(10±3)	0,032	0,030	---
Рассеянная неврологическая симптоматика	17	(20±4)	0,004	0,003	---

*Общее число наблюдений не соответствует 100% из-за выявления нескольких симптомов у одного больного.

Таблица 6.
Структура психических расстройств у детей в возрасте 3,5 лет, перенесших ППЦНС

Психические расстройства	1 подгруппа (n=88)		P1-2	P1-3
	Абс.	(M±m,%)		
Невропатический синдром	80	(93±3)	0,0001	0,0001
Психоорганический синдром	17	(20±4)	0,004	0,003
Нарушения сна	57	(66±5)	0,0001	0,0001
Бруксизм	12	(14±4)	0,015	0,125
Неврозоподобный энурез, лёгкое течение	28	(33±5)	0,0001	0,0001
Неврозоподобный энурез	11	(13±4)	0,018	0,016
Неврозоподобное заикание	7	(8±3)	0,052	0,046
Специфические расстройства речевой артикуляции (ФФНР)	37	(43±5)	0,009	0,0001
Нарушение активности и внимания	29	(34±5)	0,0001	0,001
Смешанные специфические расстройства эмоций и поведения	15	(17±4)	0,006	0,005
Гипердинамический синдром	4	(6±4)	0,109	0,092

органической невропатии по С.С. Мнухину). Его возникновение обусловлено проявлением мозговой дисфункции на соматовегетативном уровне нервно-психического реагирования. Характерным его признаком являлась повышенная реакция на внешние раздражители с непереносимостью резких звуков, яркого света в сочетании с плаксивостью, повышенной капризностью, тревожностью и мнительностью. Среди соматовегетативных расстройств преобладали нарушения функции органов пищеварения (частые срыгивания, рвота, запоры, поносы, снижение аппетита или его избирательность), а также потливость, аллергические реакции, нарушения терморегуляции (склонность к беспричинным колебаниям субфебрильной температуры), метеочувствительность. Частые нарушения сна проявлялись пароксизмальными формами в виде ночных страхов, сногворения, снохождения, бруксизма. Отмечались частые респираторные заболевания, протекающие «цепочкой», со сменой одного незавершенного эпизода «простуды» наложением следующего.

Поведение детей характеризовалось вялостью, пассивностью или общим двигательным беспокойством и суетливостью. Такие дети трудно адаптировались к новым условиям и режиму, имели повышенную чувствительность к любым внешним воздействиям, эмоциональную возбудимость, впечатлительность, боязливость, неустойчивость настроения, склонность к возникновению различных, часто неопределённых по содержанию и изменчивых страхов. Проявления невропатического синдрома были наиболее типичны в первые три года жизни. В таблице 2 представлена структура невропатического синдрома у детей в возрасте 3-х лет.

Из таблицы 3 следует, что в возрасте 3-х лет у детей 1 подгруппы невропатический симптомокомплекс, включавший не менее 4 симптомов при наличии неврологических знаков, выявлялся достоверно чаще при сравнении со второй подгруппой и контрольной группой ($p < 0,05$).

Структура резидуально-неврологических знаков, свидетельствующих о перинатальном поражении ЦНС у детей в трёхлетнем возрасте в сравниваемых группах, выглядела следующим образом (см. табл. 3).

Из таблицы 3 следует, что у детей 1 подгруппы достоверно чаще регистрировались неврологические признаки резидуально-органической церебральной недостаточности ($p < 0,01$). Причиной указанных нервно-психических расстройств являлась гипоксия и церебральная ишемия в пре- и перинатальный период, подтвержденная документально. Как следствие, развитие невропатического симптомокомплекса и резидуально-органического психосиндрома с явлениями парциальной задержки психического и речевого развития на соматовегетативном этапе нервно-психического реагирования [22]. Для вышеуказанных расстройств была характерна непрогредиентная динамика, связанная с процессами репарации, компенсации и декомпенсации нарушенных функций, возрастного созревания систем мозга. В клинической картине у части детей наблюдалось обратное развитие (регрессиентность) и компенсация. Декомпенсация указанных нарушений наблюдалась в возрасте 3-х лет, что было обусловлено первым возрастным критическим периодом [16, 21].

Анализ речевого развития на основании данных амбулаторной карты и логопедического исследования позволил судить об особенностях речевого развития у детей в сравниваемых группах в возрасте 3-х лет (см. табл. 3).

Из таблицы 4 следует, что у детей 1 подгруппы достоверно чаще наблюдалась задержка речевого развития, фонетико-фонематическое недоразвитие речи и общее недоразвитие речи (ОНР) I и II уровня, а также заикание. У детей 2 подгруппы без психических расстройств состояние речевого развития достоверно не различалось с аналогичными показателями контрольной группы, соответствуя возрастной норме ($p < 0,05$). При этом общее недоразвитие речи (ОНР) II уровня (умеренно выраженная задержка речевого развития) определялось преимущественно у детей 1 подгруппы ($p < 0,01$).

ОНР 1 уровня (практически отсутствие речи) диагностировано только в 1 подгруппе ($p > 0,05$). Нарушение средств общения в виде фонетико-фонематического нарушения речи наблюдается во всех группах, но преимущественно такие дети наблюдаются в 1 подгруппе ($p_{1-2} < 0,01$, $p_{1-3} < 0,01$). Фонетико-фонематическое недоразвитие речи представлено нарушениями, в которых ведущим является нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата, именуемое функциональной дислалией. При дислалии отмечается неспособность произвольно принимать и удерживать определённые позиции артикуляторных органов, необходимых для произношения звуков. Дислалия может быть обусловлена неумением различать и дифференцировать фонемы. Достаточно часто изолированное употребление звука может быть не расстроено, но изменено в спонтанной речи. Задержка речевого развития и общее недоразвитие речи I и II уровня в исследовании наблюдалось у детей 1 подгруппы с психическими расстройствами. Таким образом, у детей в возрасте 3-х лет без психических нарушений (2 и 3 подгруппы) отсутствовали существенные отклонения в речевом развитии, а задержка речевого развития и общее недоразвитие речи I и II уровня наблюдалось только у детей 1 подгруппы, имеющих психические расстройства.

Резидуально-органический психосиндром, помимо симптомов невропатии, включал церебрастенические жалобы, задержку интеллектуального и речевого развития к исходу 1 года, нарушения внимания в виде повышенной отвлекаемости, трудности в сосредоточении, неврологические знаки (рассеянная неврологическая симптоматика (см. табл. 5)).

Как следует из таблицы 5, в 1 подгруппе резидуально-органический психосиндром был обнаружен у 17 детей. Данный симптомокомплекс не был диагностирован в группах сравнения ($p < 0,05$).

Резидуально-органический психосиндром был обусловлен влиянием патогенных факторов в пре- и перинатальный период (патологически протекающая беременность, родовая травма, асфиксия мозга). Развитие психических расстройств в результате гипоксически-ишемических повреждений мозга определялось компенсаторными возможностями головного мозга в процессе эволюции. Для резидуально-органического психосиндрома была характерна легкая и умеренная задержка речевого развития, повышенная возбудимость, неустойчивость эмоциональных и вегетативных реакций, нарушения сна, плохой аппетит. В возрасте 3-х лет дети отличались повышенной возбудимостью, назойливостью, отсутствием чувства дистанции, колебаниями настроения, двигательной расторможенностью, слабостью активного внимания. Церебрастения являлась стержневым симптомокомплексом, при котором доминировали стойкие головные боли, раздражительная слабость, повышенная утомляемость, непереносимость

любого вида нагрузок, от вестибулярных, тепловых, до повышенной метеочувствительности.

Когнитивные нарушения проявлялись легкой и умеренной задержкой развития психических функций с расстройством функции внимания, снижением умственной работоспособности. Отмечалась легкая и умеренная задержка речевого развития, проявляющаяся в виде бедного словарного запаса, низкого уровня выполнения речевых заданий по сравнению с невербальными, слабой выраженности интеллектуальных интересов (к чтению рассказов и сказок, к сюжетным играм и т.д.), в затруднениях при запоминании детских стихов и песен, т.е. в виде парциальных расстройств. Кроме того, выявлялась рассеянная неврологическая симптоматика в 5 и более неврологических знаков.

Психомоторный уровень нервно-психического реагирования, с 3 до 10 лет (по Ковалеву В.В., 1995), определяет динамику психических расстройств [22]. Смена соматовегетативного уровня на психомоторный обуславливает при сохранении проявлений невропатического симптомокомплекса манифестацию психомоторных синдромов. К ним относятся, в первую очередь, гиперкинетический (гипердинамический) синдром, системные нарушения детского возраста (заикание, тики, энурез, и др.). В таблице 6 представлены психические нарушения в возрасте 3,5 лет в 1 подгруппе.

При исследовании корреляционных взаимосвязей удалось установить, что дети с психическими расстройствами в значительной степени нуждались в лечении ($r=0,77$, $p<0,0001$). Психические расстройства имели высокую корреляционную взаимосвязь с невропатическим синдромом $r=0,75$ $p<0,0001$.

Следует отметить, что в подгруппе 2 и контрольной группе 3 к 3-3,5 годам не выявлялись нервно-психические расстройства и отклонения в психическом развитии.

Легкие психоневрологические нарушения были скомпенсированы за счет своевременной и долгосрочной нейрометаболической терапии, логопедической, педагогической и психологической коррекции. К детям предъявлялись адекватные возрасту и способностям социальные требования.

Заключение

Патогенное влияние внутриутробной и интранатальной гипоксии лёгкой и средней степени тяжести (гипоксически-ишемическое поражение ЦНС лёгкой и средней степени тяжести) обуславливает формирование психических расстройств в форме невропатического симптомокомплекса у детей в возрасте до 3-х лет.

К профилактическим мерам по предотвращению формирования обозначенных нервно-психических расстройств относятся своевременное лечение матерей во время беременности для редукции гипоксии плода, адекватное ведение родов, непрерывное наблюдение неврологами детей после рождения не менее трёх лет, дальнейшее консультативное наблюдение детским психиатром дошкольного возраста.

В случае диагностики указанных нарушений, как последствий перинатального поражения ЦНС, целесообразно использовать полипрофессиональное воздействие с участием педиатра, невролога, психиатра, логопеда, психолога и психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев, Ю.И. Ключевые проблемы перинатальной неврологии / Ю.И. Барашнев // Акушерство и гинекология. — 2007. — № 5. — С. 51-54.
2. Haan, H.H. Experiments in perinatal brain injury: What have we learnt? / H.H. Haan, A.J. Gunn, P.D. Glukman // Prenatol. and Neonatol. Med. — 1996. — № 1. — P. 16-25.
3. Schlighing, R. Defining the hypoxic threshold / R. Schlighing, M.R. Pinsky // Crit. Care Med. — 1991. — № 2. — P. 147-149.
4. Romero, R. Prenatal medicine: the child is the father of the man / R. Romero // Prenatol. and Neonatol. Med. — 1996. — № 1. — P. 8-11.
5. Longo, L.D. Hypoxia ischemia and the developing brain: Hypotheses regarding the pathophysiology of fetal neonatal brain damage / L.D. Longo, S. Pachianathon // Brit. J. Obstet. Gynaec. — 1997. — № 104. — P. 652-662.
6. Volpe, J.J. Brain injury in the premature infant current concepts / J.J. Volpe // Prev. Med. — 1994. — № 23. — P. 638-645.
7. Saxena, Sh. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice / Sh. Saxena, E. Jané-Llopis, Cl. Hosman // J. World Psychiatry (пер. с англ. в «Обзоре современной психиатрии»). — 2005. — № 27. — 1. — С. 14). — 2006. — № 5 (1). — P. 5-10.
8. Володин, Н.Н. Перинатальная медицина: проблемы, пути и условия их решения / Н.Н. Володин // Педиатрия. — 2004. — № 5. — С. 18-23.
9. Филькина, О.М. Перинатальные поражения нервной системы и их последствия у детей: клиника, прогнозирование, диагностика, профилактика и коррекция, соматическое здоровье / О.М. Филькина, Т.В. Чаша, Н.Ю. Сотникова [с соавт.]. — Иваново: Иваново. — 2007. — 240 с.
10. Яцык, Г.В. Реабилитация новорожденных детей с перинатальной патологией - профилактика нарушений здоровья в подростковом возрасте / Г.В. Яцык, Р.С. Зайнидинова // Российский педиатрический журнал. — 2011. — № 5. — С. 4-7.
11. Горюнова, А.В. Подходы к диагностике когнитивного дефицита у младенцев / А.В. Горюнова, О.И. Маслова, В.М. Студеникин [и др.] // Материалы IX Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». — Москва, 10-12 февраля 2004. — Т. 3 (Прилож. 1). — С. 112.
12. Микиртумов, Б.Е. Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б.Е. Микиртумов, А.Г. Кошавцев, С.В. Гречаный. — СПб.: Питер. — 2001. — 256 с.
13. Баженова, О.В. О профилактике психической патологии в раннем возрасте / О.В. Баженова, Г.В. Козловская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1993. — № 3 (93). — С. 35-37.
14. Менделевич, Б.Д. Психические расстройства и нарушения поведения детей в Российской Федерации / Б.Д. Менделевич, Р.Н. Терлецкая // Российский педиатрический журнал. — 2009. — № 5. — С. 41-45.
15. Гурович, И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России / И.Я. Гурович // XIII съезд психиатров России (материалы съезда). — М., 2000. — С. 13-14.
16. Буторина, Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста / Н.Е. Буторина. — Челябинск: АТОКСО. — 2008. — 192 с.
17. Буторина, Н.Е. Общая психопатология в детской и подростковой психиатрии (справочное пособие) / Н.Е. Буторина. — Челябинск: АТОКСО. — 2007. — 210 с.
18. Дмитриева, Т.Б. Психическое здоровье и общества: новые вызовы и угрозы. // Материалы научно-практической конференции «Психическое здоровье и общественная безопасность» (Екатеринбург, 6 июня 2008 г.) / Т.Б. Дмитриева. — Екатеринбург: ИРА УТК, 2008. — С. 3-8.
19. Зверева, З.В. К вопросу о нервно-психическом здоровье детей раннего возраста. // Материалы IX съезда педиатров России (Детское здравоохранение России: стратегии развития, 19-22 февраля 2001 г., Москва) / З.В. Зверева. — М., 2001. — С. 224.
20. Забрамная, С.Д. Методические рекомендации к пособию «Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей» / С.Д. Забрамная, О.В. Боровик. — М.: Владос. — 2002. — 48 с.
21. Carlberg, C. Business analysis with Excel 2000. — Que Corporation, 1996. (Карлберг К. Бизнес-анализ с помощью Excel 2000 / С. Carlberg // Учебное пособие. — пер. с англ. — М.: Вильямс, 2000. — 480 с.
22. Макарова, Н.В. Статистика в Excel (учебное пособие) / Н.В. Макарова, В.Я. Трофимец. — М., Финансы и статистика, 2002. — 368 с.
23. Гурьева, В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков / В.А. Гурьева. — М.: Крон-Пресс, 1996. — 208 с.
24. Ковалёв, В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, перераб. и доп. / В.В. Ковалёв. — М., Медицина. — 1995. — 560 с.