

**Таблица.****Топическая и нейропсихологическая диагностика сенсорной алалии**

Нарушение речи	Поврежденная область мозга	Нейропсихологический фактор
Алалия сенсорная	Височная область правого (неречевого) полушария	Неречевой слуховой гнозис
	Комиссуры мозга (мозолистое тело)	Процесс передачи информации о системных звуках (речи) среди неречевых шумов
	Задняя верхневисочная область левого (речевого) полушария	Фонетико-фонематический гнозис

• ребенок с раннего возраста выявляется недостаточный интерес к звукам (в том числе — к звукам речи), иногда интерес к речи и неречевым звукам полностью отсутствует; поведение такого ребенка непонятно родителям, ребенок воспринимается как слабослышащий («не контактирует, потому, что не слышит»), или невыполнение вербальных инструкций ребенком расценивается, как результат его когнитивного дефицита («не делает, потому, что не осмысляет») или протестных реакций в поведении («не делает, потому, что не хочет»).

• у ребенка снижен объем слуховой памяти — он не демонстрирует восприятия и узнавания знакомых слуховых ассоциаций («звук — предмет, явление»). Иногда родители замечают, что для запоминания информации аудиальной модальности ребенку требуется много повторов.

• у ребенка вызывает значительное затруднение понимание речи других людей, особенно, если в ней используются квазиомонимы (похожие по звучанию слова).

Иногда доречевой период онтогенеза (1 год жизни ребенка) проходит без заметных отклонений в развитии, и родители не отмечают тревожных симптомов в формировании речи ребенка, фиксируя внимание, в основном, на нормативности моторного развития и становлении символического и орального праксиса.

Клинические проявления сенсорной алалии и характеристика речи

У ребенка, с первично сохранным психическим развитием и слухом, отчетливо нарушено понимание речи, обращенной к нему, в том числе — понимание инструкций и заданий из бытового обихода вне контекста ситуации (вне конкретной ситуации слова инструкции не воспринимаются).

Степень понимания речи различна: в тяжелых случаях отмечается полное отсутствие понимания. В более легких — сохранено понимание отдельных слов, но утрачивается понимание смысла развернутого высказывания. Чаще всего — дети распознают привычные бытовые инструкции, звучащие в знакомой ситуации или сопровождающие привычные действия. Заданный иным образом вопрос по теме, знакомой ребенку, плохо воспринимается им на слух. Ошибки в нем (логической, синтаксической, семантической направленности) детьми не распознаются. Детям легче понять фразу, повторяемую несколько раз или произносимую ими самостоятельно. Иногда подобная особенность, связанная с переспрашиванием и положительной реакцией на повтор, заставляет родителей предполагать нарушение слуха, навязчивые состояния.

Для облегчения понимания речи, дети подкрепляют слуховое восприятие визуальным наблюдением

за лицом (мимикой) и эмоциональной реакцией говорящего («чтение с лица»). Помня об этом, крайне важно при обследовании ребенка с сенсорной алалией, для объективной оценки его слухового восприятия, давать инструкции «глядя в одну точку», без «помогающих» движений глаз и рук, чтобы ребенок не мог воспользоваться невербальной подсказкой.

Недостаточное понимание информации на слух отражается на поведении ребенка — выполнение им даже известных бытовых инструкции бывает затруднено не из-за несформированности праксиса и кинетического компонента деятельности, а по причине непонимания смыслового значения слов. При выполнении задания — дети охотнее прибегают к помощи, не проявляют инициативы и активности.

Виды деятельности, требующие слухового внимания и восприятия (чтение книг, рассказывание историй) не привлекают ребенка. Родители отмечают нежелание детей слушать чтение и аудиокнижки, иногда — агрессивное стремление прекратить чтение, вырывая книгу, разрывая страницы.

Степень нарушения фонематического восприятия различна: от полной несформированности до затруднения восприятия речевого материала на слух. Способность к повторению — наличествует. Дети способны подражать некоторым звукам, спонтанно повторять отдельные звуки, слоги, слова и даже короткие фразы (по типу эхоталичного их воспроизведения). Но повторение зачастую — нестойкое, непродолжительное, и не приводит к автоматизации и правильному произношению звуков и слов, их осмыслению и запоминанию.

Собственная речевая активность представляет собой набор звукопроизношений, лепетных цепочек, упрощенных, неправильно произносимых слов. Нарушено формирование и пассивного словаря (понимание обращенной речи), и активного словаря (собственно говорение). Вследствие поиска нужных кинестезий, ошибки в проговаривании слов множатся и меняются при их повторах, слова произносятся с неправильным ударением, со звуковыми заменами.

Спонтанная речь напоминает перечисление и называние известных ребенку слов и эхоталично воспроизводимых фраз вне контекста ситуации общения. Иногда отмечается избыточная речевая активность (по типу логореи, бессвязной «словесной окрошки»), повторы ранее слышимого (эхоталии) — например, повторы слышимых ребенком рекламных слоганов, и самоповторы (персеверации).

Наполнение активного словаря происходит медленно. Основные трудности возникают из-за несоответствия между фонематическим образом слова и точностью кинестетического усилия ребенка для его произношения — между тем, как ребенок слы-

шит слово и как он произносит его самостоятельно. Высказывания ребенка — из-за неправильного звукопроизношения понять трудно. Критика к собственной речи недостаточна.

Таким образом, при сенсорной алалии восприятие обращенной речи затруднено, слуховой контроль над собственной речью недостаточен. В итоге — страдает и экспрессивная, и импрессивная речь — нарушение говорения формируется на фоне недостаточного или нарушенного понимания речи.

Степень выраженности проявлений дефицита в развитии фонематического восприятия у детей может значительно различаться.

Дети с более тяжелыми проявлениями сенсорной алалии:

- обращенную к ним речь, в том числе и бытового, повседневного обихода, практически не понимают или понимают отдельные, часто слышимые слова в контексте связанной с ними ситуации;

- отражают отсутствие понимания обращенной речи в поведении, особенностях коммуникации и социализации. Дети воспринимают речь, как шум, не имеющий смысла, им трудно отличать в речевом потоке знакомые слова, они не реагируют на собственное имя или бытовые инструкции вне эмоционального, жестового, ситуативного контекста. Порой, их поведение напоминает таковое у слабослышащих детей;

- нуждаются в визуальной подсказке для понимания речи собеседника, которую пытаются найти в мимике, эмоциональных реакциях и поведении взрослых;

- не используют собственную — экспрессивную речь, она не формируется. Иногда дети сопровождают свои игровые действия недифференцированным лепетом, трудноразличимыми звукопроизношениями, не являющимися предметно- или персонориентированными;

- в поведении детей отмечаются аутистические черты.

Дети с более легкими проявлениями сенсорной алалии:

- в меньшей степени ориентированы на мимику и артикуляционный праксис говорящих с ними сверстников и взрослых;

- способны понимать речь в ситуации бытового общения. Они осмысливают короткие фразы повседневного обихода и могут выполнить простые речевые инструкции. Но на фоне развернутого высказывания, сложно построенной фразы или тахилалии (быстроговорения) родителей, понимание детьми даже знакомых слов может быть утрачено;

- демонстрируют дефицитное слуховое восприятие. Это проявляется недостаточной способностью управлять слуховым вниманием, нежеланием осваивать информацию, представленную аудиально (в том числе — чтение книг);

- при легких формах сенсорной алалии у ребенка присутствует собственная речь, но она имеет ряд особенностей:

- ребенок говорит легко («болтает»), не задумываясь о правильном звукопроизношении, пребывая в поиске адекватных артикуляционных движений, о точном выборе слов, о построении фразы, не замечая допущенных ошибок.

- он не контролирует собственную речь, произнося словосочетания и фразы, лишённые смысла и вне контекста актуальной ситуации. Речь, по существу, фрагментарная, не понятная окружающим

из-за ошибок построения высказывания и неточной смысловой наполненности фразы.

- Обращает внимание обилие в речи ребенка парафазий (замен, перестановок звуков в слове), пропусков звуков, персевераций (повторов), контаминаций (слияния отдельных слов и их частей между собой).

- в поведении часто отмечаются проявления гиперактивности.

Диагностика. Сенсорная алалия трудно диагностируется, маскируясь как под другие слухоречевые нарушения, так и под системные формы дизонтогенеза. Так, необходимо четко дифференцировать сенсорную алалию от нарушений слуха, которые, в свою очередь, могут также негативно влиять на нормативный речевой онтогенез, и изначально не позволяют сформировать слуховую гностическую функции, как неречевую, так и речевую. Для диагностики сенсорной алалии требуются:

- консультация невролога (оценка перинатальных факторов риска, изучение особенностей раннего развития ребенка и актуального неврологического статуса). При наличии показаний назначаются обследования: электроэнцефалография (ЭЭГ) (в том числе — ЭЭГ с депривацией сна), рентгенография черепа и краниовертебральной зоны, магнитно-резонансная томография головного мозга, ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи, акустические стволовые вызванные потенциалы и т.д.);

- консультация психиатра (для оценки психического статуса, определения уровня сформированности соответственно возрасту психических функций; для исключения ранних форм умственной отсталости, расстройств аутистического спектра и других проявлений психического дизонтогенеза);

- консультация оториноларинголога/сурдолога (для оценки слуховой функции и исключения тугоухости — сенсоневральной и кондуктивной);

- консультация нейропсихолога (для определения в процессе нейропсихологической диагностики дефицитарных психических функций (например, слухоречевой памяти), и выявления сохранных функций, на фундаменте и ресурсах которых будет строиться коррекционная работа);

- консультация логопеда (изучение особенностей формирования речи у данного ребенка, диагностика речи (определение механизмов, структуры и симптоматики речевых нарушений), разработка дифференцированных подходов к реабилитации и осуществление коррекционной работы).

Иногда диагноз возможно установить только в процессе динамического наблюдения за ребенком, на фоне неоднократных посещений врача — поскольку трудности формирования первичного контакта маскируют имеющуюся речевую симптоматику.

Коррекция речевых нарушений при сенсорной алалии

В лечении сенсорной алалии, в рамках комплексного биопсихосоциального подхода, применяется [9]:

- медикаментозная терапия (ноотропные препараты, нейропептиды и их аналоги, нейропротекторы, витамины, препараты, влияющие на мозговое кровообращение);

- физические методы воздействия (массаж, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура);



- логопедическая коррекция и логотерапия;
- психологические, педагогические, коррекционно-развивающие занятия;
- нейропсихологическая коррекция;
- остеопатическая коррекция;
- психотерапевтическая помощь семье и иногда сопровождение терапевтического процесса.

Информирование и психообразование семьи, работа с родителями, их мотивация к длительным совместным занятиям и курсовому лечению, распределение ответственности в системе «врач — логопед/коррекционный педагог — родитель», а также — исключение или минимизация техногенной среды (гаджетов) в окружении ребенка в сочетании с возрастанием побудительной речевой активности семьи — обязательные условия двустороннего терапевтического контракта.

Важным аспектом является время начала логопедической работы — ее надо начинать как можно раньше, по мере отставания отставания в формировании речи — импрессивной и экспрессивной.

Самостоятельно, без специализированной помощи логопеда, логотерапевта речь у ребенка не сформируется.

Позднее начало реабилитации речевых нарушений негативно отразится на образовательном маршруте ребенка. Без коррекционной работы психическое развитие ребенка с сенсорной алалией приобретает черты вторичной интеллектуальной недостаточности. При легкой степени сенсорной алалии в процессе школьного обучения часто возникают трудности в освоении навыка письменной речи. **Критический возраст для начала занятий — возраст 2 лет, отсутствие речи у ребенка этого возраста в сочетании с нарушением понимания обращенной речи — это тревожный сигнал для родителей и логопедов/дефектологов и прямое показание для коррекционной работы.**

Основное направление логотерапевтической коррекционной работы — актуализация процессов восприятия в начале — неречевой и, в дальнейшем, речевой информации, с опорой на сохраненные высшие психические функции. Специфика работы с данным видом алалии характеризуется необходимостью включения в реабилитационный процесс работы с неречевыми навыками — занятия следует строить с использованием жестов, мимики, ритмических движений, рисования, подражания голосам животных и другим неречевым звукам. По мере освоения неречевого материала начинается работа с произношением голосовых звуков, похожих на упрощенные слова, с последующим усложнением фонематического и слогового состава произносимых слов.

Этапы коррекционной работы и задачи, решаемые на каждом из них:

1 этап: на этом этапе целью проводимых занятий является установление контакта с ребенком. Задачи, решаемые на данном этапе: важно пробудить у ребенка любопытство к окружающим звукам, вызвать интерес к музыке, ритмам, к звукам повседневной жизни; необходимо привлечь внимание и заинтересовать его занятиями. Проведение занятий осуществляется в игровой форме и упражнению направлены на развитие восприятия, внимания, памяти.

2 этап: целью становится научение ребенка различать неречевые звуки.

Задачи: научить определять направление шума (используют музыкальные игрушки); научить опознавать предмет по характерному для него шуму (занятия с игрушками и предметами с контрастным звучанием)

3 этап: цель — воспитание и закрепление предметной соотнесенности слова.

Мишень коррекционных занятий — словарь (прежде всего — пассивный, косвенно-активный) и его пополнение (с активным использованием в речи глагольных конструкций («дай», «принеси»)). Коррекционная работа опирается на сохраненное зрительное восприятие. Постепенно вводится графема — графический образ буквы, слова — под знакомую игрушку, картинку подкладывают букву (например, рядом с кубиками, или с картинкой, где изображены кубики — написана буква «К»).

Пополнение словаря происходит и при совместной работе с текстом. После прочтения ребенку небольшого текста — обязательно задаются вопросы, облегчающие ребенку его осмысление, а позже — направляющие на самостоятельное понимание смысла услышанного.

Поскольку понимание ребенком вербальной инструкции затруднено, то, с целью компенсации данного дефицита, ребенка с 4-х лет обучают грамоте. И в процессе освоения этого навыка (в том числе — навыка глобального чтения), осуществляется дальнейшая коррекционная словарная работа. Со временем слова, которые может прочитать ребенок, включаются логопедом в ситуационный контекст, вставляются в короткие предложения и диалоговые фразы.

4 этап: целью становится работа над фонематической системой языка, стимуляция ее к развитию. На начальных этапах ребенка обучают различать гласные звуки, непохожие, легко различимые по артикуляции А - И - А - У, О - И, О - Ы. Потом гласные звуки включают в слова. С этими словами составляются фразы, короткие предложения, которые затем произносятся и записываются. Далее — акцент переносится на вычленение из слова согласного звука с последующей дифференциацией согласных звуков в словах («ложки — ножки»). По мере освоения предшествующих этапов, ребенка обучают различению звуков, близких по интонированию и артикулированию, звуков, похожих акустически (по произношению «на слух»).

Важно! Все логопедическое и коррекционное сопровождение опирается на сохраненные высшие психические функции: на зрительный гнозис — на наглядный образ буквы (на графемы), на кинестетический контроль (например, ребенок обучают определять звонкость и глухость согласных с помощью прикладывания ладонной поверхности руки в области гортани — при произнесении звонких звуков возникает ощущение вибрации), с учетом эмоциональной составляющей, способной мотивировать к дальнейшим занятиям.

Занятия, проводимые логопедом/коррекционным педагогом должны проходить с частотой не менее 2-3 раз в неделю, быть непрерывными, интенсивными и последовательными. В среднем, коррекция сенсорной алалии осуществляется на протяжении 1,5-3 лет с последующим катamnестическим наблюдением за ребенком. Необходимо помнить и информировать родителей о высоком риске возникновения на «базе» не полностью скорректированной сенсорной алалии специфических расстройств учебных навыков (дислексия, дисграфия) и про-



должать наблюдение за ребенком во время обучения в начальной школе.

Таким образом, сенсорная алалия — системное недоразвитие речи, требующее специальной комплексной реабилитации. Важно подчеркнуть, что только ранняя диагностика и своевременное начало адекватной, патогенетически обоснованной терапии, а также совместная, междисциплинарная работа в рамках лого-психолого-педагогической коррекции и продолжительная, системная и непрерывная реабилитация нарушений речевого развития позволяют корригировать данные нарушения и способствуют интеграции ребенка с сенсорной алалией в социум с последующим получением общего образования.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чутко Л.С., Ливинская А.М. Специфические расстройства речевого развития у детей: учебно-методическое пособие. — СПб, 2006. — 48 с.
2. Белоусова М.В., Прусаков В.Ф., Уткузова М.А., Гамирова Р.Г. Перинатальные факторы в генезе речевых нарушений у детей // Практическая медицина. — 2013. — №1 (66). — С. 117-121.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология: учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 608 с.
4. Заваденко Н.Н. Ноотропные препараты в практике педиатра и детского невролога. Методические рекомендации. — М.: РКИ Со-веро пресс, 2003. — 24 с.
5. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов. — М.: АСТАстрель Транзиткнига, 2005. — 384, (16) с. — (Высшая школа).
6. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. Уч. пос. / Под ред. Л.С. Цветковой. — 2 изд. — М.: МПСИ; В.: МО-ДЭК, 2006. — 296 с.
7. Визель Т.Г. Аномалии речевого развития ребенка. (В помощь родителям). — М.: В. Секачев, 2010. — 46 с.
8. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. — СПб: Питер, 2008. — 288 с: ил. — (Серия «Учебное пособие»)
9. Белоусова М.В., Уткузова М.А., Иванова Е.Е. Алалии и дизартрии у детей: междисциплинарный подход: Учебно-методическое пособие. — Казань: Отечество, 2012. — 58 с.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА УСПЕХИ ШКОЛЬНИКОВ

Школьники должны правильно питаться. С этим вроде бы никто не спорит, однако не секрет, что дети часто едят чипсы, картофель-фри, пиццу и другие не слишком полезные продукты. Это не лучшим образом сказывается на здоровье — школьники, страдающие диабетом ожирением, к сожалению, не редкость в наши дни. Ученые из Университета Восточной Финляндии (University of Eastern Finland) обнаружили, что правильное питание положительно влияет на успехи детей в младшей школе. Всего в эксперименте принял участие 161 финский ребенок в возрасте от 6 до 8 лет. Все дети пошли в первый класс. В течение четырех дней авторы исследования анализировали рацион младших школьников. Они сравнили успехи в чтении детей, которые ели много овощей, фруктов, ягод, рыбы, цельных круп и ненасыщенных жиров, с успехами тех, в чьих семьях употребляли много красного мяса, сахара и насыщенных жиров (это характерно для западной диеты). Рацион тех, кто питался правильно, соответствовал средиземноморской, балтийской или финской диете — все они являются более полезными для здоровья, чем западная. Наблюдение за успехами детей и их рационом продолжалось до окончания школьниками третьего класса. Авторы выяснили, что все те, кто правильно питался, читали гораздо быстрее и их прогресс в чтении были более значительным. Они считают, что питание в школах должно стать более здоровым и это положительным образом скажется на успехах детей. Ранее другая исследовательская группа провела эксперимент, в котором продемонстрировала, что успехи школьников напрямую зависят от качества завтрака.

Источник: Medportal.ru



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616-053.32

Л.И. ЗАХАРОВА¹, Н.С. КОЛЬЦОВА¹, С.А. ТУПИКОВА¹, Н.И. КУЛИКОВА²¹Самарский государственный медицинский университет, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89²Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, 443059, г. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Недоношенный ребенок — мультидисциплинарная проблема и особенности ее решения на современном этапе

Захарова Людмила Игоревна — доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней, тел. (846) 959-45-11, e-mail: kdbsamgmu@yandex.ru

Кольцова Надежда Серафимовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских болезней, тел. (846) 959-45-11, e-mail: kdbsamgmu@yandex.ru

Тупикова Светлана Александровна — заочный аспирант кафедры детских болезней, тел. (846) 959-45-11, e-mail: kdbsamgmu@yandex.ru

Куликова Наталия Ивановна — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по педиатрии, тел. (846) 959-27-00, e-mail: zgvped@yandex.ru

В статье представлены данные литературы, а также результаты исследований авторов о распространенности рождения недоношенных детей, особенностях их патологии в неонатальном периоде и возможностях мультидисциплинарного подхода к формированию их здоровья.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные дети, перинатальный аудит, перинатальный нейроонтогенез, постнатальное созревание органов, нервно-психическое развитие, ретардация.

L.I. ZAKHAROVA¹, N.S. KOLTSOVA¹, S.A. TUPIKOVA¹, N.I. KULIKOVA²¹Samara State Medical University, 89 Chapaevskaya Str., Samara, Russian Federation, 443099²Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin, 159 Tashkentskaya Str., Samara, Russian Federation, 443059

Premature newborn as a multidisciplinary problem and its solution at the present stage

Zakharova L.I. — D. Med. Sc., Professor of the Department of Children's Diseases, tel. (846) 959-45-11, e-mail: kdbsamgmu@yandex.ru

Koltsova N.S. — Cand. Med. Sc., Associate Professor in the Department of Children's Diseases, tel. (846) 959-45-11, e-mail: kdbsamgmu@yandex.ru

Tupikova S.A. — postgraduate student of the Department of Children's Diseases, tel. (846) 959-45-11, e-mail: kdbsamgmu@yandex.ru

Kulikova N.I. — Cand. Med. Sc., Deputy Chief Physician on Pediatrics, tel. (846) 959-27-00, e-mail: zgvped@yandex.ru

The article presents the literature data and the authors' research results on the prevalence of premature newborn, their pathologies during neonatal period and the role of multidisciplinary approach.

Key words: premature newborns children, perinatal audit, perinatal neuroontogenesis, postnatal maturation of the organs, neuro-mental development, retardation.

Благодаря успехам в выживании глубоко недоношенных детей в раннем неонатальном периоде увеличилась как их выживаемость, так и острота проблемы качества их здоровья. Есть два взгляда на последнюю проблему: «Рано рожденные дети

условно могут быть здоровыми», «Недоношенный ребенок — это заведомо больной ребенок, и ему требуется с учетом множества неблагоприятных факторов, которые он перенес в перинатальном и неонатальном периодах, постоянное стимулирую-

ющее лечение, причем начинать терапию следует как можно раньше, чтобы активизировать компенсаторные механизмы мозга» [1, 2].

Об актуальности проблемы свидетельствует тот факт, что ежегодно в мире происходит 15 млн преждевременных родов, увеличивается частота рождения особенно в ранние сроки гестации. По дефинициям XI Всемирного конгресса специалистов перинатальной медицины, впервые проходившего в Москве (июнь 2013 г.), плод стал пациентом акушеров-гинекологов. Частота рождения недоношенных детей в России стабилизировалось на уровне 6,7%, причем 1-1,8% всех новорожденных составляют дети с ОНМТ (<1500 г, но >1000 г), 0,4-0,5% — дети с ЭНМТ (<1000 г) [3]. По данным Международного конгресса перинатологов (Москва, 2013), среди недоношенных детей частота рождения в 22-27 нед. гестации — 5%, в 28-30 нед. — 15%, в 31-33 нед. — 20%, 34-37 нед. — около 70% [2]. Наиболее «проблемные» — дети с ЭНМТ, однако в настоящее время повысился интерес к «среднедоношенным» детям — возможно, учитывая их большую перспективность.

Цель работы — обоснование и анализ возможностей мультидисциплинарного подхода к выхаживанию и формированию здоровья недоношенных детей.

Мультидисциплинарный подход включает, по нашему мнению, усилия перинатологов, перинатальных психологов и неврологов, нутрициологов, офтальмологов, иммунологов, специалистов восстановительного лечения, а также генетиков и хирургов различного профиля. Кроме того, недоношенные дети — уникальный объект онтогенетической медицины и возрастной физиологии, который ставит сама Природа!

Анализ проблемы с позиции акушеров и перинатологов свидетельствует, что частота рождения недоношенных детей больше частоты преждевременных родов (ПР), учитывая фактор многоплодности. Так, при многоплодной беременности (МПБ) преждевременные роды наступают в половине случаев и это выявляет высокий относительный риск МПБ для раннего рождения детей. Имеется высокая связь между методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и многоплодной беременностью, а также частотой ПР в разные сроки гестации и выживаемостью недоношенных детей. По данным московского Центра планирования семьи и репродукции (ЦПС и Р): из рожденных в 22-23 нед. гестации (20 живорожденных) в течение месяца выжили единицы; в 24-25 нед. гестации (60 живорожденных) прожили 168 часов — 20%, >1 месяца — 10%; в 26-27 нед. (92 живорожденных) — соответственно 90% и 71% [4]. Самые благоприятные исходы — среди недоношенных детей, рождающихся в 34-37 нед. гестации. На наш взгляд, это актуализирует проблему пролонгирования беременности.

Важен учет влияния вспомогательных репродуктивных технологий на здоровье детей, особенно недоношенных. Ежегодное количество родов после ЭКО составляет в настоящее время в РФ >15 000, по г. Москве — 2 095. По данным ЦП и Р, перинатальные исходы были следующими: 73% детей выписаны из родильных отделений домой, 26% нуждались в переводе в другие учреждения. Роль врожденных пороков развития и хромосомных aberrаций оказалась одинаковой при спонтанной беременности и после ЭКО. Здоровых детей, родившихся после

ЭКО, в возрасте 1 и 2-х лет было 95% [4]. Оценивая положительно технологии ЭКО, перинатологи делают вывод, что лучше методика переноса одного эмбриона (Single Embryo Transfer), так как именно МПБ ухудшает перинатальные исходы при ЭКО. В настоящее время перенос 3-х и более эмбрионов запрещен.

В Самарской области число родов после ЭКО возросло в 2015 году до 580 (число попыток — 1500, эффективность — 33%) .

Учитывая высокую частоту экстрагенитальной и акушерской (гинекологической) патологии у беременных женщин, трудно переоценить влияние прегравидарной подготовки. Плодное яйцо должно погружаться в подготовленную слизистую матки! В работе С.А. Тупиковой, Л.И. Захаровой и соавт. подробно исследованы данные перинатального аудита и установлена наиболее частая совокупность факторов риска, опосредующих наступление преждевременных родов в низкие гестационные сроки, большая насыщенность гинекологическими заболеваниями и отклонениями в соматическом и репродуктивном здоровье — до 10,5 факторов на 1 женщину. Эти женщины вступали в беременность неподготовленными, не планируя ее [5]. Об этом говорит и поздняя постановка на учет по беременности в 30% случаев. Такое небрежное отношение к своему здоровью и к правам своего новорожденного остро диссонансирует с современными достижениями перинатальной медицины: «Мы много знаем, но недостаточно информируем женщин, разрешаем им оставаться невежественными, или недостаточно требовательными к выполнению наших назначений».

Подытоживая данные многих фундаментальных исследований, следует отметить, что легкие, почки, мозг «рано рожденных детей» способны к постнатальному созреванию. Это внушает оптимизм и помогает неонатологам в качественном выхаживании. Однако в процессе длительного наблюдения за постнатальным органогенезом глубоко недоношенных детей выявляются особенности, формирующие органную и системную патологию в более старших возрастных периодах.

В научных исследованиях Г.Ю. Порецкой, Л.И. Захаровой, посвященных созреванию белково-синтетической функции печени недоношенных детей, с определением уровня альфа-фетопротеина, общей и эффективной концентрации сывороточного альбумина, установлены два варианта становления этой функции: «про-» и «регрессивный» (Патент РФ №2312355). «Прогрессивный» вариант характерен для недоношенных детей без отечного и желтушного синдрома и проявляется снижением в динамике неонатального периода уровня эмбриобелка АФП и увеличением полноценного сывороточного альбумина и его эффективной концентрации. «Регрессивный» вариант с несостоятельным синтезом альбумина и сохранением или возвратом к синтезу АФП в печени опосредует такие симптомы постнатальной дисадаптации, как выраженный желтушный, торпидный отечный, длительное сохранение микросоматотипа [6].

Установлено, что почки недоношенного ребенка с ЭНМТ характеризуются сниженным количеством нефронов, дольчатостью, и это коррелирует с нарушением ангиогенеза и повышенными цифрами АД в более взрослом периоде. Нефрогенез продолжается до 34-36 нед. гестации, и диурез плода достигает в эти сроки 10 мл/кг/час. В этом аспекте