

Н.А. Семашко

Большая медицинская энциклопедия
том 9 Дефект - Желток

Москва
«Книга по Требованию»

УДК 61
ББК 5
Н11

Н11 **Н.А. Семашко**
Большая медицинская энциклопедия: том 9 Дефект - Желток / Н.А. Семашко – М.: Книга по Требованию, 2018. – 426 с.

ISBN 978-5-458-23069-8

Большая Медицинская Энциклопедия ставит перед собой задачу быть не только научным справочником по всем вопросам медицины и смежных областей, но и дать читателю сведения, при помощи которых он мог бы углубить, расширить и обновить свои медицинские познания. Рассчитана Энциклопедия, главным образом, на читателя-врача средней квалификации, а также на работников пограничных с медициной областей — биологов, санитарных техников и инженеров, санитарных статистиков и т. д. Репринтное издание по технологии print-on-demand с оригинала 1929 года.

ISBN 978-5-458-23069-8

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2018
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2018

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

СПИСОК КРУПНЫХ СТАТЕЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В IX ТОМЕ

	Столб.		Столб.
Дефективность — С. Рабинович и М. Фалька	13	Домашние животные — Е. Павловского	501
Децеребрация, децеребрационная ригидность — И. Беритова и С. Давиденкова	34	Дугласово пространство — А. Тимофеева	546
Диабет несахарный — Д. Российского	43	Дуоденальный зонд — А. Левина	552
Диабет сахарный — Д. Лебедева и Е. Фромгольда	50	Душа, душевнобольные — П. Зинovieва и К. Корнилова	564
Диагноз, диагностика — Е. Фромгольда и А. Щеголькова	76	Души — Л. Вейнгера и Л. Работнова	572
Диаграмма — Н. Тененбойма	91	Дым — Н. Игнатова и Д. Нагорского	579
Диалектический материализм и медицина — С. Левита	112	Дыхание — М. Шатерникова и Л. Штерн	584
Диализ — Д. Рубинштейна	128	Дыхательные органы — В. Воробьева, И. Добрейцера, И. Шмальгаузена и Г. Эпштейна	614
Диатермия — Н. Коротнева и Л. Плотникова	146	Дыхательные шумы — М. Маастбаума	635
Диафрагма — Н. Блументаля, Б. Гиндце, Я. Диллона и Д. Ромашова	159	Дыхательный коэффициент — С. Жислин и Б. Лаврова	639
Digitalis — А. Лихачева	175	Дюпюитрена контрактура — В. Недохлебова	651
Диетотерапия — И. Лорие и М. Певзнера	187	Евгеника — Т. Юдина	663
Дизентерия — М. Данилевича, И. Добрейцера, С. Коршуна, Г. Кулеша, К. Руткевича и Г. Эпштейна	200	Евнухоидизм, евнухоид — М. Серейского	670
Дисменорея — А. Тимофеева	292	Евстахиева труба — М. Цытовича	678
Диспансер — И. Страшуна	298	Евфеника — Н. Кольцова	689
Диспансеризация — Д. Горфина и Я. Каца	303	Едкие щелочи — В. Николаева и А. Степанова	692
Диспепсия — Р. Лурия и М. Руднева	320	Elephantiasis — И. Давыдовского и Ф. Каргановой-Мюллер	702
Дисперсные системы — Д. Рубинштейна	334	Ессенуки — В. Александрова	732
Диссоциация электролитическая — Д. Рубинштейна	352	Жане метод — В. Броннера	755
Дистрофия — А. Богомольца, Г. Сахарова и А. Суркова	364	Жгутиковые — Г. Эпштейна	765
Диурез — М. Вовси	374	Железноводск — В. Владимирского	778
Дифтерия — И. Добрейцера, С. Коршуна, В. Молчанова и М. Скворцова	396	Железо — Е. Герценберг и А. Лихачева	785
Дозы — В. Николаева	467	Железы — И. Давыдовского и В. Карпова	798
Дом отдыха — Р. Герцберга	486	Железы внутренней секреции — И. Шмальгаузена	807
Дом санитарного просвещения — И. Страшуна	495	Желтая лихорадка — Г. Лиидтропа	811
		Желтое тело — М. Алексеева и В. Карпова	822

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ, ПОМЕЩЕННЫХ В IX ТОМЕ

ОТДЕЛЬНЫЕ ТАБЛИЦЫ

	Столб.		Столб.
Денге лихорадка, Диазореакции, Дуоденальный зонд, Дюринга болезнь, Epidermolysis bullosa (трехцветная автотипия)	107—108	Дизентерия, Дифтерия (трехцветная автотипия)	423—424
Диабет сахарный, Дизентерия, Диссоциация микробов (автотипия)	55—56	Диссоциация чувствительности (цинкография)	353—354
Диаграммы I—IV (цинкография)	97—104	Дифтерия (карты — цинкография)	419—422
Диафрагма (фототипия)	167—168	Евнухоидизм, Elephantiasis, État criblé (автотипия)	671—672
		Евпатория (автотипия)	675—676
		Жгутиковые (цинкография)	767—768

ОСНОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ И ОБОЗНАЧЕНИЯ

A —ампер	N. Y. —New York.
a. , aa. —arteria, arteriae	o- —орто-
ат. в. —атомный вес.	n- —пара-
Aufl. —Auflage (издание).	p. —pagina (страница).
Bac. —Bacillus.	P. —Paris.
Bact. —Bacterium.	П. —Петроград.
B. —Band, Bände (том, томы).	pH —показатель концентрации водородных ионов.
B. —Berlin.	г. , гг. —ramus, rami.
V —вольт.	RW —реакция Вассермана.
v. , vv. —vena, venae.	resp. —respective (соответственно).
v. —volume (том).	рет.-энд. —ретикуло-эндотелиальный.
gangl. —ganglion.	♂ —самец.
gl. —glandula.	♀ —самка.
H. —Heft (тетрадь).	син. —синоним.
Hb —гемоглобин.	s. —sive (или).
D —диоптрия.	T. —Teil (часть).
kW —киловатт.	t° , темп. —температура по Цельсию ($10^{\circ} = 10^{\circ}$ по Цельсию; $10^{\circ}P = 10^{\circ}$ по Реомюру).
Л. —Ленинград.	tbc —туберкулез.
L. —London.	туб. —туберкулезный.
lgl. —lymphoglandula.	фарм. —фармацевтический.
Lpz. —Leipzig.	Ф VII —Государственная советская фармакопея (7-е издание).
M. —Москва.	фнкц. —функциональный.
m. , mm. —musculus, musculi.	
m —мета-	
mA —миллиампер.	
n. , nn. —nervus, nervi.	

МЕТРИЧЕСКИЕ МЕРЫ

км —километр (1.000 м).	мм³ —кубический миллиметр.
м —метр.	т —метрич. тонна (1.000 кг).
дм —дециметр (0,1 м).	кг —килограмм (1.000 г).
см —сантиметр (0,01 м).	г —грамм.
мм —миллиметр (0,001 м).	дг —дециграмм (0,1 г).
μ —микрон (0,001 мм).	сг —сантиграмм (0,01 г).
тμ —миллимикрон (0,001 μ).	мг —миллиграмм (0,001 г).
μμ —микромикрон (0,000001 μ).	кл —килолитр (1.000 л).
км² —квадратный километр.	гл —гектолитр (100 л).
га —гектар (квадратный гектометр).	дкл —декалитр (10 л).
a —ар (квадратный декаметр).	л —литр.
м² —квадратный метр.	дл —децилитр (0,1 л).
см² —квадратный сантиметр.	сл —сантилитр (0,01 л).
м³ —кубический метр.	мл —миллилитр (0,001 л).
дм³ —кубический дециметр.	кг/м —килограммометр.
см³ —кубический сантиметр.	кг/см² —килограмм на кв. сантиметр.

Д

ДЕФЕНТ, дефективный (от лат. defectus—недостаточность), термины, применяемые для обозначения пат. состояний, характеризующихся отсутствием или потерей вещества тканей, а также той или иной их функции, и возникающих при самых разнообразных условиях. Д. может представлять собой врожденное явление, напр. уродства (отсюда термин «monstra per defectum»), нек-рые формы слабоумия, чаще же—приобретенные состояния, когда на почве дегенеративных, некробиотических, воспалительных процессов, травм возникает убыль вещества ткани; в этих последних случаях в дальнейшем обычно наступает регенерация тканей и закрытие Д. Физ. Д. в тканях не всегда ощутимы в фнкц. отношении, и обратно: многие очевидные фнкц. Д., например в нервной системе, не находят себе объяснения в виде каких-либо физических дефектов; последние могут отсутствовать.

ДЕФЕКТИВНОСТЬ (от лат. defectus—недостаточность), термин, применяемый в невропатологии и психиатрии гл. обр. по отношению к детям, т. к. большинство видов Д. относится к врожденным, конституциональным формам или к формам, приобретенным в самом раннем детстве. Д. подразделяется на два больших отдела соответственно двум главным видам проявления человеческой деятельности, а именно—на физическую и психическую, из к-рых последняя в свою очередь подразделяется на недостаточность со стороны эмоционально-волевой сферы и интеллекта. В действительности редко приходится встречаться с чистыми формами Д., большей же частью имеется дело с самыми разнообразными сочетаниями.—Этиологические моменты, лежащие в основе всякой Д. вообще, сводятся гл. обр. к двум основным группам: 1) внутренним (или эндогенным) факторам, тесно связанным с биологическими особенностями данного организма, и 2) внешним (или экзогенным), находящимся в тесной связи с целым рядом социально-бытовых условий и случайных причин. Фактически оба эти фактора в самых разнообразных сочетаниях оказывают влияние на выявление того или иного вида недостаточности. К эндогенным причинам относятся наследственные, гл. обр. дегенеративные конституции, к к-рым можно при-

числить психопатические конституции. Из экзогенных причин следует отметить: 1) факторы, к-рые влияют на развитие плода во время зачатия и беременности, как-то: всякого рода истощения (физическое, эмоциональное и умственное), травмы (физические и психические), отравления (алкоголь, морфий, кокаин и др.), инфекции (острые и хронические); 2) все прижизненные факторы, особенно сильно влияющие на детей вследствие особенностей организма, не закончившего своего развития. Тут гл. обр. играют роль всякого рода инфекционные заболевания, очень часто вызывающие поражения нервной системы у детей, а также поражения желез внутренней секреции, и оказывающие влияние на рост и на развитие центральной нервной системы. Кроме того следует принять во внимание истощение, травмы и отравления. Немаловажную роль играет также и влияние социально-бытовых условий и в частности явления детской беспризорности.

1. Физическая Д. Сюда включается физ. или соматическая недостаточность организма, к-рая влечет за собой частичную или полную инвалидность и требует специального вида помощи и профилактических мероприятий. Главное место в этой группе занимают: 1) нарушения двигательного аппарата, а именно—заболевания костной и мышечной системы, которые могут быть врожденного и приобретенного характера; последние подразделяются на остаточные явления после различного рода заболеваний и последствия т. н. несчастных случаев, т. е. увечья в узком смысле слова (в результате войны, случайных травм); 2) большая группа увечий вследствие перенесенных органических заболеваний центральной нервной системы (врожденные и приобретенные); 3) глухонмота и 4) слепота.—Недостаточность костного аппарата характеризуется 1) либо изменением самих костей на почве рахита, тbc костей и суставов, недоразвития костей в связи с нарушениями эндокринной системы и размягчения их во время быстрого роста, 2) либо отсутствием той или другой части двигательного аппарата (безрукие, безногие, отсутствие кистей, стоп и т. п., —см. Амелия) и наконец 3) рядом недочетов (напр. слабость связочного аппарата и т. п.). Наиболее частые измене-

ния встречаются в позвоночнике в виде врожденных и приобретенных деформаций, которые обостряются в школьном возрасте при неправильной конструкции школьной мебели и неправильной посадке тела во время трудовых процессов. Деформация позвоночника влечет за собой и деформацию грудной клетки, следствием чего является смещение внутренних органов и нарушение их функц. деятельности, особенно сердца (например так называемое *cor curvo-scolioticum*). Встречаются также изменения и отдельных суставов и в конечностях. Статистические данные, приводимые Бесальским (за период с 1906 года по 1926 год), указывают, что в Германии 36,7% всей физ. Д. составляют изменения в костной системе. — Из дефектов мускульной системы, влекущих за собой полную инвалидность, следует отметить прогрессирующую мышечную атрофию, при чем Бесальский за 20 лет насчитывает 364 случая, из к-рых 292 нуждались в мед. помощи. 16% всей физ. Д. падает на счет остаточных явлений после перенесенных органических заболеваний центральной и периферической нервной системы (как во внутриутробной жизни, так и в раннем детстве), а также в результате травматических поражений во время трудных родов. Видное место здесь занимают детские параличи как спинальной, так и церебральной формы, постэнцефалитические состояния с целым рядом насильственных и судорожных движений, постменингеальные заболевания, сопровождающиеся глухонемой и слепотой, а также целый ряд заболеваний центральной нервной системы на почве наследственного сифилиса, травмы во время родов, к-рые могут сопровождаться кровоизлияниями в мозговую ткань с разнообразными нарушениями в центральной нервной системе, а также и в периферической.

А. Организация помощи для физически-дефективных гораздо сложнее, чем кажется с первого взгляда, т. к. тут стоит вопрос не о сохранении биологической личности дефективного, а о возвращении ему трудоспособности. Организация этой помощи должна включать в себя следующие моменты: 1) ортопедическое лечение с целью по возможности корригировать существующий дефект, 2) специальное обучение и воспитание соответственно психо-физическим особенностям данного вида инвалидности и 3) проведение правильной проф. ориентации и проф. консультации с целью поставить проф. образование в наиболее благоприятные условия. Конечной целью является дать возможность калеке выйти победителем в борьбе за существование и стать полноценной соц. личностью. Образцом правильной организационной установки может служить учреждение для калек в Берлине (*Oscar-Helene-Heim*). Ортопедическая помощь представлена здесь ортопедической клиникой, состоящей из целого ряда отделений (для грудного и дошкольного возраста, для мальчиков и девочек, для старшего возраста, отделение для костного и суставного тбс, операционный зал, отделение для безруких, зал для леч. гимнастики, терап. кабинет и ортопедическая мастерская). Для воспитания

и обучения имеются трехклассная школа 1-й ступени, двухклассная вспомогат. школа, ортопедический класс для упражнения верхних конечностей, класс для безруких, проф. школа, детский сад, ясли, клубные занятия и т. п. Вся воспитательная и учебная часть находится в руках специалистов, т. к. подход к калекам в виду их своеобразной психологии носит специфический характер. У них вырабатываются специальные характерологические особенности, обусловленные сознанием их неполноценности и тем особым положением, к-рое занимает калека в семье и жизни. Физ. недостаточность часто является для него препятствием при осуществлении тех или иных жизненных проблем; калека всегда чувствует себя беспомощным по сравнению с другими, он часто является предметом насмешек и презрения со стороны окружающих; вследствие всего этого у него развивается болезненное чувство собственного достоинства. Типичный калека характеризуется повышенным честолюбием, большой раздражительностью, завистью, озлоблением, недоверием, большим упрямством и настойчивостью. Все эти особенности приходится принимать во внимание при постановке воспитания и обучения, вследствие чего и выработалась специальная педагогика для калек. Для дальнейшего проф. образования при учреждении существует целый ряд мастерских, куда направляются уже после специальной проф. ориентации, проводимой при участии и педагогов и врачей-специалистов. При учреждении существует поликлиника, где производится амбулаторное лечение—ортопедическое, хирургическое, терапевтическое; имеется и специальная школа для проходящих и проф. консультационный пункт. Сюда примыкает и целый ряд учебных и научных учреждений.

Б. Профилактические мероприятия сводятся главным образом к наиболее ранней подаче мед. помощи, т. к. только в таком случае можно предупредить инвалидность. Весьма рационально, если всю заботу о калекках берет на себя государство и соответствующими законоположениями проводит целый ряд профилактических мероприятий. Должно также вести среди врачей, среднего и младшего мед. персонала и населения широкую пропаганду того, что подача ранней помощи может в значительной мере уменьшить количество и тяжесть инвалидности. Ортопедической подготовке следует отвести должное место на мед. факультете, нужно внедрить в сознание врачей, что все деформации суставов и костей должны быть как можно раньше направляемы для лечения к специалисту, т. к. установившимся тяжелым изменениям помочь гораздо труднее, а иногда и совсем невозможно. Распознавать все дефекты при рождении ребенка должен уметь не только врач, но и акушерка, чтобы во-время посоветовать родителям обратиться к специалисту. Родителей и педагогов также следует ознакомить с распознаванием ранних признаков физ. недостаточности и указать им, что принятие своевременных мер может спасти ребенка от полной инвалидности. Устройство целого ряда систематических и эпизодических

лекций, передвижных выставок, специальных музеев может служить хорошим средством пропаганды. На фабриках и заводах следует ввести целый ряд предохранительных мер от несчастных случаев. Что же касается глухонемых и слепых, то тут оказание помощи должно выразиться в организации специальных учебных заведений (см. *Глухонемые и Слепые*). Профилактические мероприятия (кроме вышеописанных) сводятся к борьбе с ушными и глазными заболеваниями; кроме того следует обеспечить каждого такого б-ного своевременной мед. помощью. В смысле профилактики в СССР большую роль играют консультации, устроенные при Отделе охраны материнства и младенчества НКЗдрава, где даются советы беременным, а также по уходу за детьми грудного возраста.

II. Психическая дефективность. Недостаточность в эмоционально-волевой сфере включает в себя очень разнообразную по своей психической структуре группу людей. Этиология псих. Д. вполне исчерпывается выписанными данными; и здесь следует только подчеркнуть, что окружающая среда (особенно беспризорность) накладывает большой отпечаток на эту группу детей и заостряет проявление всех пат. особенностей. Такую же роль играют и критические возрасты. Классификация псих. Д. представляет в общем большие затруднения вследствие своего многообразия. В основу можно принять следующую группировку. А. Врожденные болезненные состояния — конституциональная нервность. Б. Психопатические конституции: 1) истероиды, 2) циклоиды, 3) шизоиды и 4) эпилептоиды. В. Органические заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся расстройством в эмоционально-волевой сфере (эпидемический энцефалит, наследственный сифилис и т. п.). Первая группа характеризуется наличием болезненных симптомов, б. или м. тягостно переживаемых самим субъектом, легкой возбудимостью нервной системы, суетливостью, беспокойством. Здесь большую роль играет также и нарушение вегетативных функций. Конституциональная нервность проявляется с самого раннего детства и сопровождается целым рядом как психических, так и соматических симптомов. Отличительной чертой является несоответствие между действительным поведением, вызвавшим ту или иную реакцию, и степенью душевного возбуждения. К этому присоединяется большая утомляемость, быстрое истощение, расстройство сна, плохой аппетит; вялость кипечника и целый ряд сексуальных раздражений. Иногда у таких детей имеется налицо целый ряд навязчивых состояний в форме навязчивых мыслей, страхов, представлений, желаний, движений и т. п. Часто отмечается также расстройство влечений, выражающееся гл. обр. в непреодолимом стремлении во чтобы то ни стало осуществить все свои желания, что при материальной невозможности влечет за собой ложь, воровство и целый ряд агрессивных действий. Все эти симптомы отражаются на общем самочувствии и настроении. Неблагоприятные внешние обстоятельства, как-то

случайные заболевания, недостаточное питание, туб. интоксикация, переутомление и т. п., повышают проявление болезненной нервности. Среди этой группы есть много детей с богатой фантазией, с большой одаренностью, с большими запросами, что дает им возможность не только обучаться в нормальной школе, но даже часто и выдвигаться среди своих сверстников. Присутствие их в классе в некотором отношении повышает общий уровень школьной группы. В смысле прогноза нужно указать, что благоприятные условия жизни, правильная гигиена как психическая, так и соматическая, правильный режим, вообще правильная налаженность общих жизненных условий имеют большое положительное значение, так как реактивность по отношению к окружающей их среде чрезвычайно повышена.

К другой группе принадлежат психопатические конституции. Под психопатической конституцией в узком смысле слова разумеют такие болезненные состояния, к-рые находятся на грани между душевным здоровьем и болезнью, следовательно это есть пограничные состояния, представляющие аномальные варианты личности. Психопатические состояния очень разнообразны по своим формам, редко встречаются в чистом виде, большей же частью — в разных комбинациях. Они затрагивают все области психической жизни и указывают на неравномерность в развитии псих. процессов, на дисгармонию личности, что и составляет их главную отличительную черту от нормальной индивидуальности. Это — личности с повышенными влечениями, чувствами, неуравновешенные, легко выпадающие в противоположные настроения. Среди них большинство с нормальным интеллектом, встречаются даже дети одаренные, но б. ч. односторонне, частично. Что у здорового человека таится в зародыше и проявляется постепенно и в известных пределах, а иногда и совсем подавляется, то бурно прорывается у психопатов. Т. о. эти пат. состояния не представляют собой ничего такого, что не было бы и физиологически свойственно организму, но лишь форма, сила и размеры их проявления, а также время их возникновения не соответствуют нормальному состоянию. Внешняя среда играет для психопатов очень большую роль, т. к. они больше, чем нормальные, поддаются воздействию внешних влияний. — Классификация психопатий очень трудна, неполна; недостаточно четко отграничены отдельные формы. В основу можно взять группировку, намеченную Крепелином. 1. Истероиды — со стороны строения тела пикники с очень ловкими и пла-

ными движениями. Отличительной чертой их психики является колебание в настроении, при чем периоды гипоманиакальности сменяются депрессиями. Они очень доступны и общительны. Работоспособность в гипоманиакальном периоде часто нарушена вследствие невозможности сосредоточить свое внимание на более длительное время, т. е. мысли у них текут быстрым темпом и они быстро перескакивают с одной работы на другую. В периоде депрессии отмечается обратное явление—большая заторможенность. 3. С х и з о и д ы—астенич. или диспластич. типа телосложения с очень неуклюжей, не ловкой двигательной сферой, мимика мало выразительна, отмечается манерность, вычурность. По своему псих. складу они мало общительны, мало доступны, плохо уживаются с окружающей средой, не подчиняются никакому режиму и дисциплине, склонны к резонерству, абстрактному мышлению, бесплодному мудрствованию. Они очень упрямые, негативистичны, импульсивны и склонны к нелепым навязчивым поступкам. Целый ряд странностей и чудачеств выделяет их среди других. 4. Э п и л е п т о и д ы—по телосложению б. ч. или атлетики или диспластики, по психике очень аффективны, с большой склонностью к приступам гнева и злобы. В моменты раздражения эти субъекты совсем не умеют владеть собой. Они жестоки, упрямые, придирчивы, злопамятны и мстительны. Наряду с этим часто имеется понижение интеллекта и целый ряд асоциальных наклонностей, как-то: воровство, лживость, грубость и сексуальные извращения. В моменты вспышек они становятся опасными для окружающих.—Нарушения в эмоционально-волевой и двигательной сфере при о р г а н и ч е с к и х з а б о л е в а н и я х центральной нервной системы представляют или явления сопровождающие или остаточные. За последнее время часто попадаются случаи с остаточными явлениями после перенесенного эпилепсического энцефалита. Такие субъекты отличаются легкой возбудимостью всей нервной системы, налицо имеются явления паркинсонизма, т. е. маскообразное выражение лица, мимика, не соответствующая внутренним переживаниям, своеобразная походка с наклоненным вперед туловищем, заторможенность в движениях и психике, неестественный смех и плач, немотивированные влечения и поступки. Такие же нарушения в движениях и в психике часто являются начальными формами при наследственном сифилисе, но тут уже рано можно констатировать начинающееся слабоумие.

И н т е л л е к т у а л ь н а я н е д о с т а т о ч н о с т ь, или умственная отсталость, заключается в себе группу детей с задержкой псих. развития, т. е. с понижением интеллекта. Эта недостаточность интеллекта является органической, врожденной—либо на почве наследственности, либо вследствие различных заболеваний центральной нервной системы во внутриутробной жизни, либо приобретенной в первые годы по рождению, когда вся нервная система не закончила своего развития,—и в результате мы имеем дело с самыми разнообразными формами недоразвития. Это есть та сборная группа, кото-

рая по терминологии Крепелина называется олигофренией. В дифференциально-диагностическом отношении от этой группы следует отграничить 1) детей педагогически запущенных, к-рых часто смешивают с умственно отсталыми; в то время как интеллект у них находится в пределах нормы, их запущенность является следствием целого ряда экзогенных факторов (неблагоприятные социальные условия, болезненность); и 2) вторичное слабоумие, которое является последствием перенесенных душевных заболеваний и представляет собой распад личности, а не задержку в развитии. При рассмотрении отдельных форм недоразвития принимается во внимание гл. обр. степень умственной недостаточности. Обычные деления на три степени—идиотии, имбецильности и дебильности не дают исчерпывающего представления по существу, и границы между этими тремя группами условны. Попытка сравнивать степени психич. недоразвития с тем или иным возрастом (Бине, Симон и др.) не выдерживает критики, так как умственно отсталого нельзя отождествить с нормальным ребенком, задержавшимся лишь в своем развитии на определенном возрасте; эта группа детей представляет собой не только количественно, но и качественно неполноценный тип, и развитие их идет совершенно другими путями. Тем не менее при описании умственно отсталых принято вышеозначенное деление как наиболее распространенное. Краткая их характеристика следующая: идиоты совершенно неспособны к обучению, у них часто отсутствует членораздельная речь, все интеллектуальные способности находятся в зачаточном состоянии, они не ориентируются в окружающем и только реагируют на удовлетворение своих низших потребностей. Встречаются более легкие формы идиотии; с такими детьми можно установить нек-рый контакт. Они узнают людей, находящихся с ними в постоянном общении, улавливают самые простые и несложные вопросы, понимают назначение простейших вещей.—И м б е ц и л ы способны к некоторому обучению; все интеллектуальные процессы у них значительно понижены, особенно процессы анализа, осмысления, комбинации, лучше развито запоминание, особенно—зрительных восприятий и конкретных понятий; также неустойчивы волевые процессы. Очень часто у имбецилов имеется расстройство речи. Среди них часто встречаются пат. характеры. К самостоятельному труду, даже очень несложному, они неспособны, постоянно нуждаются в надзоре и руководстве.—Д е б и л и к и уже ближе к норме, они уже способны к приобретению нек-рых знаний, могут обучаться в школах специального типа, им можно дать проф. образование. Кроме интеллектуальной отсталости у умственно отсталых отмечается целый ряд недочетов и со стороны эмоционально-волевой и моторной сферы. Раннее распознавание умственной отсталости является очень важным в виду того, что при этом имеется дело с процессами недоразвития. Чем раньше такие дети будут поставлены в соответствующие их психо-физическим особенностям условия воспитания и обучения, тем большей коррекции

можно ожидать, т. к. что умственно отсталый упустит в свое время, того ему никогда не нагнать впоследствии. Распознавание умственной отсталости должно базироваться на всестороннем изучении личности (подробные анамнестические данные о наследственности, развитии ребенка, перенесенных заболеваний с учетом социально-бытовых условий и подробного соматического и физ. состояния ребенка), в к-ром следует отвести должное место экспериментально-психологическим исследованиям.

Для учета степени отсталости существует целый ряд методов; из них предпочтение отдается тем, к-рые наиболее учитывают формальные способности, а не общее развитие, и на основании к-рых можно не только определить умственную недостаточность, но также указать, в каких отделах интеллекта существуют пробелы и в какой степени, чтобы знать, каким путем их корригировать, а также учесть все положительные стороны, чтобы воспользоваться ими при обучении. Для распознавания умственной отсталости в раннем возрасте (дошкольном) имеется очень ограниченное количество методов, как-то: исследование элементарных представлений по методам Россолимо, Бине, Симона, Вейганда и Дексдра. К определению умственной отсталости в этом возрасте надо подходить весьма осторожно, так как очень трудно установить темп развития. В школьном возрасте употребляются методы Россолимо как индивидуальные, так и массовые, к-рые дают возможность произвести, с одной стороны, количественную оценку психомеханики, с другой—установить, в каких процессах имеются провалы, и наконец сопоставлением всех данных определить тип работоспособности. Метод Бине и Симона освещает общую картину развития и дает возможность вскрыть педагогическую и соц. запущенность. Кроме того существует и целый ряд других методов. Углубленное изучение личности умственно отсталого ребенка должно вестись не только с целью отбора, но и во все время обучения, т. к. это даст ценный материал для проф. ориентации и проф. консультации, что является чрезвычайно важным для дальнейшей судьбы детей.

Как только установлена умственная отсталость, тотчас же нужно поставить такого субъекта в условия вспомогательного обучения, где не только программа иная, но и основные принципы обучения резко разнятся от нормальной школы. Т. о. организация помощи умственно отсталым должна конструироваться следующим образом: для idiots—специальные учреждения интернатного типа с преобладанием принципа призрения, для имбецилов—интернаты, где их должно по мере возможности обучать, но центр тяжести перенести на ручной труд, на трудовые процессы самообслуживания и приучение к тому или иному простому ремеслу. Наиболее пригоден для них сел.-хоз. труд, и потому организация трудовых колоний и артелей самый лучший вид помощи. Всю жизнь такие имбецилы должны оставаться под надзором и руководством. Для дебилов необходимо организовывать вспомогательные школы с 5-летним обучением и

с дальнейшим направлением для проф. образования либо на производство либо на специально для них организованные фабзавучи, куда следует направлять после всесторонней и углубленной проф. ориентации. Кроме вспомогательных школ следует организовывать при школах для нормальных детей вспомогательные классы там, где нет самостоятельных вспомогательных школ. Кроме того для тяжелых олигофренов необходимо иметь учреждения интернатного типа, при чем следует раскинуть целую сеть таких учреждений, чтобы иметь возможность производить правильное комплектование как по возрастам, так и по видам Д. Во всех этих учреждениях должны работать педагоги, получившие специальное дефектологическое образование. Для подготовки такого кадра специалистов при педагогических вузах существуют отделения (Москва, Ленинград), на к-рых преподается дефектология. Подобно тому как педология, по определению Блонского, изучает симптомокомплексы различных эпох, фаз и стадий детского возраста в их временной последовательности и в их зависимости от различных условий в пределах нормы, точно так же и дефектология изучает то же самое, но в пределах дефективного ребенка. Дефектология т. о. включает в себе изучение педологии умственно-отсталого ребенка, сурдопедологии, тифлопедологии и социально-патологической педологии.

С. Рабинович.

Организация помощи дефективным детям. Невропсихиатрическая помощь детскому населению в РСФСР еще крайне недостаточна. Всего в РСФСР имеется 32 школы-санатория с общим числом коек свыше 1.500. Между тем потребность населения в учреждениях для нервных, неуравновешенных и дисгармоничных детей весьма велика. Статистические данные детских профилактических амбулаторий обнаруживают значительный процент школьников, нуждающихся при проведении с ними воспитательно-образовательной работы в особых условиях школьно-санаторного режима, как-то: в меньшей нагрузке групп, лучших санитарно-гигиенических условиях помещения, гиг. питания, соответствующих методах учебной работы, леч. физкультуры и т. д. Крайним звеном в цепи учреждений, обслуживающих детей с аномалиями в нервно-психической сфере, являются психиатрические и нервн. отделения б-ц или детские психиатрические и нервн. б-цы как самостоятельные учреждения в окружном, губернском или областном масштабе. В наст. время имеется еще значительное количество детей, содержащихся в общих психиатрических б-цах. В связи с циркуляром, изданным НКЗдр. в 1922 г., об организации особых детских отделений при психиатрических б-цах со специальным медико-педологическим режимом в них, за последние годы наблюдается несомненный рост специальной психиатрической помощи детям.

Методы и содержание педологической работы с психически аномальными детьми. Такого рода дети могут быть разбиты на 2 основные группы: группу, в которой проводится первоначальное обучение грамоте и счету с ортопе-

дическими занятиями по развитию псих. функций, и группу для педагогической работы с грамотными детьми, ставящую себе задачей регулярное обучение тех детей, которые способны к усвоению школьной грамоты; предметами занятий ее могут быть: начатки политграмоты, устная и письменная речь, счет, психическая ортопедия, начатки природоведения, иллюстративное рисование, применительно к особенностям данного ребенка. Методы преподавания: трудовой, комплексный—при чем последний проводится в форме специально разработанных кратких уроков. Широко проводится индивидуализация обучения; ряд занятий ведется одновременно и с группой детей, численностью в 6—8 человек. Желательно не прерывать связи детей с их группой и во внеучебное время, так напр. в распоряжении группы может находиться библиотечка, группа может принимать участие в различных видах ручного труда, физкультуры и пр. Большое внимание должно быть уделено занятиям по ручному труду; виды работы: столярное дело, резьба, выпилка (работа по дереву), изделия из папье-маше, переплетное и картонажное дело, мягкая игрушка, работы по плетению, шитью и пр. При возможности развернуть деревообделочную мастерскую должно быть выделено особое помещение. Видное место принадлежит эстетическому воспитанию (музыка, пение), при чем для детей односторонне одаренных должны быть организованы индивидуальные занятия. Меры воздействия (или вернее педагогического воздействия) совершенно неотделимы от мероприятий и в первую очередь от психотерапии в самом широком смысле слова, граничащей с убеждением и беседой. Применение психотерапии требует конечно предварительного тщательного изучения соматического и псих. состояния б-ного. Распорядок дня, весь строй жизни психиатрического отделения, включая сюда и лечебно-педагогические мероприятия, должны быть рассчитаны на псих. и физ. оздоровление детей и на исправление соответствующих отклонений, что требует индивидуализации подхода, а следовательно—и правильной дозировки лечебно-педагогического воздействия.

Детская психиатрическая б-ца должна иметь не менее 3 отделений—приемно-наблюдательное, спокойное и беспокойное; последнее—отдельно для мальчиков и девочек. В детскую психиатрическую б-цу подлежат приему дети с расстройством псих. сферы, как-то: а) эндогенные психозы (схизофрения, маниакально-депрессивный психоз), б) постинфекционные психозы, в) острые психотические состояния психогенного происхождения, г) эпилептические сумеречные состояния и псих. эквиваленты эпилепсии, д) невроз с преобладанием в картине заболевания псих. симптомов (включая прогрессивный паралич). Что касается психопатии, то принимаются лишь те случаи, к-рые дают временные обострения или ухудшения в связи с соматическими или жизненно-эпизодическими факторами. Не должны приниматься в детскую психиатрическую б-цу: а) олигофрены, подлежащие школьному обучению, б) олигофрены, глубокие имбе-

цилы, не могущие обучаться, и идиоты, в) эпилептики с судорожными припадками, особенно с сохранившимися интелектами, г) психопаты и невропаты, д) органические нервнобольные без резких психотических симптомов.—Для перечисленных категорий детей с болезненными расстройствами нервной-психической сферы организуются особые учреждения, являющиеся самостоятельными звеньями в сети учреждений для нервных и душевнобольных детей. Так, для олигофренов, подлежащих школьному обучению, имеются медико-педагогические учреждения вспомогательного типа, находящиеся в ведении Наркомпроса—вспомогательные школы для приходящих олигофренов и интернаты. Для глубоких олигофренов-имбецилов и идиотов создаются учреждения типа психопедологической школы-санатория (Тверь), но более упрощенные, в виду более элементарных задач, стоящих перед этими учреждениями, имеющих целью развитие гигиенических навыков, приобретение элементарных знаний (особенно для эпилептиков с сохранившимся интелектом). В сети НКЗдр. РСФСР имеется пять таких учреждений областного и межобластного значения (Томск, Кострома, Орел, Тула, Кубань—близ Краснодара). Учреждения для тяжелых хроников (идиотов, эпилептиков, нервных органиков, эпидемических энцефалитиков) могут быть присоединены к детской психиатрической б-це в качестве отделений; учреждения для эпилептиков с сохранившимся интелектом должно устраивать вне территории психиатрической б-цы, поблизости от города, по типу сельскохозяйственной колонии, в которой могут быть широко развиты труд. процессы.

Основным учреждением типа психоневрологической школы-санатория является учреждение для психопатических и невропатических детей с полноценным интелектом. Психопедологическую школу-санаторий этого типа лучше всего устраивать за городом, но не далее 3—4 км от города. Более далекое расстояние от центра имеет ряд хозяйственных неудобств в смысле доставки продуктов и кроме того создает оторванность школы-санатория в отношении врачебной и педагогической работы. Наиболее удобным размещением для школы-санатория является павильонная система, или помещение, состоящее из отдельных квартир. При таком помещении дети могут быть разделены на небольшие группы и проводить весь день (классные занятия, еда, сон) отдельно. Такое деление детей на небольшие группы является необходимым условием правильной работы школы-санатория, т. к. оно дает возможность создать необходимую для школы-санатория спокойную обстановку и при маленьких группах уменьшается возможность плохого влияния одних детей на других (более тяжелые случаи могут быть отделены от более легких). Помещение школы-санатория должно не только удовлетворять всем сан.-гиг. правилам (быть достаточно просторным, светлым, сухим и теплым), но кроме того должно быть и уютным и соответствовать эстетическим потребностям детей. Помещение должно состоять из достаточного количества рабочих комнат для

классных занятий, клубных комнат, столовой, спален, зала для физкультуры, учебного кабинета, комнаты для педагогов, комнаты для музея детских работ, отдельной комнаты для раздевалки, лазарета для соматических б-ных, изоляционной комнаты для детей, изолируемых по псих. показаниям, ванной комнаты (к-рая должна быть оборудована достаточным количеством ванн, душей и умывальников) и двух уборных. Комнаты должны быть распределены т. о., чтобы спальни были достаточно отделены. Из спален одна должна быть больших размеров (наблюдательная комната), остальные небольшие, чтобы можно было изолировать как более возбужденных детей, так и более невропатических, впечатлительных, страдающих от детского шума. Лазарет для соматических детей желательно выделить в отдельное помещение. При школе-санатории должна быть терраса, на к-рой проводится дневной отдых (для зимнего времени для лежания на открытом воздухе должны быть приготовлены меховые мешки). При помещении школы-санатория необходим сад-огород, в котором дети могли бы работать по садоводству и огородничеству. Кроме того должны быть оборудованы физкультурные площадки, зимой каток и снежная гора. К внешней обстановке школы-санатория относятся также мебель и одежда детей. Мебель должна удовлетворять гиги. правилам, соответствовать возрасту детей, парты в рабочих комнатах должны быть индивидуальные. Одежда должна быть не только простой и гигиеничной, но и удовлетворять эстетическим требованиям. Отбору детей школы-санатория должно быть уделено достаточное внимание, т. к. правильный подбор детей является залогом продуктивной работы. Отбор детей может происходить в педологическом или психоневрологическом кабинете или в профилактических амбулаториях, там, где они существуют. В тех местах, где нет профилактических амбулаторий, отбор может производиться психоневрологом из школы-санатория. Школе должно быть дано право приема детей только на предварительный стаж (учреждения, направляющие детей в школы-санатории, должны давать подписку о том, что дети, не подлежащие приему в школу-санаторий, будут взяты обратно). Лица, производящие прием в школы-санатории, должны быть осведомлены о том, что школа-санаторию подлежат только дети с различными отклонениями от нормы в сторону нервно-психопатии (эти невропатические и психопатические состояния могут быть как врожденными, так и приобретенными на почве неблагоприятных внешних условий). Не подлежат приему в школу-санаторий 1) дети нормальные, но только социально запущенные, 2) дети — умственно отсталые. Из отдельных форм психопатии школе-санаторию подлежат только легкие и средние формы; тяжелые формы психопатий, гл. обр. сексуальные и антисоциальные психопатии, приему в школу-санаторий этого типа не подлежат; для них устраиваются школы-санатории с особым режимом. Число коек в школе-санатории в среднем 50. Оно может быть доведено до 75 только в тех

случаях, когда характер помещений разрешает разделить детей на небольшие группы. Возраст детей, подлежащих приему, — от 8 до 13 лет включительно; для подростков от 14 до 17 лет устраиваются отдельные школы-санатории такого же типа.

Подходя к педагогической работе с нервными психопатическими детьми, педагог школы-санатория должен знать, что основной его задачей является не столько дать ученику известный запас знаний, сколько научить его заниматься и работать самостоятельно. В школу-санаторий в большинстве случаев поступают дети, к-рые не умеют работать; они плохо слушают в классе, быстро отвлекаются, все воспринимают поверхностно, поэтому вся энергия преподавания должна быть направлена в сторону развития у ребенка способности к саморегулированию. Педагог должен избегать механического заучивания, а давать лишь материал, который будил бы творческие силы ребенка. Расстройство внимания и быстрая истощаемость нервных детей требуют постоянного вмешательства педагога. В проходном комплексе занятий педагог должен идти путем концентрации внимания воспитанников на различных сторонах одного и того же объекта; в программе обучения должен идти больше вглубь, чем вширь; при повышенной фантастике детей (симптом, часто встречаемый у невропатозов) педагог должен идти путем привлечения интереса к реальному (здесь большое значение имеет биологический комплекс). Педагог должен строго индивидуализировать свою методику обучения по отношению к каждому отдельному воспитаннику, учитывая все его пат. особенности, мешающие ему заниматься. Для выполнения этой задачи необходимы 1) маленькие классы (не более 15 человек на 1 педагога), 2) повышенная квалификация педагогического персонала школы-санатория. Педагог школы-санатория должен быть не только вполне квалифицирован в смысле знания своего дела, но и педологически образован. Кроме того педагог должен обладать определенными особенностями индивидуального склада (достаточная выдержка, умение владеть собой, способность чувствования детской психики и т. д.). Он должен быть всегда активен, с достаточно творческой инициативой. Особенностью педагогической работы школы-санатория является то, что воспитательская работа здесь неотделима от педагогической. Отличительной чертой детей, подлежащих школе-санаторию, является их антисоциальность. Они плохо уживаются друг с другом, чувство товарищества у них недостаточно развито; это дети, к-рых называют в школе дезорганизаторами; поэтому в начале своей работы педагогу приходится тратить большую часть своего времени на организационную работу в группе (организация самоуправления группы, объединение детей какими-либо общими интересами). Наряду с организационной работой педагогу еще приходится тратить много времени на воспитание у детей элементарных навыков личной гигиены (одежда и пр.) и нужных ему навыков поведения (по отношению к товарищам, воспитателям и т. д.).

Что касается программы обучения, то здесь в основу берутся существующие программы Гос. ученого совета, которые должны быть несколько приурочены к наличному составу детей школы-санатория. Эти особенности программы школы-санатория сводятся к следующему. 1. Программа должна быть более гибкой, чем в нормальной школе. 2. Программа должна быть достаточно интересной, чтобы заинтересовать учащихся. Это условие является особенно важным для школы-санатория, т. к. сюда поступают дети, мало способные к систематической учебной работе, и самый процесс школьных занятий для них непонятен. Задача школы-санатория—привить своим учащимся интерес и любовь к самому процессу учения (для этого часто полезно большее привлечение эстетического элемента в программу школьного обучения). 3. В проведении программы школы-санатория должна быть большая постепенность, чем в нормальной школе, т. к. дети медленно втягиваются в работу. Из отдельных методов преподавания наибольшие результаты в школе-санатории дает метод лабораторно-исследовательский, т. к. он больше всего соответствует основной задаче школы-санатория воспитывать у детей самостоятельность, активность. Экскурсионный метод также дает хорошие результаты, т. к. он больше других заинтересовывает детей, но в течение первой половины года экскурсии не должны быть очень длительными и частыми, пока дети не приучены к систематической интеллектуальной работе. Из других элементов педагогической работы школы-санатория следует еще остановиться на особенностях клубной работы, куда входят физическое, художественное и общественно-политич. воспитание детей. Под физическим воспитанием в школе-санатории следует понимать не только физ. упражнения, уроки гимнастики, ритмики, игры, но и всю совокупность физ. элементов, имеющих целью правильное психо-физическое воспитание ребенка. К элементам физ. воспитания относятся также целесообразно организованный физ. режим, правильная дозировка часов занятий и отдыха, рационально организованный послеобеденный отдых, прогулки и игры на свежем воздухе. Что касается физ. упражнений, то они должны индивидуализироваться не только согласно биологическим возрастным группам детей школы, но и соответственно психофизиологическим особенностям отдельных детей. Другими словами, группировка детей для занятий по физкультуре должна быть построена не только по возрастному принципу, но и с учетом псих. особенностей детей. Дети с повышенной нервной возбудимостью требуют иной нагрузки и другой кривой урока. Самый подбор игр должен быть строго учтен в школе-санатории, чтобы не вызывать у детей излишней эмоциональной нагрузки. К отдельным элементам физкультуры, являющимся в то же время и средством художественного воспитания, относится ритмика. Ритмическое воспитание является одним из сильных средств лечебно-педагогического воздействия. В занятиях ритмикой часто успокаиваются наиболее возбужден-

ные, неустойчивые дети. Особенно важным леч. средством является ритмика для детей с двигательной недостаточностью и с резким расстройством внимания. Воспитание инстинктивного ритма влияет здесь на развитие координации движений, и беспорядочные суетливые движения делаются более целесообразными.

Художественное воспитание в школе-санатории не должно стоять особняком, а проникать во всю жизнь школы. Как уже было отмечено, вся обстановка школы-санатория (помещение, одежда, мебель) должна служить воспитанию эстетических потребностей ребенка. Отдельные предметы, входящие в состав эстетического воспитания (рисование, музыка и т. д.), должны быть связаны со всем планом воспитательской работы и школьной программой. Так, преподавание живописи и рисования в школе служит не только специальным целям художественного воспитания, но представляет также важный шаг в развитии двигательного аппарата и технических способностей детей. Как показал опыт школы-санатория в Москве, продвижение отдельных детей в отношении рисования отражается и на их работе в деревообделочной мастерской и на школьных занятиях. Другие элементы художественного воспитания (музыка, литература) также являются важными лечебно-педагогическими средствами, т. к. они служат путями для оттока чрезмерно повышенной аффективности первых детей. Музыка часто успокаивает возбужденных детей и поднимает жизненный тонус у депрессивных и застенчивых. В школе-санатории музыка дается детям как активное действие в хоровом пении и как пассивное—слушание музыки. При слушании музыки подбираются произведения крупных композиторов, но сильные детскому пониманию. Драматизация является одним из способов познания эмоциональной жизни ребенка, т. к. в игре дети полнее раскрываются.

Правильно распределенный день школьника, его работа в классе и в клубе являются первым элементом трудового воспитания. Для правильного проведения последнего в школе-санатории необходима еще организация мастерских. Наиболее охотно дети работают в деревообделочной мастерской, в картонажной, переплетной. К элементам трудового воспитания относятся также самообслуживание детей, к-рое проводится в форме дежурства по спальням, столовым, рабочим комнатам и т. д. Сюда может быть отнесена работа в саду, огороде, уход за животными, птицами и т. п. Вопрос о лечении трудновоспитуемых детей является сравнительно мало разработанным во врачебно-педагогической литературе. Совокупность методов обучения и воспитания, в незначительной степени медикаментозное лечение и т. д. составляют мероприятия лечебно-педагогического характера, имеющие задачей предупредить возможность пат. проявления у ребенка и создать такую обстановку, при наличии к-рой только и может быть проведена успешная работа перевоспитания и лечения; это—режим учреждения, к-рым школа-санаторий прививает детям не-