

	Стр.
Солидарные туберкулы в центральной нервной системе .	157
Спинальные расстройства при туберкулезном спондилите	158
Туберкулезный спондилит	158
Туберкулезная интоксикация	161
Глава VIII. Травматические поражения нервной системы .	165
Поражения периферической нервной системы .	165
Поражения вследствие родовой травмы	165
Травматические повреждения на протяжении дальнейших периодов детства	166
Поражения центральной нервной системы	166
Сотрясение мозга. Шок	170
Травматические кровоизлияния в головной и спинной мозг .	172
Кровоизлияния в головной мозг	172
Кровоизлияния в спинной мозг	173
Менингеальные кровоизлияния .	173
Глава IX. Расстройство кровообращения в головном мозгу .	174
Менингеальные кровоизлияния	174
Мозговые кровоизлияния .	175
Эмболии мозговых сосудов	176
Тромбоз сосудов мозга .	176
Глава X. Новообразования центральной нервной системы	176
Опухоли головного мозга	176
Опухоли спинного мозга .	179
Глава XI. Паразиты мозга	180
Глава XII. Детские церебральные энцефалопатии	181
Общая характеристика детских церебральных энцефалопатий .	181
Отдельные симптомокомплексы детских энцефалопатий .	184
Детские церебральные параличи	184
Детские церебральные гемиплегии .	184
Детские церебральные диплегии .	186
Мозжечковый синдром	187
Атонически-астатический синдром .	187
Псевдобульбарный симптомо-комплекс .	188
Детские церебральные гиперкинезы	189
Гидроцефалия	190
Олигофрения	199
Психика идиотов	200
Психика имбецилов и дебилов	200
Группа конституционально глухих	203
Инфантилизм	205
Микроцефалия	207
Монголизм	210
Глава XIII. Эпилепсия	215
Экламptические припадки	228
Нарколепсия	230
Пикнолепсия	230
Глава XIV. Основные формы наследственно-семейных и дегенеративных заболеваний нервной системы	233
Группа спастических дегенераций	233
Семейно-спастический паралич	233
Группа атактических дегенераций	234
Семейная атаксия Фридрейха	234
Наследственная мозжечковая атаксия Пьер-Мари	235
Группа прогрессивных мышечных дистрофий	236
Миопатия	236
Невральная форма мышечной дистрофии Шарко-Мари-Тутс	238
Семейная спинальная амиотрофия Вердниг-Гофмана	240
Myotonia congenita Оппенгейма (добавление)	241
Группа амавротического слабоумия	242
Амавротическая идиотия Тэй-Сакса	243
Позддетская форма Янский—Бельшовский .	244

	Стр.
Форма Шпильмейер-Фогта	244
Экстрапирамидные гиперкинезы и стриарные формы	244
Болезнь Вильсона	244
Болезнь Томсена (добавление)	245
Глава XV. Дизонтогенетические и бластоматозные заболевания нервной системы	247
Уродства и дефекты развития мозга и окружающих тканей	247
Пороки развития головного мозга	248
Дефекты в развитии черепа и позвоночника в сочетании с пороками развития	248
Spina bifida	248
Частичная задержка развития в области центральной нервной системы	249
Глава XVI. Поражения нервной системы при заболеваниях позвоночника	250
Глава XVII. Основные формы заболеваний эндокринно-вегетативного аппарата	250
Заболевания зобной железы	250
Гипертрофия зобной железы	250
Атрофия зобной железы	251
Заболевания щитовидной железы	251
Базедова болезнь	252
Микседема	253
Эндемический кретинизм	258
Заболевания паращитовидной железы	261
Детская тетания	261
Заболевания половых желез	265
Заболевания надпочечников	267
Острый надпочечниковый синдром	267
Болезнь Аддисона	267
Генито-супраренальный синдром	268
Гипотрофический синдром	268
Заболевания гипофиза	269
Гипертрофия роста	269
Акромегалия	269
Гипотрофия роста с карликовостью	270
Адиποзо-генитальный синдром	270
Синдром гипофизарной кахексии	271
Заболевания эпифиза	273
Глава XVIII. Шизофрения	274
Кататонический симптомокомплекс	275
Симптомокомплекс бреподобных фантазий	277
Симптомокомплекс навязчивых страхов и действий	280
Анетический симптомокомплекс	281
Гебефренический симптомокомплекс	282
Аментивно-делириозный симптомокомплекс	282
Глава XIX. Группа «пограничных состояний»	289
Эндогенно обусловленные пограничные состояния	289
Конституциональная нервность	289
Психастения	291
Психопатии	294
Шизоидная психопатия	296
Эпилептоидная психопатия	302
Аффективно-лабильные психопатии	307
Циклоидные психопатии. Маниакально-депрессивный психоз	312
Haltlose	317
Анетический симптомокомплекс	320
Экзогенно обусловленные пограничные формы	321
Состояние нервно-психического истощения	321
Реактивные состояния детского возраста	326
Невроз испуга	326
Реактивные состояния, вызванные травмирующей ситуацией	330

	<i>Стр.</i>
Глава XX. Патологическое развитие личности ребенка . . .	338
Клинические типы	339
Астеническое развитие	339
Истерическое развитие	340
Шизоидное развитие	340
Эпилептоидное развитие	340
Депрессивное развитие	341
Патологическое развитие личности при физической недостаточности ребенка	342

ЧАСТЬ ТРЕТЬЯ

ПСИХОГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Глава I. Задачи психогигиены и психопрофилактики детского возраста .	345
Психопрофилактика детского возраста	345
Психогигиена и психопрофилактика беременных	346
Психогигиена и психопрофилактика в яслях	347
Психогигиена и психопрофилактика в школе	350
Психогигиена и психопрофилактика в ФЗУ	354
Глава II. Организация психоневрологической помощи детскому населению	356
Основные принципы организации	356
Внебольничная и амбулаторная помощь	357
Стационарная помощь	357
Психоневрологическая помощь детству в системе единого диспансера . .	358
Сеть специальных учреждений по обслуживанию психонервного детства	363
Больничная помощь психонервному детству	367

ВВЕДЕНИЕ

Психоневрология детского возраста родилась вместе с Октябрем. До революции существовала только сравнительно слабо развернутая сеть вспомогательных школ, несколько приютов для идиотов и имбецилов и немногочисленные учреждения частного характера для «нервных» и «трудных» детей.

Дети с «пограничными» состояниями в этой системе обслуживания были представлены чрезвычайно слабо. Не находили себе места и психически больные дети. Не лучше обстояло дело и с невропатологией. Специально детских невропатологических коек существовало очень мало. Обычно такие дети вклинивались среди соматически больных детей детских больниц и обслуживались педиатром вне консультации невропатолога.

Естественно, что при таких условиях, не имея сколько-нибудь прочной базы, психоневрология детского возраста не могла развиваться.

Не были охвачены кроме того невропсихическим обслуживанием некоторые возрастные группы «трудных» и «легко отсталых» детей; в тени оставались подростки и совершенно нетронутым оказался ранний детский возраст. Поэтому психопатологическое и невропатологическое изучение ребенка ограничивалось главным образом школьным периодом. Качество обслуживания также стояло далеко не на высоте. Методологические предпосылки в области медико-педагогического воздействия основывались на ложной теоретической базе. Врожденному, наследственно данному предрасположению как в олигофрениях, так и особенно в психопатиях придавали исключительно большое значение. Ломброзовская установка на «вырождение» как на основную причину неправильного поведения личности (антисоциальных реакций) и маньяновская концепция «высших дегенерантов» («психопатические личности» в современном смысле слова) еще прочно царили в дореволюционной психопатологии. Октябрь в науке до основания потряс эту базу. За 17 лет существования советской психоневрологии коренным образом изменились взгляды на этиопатогенез заболеваний нервно-психической сферы. Ведущая роль «социального» уже никому не внушает теперь никаких сомнений. Колоссальное значение инфекций, экзогенных факторов как в смысле физических и психических травм, социальных болезней, так и в смысле влияния той социально-производственной среды, в которой растет и развивается ребенок, не подлежит уже сегодня никакому оспариванию. Факторы внутриутробной среды в развитии аномалий нервно-психической сферы заняли должное место.

В связи с этим рушатся в корне основы этиопатогенеза целого ряда

болезненных форм. Например многие состояния, прежде трактуемые как эндогенные психопатии, предстали перед нами под углом зрения «так называемых органических психопатий», т. е. болезненных форм, возникших под влиянием экзогенных факторов (травмы, инфекции центральной нервной системы). Еще большее количество случаев вынесено за рамки эндогенных психопатий как «патологическое развитие личности, т. е. состояния, когда личность ребенка под влиянием ряда травмирующих факторов или изо дня в день ранящей его ситуации уклоняется на путь «патологического развития».

Разработка проблемы «патологического развития», правда, не на детском материале, а на материале взрослой личности, особенно плодотворно велась П. Б. Ганнушкиным и теперь проводится его школой.

В вопросе об олигофрениях, прежде рассматриваемых главным образом под углом зрения врожденного недоразвития плода, обусловленного особенностями зародышевой плазмы, также произошел крупный сдвиг. Изучены были многочисленные патогенные факторы внутриутробного существования, акта родов и первых лет жизни ребенка (олигофрении на почве внутри- и внеутробной вредности и родовой травмы).

Из перенесения центра тяжести с эндогении на экзогению естественным образом вытекала необходимость поставить акцент на изучении так называемых пограничных состояний, как наиболее легко обратимых и обеспечивающих ребенку возвращение в среду полноценных детей. С другой стороны, естественное стремление уяснить себе в каждом данном случае экзогенно данную обусловленность той или иной формы привело к необходимости отыскивать корни заболеваний на самой заре существования ребенка,—отсюда направленность на ранний, до тех пор забытый возраст.

Тенденция понять явления в процессе их непрерывного изменения и развития четко поставила на место прежнего, обычно статического изучения принцип динамического охвата явлений.

Само собой разумеется, что новые установки психоневрологии детства легли в основу организации ряда новых учреждений, охвативших прежде оставшиеся в тени возрастные группировки и формы. Богатый фонд для разрешения проблем не только детской психоневрологии, но и психоневрологии взрослой личности представляет собой детский материал. Анализ психонервных заболеваний детского возраста и сейчас уже освещает, а в будущем осветит еще ярче многие темные и спорные вопросы психоневрологии.

Мы уже говорили о господствовавших в психопатологии взрослых концепциях психопатий, как преимущественно эндогенных состояний. С другой стороны, мы знаем, что число их за последние годы заметно тает. Без знакомства со всей динамикой развития психопатии с первых лет жизни ребенка под влиянием окружающей среды нельзя было изучить анамнез взрослого психопата с глубиной анализа, позволяющего вскрыть корни его психопатологического состояния в перенесенных инфекциях и травмах. В результате многие случаи несомненного «патологического развития» личности, бравшего свое начало у истоков раннего детства, ошибочно диагностировались во взрослом состоянии как «психопатии».

Изучение детского материала разрушило в корне ложное убеждение в том, что ранний детский возраст застрахован от заболевания шизофре-

ний. Актуальнейший интерес представляет также изучение эпилепсии в детском возрасте, обещая еще большее сужение, если в конце концов не полное уничтожение рамок так называемой «генуинной» эпилепсии. Таких примеров можно было бы привести без конца.

Упомянутые перспективы освещения многих спорных проблем психоневрологии взрослой личности тесно спаяли детскую психоневрологию с психоневрологией взрослого, и в данное время нелегко представить себе изучение взрослой личности без учета роли ее прошлого, анализ которого в полной мере доступен лишь знающим психоневрологию детства, точно так же как нелегко изучать детскую психоневрологию, не зная судеб психоневропатологических симптомокомплексов ребенка в будущем.

Тесно увязана детская психоневрология также с п е д и а т р и е й. Связь психики с соматикой у ребенка еще более тесна, чем у взрослого. Если на личность взрослого туберкулез легких или приобретенный порок сердца накладывает определенную печать, то в тех случаях, когда развитие личности ребенка проходит под акцентом туберкулезной интоксикации или врожденного *vitium cordis*, меняется нередко весь характерологический облик ребенка. Ряд заболеваний всего организма в целом (рахит, эндокринопатия) накладывает на развивающуюся психику своеобразные психопатологические черты.

Но особенно тесно спаяна детская психоневрология с педологией и педагогикой. Точнее п с и х о н е в р о п а т о л о г и я я в л я е т с я б а з о й п о с л е д н и х. Лишь знакомство с заострениями нормальных характерологических вариантов, подробный анализ психопатологических явлений в эпоху возрастных кризов даст возможность педологии понять всю многогранность детской психики, а педагогике правильно организовать педагогический процесс. Методика работы с так называемыми «трудными» детьми, помогая педагогу индивидуализировать подход к ребенку соответственно его характерологическим особенностям, снабдила работников «нормальных» учреждений целым рядом очень ценных данных.

Если в области психоневрологии взрослых невропатология и психопатология тесно сплетаются друг с другом, то в области детства они нераздельны. Мыслимо ли, чтобы изучение хореи, эпидемического энцефалита и сифилиса мозга, сопровождающихся неизбежно изменением всей личности растущего ребенка в целом, велось одним невропатологом или одним психиатром; или изучение «органических психопатий», имеющих корни в неврологическом заболевании, нуждающихся в детальном анализе невропатологом, и наряду с этим развертывающих перед психиатром сложную картину психопатологических феноменов? Мы не отрицаем конечно того, что обе ветви детской психоневрологии должны углубленно изучаться и порознь соответствующими специалистами, но в практической работе разрыв двух дисциплин безусловно был бы на данном этапе наших знаний бесцелен и даже вреден. В основу настоящего руководства нами были положены следующие принципы: невропатология и психопатология даны в нем как единая дисциплина. Учитывая ведущую роль социальных факторов, мы уделили очень большое внимание вопросам психогигиены, психопрофилактики и педагогического подхода. Принцип возрастного охвата впервые приведен в руководстве (объаты все возрасты—от нескольких недель и до пубертатного возраста включительно). Осуществлен принцип динами-

ческого наблюдения, охватывающего патологические невропсихические феномены в процессе их развития и изменения.

Основной задачей руководства являются описание и анализ особенностей психоневрологических феноменов и болезненных форм детского возраста, поэтому все то, что является в семиотике общим для ребенка и взрослого, нами по возможности опущено. Равным образом опущено большинство редких форм.

Мы старались также в нашем изложении поставить акцент на до сих пор мало освещенных страницах детской психоневрологии (проблема патологического развития, так называемых органических психопатий, детской шизофрении) и на анализе ряда так называемых «симптомов нервности», симптомокомплексов, имеющих корни в дурно организованной среде. Мы отдаем себе ясно отчет в том, что наша работа—лишь первые шаги по пути разрешения тех широких задач, которые ставит нам советская психоневрология детства. Справедливая критика поможет нам в дальнейшем исправить промахи на этом пути.

Всем научным сотрудникам ГНИОММ и МОНИ и детской психоневрологической поликлиники при психиатрической клинике I ММИ—Блей, Галацкой, Зубковой, Кудрявцевой, Турецкому, Бельтихиной и всему педагогическому коллективу, работе которого мы обязаны богатым детским материалом, выражаем глубокую благодарность. Чрезвычайно признательны мы также заведующему фотокинолабораторией Эльберт за любезно сделанные им снимки и научному сотруднику рентгенологу Шукат.

Вся невропатологическая часть написана М. М. Модель, психопатологическая—Т. П. Симсон. Ею же написаны психопатологические разделы в невропатологических главах.

В составлении глав принимали участие оба автора.

Часть «Психогигиена и психопрофилактика» принадлежит Л. И. Ганьперин.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

ОБЩАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ

ГЛАВА I

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ РЕБЕНКА

Внутриутробное развитие нервной системы характеризуется ранним созреванием так называемой сегментарной системы. Последняя представлена участком центральной нервной системы, начиная от спинного мозга и кончая мезоцефалической частью. Организация же переднего церебрального пузыря (telencephalon), из которого развиваются большие полушария, наступает позже. В первые четыре месяца внутриутробной жизни кора мозга сохраняет еще свою рудиментарную структуру. В этот период нельзя обнаружить ни одного миелинового волокна. В противоположность этому спинной мозг и оптостриальный аппарат к этому времени обладают уже той формой, какая наблюдается у взрослых. В этой фазе развития можно уже видеть лучеобразно расходящиеся миелиновые волокна, связывающие pallidum с корой и thalamus. В конце шестого месяца обозначаются 7 слоев нейронов, расположенные друг под другом. Однако эти последние даже при рождении еще не снабжены всеми структурными элементами.

Развитие борозд и извилин в коре мозга идет следующим образом: на третьем-четвертом месяце утробной жизни появляется fissura Sylvii, calcarina и parieto-occipitalis, остальные борозды образуются на шестом-седьмом месяце. Однако развитие борозд и извилин коры к моменту рождения ребенка не может считаться законченным.

Центральная нервная система новорожденных и грудных детей имеет те же внешние формы, что и у взрослого. У новорожденного вес мозга 361—371 г по Маршану (Marchand), что составляет $\frac{1}{8}$ веса тела, у взрослых около $\frac{1}{40}$. Это обстоятельство объясняется быстрым нарастанием в первые годы жизни мозговой субстанции. Однако мозг новорожденного далеко не готов как в смысле дифференцировки, так и функционального значения частей клеток, клеток в целом, клеточных образований и различных отделов мозга. Лишь в процессе развития постепенно формируется более ценная специфическая нервная ткань—ганглиозные клетки и нервные волокна, причем здесь имеет место не одно только увеличение, но и качественное превращение простых, близко стоящих к эмбриональному типу элементов, в элементы вполне организованные. После рождения свое развитие продолжает и глиозная ткань, в которой находят изменение клеток и волокнистого вещества.

Развитие борозд и извилин у новорожденных, как мы уже говорили, нельзя считать окончательно законченным. Процесс их эволюции происходит постепенно. Время образования и дальнейшего развития отдельных борозд непостоянно и колеблется у различных индивидуумов. Кор-

ковые слои у новорожденного еще недостаточно дифференцированы и корковые центры неполностью сформированы. Маштаков указывает, что развитие коры совершается особенно быстро в первые три месяца жизни. Продолжается оно на протяжении 2—3 лет жизни ребенка. Формирование центров приурочивается к четвертому месяцу жизни. Проводниковые пути к моменту рождения ребенка уже достаточно развиты, за исключением пирамидных пучков, миелинизация которых заканчивается к 2—3, а по некоторым авторам к 5—6 месяцам.

Спинной мозг при рождении почти готов к функционированию; его вес и длина значительно увеличиваются в первые 2—3 года жизни, что стоит в связи с увеличением его функции. У новорожденных спинной мозг в позвоночном канале спускается до уровня L_3 . Типичная форма серого вещества на поперечном разрезе спинного мозга становится ясной к началу второго года жизни.

Стебловая часть мозга по своему развитию приближается к спинному мозгу. Еще позднее развиваются ассоциационные, тангенциальные и прочие волокна. Среди этих волокон особенно медленно протекает развитие тангенциальных волокон—оно может продолжаться по мнению некоторых авторов и до 20-летнего возраста. Среди тангенциальных волокон позже всех заканчивается развитие лобных и нижнетеменных извилин.

Что касается периферической нервной системы, то внутричерепные нервы заканчивают свое развитие в смысле обкладывания мякотью к 3 месяцам, периферические—к 3 годам жизни, хотя рост миелинового влагалища и даже осевого цилиндра продолжается и за пределами этого возраста.

Интересны цифровые данные о темпе развития мозга. Головной мозг удваивает свой вес к 9 месяцам, утраивает к 3 годам и увеличивает в 4 раза к 20 годам. В связи с таким быстрым темпом развития мозга стоит и очень бурный психический рост ребенка в первые годы жизни (научается говорить, приобретает большой запас слов и способность ориентировки в окружающем пространстве). Спинной мозг утраивает свой вес к 5 годам, а к половой зрелости увеличивает его в 4—5 раз. Мозжечок в первые месяцы жизни мало растет, а затем быстро увеличивается, достигая к 7 годам величины, свойственной взрослому.

В то время как ребенок рождается с еще неразвитой анимальной системой, он обладает уже готовой, в полной мере функционирующей вегетативной нервной системой.

По химическому составу мозг новорожденного отличается большим содержанием воды и меньшим количеством лецитина. К 16 месяцам химические особенности мозга (по Шкарину) сравниваются с мозгом взрослого. Развитие нервно-психической сферы является одним из звеньев того сложного динамического процесса, который протекает в растущем детском организме, и его само собой разумеется нельзя рассматривать изолированно. Понятно, что рост и развитие одних органов и систем влияют на рост и развитие других, и на весь организм в целом. Особенно большое значение для развития организма имеет функция желез внутренней секреции. Последние, находясь в постоянной взаимной связи и в связи с центральной нервной системой, своими гормонами стимулируют как развитие всего организма в целом, так и рост отдельных его частей. Одни из желез функционируют уже с