

## Клинические проявления на начальном этапе формирования детской невропатии: аналитический обзор

Буторин Г.Г.<sup>1</sup>, Бенько Л.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет»

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск

**Резюме.** Представлен анализ актуального состояния концепции синдрома детской невропатии и описаны трудности его диагностики на начальных этапах формирования. Проанализированы существующие подходы к пониманию содержания данного расстройства. Сегодня невропатия в детской психиатрии чаще всего трактуется как одна из форм аномалии развития — как дизонтогенез нервной системы, характеризующийся повышенной возбудимостью в сочетании с повышенной истощаемостью. Трудности диагностики обусловлены, прежде всего тем, что отсутствует общепринятый взгляд на само понимание невропатии, её критерии и динамику. Более того, требуют уточнения клинико-психопатологические различия, обусловленные особенностями этиопатогенеза. Недостаточно ясны её взаимоотношения с таким эволюционно-динамическим фактором, как онтогенетический.

**Ключевые слова:** психоневрологический синдром, энцефалопатия, невропатия, нервно-психические расстройства детского возраста.

### Clinical manifestations at the initial stage of child neuropathy formation: an analytical review

Butorin, G.G.<sup>1</sup>, Benko L.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Chelyabinsk State Pedagogical University

<sup>2</sup> South Ural State Medical University, Chelyabinsk

**Summary.** A critical analysis of the concept of child neuropathy syndrome is submitted, and also described the difficulties of its diagnosis in the initial stages of formation. The existing approaches to understand this disorder are analyzed. Today neuropathy in child psychiatry is most often interpreted as one of abnormal development forms — as dysontogenesis of the nervous system, characterized by increased excitability combined with increased exhaustion. Diagnostic difficulties are caused by the fact that there is no common opinion at the understanding of neuropathy, its criteria and dynamics. Moreover, clinical-psychopathological differences, associated with the peculiarities of etiopathogenesis require clarification. Its relationship with such evolutionary dynamic factor as ontogenetic is not sufficiently clear.

**Key words:** neuropsychiatric syndrome, encephalopathy, neuropathy, neuropsychiatric disorders of childhood.

Детская невропатия как особая форма аномальной конституции, которая наблюдается, главным образом, в «медицине детства», в специальной литературе имеет несколько обозначений: «врождённая детская нервность», «конституциональный невроз», «синдром вегето-висцеральных нарушений», «синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости». В детской психиатрии невропатия рассматривается как аномалия нервно-психического развития (как дизонтогенез), этиологически связанная либо с генетическими факторами, либо с экзогенно-органической патологией, возникающей в пре-, пери- или постнатальном периоде.

Изучив мнения различных специалистов, можно сделать вывод о том, что признаки невропатии обнаруживаются у ребёнка на ранних этапах возрастного развития и с возрастом могут либо постепенно уменьшаться, прежде всего, если в семье и в социальной среде созданы все условия для нормального соматического и психического развития, либо трансформироваться по мере смены этапов психофизического разви-

тия на другие уровни патологического реагирования [2, 3].

Если принять во внимание, что начальный (инициальный) этап приходится на соматовегетативный уровень патологического нервно-психического реагирования, то адресуясь к результатам проведенных исследований можно проследить закономерности формирования и динамики детской невропатии этого этапа.

#### Анализ состояния исследуемой проблемы

Как считает большинство авторов, наличие органического фона в виде диффузных и очаговых неврологических симптомов обуславливает особенности невропатии, клинические проявления которой рассматриваются как *психоневрологический синдром*. В частности, М.И. Буянов [4] трактует невропатию как определенное психоневрологическое расстройство в период от рождения и до 5–7-летнего возраста.

Можно считать установленным, что перенесенные в раннем детстве различные поражения голов-

ного мозга приводят к возникновению *энцефалопатии*, которая в МКБ-10 определяется как переходящие и неуточнённые патологические состояния центральной нервной системы (головного мозга) невоспалительного генеза [12]. Энцефалопатия, которая возникает у новорожденных и детей первых месяцев жизни под воздействиями пренатальных, перинатальных и ранних постнатальных неблагоприятных факторов, обычно диагностируется как «*перинатальная энцефалопатия*».

Большинство исследований, затрагивающих область неонатологии, связывают энцефалопатию с перинатальной патологией. Представления о перинатальной патологии причисляют к разделу перинатальной неврологии, с позиций которой эта патология, по словам Ю.И. Барашнева, «во многом определяет качество здоровья новорожденного и последующее его постнатальное развитие» [1]. Причиной повреждения головного мозга, приводящей к перинатальной энцефалопатии, в неонатальной неврологии относят, прежде всего, гипоксию, возникающую при неблагоприятном течении антенатального периода, вызывающую «гипоксически-ишемическую энцефалопатию», которая считается одной из наиболее распространенных патологических состояний периода новорожденности и часто определяется в клинике как «неонатальная или перинатальная энцефалопатия». В клинических проявлениях этой энцефалопатии наблюдаются двигательные нарушения, судороги, расстройства психического развития и другие признаки церебральной дисфункции [8].

При этом дискутируется сам термин «неонатальной гипоксически-ишемической энцефалопатии», который многими авторами ассоциируется с понятием «перинатальной энцефалопатии», до сих пор сохранившимся в клинической практике.

Значимым при проведении клинико-динамических исследований нервно-психических расстройств в детском возрасте является и тот факт, что за исходную основу многие авторы принимают два ранних онтогенетических этапа — перинатальный и постнатальный, а степень тяжести энцефалопатических проявлений в клиническом ранжире определяется как лёгкая, средняя и тяжёлая. При легкой степени расстройства носят чаще функциональный характер.

*Перинатальный этап* — это период, охватывающий возраст после перерезки пуповины до одного года жизни — грудной (младенческий) возраст с включением в этот период раннего и позднего неонатального периода и периода раннего детства (1–3 года). Если сопоставить этот перинатальный этап с клиническими характеристиками, наблюдающимися (в педиатрической трактовке) в течение перинатальной энцефалопатии [8, 11], то он включает следующие периоды:

- острый (от 7–10 дней до 1 мес.),
- ранний восстановительный, или подострый (от 11 дней до 4 мес.),
- поздний восстановительный (от 4 мес. до 1–2 лет),

- период остаточных явлений (после 2 лет).

С позиций эволюционно-динамического подхода к периодизации индивидуального развития, ассоциированного с уровнем патологического нервно-психического реагирования, принятого в детской психиатрии, весь *перинатальный* этап относят к самому раннему соматовегетативному уровню патологического нервно-психического реагирования, границы которого определяются возрастом 1–3 года.

В учебнике «Неонатология» Н.П. Шабалов [22] в нервно-психической сфере новорожденного выделяет три переходных процесса: родовой катарсис, синдром только что родившегося ребенка (ведущим механизмом которого является катехоламиновый всплеск) и импринтинг. Считается, что эти пограничные состояния при особых условиях могут лечь в основу повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, либо угнетения центральной нервной системы.

Следовательно, современное представление о происхождении невропатии сводится к учету эндогенных, экзогенно-органических и психосоциальных факторов, то, что называется в современной психиатрической клинике биопсихосоциальной парадигмой происхождения психических и поведенческих расстройств в детском возрасте как основы полидисциплинарного подхода к оказанию помощи больным, а детская невропатия определяется как врождённая детская нервность с повышенной возбудимостью и повышенной истощаемостью, что принимается во внимание всеми исследователями.

Согласно динамическим критериям на этапе раннего детского возраста могут наблюдаться как синдромы восстановительного периода, так и резидуальных энцефалопатических признаков, отражающих соответствующий уровень патологического нервно-психического реагирования.

Общепризнанно, что диагноз энцефалопатии устанавливается обычно в первый месяц жизни ребенка. В дальнейшем, согласно концепции возрастных уровней нервно-психического реагирования, преимущественными проявлениями патологического реагирования на первом году жизни, соответствующего соматовегетативному уровню реагирования, перинатальная энцефалопатия может проявляться следующими психопатологическими синдромами:

- синдром гипервозбудимости,
- синдром гиповозбудимости,
- синдром двигательных расстройств,
- синдром мышечной гипотонии,
- синдром мышечной дистонии,
- синдром мозжечковых двигательных нарушений,
- гипертензионно-гидроцефальный синдром,
- синдром вегетативно-висцеральных нарушений,
- судорожный синдром,
- церебрастенический синдром.

С современных позиций динамического подхода к резидуальным явлениям перинатальной энце-

фалопатии значимым является положение, высказанное в неврологической неонатологии, о неврологическом статусе новорожденных, который может быть, по мнению специалистов, как нормальным, так и девиантным — отклоняющимся от нормы и имеющим выраженные клинические проявления. К симптоматологии этих девиаций относят неврологические синдромы в виде повышенной возбудимости (мышечной гипертонии), или повышенной истощаемости (гипотонии, апатии), или их сочетание. Такая диагностическая характеристика этих расстройств, указывающая на их двухполярность, обнаруживается в оценках многих авторов, исследующих данную проблему. Как правило она рассматривается как с позиций клиники, так и с позиций нарушений высшей нервной деятельности (в виде повышенной возбудимости и повышенной тормозимости). Так, клинко-физиологический подход к изучению детского резидуальных энцефалопатий, использованный в свое время С.С. Мнухиным [13; 14], лег в основу сформулированной им гипотезы о существовании при них двух основных типов нарушений высшей нервной деятельности — «стенического», который характеризуется большой силой основных нервных процессов, их инертностью и неуравновешенностью, и «астенически-атонического», которому свойственны выраженная слабость процессов возбуждения, быстрая истощаемость, замедленное образование условно рефлекторных связей, нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем с относительным преобладанием деятельности последней. В дальнейшем, в вопросах, касающихся «резидуальных психопатий, олигофрений, эпилепсий» (трактовка автора), в них выделяются те же самые формы. Одновременно с этим Г.Е. Сухарева [20] обращала внимание на два клинических типа «детской нервности» в зависимости от того, какая симптоматика преобладает в клинической картине (повышенная возбудимость или повышенная истощаемость).

Следует заметить, что первые описания стенического и астенического строя жизнедеятельности принадлежат английскому врачу XVIII века J. Brown, разделившему в соответствии с этим все болезни на стенические и астенические. В первом томе «Руководства по психиатрии» под редакцией академика А.С. Тиганова, [18] во второй главе есть раздел «Психический склад личности, конституция», где дается развёрнутый анализ положения о том, что индивидуальные особенности проявления и развития патологического процесса в значительной степени зависят от свойств личности, от её стенического или астенического склада (строя жизнедеятельности).

В аналогичной трактовке описаны и нервно-психические расстройства детского возраста в практическом руководстве для детских психиатров, психологов, социальных работников и педагогов известного британского профессора Рори Никола [15], который эти расстройства разделяет и описывает при помощи терминов *интернализующие* или *экстернализующие* расстрой-

ства. Как считает автор, такое разделение, целесообразно использовать для проведения различий между теми детьми, у которых проблемы появляются преимущественно в виде внутренних душевных страданий, и детьми, которых проблемы подталкивают к внешним действиям в условиях социальной среды.

В дальнейшем многие авторы в клинических проявлениях не только невропатии, но и других нервно-психических расстройств выделяют ту же двухполярность этих проявлений, опираясь на процессы высшей нервной деятельности (возбуждение и торможение).

Разделение на синдромы, с одной стороны, повышенной нервно-психической возбудимости (возбудимые, стенические, гиперстенические, гиподинамические), с другой — угнетения центральной нервной системы (астенические, астеноатонические, гипостенические, гиподинамические, тормозимые) выявляются уже на первом году жизни в синдромах перинатальной энцефалопатии острого и подострого периода.

Примером могут служить синдромы гипер- и гиповозбудимости, которые при вегетовисцеральных нарушениях обозначены как синдромы гипер- и гипотермии, а при двигательных нарушениях гипертонус — гипотония и т. д.

В то же время Г.Е. Сухарева [21], рассматривая патогенетическую основу «врожденной или рано приобретенной нервности» и, ссылаясь на физиологические исследования И.П. Павлова, Л.А. Орбели, П.К. Анохина, считала, что их экспериментальные данные, доказывающие активизирующие действия подкорковых импульсов на корковую деятельность, имеют большое значение для понимания «патогенетических механизмов не только невротических состояний, но и той аномалии развития, которая предрасполагает к их возникновению, то есть врожденной нервности». Г.Е. Сухарева полагала также, что сама клиническая картина детской нервности определяется своеобразием патогенетической основы невропатии, а её признаки могут наблюдаться в грудном возрасте, и в дальнейшем «эти расстройства принимают различные формы выражения в зависимости от возрастной фазы развития» [21, с. 345].

Согласно Г.Е. Сухаревой, в младенчестве основное место в клинической симптоматологии занимают вегетативно-соматические расстройства:

- в раннем детстве — преобладают расстройства сна и нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта;
- в дошкольном возрасте — на первом месте стоят нарушения аппетита;
- у старших детей — функционально-сосудистые нарушения, при которых лабильность вазомоторного аппарата приводит к головным болям, головокружениям, склонности к обморокам.

Более того, по мнению автора, для невропатии характерны и специфические нарушения в отдельных сферах:

- нарушения психомоторики (речи, двигательной сфере);

- проявление функциональной недостаточности вегетативной регуляции (вегетосудистая дистония);
- снижение приспособляемости к метеорологическим условиям;
- повышение чувствительности вестибулярного аппарата;
- патологическая симптоматика в неврологическом статусе;
- отклонения со стороны психики в виде раздражительной слабости с легкой возбудимостью и быстрой истощаемостью, которые возникают рано.

Что касается и интеллекта, то у большинства детей, как считает Г.Е. Сухарева, он не страдает. Отставание наблюдается только у небольшой части в связи с повышенной утомляемостью и неспособностью к длительному напряжению.

Клиническая картина врожденной нервно-вегетативной патологии не только в своей статике, но и в динамике. Повышенная реактивность в отношении различных раздражителей часто приводит к возникновению новых симптомов невротических реакций.

Подобные патологические реакции характеризуются относительной типичностью и проявляются в большинстве случаев в вегетативно-соматических и двигательных расстройствах. Клиническая форма невротической реакции зависит от возрастного этапа развития ребенка.

Л.М. Шмаонова [23], ссылаясь на работы Т.П. Симсон и Г.Е. Сухаревой, характеризует невропатию как функциональную слабость нервной системы с понижением порога её возбудимости, чаще врожденного характера. В её основе, пишет автор, лежит расстройство функции вегетативной нервной системы в связи с неблагоприятными влияниями на плод или на зародышевые клетки. Имеют значения семейная обстановка, воспитание, перенесенные ребенком заболевания.

В раннем детском возрасте наиболее характерны нарушения сна и аппетита:

- дети с трудом засыпают, легко пробуждаются,
- плохо сосут грудь, часто срыгивают,
- позднее появляется рвота, легко возникают понос или запор.

В дошкольном и раннем школьном возрасте, помимо нарушений сна и аппетита, отмечается:

- повышение общей возбудимости, быстрая утомляемость и истощаемость,
- в момент раздражения появляется общее двигательное беспокойство,
- нередко нервные тики и заикание.

В подростковом возрасте обостряется вегетосудистая неустойчивость, что проявляется частыми сердцебиениями, резкими колебаниями артериального давления, головными болями, головокружениями.

Прогноз невропатии, как считает Л.М. Шмаонова, благоприятен — с возрастом невропатические проявления обычно сглаживаются.

Практически одновременно с Г.Е. Сухаревой [19] проблема невропатии изучалась другим вид-

ным психиатром Н.И. Озерецким, научные исследования которого легли в основу его учебного пособия [16]. Давая характеристику астеническому развитию, он считает, что у детей оно чаще встречается в виде «нервности» (Nervosität), основным ядром которой является раздражительная слабость и истощаемость нервной системы. Первые симптомы «нервности» появляются уже в грудном возрасте.

Таковы, по Н.И. Озерецкому, основные признаки «нервности», которые описываются им в сравнительно-возрастном аспекте.

Группа видных детских психиатров под руководством проф. Д.Н. Исаева, изучая неврозы у детей, утверждали, что невропатию следует воспринимать не как причину невроза, а лишь как predisposing фактор [5]. Согласно мнению авторов основная патогенная роль невропатии заключается в болезненном изменении реактивности организма, ослаблении его защитных сил и адаптивных возможностей.

В своих работах А.И. Захаров [7] характеризует невропатию как аномалию нервно-психического развития, этиологически связанную либо с генетическим фактором, либо с экзогенными воздействиями во внутриутробном периоде. В основе невропатии, по мнению автора, лежит функциональная недостаточность вегетативной регуляции, и в последующем она имеет корреляцию с неврозами. Рассматривая невропатию как общую нервную ослабленность конституционально-антенатального плана, автор пишет, что к году проявления невропатии становятся отчетливо выраженными и такими остаются в течение нескольких ближайших лет. Сгруппировать эти проявления можно следующим образом:

- нарушения сна (поверхностный чуткий, беспокойный или чрезмерно глубокий сон, затрудненное засыпание, уменьшенная потребность в дневном сне и т.п.);
- повышенная нервная чувствительность (склонность к беспокойству на фоне заостренной эмоциональной чувствительности и лабильности настроения);
- нервная ослабленность (лёгкая утомляемость при повышении нервно-психических нагрузок, плохая переносимость шума, духоты, яркого света, общая нервная невыносливость);
- соматическая ослабленность вследствие снижения реактивности организма, его защитных иммунных сил (нарушения обмена веществ, недостаточная ферментативная активность и частые соматические заболевания, хронические тонзиллиты, трахеиты, бронхиты с астматическим компонентом и замедленным выздоровлением);
- психомоторные, конституционально обусловленные нарушения (тики, заикание, энурез);
- диатезы (экссудативно-катаральный, лимфатический и нервно-артрический, характерна ферментативная недостаточность, ла-

бильность реакции желудочно-кишечного тракта, нередко с тошнотой и рвотой);

- вегето-сосудистая дистония как результат дисфункции высших вегетативных центров (артериальная гипотензия, повышенная метеочувствительность, головные боли, головокружение, озноб, потливость, сердцебиения, неустойчивый пульс).

Согласно А.И. Захарову, на невропатию могут указывать несколько признаков, особенно первые из них. Чем их больше диагностируется, тем сильнее выражена невропатия, свидетельствующая о болезненной заострённой нервной чувствительности и невыносимости таких детей, а также общей ослабленности их организма. Дети с невропатией заслуживают особого внимания, так как обладают повышенной эмоциональной чувствительностью, склонностью к беспокойству, нарушениям сна и аппетита.

В более поздних работах Г.И. Гарбузов [6], рассматривая невропатию как врождённую детскую нервность, отмечал, что её причины сложны, а первые признаки невропатии обнаруживаются на раннем этапе онтогенеза и становятся наиболее типичными в первые 2–3 года жизни.

Начальные признаки, возникающие на начальном этапе, описанные Г.И. Гарбузовым, идентичны тем закономерностям, на которые указывал А.И. Захаров. Согласно Г.И. Гарбузову эта симптоматика складывается из следующих признаков:

- нарушения сна: чуткий, беспокойный, с частыми просыпаниями, иногда «спокойная бессонница», иногда путает день и ночь, к полутора годам — отказ от дневного сна, а к трём годам нормализуется ночной сон;
- нарушения пищеварения: ребёнок быстро устаёт при грудном кормлении и рано отказывается от груди; у него часты срыгивания, рвоты (до 7–8 лет); он мало ест, плохо жуёт, не может проглотить твёрдую пищу, аппетит избирательный;
- нарушения мочеиспускания и дефекации: стул и мочеиспускание могут быть учащёнными или задержанными, нередко наблюдается дневной и/или ночной энурез;
- контрастность поведения: с одной стороны — агрессивность, конфликтность, драчливость, с другой — чувствительность, робость, ранимость, обидчивость; страшится всего нового, но крайне неосторожен, неосмотрителен. Ребёнок контрастен в поведении, поскольку он физиологически дисгармоничен;
- эмоциональную нестабильность: перемены настроения неожиданны и причины не всегда ясны — весёлое настроение может легко смениться пониженным с гневом и слезами;
- чрезвычайную подвижность: беспокойство проявляется везде — на руках, в постели, в игре, на прогулке;
- убыстренное психоречевое развитие: при раннем появлении речи могут отмечать-

ся её кратковременные задержки, нередко наблюдается физиологическое косноязычие, дислалия;

- перевозбудимость вегетативной нервной системы и аллергическая предрасположенность: метеочувствительность, склонность к вегетососудистым кризам, патологическим реакциям на прививки, астматическому синдрому, имеют место иммунодефицитные состояния, что приводит к низкой сопротивляемости к инфекциям;
- сверхчувствительности: к шуму, яркому свету, запахам, тесной одежде, что может вызвать головную боль и повышенную раздражительность;
- нарушение терморегуляции: у возбуждённых температура тела повышена (до 37,2–37,6°C), у ослабленных — понижена (до 36,0–36,2°C).

Следует отметить, что психиатрия раннего детского возраста так называемая «младенческая», или «микropsихиатрия» [18, с. 721–724] находится на этапе накопления основных принципов и методов диагностики психопатологических состояний у детей младенческого и раннего возраста. Как считают детские психиатры, эти состояния диагностируются и описываются чаще не на нозологическом, а на синдромологическом и даже нередко на симптомологическом уровне. Более того, специалисты утверждают, что в младенческой психиатрии граница между психопатологией и психологией нарушенного развития трудно различима [10].

Известно, что фактору дизонтогенеза принадлежит важная роль в происхождении и развитии нервно-психических расстройств. По мнению В.В. Ковалёва [9], специфическими возрастными проявлениями психического дизонтогенеза психопатологии детского возраста являются негативно- и позитивно-дизонтогенетические симптомы и синдромы. Дизонтогенетические симптомы, лежащие в основе невропатии, выступают как варианты искаженного (диспропорционального) развития психики.

Негативно-дизонтогенетическая симптоматика, имеющая в своей основе дизонтогенетические механизмы общей и парциальной ретардации, на этапах раннего детства проявляется основными признаками органической невропатии, отклонениями в моторном и речевом развитии; в дошкольном возрасте: запаздыванием формирования школьных навыков, эмоциональной дисгармонией.

Позитивно-дизонтогенетические синдромы связаны с этапностью индивидуального развития и обуславливаются механизмами фиксации незрелых типов реакций, проявляясь признаками гиперактивности, системными неврозоподобными и регрессивными расстройствами.

Согласно изученной литературе, большинство видных детских психиатров утверждают, что первые признаки невропатии возникают на ранних этапах детского возраста, который ассоциирует-

ся с соматовегетативным уровнем патологического нервно-психического реагирования (0–4 года). Следовательно, это инициальный (начальный) этап динамики невротии, который сопровождается преимущественными для этого возраста негативно-дизонтогенетическими синдромами, синдромами парциальной ретардации — невротии и психического инфантилизма.

В то же время синдром невротии проявляется на этом этапе характерными для раннего детства патологическими признаками невротического синдрома:

- дисфункция высших центров вегетативной регуляции, опосредованная их функциональной незрелостью и пониженным порогом возбудимости;
- тесная связь динамики синдрома с биологическим созреванием центральной нервной системы;
- функциональная природа определённых соматовегетативных расстройств: нарушение сна (чуткий, беспокойный сон, затруднённое засыпание), нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (плохое сосание, срыгивание, запоры, поносы);
- нервная ослабленность (лёгкая утомляемость, плохая переносимость шума, яркого света);
- соматическая ослабленность (частые соматические заболевания, нередко переходящие в хроническое течение);
- при наличии с раннего детства астеноневротической симптоматики у этих детей чаще диагностировались моносимптомные невротические реакции (нарушения общего самочувствия, энурез, энкопрез, тики, заикание, анорексия), а также невроз страха как проявление «общих» неврозов.

Как показал К.Ю. Ретюнский [17], при дополнительных психотравмирующих воздействиях эти невротические расстройства под воздействием неблагоприятных внешних факторов переходили в затяжные системные невротические состояния, которые позже наблюдались у детей школьного возраста. По мнению автора, невротические состояния, начинающиеся в детском возрасте, могут быть информативны для выявления тех случаев, когда в дальнейшей динамике этих состояний возможно невротическое развитие личности, если учитывать начальную (инициальную) стадию.

### Заключение

Таким образом, вопросы патогенеза, диагностики и клинических проявлений невротии остаются одними из наиболее проблемных в детской психиатрии. В то же время своевременное распознавание этого болезненного расстройства является необходимым условием не только раннего оздоровления этих детей, но и его эффективной профилактики, лечения и реабилитации.

Сегодня невротия в детской психиатрии чаще всего трактуется как одна из форм аномалии развития — как дизонтогенез нервной системы, характеризующийся повышенной возбудимостью в сочетании с повышенной истощаемостью. Если рассматривать невротию как дизонтогенез, обусловленный наследственными, органическими и социальными факторами, то следует признать, что этим устанавливается её диагностическое, прогностическое и профилактическое значение для теории и практики детской и подростковой психиатрии.

С другой стороны, трудности диагностики обусловлены, прежде всего тем, что отсутствует общепринятый взгляд на само понимание невротии, её критерии и динамику. Более того, требуют уточнения клинко-психопатологические различия, обусловленные особенностями этиопатогенеза; недостаточно ясны её взаимоотношения с таким эволюционно-динамическим фактором, как онтогенетический.

Учитывая все вышесказанное, следует признать, что проблема невротии не только не устарела, но продолжает оставаться для детской психиатрии достаточно актуальной. Вместе с тем, необходимо заметить, что количество работ, посвященных комплексной многодисциплинарной оценке онтогенетического развития в детском возрасте, остаётся крайне ограниченным. Следует полагать, что только комплексный подход с полипрофессиональным объединением всех специалистов может оказаться наиболее результативным при оказании коррекционно-педагогической и медико-психолого-психотерапевтической помощи в лечении и реабилитации этих детей. Главными в координации всего этого взаимодействия должны оставаться педиатры, специалисты по возрастной физиологии и психологии, детские неврологи и психиатры, а также педагоги и социальные работники.

### Литература

1. Барашичев Ю.И. Перинатальная патология головного мозга: предел безопасности, ближайший и отдаленный прогноз // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 1998. — Т. 43. № 4. — С. 6–12.
2. Бенько Л.А. Органическое астеническое расстройство в структуре резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте: автореф.дисс. ... канд. мед. наук Оренбургская государственная медицинская академия. — Оренбург. — 2004. — С. 10.
3. Буторин Г.Г. Синдром детской невротии: содержание, критерии и принципы диагностики // *Сибирский психологический журнал*. — 2015. — № 56. — С. 109–121.
4. Буянов М.И. О динамике пограничных психоневрологических расстройств // *Неврозы у детей и подростков: Тезисы докладов*

- Всесоюзной конференции. — М. — 1986. — С. 30–34.
5. Гарбузов В.И. Неврозы у детей и их лечение. — Л.: Медицина. — 1977. — 272 с.
  6. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н.. Нервные дети: советы врача. — Л.: Медицина. — 1990. — 176 с.
  7. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. — Л.: Медицина. — 1988. — 248 с.
  8. Калядин С.Б. Перинатальная энцефалопатия // Педиатрия : учебник под ред. проф. Н.П. Шабалова. — СПб.: Изд-во ЗАО «ЭЛБИ». — 2000. — С. 51–56.
  9. Ковалев В.В. Семiotика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина. — 1985. — 288 с.
  10. Козловская Г.В. Горюнова А.В. Особые формы дизонтогенеза в группах высокого риска по психической патологии // Руководство по психиатрии в 2-х т. — М.: Медицина. — 1999. — Т.2. — С. 715–721.
  11. Лебедев Б.В., Барашнев Ю.И., Якунин Ю.А. Невропатология раннего детского возраста. — Л.: Медицина. — 1981. — 352 с.
  12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) : классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб: «Адис». — 1994. — 272 с.
  13. Мнухин С.С. О современном состоянии и путях дальнейшей разработки проблемы «детских резидуальных энцефалопатий» // Всероссийская научная конференция по психоневрологии детского возраста: материалы конференции. — Л. — 1965. — С. 103–108.
  14. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: труды Лен. педиатрического мед. ин-та / Под ред. С.С. Мнухина. — Л. — 1968. — Т. 51. — С. 5–22.
  15. Никол Р. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы. — Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та. — 2009. — 306 с.
  16. Озерский Н.И. Психопатология детского возраста: учебное пособие для высших педагогических учебных заведений. — Л.: Учпедгиз. — 1938. — 328 с.
  17. Ретюнский К.Ю. Системные расстройства детского и подросткового возраста : дис. ... д-ра. мед. — Томск. — 2003. — 387 с.
  18. Руководство по психиатрии : в 2-х т. / под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина. — 1999. — 712 с.
  19. Сухарева Г.Е. Современное состояние вопроса о детской нервноности // Вопросы психоневрологии детей и подростков : сб. статей. — М.: Медгиз. — 1934. — С. 63.
  20. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медгиз. — 1955. — Т. 1. — 458 с.
  21. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медгиз. — 1959. — Т. 2. — 407 с.
  22. Шабалов Н.П. Неонатология : учебник для студентов, интернов и резидентов педиатрических факультетов медицинских институтов. — Изд. второе, исправл. и дополн. — СПб: «Специальная литература». — 1997. — Т. 1. — 496 с.
  23. Шмаонова Л.М. Невропатия. БСЭ. 3-е изд. — М. — 1974. — Т. 17. — С. 399.

## References

1. Barashnev Yu.I. Perinatal'naya patologiya golovnoy mozga: predel bezopasnosti, blizhaishii i otdalennii prognoz // Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii. — 1998. — Vol. 43. — P. 6–12.
2. Ben'ko L.A. Organicheskoe astenicheskoe rasstroistvo v strukture rezidual'no-organicheskogo psikhosindroma v detskom vozraste: avtoref.diss. ...kand. med. nauk Orenburgskaya gosudarstvennaya meditsinskaya akademiya. — Orenburg. — 2004. — P. 10.
3. Butorin G.G. Sindrom detskoj nevropatii: sodержание, kriterii i printsipy diagnostiki. // Sibirskii psikhologicheskii zhurnal. — 2015. — № 56. — P. 109–121.
4. Buyanov M.I. O dinamike pogranychnykh psikhonevrologicheskikh rasstroistv // Nevrozy u detei i podrostkov: Tezisy dokladov Vsesoyuznoi konferentsii, — М. — 1986. — P. 30–34.
5. Garbuzov V.I. Nevrozy u detei i ikh lechenie — L.: Meditsina. — 1977. — 272 p.
6. V.I. Garbuzov, Zakharov A.I., Isaev D.N.. Nervnye deti: soveti vracha . — L.: Meditsina. — 1990. — 176 p.
7. Zakharov A.I. Nevrozy u detei i podrostkov: Anamnez, etiologiya i patogenez — L. : Meditsina. — 1988. — 248 p.
8. Kalyadin S.B. Perinatal'naya entsefalopatiya // Pediatriya : uchebnik / Pod red. prof. N.P. Shabalova. — SPb. : Izd-vo ZAO «ELBI». — 2000. — P. 51–56.
9. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zabolevaniy u detei i podrostkov . — М. : Meditsina. — 1985. — 288 p.
10. Kozlovskaya G.V. Goryunova A.V. Osobyie formy dizontogeneza v gruppakh vysokogo riska po psikhicheskoi patologii // Rukovodstvo po psikhiiatrii : Vol. 2 / A.S. Tiganov, A.V. Snezhnevskii, D.D. Orlovskaya i dr. / Pod red. A.S. Tiganova. — М. : Meditsina. — 1999. — P. 715–721.
11. Lebedev B.V., Barashnev Yu.I., Yakunin Yu.A. Nevropatologiya rannego detskogo vozrasta. — L.: Meditsina. — 1981. — 352 p.
12. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr) : klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. — SPb. : «Adis». — 1994. — 272 p.
13. Mnuhin S.S. O sovremennom sostoyanii i putyakh dal'neishei razrabotki problemy «detskikh rezidual'nykh entsefalopatii» // Vserossiiskaya nauchnaya konferentsiya po psikhonev-

- rologii detskogo vozrasta : materialy konferentsii. — L. — 1965. — P. 103–108.
14. Mnukhin S.S. O rezidual'nykh nervno-psikhicheskikh rasstroistvakh u detei // Rezidual'nye nervno-psikhicheskie rasstroistva u detei : trudy Len. pediatricheskogo med. in-ta / Pod red. S.S. Mnukhina. — L. — 1968. — Vol. 51. — P. 5–22.
  15. Nikol R. Prakticheskoe rukovodstvo po detsko-podrostkovoi psikhiatrii: mnogodistsiplinarnye podkhody. — Ekaterinburg: Izd-vo Ural'skogo un-ta. — 2009. — 306 p.
  16. Ozeretskii N.I. Psikhopatologiya detskogo vozrasta: uchebnoe posobie dlya vysshikh pedagogicheskikh uchebnykh zavedenii — L. : Uchpedgiz. — 1938. — 328 p.
  17. Retyunskii K.Yu. Sistemnye rasstroistva detskogo i podrostkovogo vozrasta : dis. ... d-ra. med. — Tomsk. — 2003. — 387 p.
  18. Rukovodstvo po psikhiatrii : v 2-kh t. / pod red. A. S. Tiganova. — M. : Meditsina. — 1999. — 712 p.
  19. Sukhareva G.E. Sovremennoe sostoyanie voprosa o detskoj nervnosti // Voprosy psikhonevrologii detei i podrostkov : sb. statei. — M.: Medgiz. — 1934. — P. 63.
  20. Sukhareva G.E. Klinicheskie lektsii po psikhiatrii detskogo vozrasta. — M. : Medgiz. — 1955. — Vol.1. — 458p.
  21. Sukhareva G.E. Klinicheskie lektsii po psikhiatrii detskogo vozrasta. — M.: Medgiz. — 1959. — Vol. 2. — 407 p.
  22. Shabalov N.P. Neonatologiya : uchebnik dlya studentov, internov i rezidentov pediatricheskikh fakul'tetov meditsinskikh institutov. — Izd. vtoroe, ispravl. i dopoln. T.1. — SPb : «Spetsial'naya literatura». — 1997. — 496p.
  23. Shmaonova L.M. Nevropatiya // BSE. 3-e izd. — M. — 1974. — Vol. 17. — P. 399.

#### Сведения об авторах

**Буторин Геннадий Геннадьевич** — доктор психологических наук, профессор кафедры теоретической и прикладной психологии ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет». E-mail: g1966@mail.ru.

**Бенько Лариса Александровна** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», Челябинск. E-mail: larisbenco@mail.ru.