

С. Г. ЗОГРАБЯН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАВМЫ МОЗГА

Изучение отдаленных результатов черепномозговых повреждений представляет большой интерес, так как только на основании данных отдаленных результатов можно выяснить, какова эффективность применяющихся лечебных методов и правильно ли был решен вопрос о сроках госпитализации больных. Известно, что нередко после выписки из клиники у больных с черепномозговыми повреждениями появляются те или иные последствия. Так, А. Л. Поленов и И. С. Бабчин [2] указывают, что повреждения мозга редко кончаются полным выздоровлением, «...приблизительно в 70% случаев остаются головные боли, головокружения, шум в голове, лабильность нервной системы, изменения характера, интеллекта, психические расстройства.»

Аналогичное мнение высказывают и другие авторы: Н. Н. Бурденко [1], В. В. Михеев [3], Борхард и Белл, Фридман (Borghardt, Friedmann—5). Учитывая вышеизложенное, мы считали, что для объективной и более правильной оценки лечебного действия применявшихся нами комбинированных методов необходимо изучать и отдаленные результаты. Эту задачу мы выполнили путем анкетного опроса больных, а также непосредственного осмотра их в поликлинике. Письма были написаны 340 больным, ответы получены от 206; нами осмотрено 186 больных. Таким образом, данные об отдаленных результатах были у нас от 392 больных.

Для удобства изложения и правильной оценки эффективности применявшихся методов лечения этих больных мы разделяем на две группы: 1. В группу «А»—включались те больные, у которых в остром периоде травмы мозга применялись следующие методы лечения: покой и режим, осмотерапия, поясничные пункции, переливание крови (при комбинированных повреждениях черепа и конечностей), а также хирургические методы при особых к ним показаниях.

2. В группу «Б» включались те больные, у которых наряду с указанными методами применялись медикаментозный сон (удлинение и углубление физиологического сна), ганглиоблокаторы (аминазин и др.) и более широко поясничные пункции.

Основанием для выбора метода удлиненного сна послужило учение И. П. Павлова об охранительной роли процесса торможения. К группе «А» относились 143 больных, а к группе «Б»—249. Отдаленные результаты после черепномозговых повреждений относились к периоду от 3 до 9 лет, т. е. вполне достаточный срок, чтобы иметь возможность судить об эффективности применявшихся методов лечения.

Анализ полученных анкетных данных, а также результаты повторного обследования позволили распределить перенесших травму лиц на четыре группы:

I группа. Вполне здоровые люди, продолжают работать по прежней специальности, с работой справляются хорошо. Самочувствие у них удовлетворительное, жалоб не предъявляют. Объективных неврологических признаков нарушений функций центральной нервной системы у больных первой группы не обнаружили. Сопоставление анкетных данных с историями болезней показало, что в эту группу вошли больные, которые были выписаны из клиники с полным выздоровлением и значительным улучшением. Причем они приступили к работе спустя непродолжительный срок после выписки. Многие из них отдыхали в санаториях нервно-соматического типа в течение двух недель.

В первую группу вошел 181 человек, из которых 59 принадлежали к группе «А», а 122—к группе «Б».

II группа. Лица, отнесенные нами в эту группу, также работают и с работой справляются. Однако они периодически предъявляют ряд субъективных жалоб. Они указывают на умеренные, временами наступающие головные боли, редко головокружение. Особенно их беспокоит повышенная утомляемость. При объективном исследовании у них были обнаружены признаки органического поражения центральной нервной системы. В то же время у второй группы больных отмечалась некоторая лабильность вазомоторно-вегетативных реакций и в эмоционально-волевой сфере; умеренное, но равномерное оживление сухожильных рефлексов, повышение механической возбудимости мышц, гипергидроз, некоторая вялость; у ряда лиц—снижение памяти и расстройство сна—вот основные явления, которые в тех или иных сочетаниях встречались у лиц второй группы. Необходимо отметить, что указанные явления, как свидетельствовали анкетные данные и данные осмотра больных, были выражены весьма умеренно и не мешали им жить и работать. Об этом говорит также то обстоятельство, что только 15 человек этой группы обращались к врачам за медицинской помощью.

В эту группу вошли больные, выписанные из клиники с значительным улучшением и отчасти с полным выздоровлением.

Ко II группе отнесены 108 человек, из которых 38 принадлежали к группе «А», а 70—к группе «Б».

III группа. Больные этой группы после выписки из клиники продолжали лечиться в различных поликлинического и санаторного типа учреждениях, и только после этого они приступили к работе. Однако эти больные частично годны к труду, работают не постоянно и выполняют только легкую работу. Многим из них приходилось менять профессию.

Сюда вошли 78 больных, из которых 33 состояли в группе «А», а 45—в группе «Б».

Больные этой категории предъявляют ряд субъективных жалоб. У них довольно частые, средней интенсивности головные боли, головокружение, повышенная утомляемость, раздражительность. У этих больных

отмечаются заметные отклонения в эмоционально-волевой сфере— часть из них отличается вялостью, пониженным настроением, медлительностью, другие, наоборот, вспыльчивы, часто входят в конфликт с окружающими. У больных III группы имеется, как правило, определенное снижение памяти.

При объективном исследовании выявляются умеренные признаки органического поражения центральной нервной системы в виде пареза черепномозговых нервов, неравномерности сухожильных рефлексов, наличия иногда пирамидных знаков и изменения мышечной силы и тонуса в конечностях. Более отчетливо выражены у этой группы больных вегетативно-сосудистые нарушения: лабильность вазомоторов лица, резкая потливость кожи, или, наоборот, сухость ее, дрожание пальцев вытянутых рук, повышение механической возбудимости мышц и, наконец, неопределенные неприятные ощущения в области сердца и в подложечковой области.

В эту группу в основном входили больные, которые выписаны были нами с улучшением, и восемь больных без эффекта.

IV группа. В эту группу отнесены нами больные с явлениями глубокого поражения мозга. Они предъявляли множество жалоб. Объективное исследование выявляло у них значительные органические выпадения со стороны центральной нервной системы: грубые парезы и параличи конечностей, изменение психики; у троих—эпилептиформные припадки и у двух—эпилептические припадки типа Джексона. Кстати, эти больные вызваны в клинику для повторного оперативного вмешательства по поводу эпилептических припадков.

Наконец, у четырех больных этой группы были отчетливые психические нарушения (анкеты заполнены участковыми врачами).

Больные IV группы являлись полными инвалидами и нигде не работали.

Сопоставление анкетных сведений с данными истории болезни показали, что эти больные выписаны из клиники без каких-либо результатов после применяемого лечения и двое с «улучшением».

В IV группу вошли 25 больных, из которых 13 относились к группе «А», а 12—к группе «Б». Таким образом, отдаленные результаты у больных, леченных в указанных группах, неодинаковы. Для наглядности приведена табл. 1.

Согласно данным таблицы, у больных группы «А» отдаленные результаты вполне благоприятны. В 41% наблюдений больные этой группы вполне здоровые люди и трудоспособны. Однако в группе «Б», т. е. после применения медикаментозного сна и нейроплегиков, процент таких хороших отдаленных результатов заметно выше (49%).

С другой стороны, если в группе «А» количество больных с ограниченной трудоспособностью и полной инвалидностью значительно и оно составляет 32%, то после применения удлиненного и углубленного физиологического сна эта категория больных составляет всего 23%.

Таким образом, проведенное сравнение дает некоторое основание

Таблица 1

Категории в отдален- ном периоде	Группа „А“		Группа „Б“		Всего лечилось	% к обще- му числу больных
	количество больных	% к общ. числу	количество больных	% к общ. числу		
1	59	41	122	49	181	46,2
2	38	27	70	28	108	27,5
3	33	23	45	18	78	20,0
4	13	9	12	5	25	6,3
Итого . . .	143		249		392	

утверждать, что применение медикаментозного сна, нейроплегических препаратов в комбинации с другими методами является более эффективным не только в остром периоде мозговой травмы, но и обеспечивает в ряде наблюдений хорошие отдаленные результаты.

Это обстоятельство несомненно является одним из важных достоинств комплексного метода с медикаментозным сном.

С целью сравнения отдаленных результатов у больных, находившихся под нашим наблюдением, с аналогичными данными других авторов мы составили следующую таблицу (табл. 2).

Таблица 2

п/п	Фамилии авторов	Категория в отдаленном периоде в %			
		1	2	3	4
1	Бурденко (1940)	23	44	25	7,6
2	Вертгеймер (1947)	32,5	42,5	20,5	5
3	Келлерманн (1933)	34	47	—	19
4	Циэтин (1940)	35,6	41,5	—	22,6
5	Зограбян (1962)	46,2	27,5	20	6,3

Это сравнение носит несколько условный характер, так как выделенные категории у указанных авторов не одинаковы. Например, по данным Вертгеймера и Турена, лица, входящие во II и III категории, предъявляли всякие жалобы, а мы включали в эту группу лиц, которые лишь периодически жаловались на умеренную головную боль и утомляемость. Тем не менее это сравнение дает определенное представление об отдаленных результатах при различных методах лечения больных с травмой мозга. Учитывая, что, по данным табл. 2, по своему составу наиболее однородны I и 4 группы, мы построили свои рассуждения на основании данных только этих двух категорий лиц.

По данным представленной таблицы видно, что хорошие отдаленные результаты у различных авторов колеблются от 23 до 35%. По нашим данным, такой результат имел место у 46% больных. Следовательно, комбинированное лечение черепномозговых повреждений с применением медикаментозного сна и нейроплегических препаратов обеспечивает бо-

лее гладкое и неосложненное течение травматической болезни в позднем и отдаленном периодах.

Второе обстоятельство, которое вытекает из этой таблицы, это меньший процент полной инвалидности у находившихся под наблюдением больных по сравнению с данными других авторов. Если по сборной статистике Центрального института экспертизы и трудоспособности после травмы мозга полная нетрудоспособность достигает 19%, то у нас этот процент составляет только 6,3. Подобное снижение процента инвалидности свидетельствует о том, что методы лечения, применяемые нами, являются более эффективными, так как предотвращают у ряда больных серьезные последствия в резидуальном периоде травматической болезни головного мозга.

Необходимо также рассмотреть полученные данные в зависимости от формы поражения мозга. Анализ отдаленных результатов позволяет высказать некоторые соображения относительно эффективности и продолжительности лечебного действия, применяемой нами комплексной терапии при различных видах травмы мозга.

Эти сведения с достаточной полнотой представлены в обобщающей табл. 3.

Таблица 3

Вид травмы	Количество больных	Категории в отдаленном периоде			
		1	2	3	4
1. Сотрясение мозга	248	139	64	35	10
а) легкая форма	(154)	102	34	18	—
б) средней тяжести	(81)	34	27	13	7
в) тяжелая форма	(13)	3	4	3	3
2. Ушиб мозга	75	28	24	18	5
3. Перелом основания черепа	28	4	5	13	6
Повреждения черепа и мозга	25	5	9	8	3
5. Вдавленный перелом	16	5	6	4	1
Итого	392	181	108	78	25
% к общему числу		46,2%	27,5%	20,0%	6,3%

По данным табл. 3, отдаленные результаты у больных с черепно-мозговой травмой наиболее благоприятны при сотрясении мозга. С этой формой поражения мозга большинство больных в позднем периоде относятся к 1 и 2-й категориям (82%), т. е. практически являются здоровыми и продолжают работать; 35 больных с сотрясением мозга (14%) с этим видом были с определенными нарушениями функции нервной системы, выполняли легкий труд и работали не постоянно. Наконец, лишь 10 больных (4%) с этим видом травмы мозга полностью были нетрудоспособными.

Как показывает таблица, подавляющее большинство лиц, входящих

в первую категорию (т. е. совершенно здоровых), имело легкую форму сотрясения мозга. При тяжелой форме сотрясения из 13 полученных сведений 6 были мало способны или вовсе неспособны к труду. Эти данные указывают, что тяжесть травмы, несомненно, отражается на отдаленных результатах.

Относительно менее благоприятны, хотя вполне удовлетворительны, отдаленные результаты при ушибах мозга. Так, из 75 больных с ушибом мозга 52 (69%) были трудоспособны, часть из которых предъявляла умеренные жалобы, а около 30% больных с этим видом травмы мозга принадлежали к III и IV категориям, т. е. имели серьезные нарушения функции нервной системы и были мало способны к труду.

Сведения при переломах основания черепа у нас имелись от 28 больных. Из них 9 были вполне трудоспособны, 13—в результате грубых неврологических выпадений работали периодически и выполняли лишь легкую работу, а 6 были полными инвалидами.

Эти данные, с одной стороны, свидетельствуют о том, что переломы основания черепа являются наиболее тяжелым видом травмы мозга, с другой,—они указывают, что отдаленные результаты при использовании комплексных и патогенетических методов лечения могут быть относительно благоприятными даже при такой тяжелой форме поражения мозга.

Наконец, из 41 больного с повреждением черепа и мозга и вдавленным переломом, в отдаленном периоде 25 принадлежали к I и II категориям, т. е. были трудоспособны, и у них не отмечалось особых отклонений в нервной системе. Это обстоятельство указывает, что своевременное хирургическое вмешательство в комбинации с консервативными методами может в ряде случаев предотвратить серьезные последствия и осложнения в резидуальном периоде травматической болезни головного мозга.

Таким образом, анализ отдаленных результатов показывает, что применяемые нами комбинированные методы лечения с использованием медикаментозного сна и нейроплегических препаратов не только являются эффективными в остром периоде мозговой травмы, но и обеспечивают вполне благоприятные исходы резидуального периода травматической болезни головного мозга.

Кафедра неврологии и нейрохирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 26.VI 1962 г.

Ս. Գ. ՉՈՂՐԱԲՅԱՆ

ՈՒՂԵՂԻ ՏՐԱՎՄԱՅԻ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ուղեղի տրավմա ունեցած հիվանդների մոտ հեղինակը զննման և անկետային հարցման միջոցով ուսումնասիրել է վերջինիս հեռավոր արդյունքները՝ 3—9 տարվա տևողություն ունեցող:

Հեղինակը հեռավոր արդյունքների տվյալներով տուժվածներին բաժանում է 4 խմբի՝

1. Միանգամայն առողջ և աշխատունակ (41 %):

2. Աշխատունակներ, որոնք սակայն ժամանակ առ ժամանակ գանդաւում են վատ ինքնազգացումից (27 %):

3. Մասնակի աշխատունակներ, որոնք սակայն ունեն վեգետո-անոթային սֆերայի անկայուն վիճակ (23 %):

4. Անաշխատունակներ, որոնք ունեն ուղեղի կողմից խորը վնասումներ:

Հեղինակի տվյալներով բուժական մեծ արդյունք է ստացվում քնարուժման, նեյրոպլեզիկ և օսմոթերապևտիկ դեղամիջոցներով, ինչպես նաև գոտկային պունկցիաների միջոցով գլխուղեղի տրավմատիկ հիվանդության ինչպես սուր, այնպես էլ ռեզիդուալ շրջանում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бурденко Н. Н. О травмах черепа. Собр. соч., 1957, 1—111.
2. Поленов А. Л. и И. С. Бабчин. Основы практической нейрохирургии. 1954.
3. Михеев В. В. Закрытие травмы черепа. Совет. хирургия, 1936, 9.
4. Келлерман С. В. и Лютерштейн. Травма черепа. Хирургия, 1939, 8.
5. Borchardt. Arch. f. ort Unfallchir. 1935, 35.
6. Friedmann. Brenner Neurol. Psych. 1944, 52, 2.
7. Wertheimer P., Tourains Presse med. 1947. 13.