

УДК 617.51—001—06—036.865

Ю. К. БАБИНЯН

О НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ  
ВРАЧЕБНО-ТРУДОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ВЕГЕТАТИВНО-  
СОСУДИСТЫХ ПАРОКСИЗМОВ У ЛИЦ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ  
ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Изучены последствия закрытой черепно-мозговой травмы у 260 больных, что позволило выявить ряд клинико-неврологических критериев, которые, наряду с данными нейроофтальмологических и электроэнцефалографических исследований, должны учитываться при врачебно-трудоустройстве и социально-трудоустройстве реабилитации.

В клинической картине последствий закрытой черепно-мозговой травмы ведущее место занимают вегетативно-сосудистые расстройства. По данным литературы, они выявляются у 90—95% больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы [1—4]. По мнению Н. С. Четверикова [8], сотрясение мозга—вегетативный синдром, в котором преобладают симптомы поражения подбугровой области. Частота вегетативно-сосудистых расстройств при последствиях закрытой черепно-мозговой травмы объясняется большой ранимостью гипоталамуса в силу особенностей его структуры, топографии и кровоснабжения [5].

Выявление клинико-неврологических критериев вегетативно-сосудистых пароксизмов приобретает особенно важное практическое значение для врачебно-трудоустройства, рационального трудоустройства и профилактики инвалидности этих больных, ибо нередко вегетативно-сосудистые расстройства являются единственным клиническим проявлением церебрального травматического процесса как в остром, так и в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы.

Перед нами стояла задача выявить клинико-неврологические критерии вегетативно-сосудистых пароксизмов при последствиях закрытой черепно-мозговой травмы. С этой целью изучено 260 больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы, обследованных в ЛИЭТИНе. Мужчин было 158 (60,7%), женщин—102 (39,9%) в возрасте: до 20 лет—1 больной, от 20 до 29—17 (6,5%), от 30 до 44—144 (40,7%), от 45 до 59—124 (47,6%). Инвалидами II группы признано 70 больных (25,6%), III—147 (56,5%) и трудоспособными с ограничениями по линии ВКК—46 (17,7%). Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 20 лет и выше. На фоне органической стволовой симптоматики (недостаточность черепно-мозговой иннервации, асиммет-

рии сухожильных рефлексов по шахматному и сегментарному типам, нарушение мышечного тонуса, легкие координаторные расстройства) у 253 больных были выявлены гипоталамические (78) и вегетативно-сосудистые (66) расстройства.

Клиника вегетативно-сосудистого синдрома характеризовалась генерализованностью и многообразным симптомами: неустойчивостью пульса (чаще тахикардия) и артериального давления (преимущественно со склонностью к гипертонии и дистонии). На фоне перманентных вегетативных нарушений отмечались пароксизмальные состояния типа синкопальных и вегетативно-вестибулярных, симпатно-адреналовых и вага-инсулярных кризов.

При изучении провоцирующих факторов у лиц разной профессии выявлено, что у ряда больных причиной декомпенсации вегетативно-сосудистых расстройств в виде пароксизмальных состояний были отрицательные психо-эмоциональные напряжения и вынужденное положение головы и шеи при рабочих процессах, сопровождающихся частыми поворотами головы и гиперэкстензией (работа на конвейере, в наклонном положении и т. д.). У части больных (29,11%) рентгенологически был установлен остеохондроз шейного отдела позвоночника (экзостозы и унковертебральные артрозы, чаще на уровне  $C_{5-6}$ ), который может привести к хронической недостаточности мозгового кровообращения.

В целях ранней диагностики и рационального трудоустройства важно отметить, что пароксизмальные вегетативно-сосудистые и, в частности, вегетативно-вестибулярные состояния имели ремитирующий характер в течение 5—8 лет. Патогенетический механизм указанного явления, по-видимому, можно объяснить компрессией позвоночного сплетения и позвоночных артерий, что приводило к ишемии стволовых и гипоталамических отделов головного мозга. В пользу гипотезы об ишемическом факторе говорит вестибулярная гиперрефлексия, выявленная при отоневрологическом исследовании у 73% больных с патологией стволовых и дисцефальных структур, у лиц с осложненным шейным остеохондрозом, а также с дисфункцией неспецифических структур ствола мозга (по данным электроэнцефалографии). Наши данные совпадают с исследованиями И. Я. Калиновской [6], которая у 50% больных обнаружила вестибулярную гиперрефлексию при ишемических процессах головного мозга.

Таким образом, клинико-неврологическими критериями вегетативно-сосудистых расстройств, нередко проявляющихся пароксизмальным состоянием, снижающим работоспособность больных в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы, являются: 1. Наличие черепно-мозговой травмы, подтвержденной клинико-экспертной документацией (особенно у участников Великой Отечественной войны); 2. Органический синдром стволового уровня; 3. Наличие гипоталамического синдрома; 4. Развитие синкопальных сосудистых состояний в сочетании с други-

ми признаками вегетативных расстройств в центральном уровне и с вестибулярной гиперрефлексией; 5. Остеохондроз шейного отдела позвоночника, нередко являющийся причиной хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Указанные критерии в сочетании с офтальмологическими и электроэнцефалографическими исследованиями должны учитываться при врачебно-трудовой экспертизе и социально-трудовой реабилитации у лиц, ставших инвалидами вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы.

Ленинградский НИИ экспертизы трудоспособности  
и организации труда инвалидов

Поступила 18/IV 1977 г.

Յու. Կ. ԲԱՌԻՅԱՆ

ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԻ ՓԱԿ ՏՐԱՎՄԱՅԻ ՄՆԱՑՈՐԳԱՅԻՆ ԵՐԵՎՈՒՅԹՆԵՐՈՎ  
ԱՆՁԱՆՑ ՄՈՏ ՎԵԳԵՏԱՏԻՎ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՆՈՊԱՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱԱՇԽԵԱ-  
ՏԱՆՔԱՅԻՆ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿՈ-ՆԵՎՐՈԼՈԳԻԱԿԱՆ  
ՈՐՈՇ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Գանդուղեղի փակ տրավմայի մնացորդային երևույթներով 260 հիվանդի մոտ կլինիկո-նեկրոլոգիական, էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիական և նեյրոֆտալմոլոգիական հետազոտման մեթոդներով ուսումնասիրվել են վեգետատիվ-անոթային խանգարումների նշանակությունը բժշկաաշխատանքային փորձաքննության համար:

Հետազոտման արդյունքները ցույց են տվել, որ, հատկապես, նոպայաձև ի հայտ եկող վեգետատիվ-անոթային խանգարումները հաճախակի են հանդիպում գլխուղեղի փակ տրավմայի հեռակա շրջանում և հանդիսանում են աշխատունակության իջեցման պատճառ:

Բժշկաաշխատանքային փորձաքննության և սոցիալական ռեհաբիլիտացիայի հարցերը լուծելիս, ըստ մեր տվյալների, որպես չափա-նիշ կարող են ծառայել հետևյալ կլինիկո-նեկրոլոգիական դրսևորումները՝ հիվանդի անամեզում գլխուղեղի տրավմայի մասին փորձաքննական փաստաթղթով հաստատված տվյալների առկայությունը. ուղեղաբնի օրգանական ախտահարման կլինիկական սինդրոմի, հիպոթալամիկ սինդրոմի առկայությունը. սինկոպալ վիճակները՝ կենտրոնական բնույթի վեգետատիվ խանգարումների և վեգետատիվար հիպերոնոթոքսիայի այլ նշանների զուգակցությունը, ինչպես նաև պարանոցային օտոնոտոնոլոգի առկայությունը, որը էական դեր ունի գլխուղեղի արյան շրջանառության անբավարարության պատճառներով: Այս երևույթները նեյրոֆտալմոլոգիական և էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆիական հետազոտությունների տվյալների հետ պետք է հաշվի առնվեն վերոհիշյալ հարցերը լուծելիս:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Ашрафов А. А.* Функциональное состояние центральной нервной системы при закрытых черепно-мозговых повреждениях. Баку, 1964, стр. 3.
2. *Арбатская Ю. Д.* Клинический и трудовой прогноз в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. М., 1971, стр. 3.
3. *Боева Е. М., Гращенков Н. И., Кассиль Г. Н.* Клин. медицина, 1963, 9, стр. 113.
4. *Боева Е. М.* В кн.: Физиология и патология гипоталамуса. М., 1965, стр. 37.
5. *Гращенков Н. И.* Гипоталамус, его роль в физиологии и патологии. М., 1964.
6. *Калиновская И. Я.* Невропатология и психиатрия, 1974, 12, стр. 961.
7. *Таталаева Н. Д.* Автореф. канд. дисс. М., 1973, стр. 3.
8. *Четвериков Н. С.* Лекции по клинике вегетативной нервной системы, в. 1. М., 1948.