

ОТДЕЛ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ
ИВАНОВСКОГО ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

**СБОРНИК ТРУДОВ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО
ГОСПИТАЛЯ**

ОГНЗ
ИВАНОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
1945

THE
CONSTITUTION OF THE
UNITED STATES OF AMERICA
PREAMBLE

к. 10-373.

ОТДЕЛ ЭВАКОГОСПИТАЛЕЙ
ИВАНОВСКОГО ОБЛЗДРАВОТДЕЛА

СБОРНИК ТРУДОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ

Ответственный редактор

начальник отдела эвакогоспиталей д-р **И. Р. КОГАН**

Заместитель ответственного редактора

начальник Психоневрологического госпиталя майор медицинской службы

М. П. НАЗАРЕТСКАЯ

Редакционная коллегия:

проф. **А. Л. ЭПШТЕЙН**, кандидат медицинских наук **Д. М. КУЛИК**,
заслуженный врач РСФСР **И. С. ЛУНЦ**

94

ОГИЗ

ИВАНОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

1945

-- 2010

СРОЧНО
ИЗДАНИЕ
ТОЧНО

84

1911

ПРЕДИСЛОВИЕ

Партия, правительство, весь советский народ уделяют исключительное внимание раненым и больным — героическим защитникам нашей великой Родины.

Одним из ярких показателей любовного и заботливого отношения к раненым в нашей стране является мощно развитая сеть прекрасно оборудованных госпиталей.

В Ивановской области также созданы образцовые госпитальные учреждения с отличной организацией лечения и обслуживания раненых воинов Красной Армии.

Психоневрологический эвакуогоспиталь, где начальником майор медицинской службы тов. Назаретская, является прекрасным специализированным лечебным учреждением. Здесь, наряду с высококвалифицированной помощью, оказываемой раненым и больным, широко развернута научно-исследовательская работа.

Предлагаемый вниманию читателей сборник — обобщение некоторых итогов работы этого специализированного психоневрологического госпиталя.

Командование госпиталя, по предложению отдела эвакуогоспиталей облздравотдела, организовало в октябре 1944 г. областную психоневрологическую конференцию эвакуогоспиталей, которая явилась смотром работы госпиталя. Почти все статьи, помещенные в сборнике, подверглись детальному обсуждению на этой конференции.

Отрадным фактом являются творческие искания врачей психоневрологического госпиталя.

Организация отделения для выздоравливающих вдали от госпиталя, в сельской местности с применением сельскохозяйственного труда, имела большое значение в деле восстановления бое- и трудоспособности контуженных и невротиков.

Важное практическое значение имела своеобразная методика проведения наркозотерапии при лечении глухонемых, применявшаяся в этом госпитале.

Заслуживает внимания объективная методика экспертизы при закрытой травме черепа, предложенная проф. А. Л. Эпштейном.

Работа Д. В. Упорова, намечающая дифференциально-диагностические критерии между неврологическими и так называемыми псевдоневрологическими синдромами в военной травматологии, окажется, безусловно, полезной для практического госпитального врача.

В. А. Ильинская показывает ряд случаев, где органические изменения сочетаются с функциональными.

Заслуженный врач РСФСР И. С. Лунц сумел представить дальнейший этап выписанных из психоневрологического госпиталя инвалидов Отечественной войны и наметить ряд ценных практических предложений.

Полагаю, что этот сборник окажется полезным госпитальному врачу-психоневрологу в его трудной и ответственной работе.

И. Р. Коган,
начальник отдела эвакогоспиталей.

К ИСТОРИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ

Майор медицинской службы
М. П. НАЗАРЕТСКАЯ

Психоневрологический госпиталь был организован в конце ноября 1942 г. на базе физиотерапевтического госпиталя.

Были созданы три отделения: психиатрическое, отделение для контуженных и отделение для больных с травматическими повреждениями и заболеваниями центральной и периферической нервной системы.

Психиатрическое отделение занималось преимущественно экспертизой и госпитализировало больных с различными судорожными проявлениями, психопатиями, реактивными состояниями и начальными формами психозов. Больные с выраженными формами психозов помещались в психиатрическую клинику и во Владимирскую психиатрическую больницу.

В отделение для контуженных принимались больные с различными проявлениями коммоционно-контузионного синдрома (сурдомутизм, заикание, расстройство походки и т. д.).

Отделение для травматических повреждений и заболеваний центральной и периферической нервной системы было предназначено для больных, нуждавшихся в консервативном лечении. Заполнялось оно, главным образом, больными с повреждениями и заболеваниями периферической нервной системы; процент больных с повреждениями и заболеваниями центральной нервной системы был незначителен.

В 1943 г., в связи со сменой командования госпиталя, произошли изменения, приведшие к коренной перестройке госпиталя. Наряду с тремя существовавшими отделениями было развернуто четвертое — для выздоравливающих больных.

Недостаточные до этого врачебные кадры были пополнены высококвалифицированными специалистами. Для консультативной работы привлечены крупные научные силы. Развернута научно-исследовательская работа.

Мощное физиотерапевтическое оснащение госпиталя, принадлежавшее ранее Полтавской областной физиотерапевтической лечебнице и в значительной степени бездействовавшее, было пущено в ход на полную мощность. Богато оборудованная водолечебница, мощные электро- и светоотделения, где имеются все виды лечения, в том числе и УВЧ, были поставлены на службу раненым и больным. Наряду с этим была широко развернута и внеаппаратная физиотерапия: грязелечение, торф, глина, песок, парафин. Физические методы лечения занимали преобладающее место в терапии; 75% больных было охвачено физиотерапией.

Большая работа проведена по организации и внедрению трудовой терапии. Отделение для выздоравливающих было переведено в совхоз им. Фрунзе, расположенный в 7 км от города.

Все больные были охвачены сельскохозяйственной работой. Медицинское наблюдение было организовано непосредственно в поле. Проводилась научная разработка терапевтической эффективности сельскохозяйственного труда.

Наряду с сельскохозяйственным трудом развернут ряд мастерских по обслуживанию как госпиталя (слесарная, швейная, сапожная, столярная), так и населения города. Заключен договор с трикотажной артелью «Бытовик» на выделку хозяйственных сумок и варежек. В отделениях этот вид трудовой терапии принял массовый характер, особенно в отделении для контуженных, где некоторые лежащие больные были также вовлечены в работу.

Утренняя гимнастика, которую долгое время не удавалось организовать в массовом масштабе, была наконец развернута по палатам, и процент охвата больных стал достигать 90. Следует отметить мероприятия, проведенные по внедрению лечебной физкультуры как в отделении для больных с повреждениями периферической нервной системы, так и среди контуженных, особенно при расстройствах походки.

В пище-блоке организован витаминный цех, изготавливающий витаминные напитки из березы, хвон, липы, крапивы и т. д.

Удельный вес медикаментозной терапии в госпитале невелик. При коммоционно-контузионном синдроме применялась преимущественно дегидратационная терапия (глюкоза, поваренная соль). Благодаря широко развернутым методам физиотерапии, трудтерапии, психотерапии — бромиды и другие успокаивающие медикаментозные средства, а также снотворные употреблялись нешироко. При болевом синдроме у боль-

ных с повреждениями периферической нервной системы наряду с УВЧ успешно применялась витаминотерапия (В').

Госпиталь стал консультативным и методическим центром в области. Развернулась групповая и индивидуальная подготовка врачей (физиотерапевтов, невропатологов), сестер по физиотерапии и массажу. Подготовлено 28 врачей физиотерапевтов и невропатологов, 22 сестры по физиотерапии, 108 сестер по массажу. Сестры-массажистки готовились не только в госпитале, но и непосредственно на местах, в районных госпиталях, где проводились групповые занятия специалистами нашего госпиталя. Систематически устраивались конференции врачей и сестер с использованием материалов наблюдений нашего госпиталя.

Ценными являются сестринские конференции с постановкой докладов сестер, обобщающие их личные наблюдения.

Большая работа проведена по освоению медицинским персоналом госпиталя смежных специальностей. Врачи, работавшие в отделении для больных с огнестрельными повреждениями центральной и периферической нервной системы, успешно овладевали хирургическими навыками и самостоятельно оперировали. Ряд палатных сестер освоил технику работы в физиоотделении. Проведены два семинара для сестер по лечебной физкультуре, позволившие широко внедрить утреннюю гимнастику в отделениях и палатную лечебную физкультуру.

На базе госпиталя проведена областная психоневрологическая конференция с широким участием врачей госпиталя.

Большие успехи достигнуты в перестройке материально-хозяйственной части и подчинении ее интересам раненых и больных.

Проведен основательный ремонт госпиталя. Построен ряд подсобных помещений (конюшня, свинарник, овощехранилища и т. д.). Приобретено значительное количество белья, халатов, тапок. Развернуто мощное подсобное хозяйство, позволившее улучшить питание больных и хорошо организовать питание персонала. Благодаря налаженному транспорту все заготовки производились своевременно.

Перестроилась и политико-массовая работа. Широкое развитие художественной самодеятельности среди больных и персонала, обслуживание удачно подобранными кино-фильмами, сеть политкружков — все это имело большое воспитательное, дисциплинирующее, а подчас и терапевтическое значение.

Выросла и окрепла партийная организация госпиталя.

Успехи в медицинской, хозяйственной и политической работе создали предпосылки для успешного лечения раненых и больных и быстреего возвращения их на фронт. Достаточно показательным является процент возвращения раненых и больных в часть, составлявший в 1943 г. по группе контуженных 84; длительность пребывания больного на койке составляла в среднем 34 дня.

Радостным событием для коллектива госпиталя был приказ наркома Здравоохранения СССР тов. Митерева, отметившего нашу скромную работу награждением восьми работников госпиталя значками «Отличнику здравоохранения», Почетными грамотами и благодарностями.

ОПЫТ ОБОСНОВАНИЯ ОБЪЕКТИВНОЙ МЕТОДИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭКСПЕРТИЗЕ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЧЕРЕПА

Профессор
А. Л. ЭПШТЕЙН

Возможность объективизации жалоб больного, характера, степени и давности его болезненного процесса — есть одна из существенных предпосылок медицинской экспертизы.

Особенно остро стоит этот вопрос при экспертизе больных с последствиями травмы головного мозга. Скудость и стертость неврологических симптомов при посттравматических синдромах является общеизвестным фактом. Многие авторы считают возможным говорить в подобных случаях об антагонизме, существующем между субъективными жалобами и объективными признаками. В одной из последних больших сводок о последствиях травмы головного мозга — Глейзера—Шейфера этот антагонизм приобретает следующее цифровое выражение: субъективные жалобы отмечены в 80% всех случаев, объективные же признаки (не считая гиперрефлексий) — в 32,5%.

Даже при грубо органических посттравматических синдромах «наиболее часто встречаются неполные, частичные, рудиментарные или стертые синдромы, которые требуют тщательного исследования» (Рабинович и сотрудники).

Наибольшие затруднения в этом отношении встречает экспертиза посттравматических синдромов на почве закрытых травм черепа. Именно здесь указанный выше антагонизм находит себе наиболее яркое отражение. При закрытых травмах черепа, по данным Глейзера и Шейфера, субъективные жалобы отмечены в 90% случаев, объективные же признаки лишь в 18,5% случаев. В частности, закрытые трав-

мы черепа, в результате военных контузий, особенно часто протекают без грубых органических выпадений и при отсутствии или незначительности объективных симптомов.

Эта скудость и стертость объективной неврологической симптоматики находится, однако, в разительном противоречии с постоянством и четкостью тех данных, которые дает нам энцефалография. В этом последнем обстоятельстве кроется (вероятно) и разгадка беспомощности обычной неврологической методики при посттравматических синдромах. Последняя открывает более или менее грубые поражения проекционных путей двигательной или чувствительной систем, между тем как при посттравматических синдромах мы имеем главным образом дело с поражениями мозговых оболочек, ликворных пространств и ликворной динамики, что и находит свое отражение в энцефалограмме.

Накопившийся к настоящему времени богатый опыт применения энцефалографии, экспериментальных и патогистологических исследований, а также наблюдения над секционным материалом не оставляют сомнений в исключительно важной патогенетической роли страдания мозговых оболочек, сосудистых сплетений и ликворных пространств на всех этапах развития травматической болезни. В частности, в вопросе об отдаленных последствиях закрытых травм черепа отмечены значительные разлитые и захватывающие большую область изменения мозговых оболочек, рубцовые и слипчивые изменения в них, спайки мозговых оболочек с корой головного мозга, увеличение и изменение конфигурации желудочков, местное подтягивание к адгезивному процессу боковых желудочков, а иногда и всей системы желудочков. С другой стороны, усиленная гиперсекреция жидкости при закупорке коммуникационных путей или без нее, затруднение оттока и циркуляции мозговой жидкости приводит в клинике к хроническим посттравматическим явлениям — гидроцефалии, повышенному внутричерепному давлению, кистозному арахноидиту и т. д.

При этих условиях единственно целесообразной формой неврологического исследования могла бы служить такая методика исследования, которая могла бы заменить собою энцефалографию, т. е. отразить болезненное состояние мозговых оболочек, ликворных пространств, ликворной динамики и тонкие изменения мозга в связи со всеми этими моментами.

Подобная методика неврологического исследования была бы методикой исследования хронических менингитов и менинго-энцефалитов.

К сожалению, методики объективного исследования нерв-

ной системы при хронических менингитах и менинго-энцефалитах, как общих, так и ограниченных, до настоящего времени не существует (Оппенгейм, Дюпре, Бабоннэйкс и Вуазэн, Маргулис).

Именно эту задачу, т. е. задачу восполнить указанный пробел неврологической диагностики, и ставит перед собой методика неврологического исследования, разрабатываемая нами в психиатрической клинике Ивановского государственного медицинского института.

В настоящем сообщении мы предполагаем дать принципиальное обоснование и общие контуры этой методики, не останавливаясь ни на ее технических приемах, ни на отдельных ее частностях. Вместе с тем, мы имеем в виду поделиться нашим опытом применения этой методики к экспертизе больных с отдаленными последствиями закрытых травм черепа.

Применяемая нами методика неврологического исследования включает в себя два основных раздела: раздел анамнестического расспроса и раздел объективного исследования.

На первом из них мы в настоящем сообщении останавливаться не имеем возможности, но мы должны остановить внимание на той его части, которой дали название — анамнестического синдрома промежуточных звеньев.

Под этим названием мы понимаем целый ряд типичных промежуточных симптомов, соединяющих в известной временной последовательности начальный момент травматизации мозга с моментом конечным, т. е. той или иной формой травматической болезни. Первые звенья этого синдрома — обычно головные боли и головокружения — позволяют уловить начало болезненного мозгового процесса и установить его причинную зависимость от того или иного травмирующего мозг фактора; последующие звенья (носовые кровотечения, поздний или затяжной энурез, позднее или затяжное снохождение и снохождение, обмороки, припадки, умственная или физическая астения, снижение памяти, боли в конечностях, невыносимость к духоте, алкоголю, эмоциональным травмам и т. д.) намечают этапы развивающегося болезненного мозгового процесса и освещают его путь к травматической болезни.

В этом аспекте травматическая болезнь является ничем иным, как конечным звеном в ряду других обычно весьма разнородных звеньев.

В раздел объективного исследования мы включаем четыре основных вида исследования:

1. Аускультацию и перкуссию черепа.
2. Болевую перкуссию черепа.
3. Исследование болевых точек.
4. Исследование мозговых (оболочечно-мозговых) симптомов.

Все эти способы исследования объединены одним общим принципом — акцентуацией менингеального фактора. Вместе с тем все они тесно связаны друг с другом, дополняют и контролируют друг друга, направлены к одним и тем же целям и, по существу, являются только отдельными звеньями одной и той же диагностической цепи.

ПЕРКУССИЯ И АУСКУЛЬТАЦИЯ ЧЕРЕПА

Попытки ввести изучение перкуторного звучания и звукопроводимости черепа в практику неврологического исследования делались неоднократно многочисленными исследователями.

В руководстве практической неврологии Пьера Мари этому вопросу посвящена отдельная глава (М у т ь е).

Принципиальное обоснование к применению этого метода исследования сформулировано Ф л е п с о м. «Применение этого метода, — пишет он, — основывается на том, что перкуторный тон черепа зависит от состояния оболочек и содержимого черепа. Консистенция, напряжение и масса содержимого черепа и прежде всего его отношение к различным оболочкам изменяют в их совокупности характер перкуторного тона».

В частности, как показывают работы целого ряда авторов, состояние мозговых оболочек и ликворных пространств находит себе четкое отражение в звучании черепных костей.

Так, например, можно считать твердо установленным, что чрезмерно повышенная полнота, громкость и тимпаническая звучность перкуторного тона являются указанием на высокое давление мозговой жидкости в системе желудочков и могут служить симптомами острой и хронической гидроцефалии (симптом Мак Эвена). Этот впервые отмеченный Бетцом факт впоследствии нашел себе подтверждение в работах Мак Эвена, Робертсона, Брунса, Коплика, Колпе, Флепса, Ван-дер-Шеера.

Наоборот, сужение просвета мозговых желудочков обусловливает, по наблюдениям Флепса, притупление перкуторного тона. Наличие жидкости в субарахноидальных пространствах также ведет к притуплению перкуторного тона (симптом Коплика). Наоборот, сращение и спаивание

мозговых оболочек друг с другом, с костными покровами или с тканью мозга приводит к усилению перкуторного тона и к увеличению костной звукопроводимости.

Важное практическое значение может также иметь неравномерность перкуторного звучания черепных костей на отдельных участках или на обеих сторонах черепной коробки, особенно, если эта неравномерность звучания находит себе дополнение в данных других методов исследования (болевая перкуссия, болевые точки, неврологические симптомы).

Перечислением указанных выше данных не исчерпываются диагностические возможности аускультаторной перкуссии (например, изучение аускультаторной перкуссии под контролем энцефалографии), тем не менее, на основании имеющегося материала нельзя отрицать практическое значение этого метода исследования, особенно в том комплексном виде, в каком мы его применяем в нашей клинике.

Вполне прав, поэтому, Бехтерев, говоря, что «исследование звукопроводимости черепных костей заслуживает большого внимания в нервной патологии и представляет важный вспомогательный метод исследования нервной системы». Прав также и Флепс, утверждая, что «ни один невропатолог и ни один хирург не имеют права пренебречь этим методом, когда дело идет о заболеваниях черепа и его содержимого».

Мы применяем метод аускультаторной перкуссии в трех последовательных вариантах: в виде пальцевой перкуссии черепа, в виде аускультаторной перкуссии с помощью гибкого стетоскопа и в виде аускультации звучаний приставленного к темени камертона.

Болевая перкуссия черепа. Этот метод был введен в неврологическую практику Бехтеревым в 1894 г. в двух вариантах: в виде поверхностной болевой перкуссии и в виде глубокой болевой перкуссии, осуществляемой через плессиметр. Значение первого из этих вариантов, как метода исследования поражения мозговых оболочек, определяется следующим положением Бехтерева: «Все поражения, которые так или иначе вовлекают в страдание мозговые оболочки, сопровождаются местной чувствительностью к постукиванию уже простым пальцем или легкими ударами молоточка». В частности, по наблюдениям Раздольского, «перкуторные головные боли при арахноидитах выпуклой поверхности мозга явление весьма частое». Как указывают Брунс, Мутье, Раздольский, — разлитой характер поверхностной болевой чувствительности к перкуссии указывает на

более или менее высокую степень повышения внутричерепного давления или, как думает Кроль, на процесс в глубине мозга.

Немаловажное значение имеет также и местная болевая перкуссия. Так, например, Бехтерев придает важное значение болевой перкуссии скуловых костей для диагностики мозговых и оболочечных поражений на основании мозга. Его наблюдения в этом отношении подтверждают Пуссеп и Кэрер. Болевая перкуссия сосцевидных отростков, по нашим наблюдениям, в сочетании с данными перкуссии и звукопроводимости на них может дать ценные указания для диагностики латентных мастоидитов и заболеваний внутреннего уха.

Что касается глубокой болевой перкуссии, то, по словам Бехтерева, она «благодаря сотрясению значительной части черепа или позвоночного столба с их содержимым, нередко дает возможность открыть болезненность там, где обыкновенным способом поверхностного постукивания не удастся обнаружить даже малейших следов болезненности». По нашим наблюдениям, глубокая болевая перкуссия дает положительный эффект во всех тех случаях, где аускультаторная перкуссия указывает на переполнение и растяжение мозговых желудочков спинномозговой жидкостью. При этом она сопровождается своеобразным тягостным ощущением, которое больные характеризуют, как «оглушение», «головокружение», «растерянность» и которое стоит, вероятно, в связи с сотрясением внутрижелудочковой жидкости. Обычно в этих случаях и покраснение лица.

Местный эффект глубокой болевой перкуссии объясняется расположением болезненного очага в глубине мозга или на его основании и нередко совпадает в этих случаях с притуплением перкуторного тона и понижением звукопроводимости.

В случае повышения давления спинномозговой жидкости в спинномозговом канале глубокая болевая перкуссия вызывает значительную болезненность нижнегрудных и поясничных позвонков.

ИССЛЕДОВАНИЕ СФЕРЫ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ

Уже издавна и неоднократно в качестве симптома страдания мозговых оболочек описывались различные болевые точки на лице или голове. Сюда относится болезненность при давлении на глазные яблоки (Дюпре, Воячек, Трэмнер, Кэрер и др.), ретромандибулярная или подушная

точка Синьорелли, впоследствии вновь описанные Трэмнером и Куимовым, точка Менделя при давлении в области передней стенки слухового прохода, щечная точка Брудзинского и т. д.

В своем годовом обзоре успехов неврологической диагностики Трэмнер вновь подчеркивает диагностическое значение этих точек. «Из всех прежде отмеченных симптомов менингита, — пишет он, — я попрежнему считаю наиболее верными указанные мною три чувствительных к давлению точки: выраженная болезненность при давлении на глаза, над ухом и у затылочного отверстия всегда указывают на менингит».

Все эти болевые точки, однако, представляют собой только частичное проявление более обширного болевого симптомокомплекса, описанного Кэрером в 1931 г., и значение которого для диагностики «разнообразных менингетических состояний» в первую очередь — не отрицает сам автор.

Впрочем менингеальная природа кэреровского симптомокомплекса признается и другими авторами, с той только разницей, что одни рассматривают его, как следствие повышенного внутрисерепного давления, а другие — «как иррадиационную вегеталгию или даже как ирритативный вегетативный синдром» (Маркелов).

Кэреровский болевой симптомокомплекс положен нами в основу исследования сферы болевых ощущений.

Практически мы считаем удобным и целесообразным подразделить симптомокомплекс Кэрера на верхний (болевые точки в области лица и головы; феномен болевой Лери) и нижний (болевые феномены нижних конечностей). Нередко они встречаются независимо один от другого; механизм их происхождения не всегда один и тот же. К той же сфере болевых ощущений относим мы и исследование местных гиперпатий, на связь которых с менингеальным симптомокомплексом указывает Членов и на связь с орбитальным синдромом — Шмарьян.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕФЛЕКТОРНОЙ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

В отличие от общепринятой классической методики в этом разделе делается акцент на тех расстройствах рефлекторной и двигательной сферы, которые стоят в связи или с раздражением мозговых оболочек (например, рефлекс Маринеско, разгибательные рефлексы большого пальца), или

с расстройствами в полости ликворных пространств (например, интересеальные рефлексы), или же, наконец, отражают поражения тех областей мозга, которые находятся в непосредственном соприкосновении с мозговыми оболочками (например, пальцевые рефлексы в гиперфлексии, тонический стопный феномен Гольдштейна, рефлекс Маринеско-Радовичи) или же с ликворными пространствами.

Характер большинства описываемых нами церебральных симптомов, обычное сочетание их с менингеальными синдромами аускультаторно-перкуторного, болевого и ликворного ряда, типичное присутствие некоторых из них в клинической картине менингеальных состояний, наконец, относительно частое обнаружение их в случаях травматической болезни — все это позволяет трактовать их как оболочечно-мозговые симптомы.

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Применение описываемой нами методики требует некоторых пояснений. Прежде всего, следует оговорить, что основой диагностики не могут явиться какие-либо отдельные симптомы. Исследование должно быть проведено полностью во всех его разделах, и полученные результаты должны учитываться во всей их совокупности, включая и данные анамнеза; как мы уже указывали выше, все вышеописанные методы исследования тесно связаны друг с другом, дополняют и контролируют друг друга, направлены к одним и тем же целям и должны рассматриваться только как отдельные звенья одной и той же диагностической цепи.

Само собой разумеется, что в каждом отдельном случае нельзя ожидать наличия всех перечисленных симптомов; в зависимости от характера, выраженности и места расположения болезненного процесса, — они могут вариировать как в количественном, так и в качественном отношении; это относится, в первую очередь, к симптомам в сфере нарушения рефлекторной и двигательной функции. Симптомы аускультаторно-перкуторного и болевого порядка являются обязательными для установления процесса в мозговых оболочках или ликворных пространствах:

Принцип сравнительного, двухстороннего изучения симптомов является обязательным для всех разделов исследования. Особенно он важен при аускультаторно-перкуторном исследовании, поскольку для последнего не существует объективных стандартов.

Показательное значение имеет одностороннее нарастание симптомов как в смысле их топографической локализации, так и в смысле их тенденции складываться в гемисиндромы (реже перекрестные синдромы). В отношении топографической локализации характерно местное совпадение данных аускультаторной перкуссии, звукопроводимости, болевой перкуссии и болевых точек, хотя наблюдаются и случаи расхождения. Тенденция складываться в гемисиндромы наиболее часто и наиболее полно выражена в отношении болевого симптомокомплекса (верхнего и нижнего), причем болевой гемисиндром отмечается или исключительно только на одной стороне или преимущественно на одной стороне.

Применение описываемой методики не требует никакого специального инструментария и отличается доступностью и простотой, хотя и требует известного навыка.

Само собой разумеется, что она только дополняет, но ни в каком случае не исключает всех прочих методов исследования нервной системы.

В заключение следует сказать, что с помощью описываемой методики исследования представляется возможным выделить целый ряд неврологических синдромов, что в значительной мере облегчает диагностику, характер и понимание процесса.

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИКИ ДЛЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ЧЕРЕПА

Описанная выше методика исследования была применена нами к 50 больным с отдаленными последствиями закрытых травм черепа. В одной половине случаев были обследованы больные — травматик войны с давностью травмы от одного до трех лет; в другой половине — травматик мирного времени, с давностью травмы от 6 до 24 лет.

Первый вывод, который можно сделать из этого исследования, заключается в том, что наша методика исследования дала во всех случаях вполне четкие и положительные результаты и что, вообще, она дает в руки врача широкие возможности объективного исследования в случаях посттравматических синдромов.

В преобладающем числе случаев объективные симптомы обнаруживаются во всех трех отмеченных выше разделах исследования; однако, симптоматике болевого ряда следует приписать ведущее значение.

Второй вывод — касается возможности с помощью

этой методики определить степень давности процесса. Разбор нашего материала показал, что в сравнительно свежих случаях первой группы больных преобладают расстройства по типу гемисиндрома (реже перекрестного синдрома), причем в $\frac{1}{3}$ случаев болевые расстройства ограничивались верхней половиной туловища. В более застарелых случаях второй группы расстройства в подавляющем числе случаев носили двухсторонний характер (равномерно или неравномерно выраженный) и почти всегда распространялись на нижние сегменты тела.

В-третьих, наша методика позволяет отличить свежие и чистые формы посттравматического синдрома от обострения старых процессов. В последнем случае, несмотря на краткость срока, прошедшего со дня травмы, мы встречаемся с теми особенностями данных исследования, которые характерны для застарелых случаев.

В-четвертых, в связи с характером, последовательностью и степенью выраженности синдрома промежуточных звеньев, методика позволяет также судить до известной степени об инвалидизирующем влиянии болезненного процесса.

В заключение следует сказать, что в вопросах экспертизы, как военной, так и трудовой, — сами по себе объективные данные неврологического исследования не дают еще основания для того или иного заключения, поскольку они не являются мерилем функциональных возможностей личности. Свое полное клиническое значение они получают только в связи с анамнезом исследуемого лица, его субъективными жалобами, его общим *habitus*-ом и данными бытового, производственного и динамического обследования.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ КОНТУЗИОННОЙ ГЛУХОНЕМОТЫ В УСЛОВИЯХ ТЫЛОВОГО ГОСПИТАЛЯ

Кандидат медицинских наук
Д. М. КУЛИК

Контузионная глухонмота — одна из сложных и неясных проблем военной психоневрологии и отоларингологии. Является ли это заболевание органическим или психогенным, каковы клинические варианты глухонмоты, сроки содержания больного на госпитальной койке, экспертная оценка подобных состояний и критерии, которыми следует пользоваться при экспертизе, наиболее эффективные методы лечения, исходы — эти вопросы еще не получили полного и окончательного решения. Материалы Отечественной войны внесли много нового в понимание проблемы глухонмоты, однако их существенным недостатком следует считать неполное освещение некоторых вопросов, имеющих актуальное значение для практического госпитального врача. Если вопрос о генезе глухонмоты (органическом или психогенном) широко обсуждается в литературе, и большинство авторов склоняется в пользу органического характера глухонмоты, то другие вопросы — клинические варианты глухонмоты, сроки содержания больного на койке, исходы — значительно меньше освещены.

В литературе по этому поводу мы нашли следующие указания.

С. В. Крайц делит свой материал на три группы. К первой он относит случаи с выраженными явлениями общего посткоммоционного состояния и сосудисто-вегетативными нарушениями. Вторая группа характеризуется, помимо общих вегетативно-сосудистых симптомов, аффективно-психогенной симптоматикой. В третьей группе общая постконтузионная симптоматика и сосудисто-вегетативные нарушения выражены слабо.

Э. М. Залкинд различает психогенную глухонемоту, индуцированную, органические формы глухонемоты и глухоту, обусловленную психотическим состоянием. Самой частой формой глухонемоты автор считает психогенную.

А. Л. Лещинский классифицирует свой материал на четыре группы. К первой он относит больных, у которых выздоровление синхронично с исчезновением других коммоционных явлений; во второй группе дефект обусловлен органическими нарушениями со стороны ушного аппарата; третья — характеризуется фиксацией сурдомутизма при наличии некоторых патологических изменений со стороны ушей; четвертая группа — больные с истерическими фиксациями сурдомутизма.

Неопределенные данные имеются в литературе по поводу сроков содержания больного на койке и исходов.

Н. М. Зеленский указывает, что больные с коммоционно-контузионным синдромом проводили в среднем 60,2 койко-дня и 115 койко-дней с момента коммоций или контузии. Среднее пребывание психогенных больных составляло 57,6 койко-дня и 137 койко-дней с момента заболевания.

А. Л. Лещинский отмечает, что средняя продолжительность лечения больных с сурдомутизмом составляла 52 дня. 77,6% были признаны годными к дальнейшей военной службе, 22,4% — негодными с различными сроками переосвидетельствования.

Л. Б. Перельман сообщает об окончательном восстановлении слуха на 7—8 день, речи на 12—13 день у больных с давностью заболевания от двух до шести-семи месяцев. В другой работе автор говорит о восстановлении слуха на 12—15 день, речи — на 14—17 день после начала воздействия. Полное восстановление слуха и речи он наблюдал в 84% случаев, частичное — в 11%, эффекта не было в 5% случаев.

В. К. Федоров заявляет, что больные с функциональной глухотой, находившиеся под его наблюдением, лечились 1—1½ месяца; давность заболеваний составляла от нескольких дней до 5½ месяцев. Немота излечивалась в 100% случаев, в 60% наблюдалось полное восстановление речи, в 40% — с дефектом. Частичное или полное восстановление слуха наблюдалось в 86% случаев.

И. М. Киселевский считает среднюю продолжительность лечения истерической глухоты около двух недель. Из 39 больных, бывших под его наблюдением, 38 были выписаны в часть, один получил отпуск на шесть месяцев.

Под нашим наблюдением было 200 случаев так называе-

мой контузионной глухонемой. Изучение нашего материала показало следующее: 1) глухонемота, наблюдающаяся при коммоционно-контузионном синдроме, неоднородна, имеется несколько ее клинических вариантов; 2) критериями при определении клинических вариантов следует считать клиническую картину, тяжесть заболевания и исход; 3) глухонемота является только одним из проявлений коммоционно-контузионного синдрома; 4) контузионная глухонемота физиогенна; 5) при психогенной глухонемоте факт наличия настоящей коммоции или контузии весьма сомнителен.

Исходя из этих предпосылок, наш материал был распределен на коммоционно-контузионный синдром легкой, средней и тяжелой степени с явлениями глухонемоты и психогенную глухонемоту.

По возрасту больные с контузионной глухонемой распределяются: до 25 л. — 48,9%, от 25 л. до 30 л. — 13,9%, от 30 л. до 40 л. — 25%, от 40 л. и выше — 12,2%*. Из представленных данных видно, что в 62,8% случаев контузия имела место в возрасте до 30 л. и только в 12,2% случаев — в возрасте от 40 л. и выше. Это понятно, если учесть, что основное ядро армии составляют люди молодого возраста.

Длительность потери сознания отмечена в 104 случаях; в 69 случаях длительность потери сознания не могла быть точно установлена; в 27 случаях не установлено, имела ли место потеря сознания. Потеря сознания до 2 часов наблюдалась в 20 случаях, от 3 до 5 часов — в 39 случаях, от 6 до 8 часов — в 9 случаях, в течение суток и больше — в 36 случаях. Таким образом, в 59 случаях потеря сознания длилась до 5 часов; в 36 случаях — в течение суток и больше.

Кровотечение из носа, ушей, рта наблюдалось в 86 случаях.

Тошноты и рвоты наблюдались в 59 случаях. Тошноты отмечены в 17 случаях, однократные рвоты — в 30 случаях, многократные рвоты — в 12 случаях.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГЛУХОНЕМОТЫ

Коммоционно-контузионный синдром легкой степени с явлениями глухонемоты наблюдался на нашем материале в 8 случаях, что составляет 4% ко всем больным. Жалобы больных однообразны: головные боли, головокружение, шум в голове и ушах. Жалобы высказываются в первые дни по-

* Возраст больных с психогенной глухонемой (20 случаев) приводится в соответствующем разделе.

ступления в госпиталь и не отражаются на поведении. Больные не проявляют тенденции к лежанию, они подвижны, синтонны. Они в подавляющем большинстве случаев не тягостятся глухонемой, быстро приспосабливаются к окружающей обстановке, находя другие формы контакта (письмо, мимика). Невротические черты в поведении наблюдались только в 2 случаях — в одном случае отмечались раздражительность, ипохондрические высказывания; в другом — тревожный сон. Симптомов органического поражения центральной нервной системы ни в одном из этих случаев не было. Отолар не находил никаких патологических изменений со стороны ушей и голосового аппарата.

Коммоционно-контузионный синдром средней степени с явлениями глухонемы наблюдался в 99 случаях, что составляет 49,5% ко всем больным.

Клиника коммоционно-контузионного синдрома средней степени с явлениями глухонемы позволяет выделить два варианта: 1) с чисто коммоционной симптоматикой, 2) с коммоционной симптоматикой, осложненной аффективно-вегетативными расстройствами и психогенными наложениями.

Первая подгруппа охватывает 56 случаев. Жалобы больных: головные боли, головокружение, шум в голове и ушах. В отличие от коммоционно-контузионного синдрома легкой степени, жалобы более стойки, большей частью высказываются и после восстановления речи и слуха. Больные активно высказывают свои жалобы. Иногда наблюдаются вегетативные расстройства. Помимо этого, больные нередко жаловались на другие расстройства. В 5 случаях они указывали на недостаточное зрение; в 11 случаях отмечались жалобы на боли и слабость в различных органах (боли в области груди и сердца, в ногах, во всем теле, общая слабость, слабость в ногах). Поведение больных довольно однообразно. Некоторые из них поддерживали контакт с окружающими при помощи письма, знаков, жестов, жалуясь на головные боли, головокружение, шум в голове и ушах, часто подчеркивали неравномерность дефекта слуха. Характерно, что глухонемые в первую очередь выдвигают в своих жалобах не расстройство речи, а расстройство слуха. В отдельных случаях больные тяготились глухонемой и просили лечить. Вялость и апатия, невротические черты поведения, вегетативные расстройства, нарушения сна и статики редки. Почти отсутствовали неврологические расстройства. Только в 1 случае отмечался клонид правой стопы, который вскоре исчез. Отоларингологическое обследование установило в 10 случаях изменения со стороны ушей (прободение барабанной перепонки,

рубцовое истончение, втянутость и мутноватость перепонки, гнойный мезотимпанит). Изменения со стороны голосового аппарата (7 случаев) выражались в гиперемии и утолщении голосовых связок, несмыкании связок и образовании широкой щели.

Вторая подгруппа имела 43 случая. Основные жалобы те же, что и в предыдущей группе, но наряду с ними отмечался и ряд других, не свойственных больным первой подгруппы. Больные заявляют, что голова «горит», «щемит», «давит», «нельзя притронуться к волосам». Больной В. говорит, что голова, как будто не его, трудно ее поворачивать, причесывание волос сопровождается болями. Больной С. ощущает внутри головы «горячую мозговую оболочку», при расчесывании волос «мороз проходит по телу». Жалобы склонны иногда быстро нарастать, заслоняя основные коммоционные симптомы. На высоте развития подобных высказываний часто наблюдаются вегетативные расстройства, с которыми они тесно переплетаются. По мере стихания интенсивности жалоб уменьшаются и исчезают вегетативные расстройства. У больного Г., на высоте продуцирования ощущений, что голова «горит», «щемит», «давит», наблюдались выраженные вегетативные расстройства: резкое покраснение лица, выраженная потливость, повышенная восприимчивость ко всяким раздражителям (стук, крик и т. д.). Нередко указанные пароксизмы имели тенденцию протекать волнообразно и часто зависели от психогенных влияний.

Большое место в поведении больных занимали эмоциональные расстройства, причем апатия и угнетенное состояние преобладали. Отмечалась склонность лежать в постели, плаксивость, стремление к уединению, потребность укрываться одеялом, повышенная нервная возбудимость, плохой сон. В некоторых случаях наблюдалась взрывчатость, склонность к бурным аффективным разрядам, колебания настроения, тревожный сон.

Вегетативные расстройства выражались у этих больных в гипергидрозе, вазомоторной неустойчивости, иногда в брадикардии, тревожном сне с устрашающими сновидениями. У некоторых наблюдался тремор головы, тремор рук, тремор всего тела, расстройство походки. Припадки отмечены в 3 случаях и выражались в обморочном состоянии (один случай) и в виде эпилептиформных приступов (два случая).

Заслуживает внимания поведение больных, непосредственно связанное с глухонемой и в период, следующий за восстановлением речи и слуха. Одни больные энергично добивались контакта с окружающими при помощи мимики, же-

стов, знаков, письма. Другие не тяготились глухонемой, жалоб не предъявляли, просьб и желаний не высказывали, в отделении были незаметны, лежали в постели, с окружающими не общались. При проявлении инициативы со стороны окружающих охотно отвечали на задаваемые вопросы (письменно или при помощи знаков), обнаруживая ясное сознание и эмоциональную живость. Поведение больных при попытках врача войти с ними в контакт также имеет некоторые особенности. Одни из них, войдя в кабинет врача, совершенно не обращают на него внимания, опускают голову, направляя взор в сторону; у других взгляд потуплен; некоторые быстро подставляют ухо ко рту говорящего вместо того, чтобы следить за его мимикой, как это свойственно глухонемым. У некоторых больных в процессе беседы с ними обнаруживается вариабельность в динамике глухоты — больной слышит то лучше, то хуже. Особенно четко этот симптом наблюдается в случаях психогенной глухонемой.

В подавляющем большинстве случаев больные освобождаются от глухонемой, проходя этап заикания или шепотной речи.

Выход некоторых из состояния глухонемой, после проведенного лечения, полон драматизма. Настроение повышенное, радостное, больные с пафосом рассказывают другим о своих переживаниях («думал, что хуже скотины», «я был чуркой»), целуют, благодарят врача за исцеление, проявляя экспансивность в поведении. Повышенное настроение длится в большинстве случаев недолго. Иногда больные, через несколько дней после выхода из состояния глухонемой, начинают фиксировать внимание на соматических недочетах, которые имелись у них до контузии и которым они не придавали раньше значения. Больной З. жаловался на выпадение прямой кишки и боли при дефекации. Больной Б. обратил внимание на имевшуюся у него небольшую hydrocele. Больной Ш. стал фиксировать внимание на своем гастрите. Эти жалобы впервые появляются и полностью разворачиваются в течение первой недели после восстановления речи. При неправильном врачебном подходе к больному жалобы бурно нарастают, переходя иногда в психогенное развитие.

Невротические черты в поведении до контузии были констатированы в анамнезе только у отдельных больных.

Неврологические расстройства были обнаружены у четырех больных. В одном случае наблюдался клонус стопы и коленной чашки; во втором случае — неравномерность зрачков, ассиметричный оскал рта, неравномерность сухожильных рефлексов на верхних и нижних конечностях и темиги-

пестезия на этой же стороне; в третьем случае наблюдались симптомы Манна-Гуревича и Мейера; в четвертом случае — вялая реакция зрачков на свет и гиперрефлексия с одной стороны.

Отоларингологическое обследование установило изменения со стороны ушей в 11 случаях: втянутость и мутность барабанных перепонки, гнойный мезотимпанит, неврит слуховых нервов. Со стороны голосового аппарата (6 случаев) наблюдалось утолщение и воспалительный отек истинных голосовых связок, несмыкание связок и образование между ними щели. В анамнезе только у одного больного имелись указания на понижение слуха с детства.

Коммоционно-контузионный синдром тяжелой степени с явлениями глухонемы наблюдался в 73 случаях, что составляет 36,5% ко всем больным.

Клиническое изучение синдрома позволило выделить две подгруппы: 1) с астенизацией, имеющей доброкачественное течение, с возвращением больных в часть; 2) с апатико-абулическим синдромом, с затяжным течением и последующей инвалидностью.

В первой подгруппе (39 случаев) астенические жалобы занимают ведущее место — общая слабость, вялость, быстрая утомляемость, слабость и боли в ногах, боли в пояснице, суставах. Что касается основных коммоционных жалоб (головные боли, головокружение, шум в голове и ушах) — они резко выражены.

Заслуживают внимания жалобы некоторых больных на приступообразный характер головных болей, тошноты, носовое кровотечение, колющие в ухе, свист в ушах.

Преимущественно астенический характер синдрома проявляется и в поведении большинства больных. Они медлительны в движениях, быстро утомляются, много лежат в постели. Вялость сочетается то с эмоциональной неустойчивостью, плаксивостью, повышенной возбудимостью, то со взрывчатостью, склонностью к аффективным вспышкам, иногда с неустойчивым настроением, склонностью к депрессии, у ряда больных вялость сочетается с тремором головы или всего тела, расстройством походки, судорожными проявлениями, вегетативными расстройствами и тревожным сном. У некоторых больных те же сопутствующие явления наблюдались без вялости.

Отмеченный нами тремор выражался в мелком дрожании головы, конечностей или всего тела. Расстройство походки проявлялось в неуверенной походке, с пошатыванием в сторону, хромоте на одну ногу, с осторожным наступанием на

больную ногу и опиранием на палку; принятие больным неправильной позы (ходьба согнувшись в поясничном отделе позвоночника) при отсутствии соответствующих объективных данных. В 4 случаях наблюдались приступообразные явления в форме обморока, своеобразных припадков с преобладанием тонических судорог и истерических припадков. Вегетативная лабильность выражалась в повышенной потливости, резко учащенном дыхании, тахикардии.

Обычно вялость, а также и другие астенические черты (раздражительная слабость, повышенная утомляемость) поддавались терапевтическому воздействию и имели благоприятное течение. Аффективные расстройства и явления вегетативной дистонии также сглаживались.

По данным отоларингологического обследования глухота большей частью была более выражена с одной стороны. Патологические изменения со стороны ушей были отмечены в 17 случаях (со стороны барабанных перепонок — мутность и втянутость, утолщение, рубцы; в одном случае — гнойный мезотимпанит; в 3 случаях — травматический неврит слуховых нервов). Обследование камертонами на высоте болезни показывало в некоторых случаях невосприятие тонов. Калорическая проба не давала указаний на расстройство вестибулярной функции. Со стороны голосового аппарата изменения были отмечены в 13 случаях (гиперемия и утолщение связок, несмыкание истинных голосовых связок). В 34 случаях наблюдалось заикание или шепотная речь, в 8 из этих случаев оба дефекта сочетались вместе. В отличие от коммодиионно-контузионного синдрома легкой и средней степеней заикание или шепотная речь у некоторых больных имели тенденцию к прочной фиксации и оставались при возвращении в часть.

Неврологические, более или менее существенные, отклонения отмечены в трех случаях, в одном из них были изменения со стороны глазного дна.

Во второй подгруппе (34 случая) жалобы, по существу, те же. Характерно поведение этих больных. Они вялы и апатичны, все время проводят в постели, часто накрываются одеялом с головой, не проявляют интереса к окружающему, безучастны к своей судьбе, просьб и желаний не высказывают, обстановкой не тяготеют. Вялость и апатия у них резко выражены, имеют стойкий, длительный характер, но не сочетаются с астеническими чертами, как в первой подгруппе.

В отдельных случаях отмечалась резко выраженная психопатизация личности, сочетавшаяся с вегетативными рас-

стройствами и функциональными наслоениями, не имевшими места до контузии. Больные становились крайне взрывчатыми, по малейшему поводу давали бурные аффективные вспышки с склонностью к агрессивным действиям, настроение было неустойчивое, сон тревожный. В одном случае наблюдалась склонность к аутоотравматизации.

Сомато-вегетативные расстройства (потливость, вазомоторная неустойчивость, тремор, нарушения походки, расстройства сна, судорожные проявления) в этой подгруппе больных резко выражены и имеют гораздо более длительное и тяжелое течение, особенно у больных с психопатизацией личности.

В трех случаях имели место приступообразные состояния, аналогичные описанным выше.

Заслуживает внимания сравнительная частота расстройств походки, а также их характер. Расстройства походки наблюдались в 12 случаях, в одном случае походка имела спастический характер, в 5 случаях была неустойчивая, больные ходили мелкими шагами, пошатываясь в разные стороны, еле передвигаясь, при ходьбе наблюдался резкий тремор, особенно нижних конечностей, в одном случае больной ходил согнувшись, при ходьбе — тремор нижних конечностей, в трех случаях больные хромали на одну ногу или волочили ногу, пользовались при ходьбе палкой, в двух случаях отмечался полный паралич (функциональный) нижних конечностей.

Следует отметить, что у подавляющего большинства больных глухонмота не отражалась заметным образом на поведении. Вялость и апатия приковывали больного к постели, пребывание его в отделении становилось незаметным. Только в 20% случаев больные общались с окружающими при помощи мимики, жестов, знаков, письма.

Отоларингологическое обследование установило в 14 случаях изменения со стороны ушей (мутность и втянутость барабанных перепонок, рубцовые изменения в них, прободение перепонок, неврит слуховых нервов). В 13 случаях установлено несмыкание голосовых связок и образование между ними щели.

Неврологические расстройства наблюдались в трех случаях.

Психогенная глухонмота наблюдалась в 20 случаях, что составляет 10% ко всем больным. По возрасту: до 25 л. — 4 случая, от 25 до 30 л. — 2 случая, от 30 до 40 л. — 7 случаев, от 40 л. и выше — 7 случаев. Потери сознания не отмечалось. Кровотечения изо рта, ушей и носа, а также тошнот и рвот не было.

В 12 случаях глухонмота, по сообщениям больных, была связана с контузией, причем в 4 случаях указания на контузию не были подтверждены данными передовых этапов. В 8 случаях глухонмота наступила вне связи с контузией.

В этой группе больных жалобы имеют чисто невротический характер. Типичные коммоционные жалобы (головные боли, головокружение, шум в голове и ушах) здесь почти не встречаются. Больной С. заявляет, что в глазах темно, что-то выросло и мешает видеть. Больной Г. жалуется на «расширение груди», плохое зрение, тревожный сон, головные боли, считает себя серьезным больным. И. жалуется на режущие боли в подложечной области, боли в животе, слабость, судорожные припадки. М. указывает на боли в области надбровных дуг, пояснице, груди, суставах, глазах и т. п. При неумелом расспросе больного жалобы быстро нарастают, как снежный ком.

Поведение больных. Обычно они обнаруживают живой контакт с окружающими при помощи мимики, жестов, письма, ведут себя в палате непринужденно, устанавливают контакт с персоналом, поддерживают дружбу с товарищами, играют в шашки, шахматы, живо реагируют на окружающее, особенно, если это имело некоторое отношение к ним. Они внимательно следят за разговором персонала, касающемся их болезни. В нужный момент дают соответствующие мимические реакции. Некоторые обнаруживают более слабый контакт с врачом, чем с товарищами по палате, проявляя демонстративность и нарочитость (не успев выслушать врача, больной быстро подставляет ухо, приближаясь прямо ко рту врача), и заметно корректируют свое поведение в связи с теми или иными замечаниями врача, касающимися их поведения.

В некоторых случаях при попытке врача вступить в контакт больной не смотрит на него, взор направлен в сторону, на задаваемые вопросы не обращает внимания. Предложение врача высунуть язык или произнести какой-либо звук выполняет весьма осторожно и испытующе, при повторении задания выполняет его слабее и слабее. Отмечается большая вариабельность в динамике глухонмоты: то больной слышит, то не слышит, то лучше слышит, то хуже слышит; то больной говорит, то не говорит, то говорит ясно, то — шопотом. Психотерапевтическое вмешательство, умело проведенное в подобных случаях, почти всегда дает блестящий эффект.

Уже эмоциональное напряжение в связи с обстановкой выявляет неустойчивость этих больных. При входе в перевязочную для наркозо-терапии они склонны давать истериче-

ские реакции. Одни намереваются бежать, другие обнаруживают выраженный общий тремор, третьи упорно сопротивляются при попытке применить наркоз. Истерические реакции наблюдаются у некоторых и после применения наркоза. Больной С. после внутривенного введения 5 г сернокислой магнезии долго и громко плакал, всхлипывал, хватался за голову. Больной Ю. через 20 минут после приема per os 300 г спирта бегал по палате, плакал, бил себя руками по груди, ударялся головой о стенку, рвал свою одежду, кусал себе руки.

В отдельных случаях наблюдалась вялость, отсутствие интересов к окружающему, склонность лежать в постели: эмоциональная неустойчивость, плаксивость, угнетенное состояние. Эти больные имели в анамнезе ранения, алиментарную дистрофию, т. е. факторы, вызывающие сомато-психическое истощение.

Судорожные явления имели место в двух случаях и протекали только в виде истерических припадков.

Тремор головы и конечностей наблюдался в четырех случаях и имел грубый характер, принимая иногда форму качательных движений. При волнении и фиксации внимания тремор резко усиливался.

Вегетативные расстройства наблюдались в отдельных случаях и выражались в усиленной потливости, вазомоторных расстройствах, нарушении дыхания и расстройстве сна.

Расстройства походки отмечены только в двух случаях.

Неврологически — симптомов поражения центральной нервной системы не установлено.

Преобладала глухонмота и немота, глухота реже наблюдалась. Заикание и шопотная речь встречались редко (4 случая) и быстро исчезали. Отоларингологическое обследование не давало указаний на изменения со стороны ушей. Калоризация давала нормальную возбудимость вестибулярного аппарата. Исследование камертонами показывало в ряде случаев с вялостью и апатией отсутствие восприятия камертонов; аэропальпебральный рефлекс также отсутствовал. Со стороны голосового аппарата в некоторых случаях констатировано несмыкание голосовых связок.

АНАЛИЗ МАТЕРИАЛА

Коммоционно-контузионный синдром легкой степени. Незначительное количество случаев заставляет нас ограничиться следующим выводом: глухонмота является только одним из проявлений коммоционно-контузионного синдрома на фоне прочей общекоммоционной симптоматики.

Коммоционно-контузионный синдром средней степени. В первой подгруппе с общекоммоционной симптоматикой последняя и здесь занимает первенствующее место по выраженности и интенсивности симптомов. Глухонмота и здесь является только одним из проявлений синдрома в целом.

Во второй подгруппе, с аффективно-вегетативными расстройствами и психогенными наслоениями, наряду с чисто-коммоционными наблюдаются уже жалобы совершенно иного характера. Больные заявляют, что голова «горит», «щемит», «давит», «мороз проходит по телу» и т. п. Высказывания больных неопределенны, расплывчаты; например, С. жалуется на ощущение внутри головы «горячей мозговой оболочки». Не всегда больные находят достаточно слов, чтобы сформулировать свои жалобы. Последние отражают ненормальные ощущения стеснительного и тягостного характера. Подобного рода жалобы по существу являются ценестопатиями и парестезиями. Общий тягостный, неприятный тон этих переживаний, расплывчатость, неясность и своеобразие ощущений, аффективная насыщенность позволяют квалифицировать их как гиперпатии.

Характер отмеченных нами выше вегетативных нарушений, а также сочетание последних в некоторых случаях с ценестопатиями и парестезиями позволяет думать, что все эти расстройства связаны между собой и, возможно, близки по локализации. Волнообразное и аутохтонное проявление этих расстройств можно объяснить ритмичностью патологических процессов, протекающих в вегетативной нервной системе.

Характер аффективных расстройств, наблюдавшихся у больных этой подгруппы, позволяет думать, что они тесно связаны со всей прочей симптоматикой и являются следствием перенесенной коммоции-контузии. За последнее говорит также и то обстоятельство, что аффективные расстройства сглаживаются по мере отдаления от травмы, а также отсутствие указаний в анамнезе на подобные явления до травмы. Большой аффективный заряд эмоциональных переживаний при их относительной примитивности по содержанию и отсутствии других психопатологических феноменов, насыщенность ценестопатиями и парестезиями, сочетание с вегетативными расстройствами наводит на мысль о заинтересованности диэнцефалической области в генезе указанных расстройств. Возможно, что и те случаи эпилептиформных проявлений и различные виды тремора, наблюдавшиеся в приведенном материале, также стоят в связи с поражением диэнцефалической области. В пользу такого понимания гово-

рят наши экспериментально-клинические наблюдения над длительным применением гексеналового наркоза у людей и животных, а также аналогичные соображения, высказанные М. Я. Серийским в его работе «К проблеме органического и функционального в трудных диагностических случаях военных травм» и Н. М. Иценко в статье «О диэнцефалической эпилепсии».

Органический фон создает предпосылки для психогенных наслоений, которые могут пышно развернуться, закрепиться, приобрести в некоторых случаях характер психогенного развития благодаря истерической фиксации. Об этом говорит В. А. Гиляровский, заявляя, что контузия создает органически неполноценный фон, благоприятный для развития психогенной симптоматики.

Коммоционно-контузионный синдром тяжелой степени. Картина заболевания характеризуется однообразием, монотонностью расстройств, отсутствием полиморфизма и богатства психопатологических проявлений, причем на одном полюсе концентрируется вялость, апатия, адиамия, а на другом — расторможенные грубые влечения. Судя по характеру аффективных расстройств, а также по их сочетанию с вегетативными нарушениями, тремором, судорожными проявлениями (см. выше) можно думать, что и в этой группе диэнцефалической области принадлежит определенное место в генезе этих расстройств. С другой стороны, учитывая ряд фактов, нельзя полностью исключить и влияния коры. В сущности, подобную же точку зрения высказывает и проф. Мирельзон по поводу нарушения аффективной сферы при закрытой травме черепа.

Заслуживает внимания, что в этой группе больных отоларингологические расстройства занимают значительное место. В 42,4% случаев наблюдались патологические изменения со стороны слухового аппарата. В первой подгруппе изменения не столь тяжелы, как во второй. В последней имелся ряд больных со стойкой и полной глухотой на оба уха.

Психогенные наслоения занимали небольшое место и выражались в использовании истерических механизмов фиксации болезненного симптома (тремора, заикания).

Суммируя вышеприведенные данные, можно заключить, что коммоционно-контузионный синдром относится к разряду не психогенных заболеваний, а физиогенных, имеющих органический характер с преимущественной заинтересованностью диэнцефалической области. Психогенные наслоения тесно переплетаются с органическими и разворачиваются на предуготованном органически-неполноценном фоне.

Психогенная глухонемота. По своему происхождению, клинической картине и течению психогенная глухонемота существенно отличается от контузионной. Указания больных на связь глухонемоты с контузией в ряде случаев не подтверждаются данными передовых этапов. Отсутствуют данные о потере сознания, кровотечении изо рта, носа и ушей, тошнотах и рвотах. Случаи психогенной глухонемоты с затяжным течением при наличии в клинической картине вялости и апатии имели в основе не коммоцию-контузию, а истощающие факторы (раневая и алиментарная дистрофия). Особый колорит клинической картине психогенной глухонемоты придает отсутствие коммоционных жалоб, изменчивость и нестойкость слухоречевых расстройств, своеобразие поведения больного при беседе с врачом, склонность к истерическим реакциям, отсутствие изменений со стороны слухового аппарата, одновременное восстановление слуха и речи. Также характерна зависимость клинической картины от внешних влияний.

Терапия проводилась с учетом клинической картины и тяжести коммоционно-контузионного синдрома. При наличии выраженной общекоммоционной симптоматики применялись гипертонические растворы поваренной соли, глюкозы. При коммоционно-контузионном синдроме тяжелой степени в течение первых двух-трех недель после поступления больного в госпиталь соблюдался постельный режим; наряду с дегидратационной терапией применялись общеукрепляющие и тонизирующие средства.

В ряде случаев была применена с положительным эффектом трудтерапия. Последняя была использована в некоторых случаях коммоционно-контузионного синдрома средней степени с обще-коммоционной симптоматикой, а также при наличии аффективно-вегетативных расстройств и психогенных наслоений. Следует отметить, что последние заметно сглаживались под влиянием трудтерапии.

Астенизация личности, по нашим наблюдениям, не всегда является противопоказанием к применению трудпроцессов. В некоторых случаях постепенное втягивание в трудпроцессы с дозированием труда и использованием в сельском хозяйстве избавляло больных от астенической симптоматики. Трудтерапия также показана при наличии выраженной психопатизации личности.

Для лечения глухонемоты мы применяли эфирный и магnezийный наркозы, а также физиотерапию.

Эфирный наркоз был применен в форме рауша в 97 слу-

чаях, положительный эффект отмечен в 72 случаях, эффект не получен в 25 случаях. При даче наркоза мы придавали особое значение методике. Важное значение имеет психотерапевтическая подготовка больного к наркозу, а также психотерапия, проводимая во время самого наркоза. Последняя начиналась за один-два дня до наркоза. Подготовка больного поручалась квалифицированной сестре, которая путем переписки сообщала больному об условиях проведения и длительности наркоза, о лицах, которые будут присутствовать, дне и часе наркоза, безусловной успешности этого метода лечения и т. п. Сестра отвечала на вопросы больного, приводила фамилии и переживания больных, выздоровевших после наркоза. Таким образом, у больного создавалась прочная уверенность в успехе лечения. Часто перед наркозом больной переводился в палату, где товарищи могли бы также благоприятно, в психотерапевтическом отношении, воздействовать на него. Наркоз начинался ровно в назначенное время, обычно в присутствии начальника госпиталя, заместителя по политчасти и сестер, обслуживающих отделение. Эфир мы давали маленькими порциями, по 5—8 г, с интервалами, которые использовывались для психотерапии. Через короткое время после дачи наркоза маска снималась, принимались меры к установлению контакта с больным. Последнему настойчиво предлагалось открыть рот, повторять звуки «А», «МА» и т. д. В случае безуспешности повторялась дача такой же маленькой дозы эфира с последующим интервалом для психотерапии.

Обычно на наркоз уходило небольшое количество эфира — 20—25 г, иногда значительно меньше. Больной доводился до стадии возбуждения.

Показания к наркозотерапии — коммоционно-контузионный синдром легкой и средней степени. Рауш наркоз особенно показан при сочетании коммоционной симптоматики с массивными психогенными наслоениями. В случаях психогенной глухоты, при отсутствии астении или апатико-абулического синдрома, наркоз также показан. При выраженной астении или апатико-абулическом синдроме наркоз обычно не дает эффекта. В одних случаях больные совершенно не реагируют; в других — в периоде возбуждения начинают говорить, а затем, с прекращением наркоза, возвращаются в исходное состояние; иногда наркоз применялся по нескольку раз у одного и того же больного (до четырех раз) без эффекта.

Магнезиальный наркоз был применен в 12 случаях, положительный эффект отмечен в 9 случаях, отрицательный в 3

случаях.¹ Психотерапевтическая подготовка такая же, как при эфирном наркозе. При применении сернокислой, магниевой мы исходили из ее свойства вызывать ощущение «жара» во рту, что может способствовать восстановлению речи. Магния вводилась внутривенно (в дозе 5—10 г) медленно, с перерывами, которые также использовались для психотерапии.

Приводим 2 наблюдения, которые рисуют не только влияние магниальной терапии, но и переживания глухонемых.

Больной М., 22 л., контужен 1/VIII-42 г., потерял сознание, на какой срок, не знает. Появились головные боли, головокружение, вегетативные расстройства, неустойчивая походка, потерял способность говорить и слышать. 27/VIII-42 г. применен магниальный наркоз по указанной методике с положительным эффектом. Вот как М. описывает свои переживания: «После контузии хотел говорить, но язык не действовал, какой-то бесчувственный, словно примороженный или крепко привязанный, уши были крепко заткнуты пробками. Иногда при мысли, что останусь навсегда таким несчастным, хотелось заплакать. Таким мертвецом я был 27 дней. 27/VIII-42 г. вечером мне начали делать уколы, вдруг во рту появилась жара, огонь шел изо рта, словно у огненного змея, голова закружилась, и вдруг у меня из ушей что-то выскочило, услышал голос врача. Меня заставляют говорить, с трудом сказал несколько слов. Когда вернулся в палату, не хотел спать, а без конца говорить, на какой предмет ни взгляну, тихо его называю. До утра не спал, все хотелось говорить. В течение дня очень много говорил с товарищами, не мог наговориться. Этот день останется для меня самым счастливым в жизни, никогда не забуду этот укол».

Больной Б., 28 л., был контужен 26/VIII-42 г., длительная потеря сознания, кровотечение изо рта. В дальнейшем головные боли, головокружение, вегетативные расстройства, тремор, особенно выраженный при волнении, потеря речи и слуха. 16/IX-42 г. — магниальный наркоз с положительным эффектом. Б. описывает следующим образом свои переживания: «После контузии язык стал непокорным, я потерял слух, в голове сильный шум. Волновался, опасался остаться глухонемым. Изучал методику распознавания речи по шевелениям губ, по пальцам. Во время укола появилось ощущение нити, идущей от локтевого сгиба вверх, а затем ощущение многих нитей, по которым проходит горячее, во рту было горячо, словно, обжигающее пламя, костер, тепло разливалось по всей голове, из ушей исчезли заслонки, начал слышать. Повторял вслед за врачом «А», «МА-МА», язык стал несколько послушным. После окончания укола начал хорошо говорить, слух несколько восстановился».

Физиотерапия применялась в ряде случаев, преимущественно для лечения расстройств слуха (ионизация ушей с иодистым калием — 20—25 сеансов) с положительным эффектом. В отдельных случаях была успешно применена фарадизация гортани для лечения речевых расстройств. В некоторых случаях глухонмоты с психогенными наслоениями нами успешно

¹ Отрицательный эффект наблюдался в случаях тяжелой комы при наличии выраженной астенизации или апатико-абулического синдрома.

применялась диатермия ушей или гортани, сочетавшаяся с психотерапией, как до сеанса, так и непосредственно во время сеанса. При этом придавалось значение одномоментности лечения.

Заслуживает внимания динамика восстановления речи и слуха. В ряде случаев речь и частично слух восстановились самостоятельно, без терапевтического воздействия. В четырех случаях восстановление речи было связано с ночным сном. Б-ной Ч. ночью упал с кровати и закричал «мама», утром начал говорить. Слух не восстановился. Бодьному Б. ночью снилось, что он погибает, вскочил и заговорил, после начал говорить. Б-ной К. видел какой-то сон, содержание которого не помнит, после чего начал говорить. Б-ной С. видел во сне, что он находится в кустарнике, руководит боем, мимо проходит конница, щелкающая копытами, топот ног ясно слышит, поднялся и вместе с ними ринулся в атаку. После этого больной проснулся, вышел в коридор, начал говорить, слух заметно улучшился.

Обычно вначале восстанавливалась речь, а затем слух. Слух восстанавливался медленно и постепенно, большей частью вначале на одно ухо. В случаях коммоционно-контузионного синдрома легкой степени слух и речь почти одновременно восстанавливались. Только при психогенной глухоноте наблюдалось одновременное восстановление речи и слуха.

Восстановление речи в значительном количестве случаев проходило этап заикания или шепотной речи, иногда оба дефекта сочетались вместе. Степень заикания и продолжительность его обратного развития находились в соответствии с тяжестью клинической картины. При коммоционно-контузионном синдроме тяжелой степени заикание имело резко выраженный характер, прочно держалось в течение длительного времени, часто не сглаживалось и при выписке больного, что само по себе давало в некоторых случаях основание для освобождения от военной службы.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО НА КОЙКЕ

Коммоционно-контузионный синдром легкой степени. Длительность пребывания на койке до поступления в наш госпиталь составляла в среднем 19 дней; в нашем госпитале — 25 дней; с момента контузии — 44 дня.

Коммоционно-контузионный синдром средней степени.

Длительность пребывания на койке до поступления в наш госпиталь составляла 30,2 дня; в нашем госпитале — 41,8 дня; с момента контузии — 72 дня.

Коммоционно-контузионный синдром тяжелой степени. Длительность пребывания на койке до поступления в наш госпиталь — 36 дней; в нашем госпитале — 89 дней; с момента контузии — 125 дней.

Психогенная глухонмота. Длительность пребывания на койке до поступления в наш госпиталь — 50,6 дня; в нашем госпитале — 63,3 дня; с момента заболевания — 113,9 дня.

Исходы. В часть возвращено 169 больных, что составляет 84,5%; 31 больной (15,5%) признан негодным к военной службе с переосвидетельствованием через шесть месяцев. При коммоционно-контузионном синдроме легкой и средней степеней все больные были возвращены в часть, в том числе двое на нестроевую службу. При коммоционно-контузионном синдроме тяжелой степени с астенизацией личности (первая подгруппа) все возвращены в часть на нестроевую службу. Во второй подгруппе только трое возвращены в часть, остальные признаны негодными к военной службе с переосвидетельствованием через шесть месяцев. При психогенной глухонмоте 13 возвращены в часть, 7 — признаны негодными с переосвидетельствованием через шесть месяцев.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЭКСПЕРТИЗЫ

Диагностика и экспертиза глухонмоты должны базироваться на учете и оценке клинического синдрома в целом.

Коммоционно-контузионный синдром легкой степени диагностируется на основании легких общекоммоционных жалоб, ровного поведения, нормальной картины крови и глазного дна, сохранной трудоспособности, что может быть установлено при наблюдении и трудотерапии. После 30—45 дней, прошедших с момента контузии, можно считать больного годным к строевой службе.

Коммоционно-контузионный синдром средней степени устанавливается на основании жалоб и клинической картины. После успешно проведенной терапии и исчезновения основных ведущих жалоб больного, при правильном поведении, сохранной трудоспособности, нормальной картине глазного дна и крови — можно считать больного годным к строевой службе. Срок, прошедший с момента контузии, должен составлять в среднем 60—75 дней. Остающиеся в некоторых случаях легкие коммоционные жалобы, а также психогенные,

не должны служить противопоказанием к выписке в часть. Как показывают наши наблюдения, касающиеся случаев, ка-тамнеестически прослеженных, — эти жалобы, по мере отдаления от госпиталя, сглаживаются, и выписанные остаются практически трудо-и боеспособными.

Коммоционно-контузионный синдром тяжелой степени.

Наличие в клинической картине астенизации личности говорит о тяжести коммоции-контузии. Вегетативные расстройства, тремор, судорожные явления, расстройства походки, дефекты речи (заикание, шопот), в сочетании с астенизацией личности или без нее, также говорят о тяжести коммоции-контузии. Можно считать, что в случаях астенизации личности, при правильно примененной терапии, рассчитанной на щажение и постепенную тренировку больных, можно их вернуть в часть на нестроевую службу. Легкие остаточные астенические симптомы не являются абсолютным противопоказанием к возвращению больного в часть. В дальнейшем эта симптоматика сглаживается. Наблюдение за поведением больного, испытание на трудопроцессах помогает уточнить вопрос о наличии или отсутствии и степени астенизации личности. Показанием к выписке в часть с ограничением, после соответствующего лечения, могут служить нерезко выраженные вегетативные расстройства, незначительный тремор, появляющийся только при волнении, единичные, редкие судорожные проявления, затихающие по мере отдаления от коммоции-контузии, заикание в умеренной или средней степени, нерезко выраженный шопот. Такие больные должны быть расценены как страдающие церебрастенией и подлежат комиссованию по ст. ст. 66 или 96. В ряде случаев у больных остаются более или менее стойкие дефекты слуха, дающие основание комиссовать по 79 ст.

Апатико-абулический синдром или выраженная психопатизация личности являются безусловным противопоказанием к направлению в часть. Диагностика подобных состояний основывается на изучении клинической картины. Иногда способствует уточнению диагноза и проведенный эфирный наркоз. При возвращении больного после наркоза в исходное апатико-абулическое состояние диагноз получает еще лишнее подтверждение.

Таких больных, а также больных с выраженной психопатизацией личности, следует, по нашему мнению, подвергать комиссованию не через четыре-пять месяцев, как это обычно делается, а через два-два с половиной месяца после контузии. Условия максимального покоя, в которых так нуждаются истощенные нервные клетки, могут быть созданы и в до-

машней обстановке. Длительный и затяжной характер заболевания заставляет поставить вопрос о сокращении сроков содержания подобных больных на госпитальной койке.

Также подлежат комиссованию, через те же сроки, и больные со стойким тремором, резким расстройством походки, частыми эпилептиформенными припадками, выраженным заиканием в сочетании с апатией или без нее. Имеющиеся в нашем распоряжении некоторые катamnестические материалы позволяют считать, что в домашней обстановке подобные дефекты быстрее сглаживаются.

У некоторых больных, после длительного лечения, остаются серьезные дефекты слуха или речи, указывающие на тяжесть коммоции-контузии. Такие больные подлежат комиссованию по ст. ст. 78 или 81—83.

Больные с апатико-абулическим синдромом должны рассцениваться как страдающие травматической энцефалопатией и подлежат комиссованию по ст. ст. 6а или 10а.

При экспертной оценке каждого случая с коммоционно-контузионным синдромом необходимо учитывать длительность потери сознания, кровотечение из носа, рта и ушей, тошноты и рвоты.

Серьезной оценки требует и вопрос о роде войск, куда направляется перенесший коммоцию-контузию. Коммоционно-контузионный синдром тяжелой, а в ряде случаев и средней степени является безусловным противопоказанием к направлению больного и летные и десантные части. Наличие эпилептиформенных припадков дает основание к оставлению больного в тыловых частях. Иногда, после тяжелой коммоции с последующей астенизацией личности, следует рекомендовать использование в течение двух-трех месяцев на работе, не связанной с тяжелым физическим напряжением.

Экспертиза психогенной глухонемой основывается на изучении анамнеза, данных передовых этапов, клинической картины и течения. Случаи с апатией, безразличием подлежат комиссованию по ст. 9а применительно (негодность с нерасвидетельствованием через шесть месяцев). В подобных случаях, по нашему мнению, также не следует долго держать больного: два-два с половиной месяца — достаточный срок. Другие больные этой категории должны быть возвращены в часть.

В зависимости от поведения, следует в каждом случае решать вопрос о годности к строевой или нестроевой службе. Срок содержания подобного рода больных должен быть сокращен до 45—60 дней. Длительная задержка на госпитальной койке является неблагоприятным фактором, способствующим

щим развертыванию невротических наслоений. Такие больные должны лечиться в армейском тылу.

ВЫВОДЫ

1. Изучение 200 случаев глухонмоты показывает, что последняя является одним из проявлений коммоционно-контузионного синдрома. Имеется несколько клинических вариантов глухонмоты. Критериями при определении вариантов следует считать клиническую картину, тяжесть заболевания и исход.

2. Представленный материал позволяет выделить коммоционно-контузионный синдром легкой, средней и тяжелой степеней с явлениями глухонмоты и психогенную глухонмоту.

3. Коммоционно-контузионный синдром легкой степени наблюдался в незначительном проценте случаев (4%). Жалобы больных имели коммоционный характер. Длительность пребывания на койке с момента контузии составляла в среднем 44 дня. Все больные были возвращены в часть.

4. Коммоционно-контузионный синдром средней степени наблюдался в 49,5% случаев. Длительность пребывания на койке составляла 72 дня с момента контузии. Все были возвращены в часть; в том числе два — на нестроевую службу.

5. Указанный синдром протекает в виде двух клинических вариантов: а) с общекоммоционной симптоматикой, б) с коммоционной симптоматикой, осложненной аффективно-вегетативными расстройствами и психогенными наслоениями.

6. Больные с общекоммоционной симптоматикой отличаются более интенсивной выраженностью жалоб и клинических проявлений, чем больные легкой степени. Больные с аффективно-вегетативными расстройствами и психогенными наслоениями высказывают жалобы, имеющие характер парестезий и ценестопатий. Аффективные расстройства эпизодичны (часто). Психогенные наслоения обуславливают ряд специфических особенностей в поведении.

7. Коммоционно-контузионный синдром тяжелой степени наблюдался в 36,5% случаев (73 случая). Средняя длительность пребывания на койке составляла 125 дней с момента контузии. Исход — 3 выписаны годными к строевой службе, 39 — годными к нестроевой службе, 31 — негодными в результате переосвидетельствования через шесть месяцев.

8. Клинически выделены два варианта: а) с астенизацией личности, б) с апатико-абудическим синдромом, а также с выраженной психопатизацией личности.

9. Астенизация личности имела доброкачественное течение и завершалась возвращением больных в часть. Большей частью астенизация сочеталась с тремором, вегетативными расстройствами, расстройством походки, которые имели нерезко выраженный характер и под влиянием лечения сглаживались.

10. Апатико-абулический синдром и психопатизация личности имели затяжное течение и приводили к инвалидности. Присоединявшиеся вегетативные расстройства, тремор, нарушения походки имели резко выраженный характер и тенденцию к фиксации.

11. У больных этой группы часто наблюдались выраженные расстройства слуха и речи.

12. Психогенная глухонмота наблюдалась в 10% (20 случаев). Длительность пребывания на койке составляла 113,9 дня с момента заболевания. По исходу 13 выписаны в часть, 7 освобождены от военной службы с переосвидетельствованием через шесть месяцев.

13. При психогенной глухонмоте факт наличия коммоции-контузии сомнителен. Клинически жалобы и поведение больных имели своеобразный характер. У больных с явлениями истощения в анамнезе наблюдалась апатия.

14. Анализ коммоционно-контузионного синдрома легкой, средней и тяжелой степеней с явлениями глухонмоты показывает, что глухонмота, как и синдром в целом, физиогенна.

15. Лечение применялось с учетом общекоммоционной симптоматики. Для лечения глухонмоты применялся наркоз (эфирный, магнезиальный) в сочетании с психотерапией по методике автора. Наркоз особенно эффективен в случаях с наличием психогенной симптоматики. При наличии астенизации или апатико-абулического синдрома наркоз эффекта не дает. Для лечения этих состояний необходима щадящая и стимулирующая терапия.

16. Экспертиза должна базироваться на учете клинической картины и тяжести синдрома. При коммоционно-контузионном синдроме легкой и средней степеней больные должны быть возвращены в строевые части; при тяжелой степени — перевод на нестроевую службу и снятие с учета; при психогенной глухонмоте — возвращение в строевые части, при наличии апатии — временное снятие с учета.

17. Коммоционно-контузионный синдром тяжелой, а в ряде случаев и средней степени является безусловным противопоказанием к направлению больного в летные и десантные части; наличие эпилептиформных припадков дает основа-

ние к оставлению больного в тыловых частях. В некоторых случаях тяжелой коммoции-контузии следует рекомендовать при выписке использование в течение двух-трех месяцев на работе, не связанной с тяжелым физическим напряжением.

18. Сроки содержания больных с апатико-абулическим синдромом и психопатизацией личности в госпитале должны быть сокращены до двух-двух с половиной месяцев, учитывая затяжной характер заболевания. Больные подлежат после указанного срока комиссованию.

19. Сроки содержания психогенных больных с апатией в поведении должны быть также сокращены до двух-двух с половиной месяцев с последующим комиссованием из-за затяжного характера заболевания. Сроки содержания больных с психогенной глухонемой без апатии должны быть сокращены до полутора-двух месяцев из-за склонности к фиксации болезненных симптомов. Такие больные должны задерживаться и лечиться в армейском тылу.

К ВОПРОСУ О СОЧЕТАНИИ ОРГАНИЧЕСКИХ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ТРАВМАХ ЧЕРЕПА

В. А. ИЛЬИНСКАЯ

При изучении больных с коммоционно-контузионными явлениями, проникающими и непроникающими ранениями черепа, часто приходится встречаться с сочетанием органических и функциональных изменений.

При коммоционно-контузионных синдромах функциональные изменения занимают значительное место.

При астазии-абазии, гиперкинезах, монопарезах, значительно выраженных вегетативных изменениях мы наблюдали легкие органические симптомы. Они протекали в виде длительных клонусов, исчезающих при отвлечении внимания; истощающихся кожных рефлексов, анизорефлексии, отсутствия подошвенных рефлексов, заикания с элементами дизартрии.

Патологическая симптоматика нередко поддавалась влиянию психотерапии. Однако перед врачом неизменно возникал вопрос, где грань между органическим и функциональным.

При непроникающих ранениях черепа и отсутствии локальных симптомов часто отмечалось больше субъективных жалоб, чем при тяжелых повреждениях головного мозга.

Больные с большими дефектами черепа, пульсирующим мозговым веществом, значительными очаговыми симптомами часто не жаловались даже на головные боли.

Возможно, что некоторую роль здесь играет обширная декомпрессия.

Небольшие функциональные изменения наблюдаются большей частью в каждом случае тяжелого ранения. Они ведут к ухудшению общего самочувствия, потере аппетита, затягивают выздоровление.

Случай 1. Больной Я-ов. 15/VIII-41 г. получил тяжелую контузию головного мозга. Сутки был без сознания, были резкие головные боли, потеря зрения на оба глаза, икота и нарушение движений в правых конечностях. На предыдущих этапах констатирована субарахноидальная геморрагия, фрактура основания черепа с большими трещинами, распространяющимися на височную и теменную области. Справа обнаружена атрофия зрительного нерва с отсутствующей прямой реакцией зрачка на свет. Содружественная реакция была сохранена. Слева глазное дно — норма, реакция зрачка на свет — живая. Через четыре месяца после контузии температура — норма, изменений со стороны крови нет. Ликвор — норма. Со стороны внутренних органов изменений нет. Резкий Ромберг, тенденция падать назад, выраженная атаксия при ходьбе. Речь с резким заиканием. Периодически приступы продолжительной икоты. Менингеальных явлений нет. Небольшие следы периферического пареза лицевого нерва справа. Отсутствие слуха на правое ухо. В положении лежа небольшое нарушение пальцево-носовой и коленно-пяточной пробы справа. Кожные и сухожильные рефлексы без заметной разницы, патологических нет.

После применения рациональной психотерапии в течение месяца больной стал видеть на левый глаз, приступы икоты прошли, атактические явления почти сгладились, стал ходить самостоятельно, т. е. у больного осталась только органическая симптоматика.

В этом случае мы констатируем «уход в болезнь», фиксацию внимания на своем страдании. Разумная психотерапия превратила больного из инвалида в трудоспособного человека. Неподдельная радость больных полностью исключает элементы аггравации, да имеем ли мы, врачи, право говорить об аггравации при тяжелых ранениях. Мы должны внушить больному уверенность в выздоровлении, укреплять его волю.

В отдельных случаях на небольшие органические изменения наслаиваются резкие функциональные.

Случай 2. Больной К., 21 год, сержант. В 1942 г. перенес менингит, после чего были периодические головные боли. 1/III-44 г. был ранен осколком мины в правую височно-теменную область, была потеря сознания на 20 минут, ходил и чувствовал себя удовлетворительно. Через 10 дней после ранения больной был эвакуирован в тыл; на 12-й день после ранения, в поезде, ночью, внезапно отнялась правая рука, к вечеру следующего дня исчезли движения в правой ноге. В одном из тыловых госпиталей больной был консультирован профессором-невропатологом, который дал следующее заключение: «Имеется массивная правосторонняя гемиплегия на почве поздней посттравматической апopleksии. Ввиду стойкости процесса и длительности лечения подлежит эвакуации по V группе».

Больной поступил в наш госпиталь 11/IV-44 г. При осмотре лечащим врачом обнаружено: несколько эйфоричен, лабильность настроения. Менингеальных явлений нет. Зрачковые реакции удовлетворительны. Черепные нервы — норма. Правосторонняя гемиплегия, возможны только ничтожные сгибательные движения в пальцах правой руки. Тонус без заметных изменений. Чувствительность отсутствует по всей правой половине тела. Анизорефлексия.

Длительный клонус правой стопы, значительно уменьшающийся при отвлечении внимания больного. Удерживает длительно правую руку и

ногу в самом неудобном положении, в любой позе, которая придается. Температура—норма. Глазное дно—норма. Моча—норма. Кровь—норма.

На рентгенограмме правой теменной кости—изменений не обнаружено.

Консультация отоларинголога: отклонений от нормы нет. Консультация терапевта: со стороны внутренних органов изменений нет. Кровяное давление—125/95.

Рентгеноскопия: со стороны легких и сердца изменений нет. Осколок металла 1×0,7 см в мягких тканях правой лопаточной области.

После трудовой терапии и физиолечения состояние больного постепенно стало улучшаться, сначала восстановились движения в руке, и через две недели после поступления в госпиталь больной стал ходить. Чувствительность восстановилась, анизорефлексия и клонويد стопы остались. Кроме того, у больного отмечались резко выраженные невротические явления.

У больного была энцефалопатия после перенесенного менингита; возможно был церебральный ангиоспазм, давший небольшой гемипарез с резко выраженными функциональными наслоениями. Ввиду выраженных невротических явлений больной был направлен на ГВК и признан временно негодным к военной службе с переосвидетельствованием через шесть месяцев по статье применительно 9а. Через месяц мы получили сообщение, что больной приступил к работе.

У психически неустойчивых личностей небольшие органические изменения могут длительно фиксироваться и давать большие функциональные наслоения; здесь большую роль играет самовнушение. Кроме того, мы должны придавать большое значение и ятрогенным факторам. Слово «паралич», сказанное врачом во время обхода, фиксируется вниманием больного и может надолго застревать, если не будет применено соответствующее внушение. Очень образно выразился один из наших больных с длительным функциональным парезом: «Мне никто никогда не говорил, что рука и нога у меня могут и будут двигаться». Ятрогенным факторам мы мало придаем значения. В возникновении некоторых симптомов известная вина падает на врачей, позволяющих себе говорить у постели больного то, о чем последнему не следовало бы знать.

Случай 3. Больной М. Сержант, 25 лет. 22/VI-44 г. получил слепое осколочное ранение в правую височную область. Была рвота, длительная потеря сознания, отнимались «правые конечности». 29/VI-44 г. трепанация черепа с удалением костных отломков и разможенного мозгового вещества. Послеоперационное течение удовлетворительное. В наш госпиталь поступил в августе 44 г. с рубцом в правой височной области, с ясной пульсацией мозгового вещества, температура—норма, общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов изменений нет. При неврологическом исследовании отмечается небольшой двухсторонний симптом Кернига. Зрачковые реакции удовлетворительны. Полная левосторонняя гемианопсия. Сглаженность левой носогубной складки. Остальные черепно-мозговые нервы—норма.

Левосторонний гемипарез. Все движения возможны, но сила резко снижена, особенно в кисти, мелкие движения затруднены. Адиодохокинез, нарушение пальце-носовой и коленно-пяточной пробы, понижение глубокой и стереогностической чувствительности. Сухожильные рефлексы слева выше, кожные слева ниже. Патологических нет. Походка не нарушена. Припадков нет.

Рентгенограмма: послеоперационный дефект правой височной кости 4×3 см. Подозрение на единичные костные осколки близ переднего края дефекта. Осколок металла интракраниально в правой височной области близ средней линии. Глазное дно — норма. Кровь и моча — норма.

Диагноз: проникающее ранение черепа с металлическим осколком интракраниально.

Консультант-невропатолог рекомендует следить за общим состоянием больного, пульсацией мозгового вещества, восстановлением силы в левых конечностях и предупреждает лечащего врача о возможности появления припадков кортикального характера. Лечащий врач тщательно следит за больным, ежедневно спрашивает, не было ли судорог в левой руке и ноге. На восьмой день после поступления в госпиталь у больного начинаются резкие гиперкинезы левой половины тела, явно функциональные, уменьшающиеся при отвлечении внимания. Наличие резко выраженных гиперкинезов не мешало больному ходить, хотя он и принимал при ходьбе причудливые позы. В лежащем положении гиперкинезов не было. Нарастания органических симптомов не отмечалось. Температура — норма. РОЭ — 6 мм.

После успешно проведенной психотерапии гиперкинезы исчезли, отмечалось небольшое заикание.

В приведенном случае гиперкинезы не были органического происхождения и возникли под влиянием неосторожного подхода врача. Психотерапия «сняла» гиперкинезы.

В отдельных случаях сочетание гемипареза с функциональными гиперкинезами держится стойко и плохо поддается психотерапии; значительное улучшение мы видели от применения трудотерапии.

Случай 4. Больной И., 1910 г. рождения. В 1941 г. получил проникающее ранение левой теменной области. Оперативному лечению не подвергался, рана зажила через три недели. Сразу после ранения перестал слышать, говорить, опялись обе ноги и правая рука. Появилось непроизвольное мочеиспускание. Был доставлен в нейрохирургический госпиталь с диагнозом: «Травматическое повреждение обеих теменных долей после кровоизлияния в мозг». Больной в сознании, температура нормальная. Менингеальных явлений нет. В теменной области слепа небольшой окрепший рубец после ранения (на рентгенограмме костных повреждений не обнаружено). Зрачки реагируют на свет, небольшая сглаженность правой носогубной складки. Остальные черепные нервы норма. Триплегия (правые конечности и левая нога). Тонус низкий. Сухожильные рефлексы высокие, небольшая разница. Брюшные рефлексы и рефлексы с кремастера равномерны с обеих сторон, патологических и клонусов нет. На уколы булавкой не реагирует по всей правой половине тела и левой ноге. Не слышит, не говорит, не читает. Мочится под себя. Стул после клизмы. Лежит с безучастным выражением лица, кушает хорошо.

Глазное дно — норма. Кровь: НВ 67%, РОЭ 10 мм. Моча — норма. При первом осмотре бросилось в глаза несоответствие органических

изменений со степенью параличей. Проведено лечение внутривенными вливаниями глюкозы, бромистыми препаратами, валерианой, массажем парализованных конечностей. Для психотерапии больной был недоступен. Состояние оставалось стационарным в течение ряда месяцев. Больной неподвижно лежал, ушедши в свою болезнь. Это было в период, когда войска оставили временно Харьков. Больной увидел у соседа газету и вдруг совершенно ясно сказал «Харьков» — и с этого времени стал говорить. Он сам был из Харькова, где осталась вся его семья. Когда у больного восстановились речь и слух — после психотерапии восстановились движения в конечностях, и больной стал ходить, перестал мочиться под себя.

В этом случае глубокие тормозные процессы почти внезапно были сняты резким эмоциональным потрясением.

Случай 5. Больной А., 25 лет. 10/I-43 г. получил проникающее ранение левой височно-теменной области с явлениями правостороннего гемипареза. На предыдущих этапах оперировался по поводу удаления костных отломков из вещества мозга. Послеоперационное течение гладкое. Через два месяца после ранения появились приступы икоты и припадки. С диагнозом «абсцесс мозга» был направлен для оперативного лечения. Объективные данные: изменений со стороны внутренних органов нет, температура — норма. Менингеальных явлений нет. В теменно-височной области слева окрепший послеоперационный рубец. Большой костный дефект 8×6 см, с отчетливой пульсацией мозгового вещества. Зрачковые реакции удовлетворительны. Сглаженность правой носогубной складки. Остальные черепные нервы — норма. Понижение силы в правых конечностях. Небольшой адиадохкинез справа. Разница в сухожильных рефлексах. Клононид правой стопы. Чувствительность — норма. Глазное дно — норма. Ликвор: давление умеренно повышенное, белок 0,33‰. Цитоз — 4. Кровь: НВ — 71%, РОЭ — 8 мм.

Ежедневно у больного мучительные приступы икоты, продолжающиеся от 1 до 8 часов. Во время икоты лицо гиперемировано. Пульс учащен (100—110), резкая потливость, выраженный красный дермографизм, резко повышенная механическая возбудимость, повышение сухожильных рефлексов. Продолжительные приступы закончились ларингоспазмом. «Я задыхаюсь» — вскрикивал больной, — появлялось небольшое посинение лица и судороги истерического характера. Медикаментозное лечение (люминал, хлорал-гидрат, беладония, бром) не купировало приступов. Больной аффективен, всныльчив, приступы увеличивались под влиянием малейших волнений.

При отвлечении внимания больного и надавливании на область солнечного сплетения удавалось купировать приступы. Подробный расспрос больного установил, что после ранения у него была рвота и частая икота. Через два месяца, узнав, что у него подозревают гнойник мозга, «расстроился», снова начались резкие приступы икоты и припадки функционального характера. Эти приступы особенно усилились, когда больного перевели для оперативного вмешательства. После длительных психотерапевтических бесед приступы икоты и припадки функционального характера прекратились. Больной был выписан в хорошем состоянии.

Эти случаи очень трудны для диагностики, требуют исключительного внимания, чтобы не переоценить значения функциональных наслоений.

Во всех отмеченных нами случаях функциональных наслоений при органических процессах мы должны их отнести

к группе истеротравматических расстройств. В большинстве случаев имеет место уход в болезнь, фиксация внимания на своем заболевании; немаловажное значение имеют ятрогенные факторы.

При лечении указанных нами групп лучший эффект дает рациональная психотерапия, которая мобилизует волю больного; путем убеждения устраняются функциональные наслоения.

Гипноз в подобных случаях, по нашим наблюдениям, не дает эффекта.

ПСЕВДОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ВОЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ И ИХ ЭКСПЕРТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Д. В. УПОРОВ

Настоящее сообщение основано на анализе 340 случаев, из которых 140 — с поражением нервной системы и 200 — без поражения нервной системы.

Последние расценивались, по предыдущим врачебным заключениям, как поражения периферической нервной системы. При тщательном неврологическом обследовании оказалось, что наблюдаемые у них расстройства не обусловлены изменениями нервной системы, а связаны с поражением других тканей и систем. Синдромы, возникшие в связи с поражением других тканей и систем, но напоминающие неврологические, обозначаются нами как «псевдоневрологические». Целесообразность ознакомления с этими синдромами широких кругов врачей диктуется частотой подобных случаев.

Псевдоневрологические синдромы, сообразно основным клиническим проявлениям, можно разбить на: 1) синдромы расстройств движения; 2) болевые синдромы; 3) синдромы нарушения трофики и вазодилатации.

1. СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЯ ДВИЖЕНИЯ

Неправильной трактовке нередко подвергаются положения конечностей, характерные для выпадения функции одного из часто поражаемых нервов. Это наблюдается чаще всего в отношении «падающей кисти» и «свисающей стопы».

Свисающая стопа или согнутая в лучезапястном суставе кисть в ряде случаев вызывают представление о выпадении функции малоберцового или лучевого нервов. Однако эти изменения функций конечностей могут быть результатом повреждения мышц, рубцового стягивания антагонистов, защитно-рефлекторной анталгической установки и пр.

Наиболее часто смешивают двигательные нарушения при параличах или парезах с нарушениями при контрактурах и тугоподвижности.

Под контрактурой подразумевают «вынужденное положение суставов с более или менее резким ограничением подвижности вследствие патологических нарушений эластического равновесия мягких тканей, имеющих отношение к данному суставу» (Фридлянд, «БМЭ»). Контрактуры могут возникнуть в результате травматического поражения суставов, костей, мышц, сухожилий, апоневрозов, подкожной клетчатки, кожи. Они могут быть следствием анталгической установки, своеобразной длительной рефлекторной гипертонии, способствующей уменьшению болевых ощущений. В последнем случае имеют место «длительное или постоянное сокращение определенной группы мускулатуры, приводящее к более или менее резкой неподвижности в известном суставе и к постоянному сохранению положения, соответствующему неправильному положению мышц» (Аствацатуров).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАБЛИЦА КОНТРАКТУР, ТУГОПОДВИЖНОСТИ и ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПАРАЛИЧЕЙ, ПАРЕЗОВ

Основные диагностические критерии	При контрактурах, тугоподвижности	При параличах и парезах
1. Ход раневого канала или раневой полости.	Вдали от нервных стволов и крупных ветвей. Вовлечение мышц, сухожилий, костей.	В непосредственной близости от нервных стволов и крупных ветвей.
2. Течение.	Сравнительно медленное, постепенное нарастание явлений с наклонностью к фиксации. Регрессия после движений, ЛФК, массажа, тепла.	Быстрое (внезапное) развитие явлений, непосредственно после травмы. Часто постепенный регресс явлений пареза.
3. Активные движения.	Отсутствие или ограничение движений по амплитуде с незначительным нарушением по силе и скорости движений.	Отсутствие или резкое снижение движений по силе. Движения замедленны (последние характерны для ишемии), выраженная утомляемость. (При параличе лучевого нерва возможно разгибание пальцев при пассивно разогнутой в лучезапястном суставе кисти).

Основные диагностические критерии	При контрактурах, тугоподвижности	При параличах и парезах
4. Пассивные движения, Тонус.	Затруднены, нередко болезненны. Тонус большей частью повышен, значительно реже — снижен. Амплитуда пассивных движений ограничена.	Свободны. Тонус снижен. Амплитуда не изменена (если нет одновременного вовлечения в рубец мышц, сухожилий).
5. Провоцируемая болезненность. Натяжение рубцов.	При форсированных движениях часто обнаруживается ясно заметное натяжение и смещение тканей в области рубца. Болезненность чаще локализуется в области рубца, реже — иррадиация в дистальный отдел конечности. Последнее указывает на вовлечение в рубец нерва, что может наблюдаться без нарушения его проводимости, resp. функции.	Болезненность при натяжении нервов характерна для невритов, а не для полного или частичного перерыва нерва. Признак надежен лишь для крупных нервных стволов (плекситы, седалищный нерв).
6. Расстройства чувствительности.	Отсутствуют.	Наблюдаются типичные расстройства, главным образом в автономных зонах иннервации нервов.
7. Рефлекторная сфера.	Не расстроена. Может наблюдаться снижение рефлексов, реже — повышение в силу изменения тонуса антагонистов и нарушения двигательной дуги рефлекса.	При выраженных явлениях пареза — снижены.
8. Расстройство трофики мышц.	При длительной неподвижности могут наблюдаться диффузные атрофии.	Прогрессивно нарастающие избирательные атрофии.

Основные диагностические критерии	При контрактурах, тугоподвижности	При параличах и парезах
9. Электровозбудимость.	Сохранена. Могут наблюдаться количественные нарушения, особенно при выраженных атрофиях.	При полном или частичном анатомическом или физиологическом перерыве нерва — соответственно полная или частичная реакция перерождения (с конца второй недели после ранения).
10. Изменения позы и тонуса при наркозе и во сне.	Контрактуры в большей или меньшей степени расслабляются, тонус мышц снижается (особенно при антальгических контрактурах), в случаях, где спайка с рубцами не обуславливает стойких ограничений движений.	Поза и тонус не изменяются.

Гораздо сложнее распознавание двух форм, которые имеют своеобразный генез. Это физиопатические расстройства и так называемые «центральные выпадения».

По Аствацатурову физиопатические расстройства характеризуются: 1) фиксированным положением кисти с ригидностью; 2) сосудо-двигательными расстройствами, главным образом в дистальном отделе конечности (цианозом, местной гипотермией); 3) диффузной атрофией кисти, пальцев, иногда кожа оказывается мацерированной, ногти истерченными, деформированными; 4) рентгенографически часто отмечается декальцинация костей; 5) механическая возбудимость мышц повышена, особенно в мелких мышцах; 6) пульс иногда менее полный; 7) электровозбудимость не изменена или обнаруживаются количественные изменения. Физиопатические контрактуры или возникают внезапно, или в момент травмы, или постепенно, нередко после иммобилизации конечности.

При наложении Эсмарховского жгута контрактуры через несколько минут временно расслабляются. Пассивные движения, массаж, гальванизация вызывают боли и обостряют симптомы. Характерной чертой этих расстройств является их стойкость и даже склонность к прогрессивному нарастанию.

В основе этих расстройств, вероятно, лежат длительные раздражения чувствительных аппаратов в центральном отрезке нерва невромами, рубцами, инородными телами и пр., с последующим развитием контрактуры, вначале по типу анталгической, а в дальнейшем фиксирующейся, в силу своеобразных трофических нарушений в тканях; иногда они возникают на почве ишемических процессов в тканях с последующим развитием трофических изменений, или могут быть на почве неврита периартиальных вегетативных ветвей. Экспертная оценка в этих случаях основывается на учете степени выраженности расстройств движений, на стойкости этих нарушений при наблюдении в разных условиях, на учете указанных выше признаков.

В последнее время проф. Анохин описал синдром «центрального выпадения» функции нервов, не подвергшихся непосредственной травме и полноценных с анатомической стороны. В патогенезе этих расстройств играют роль послетравматические раздражения — «сверх-максимальные» — для структурных и функциональных систем мозга. При этом синаптические связи межучасточных нейронов и сами ганглиозные клетки передних рогов приходят в (обратимое) глубокое тормозное состояние (локальный шок), или же происходит дегенерация синаптических связей клеток передних рогов; сами ганглиозные клетки передних рогов могут подвергаться дистрофическим изменениям. Клинически паралич обнаруживается в нервах, не пораженных непосредственно, особенно часто — в лучевом и большеберцовом, которые оказываются более чувствительными реагентами к определенным нарушениям на периферии. Эти нарушения могут быть причиной экспертных и диагностических затруднений. Экспертная оценка здесь основывается на объективных клинических данных, относящихся к расстройству функции (тонус, рефлекс, чувствительность), на проверке степени нарушений в разных условиях (при отвлечении внимания, при наркозе, во сне), на исследовании электровозбудимости и хронаксии, на учете этиологического фактора (источника раздражения), послужившего основанием для этих расстройств. Для более подробного ознакомления с этими расстройствами отсылаем к работам проф. Анохина.

Следует, наконец, отметить, что каждый иннервационный импульс одновременно ведет как к напряжению агонистов, так и к определенной тонической установке (расслаблению) антагонистов. Поэтому при травматических поражениях определенных мышечных групп, например, экстензоров пальцев, блокирование иннервационных импульсов к этим мышцам

может сопровождаться изменением тонуса, а при наличии добавочных раздражений (ишемия, раздражение рубцом и т. п.) клинически заметным повышением тонуса ее антагонистов, — флексоров пальцев, — это тоже может вызвать затруднения в экспертной оценке, хотя такие контрактуры не достигают, обычно, значительной интенсивности. Проверка функции в различных условиях и данные электродиагностики помогают экспертной оценке¹.

В отдельных, сравнительно редких случаях, объяснение наблюдаемых клинических изменений представляет трудности даже для специалиста. Однако, детальный анализ условий и последствий травмы дает ряд важных для экспертной оценки данных для определения удельного веса или исключения неврологических поражений.

2. БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

Боль неразрывно связана с участием нервной системы, поскольку анатомо-физиологическим субстратом болевых феноменов являются изменения в болевых рецепторах или в чувствительных нервных проводниках. Практически, с экспертной точки зрения, важно, прежде всего, различение поражения крупных нервных стволов и ветвей от поражения других тканей, помимо нервной системы, которые сопровождаются нарушением или раздражением болевых рецепторов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАБЛИЦА БОЛЕВЫХ ФЕНОМЕНОВ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ НЕРВНЫХ СТЕЛОВ И ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ДРУГИХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Основные диагностические критерии	При поражении мышц, сухожилий, апоневрозов, подкожной клетчатки, кожи и пр.	При поражении нервных стволов и крупных нервных ветвей
1. Ход раневого канала, полости. Особенности ранения.	Вдали от нервных стволов и крупных нерв- ных ветвей. Локализа- ция клинических явле- ний на месте ранения. Отсутствие клинических явлений неврита	Вблизи от нервных стволов и крупных нервных ветвей. Нали- чие явлений инфекции и интоксикации нервов.

¹ Типичные контрактуры, возникающие от перевеса функции антагонистов при неврогенном параличе определенных мышц (напр. контрактуры IV и V пальцев при параличе локтевого нерва), не представляют обычно экспертных затруднений.

Основные диагностические критерии	При поражении мышц, сухожилий, апоневрозов, подкожной клетчатки, кожи и пр.	При поражении нервных стволов и крупных нервных ветвей
2. Спонтанные боли. Характер болей. Иррадиация. Локализация их.	Отсутствуют элементы каузалгии. Уменьшение болей под влиянием тепла, изменение интенсивности болей при перемене положения, при атмосферных изменениях. Часто стреляющие, режущие, рвущие, острые боли вначале, в дальнейшем принимают характер тупых, ноющих. Иррадиация болей наблюдается реже и отмечается не по ходу нервов, а по ходу натягивающихся при движениях мышц и других тканей, иногда в область рубца. Локализация не соответствует зоне иннервации нервов.	Иногда отмечаются каузалгические элементы боли (особенно характерные при поражениях срединного, большеберцового, тройничного нервов). Боли иногда носят пароксизмальный характер. При невромах, вовлечении в рубец—зависимость интенсивности болей от перемены положения. Нередко—иррадиация болей и парестезии по ходу нервов. Локализация соответствует территории иннервации периферических нервов.
3. Течение.	Боли, резкие вначале, часто непрерывные (нарушающие сон), в дальнейшем уменьшаются по интенсивности. Нередко возникают в определенное время суток (чаще вечером, ночью) и при определенных условиях (проявляется нарастающая „физиологическая компенсация“ спонтанных болевых феноменов); на первый план постепенно выступают провоцированные болевые феномены (см. ниже).	При каузалгиях—упорные, трудно поддающиеся воздействию боли. При вовлечении нерва в рубец, при невромах боли возникают спустя более или менее длительный промежуток времени после травмы, нередко нарастают в дальнейшем и не обнаруживают (или почти не обнаруживают) тенденции к „физиологической компенсации“. При раздражении нервов характерно развитие и последующая фиксация анталгических контрактур, наряду с изменением характера боли и снижением ее интенсивности.

Основные диагностические критерии	При поражении мышц, сухожилий, апоневрозов, подкожной клетчатки, кожи и пр.	При поражении нервных стволов и крупных нервных ветвей
4. Локальные, провоцируемые болевые феномены.	Большая болезненность при пальпации, особенно при сотрясении (см. текст ниже), тканей, нежели при давлении. При поражении длинных мышц и сухожилий, болезненность больше при сотрясении в продольном направлении. В случаях обширных, пролиферативных процессов, спаивающих функционально различные, но топографически близкие мышцы, сухожилия, апоневрозы и пр., болезненность больше при сотрясении в поперечном направлении. При отсутствии грубых пролиферативных процессов, большая болезненность при сотрясении, нежели при давлении и пальпации, является диагностическим указанием на функциональное периферическое, вазомоторное нарушение ткани с ирритацией чувствительных окончаний (см. ниже в тексте).	Большая болезненность при давлении по ходу нервных стволов, нежели при давлении и сотрясении в других точках. Нередко — иррадиация болевых ощущений по ходу нервных стволов.
5. Отраженные провоцируемые болевые феномены.	Локализация боли при натяжении нерва не соответствует месту выхода или протяжению нерва. Когда изменяют положение конечности и вытягивают пораженные мышцы — отмечается большая болезненность, нежели при вытяжении нерва; боли при этом локализируются по ходу мышц.	Болезненность при вытяжении плечевого сплетения, седалищного, бедренного и других нервов с характерной локализацией боли в месте выхода или на протяжении нерва. Обязательно исключение обусловленности болевых ощущений натяжением других тканей и рефлекторной гипертонией мышц. Иррадиация боли по ходу нерва.

Основные диагностические критерии	При поражении мышц, сухожилий, апоневрозов, подкожной клетчатки, кожи и пр.	При поражении нервных стволов и крупных нервных ветвей
6. Нарушение чувствительности.	Гиперэстезия (реже гипестезия) в территории, не соответствующей зоне иннервации нерва.	Гипестезия, реже гиперэстезия в „автономных“ и „смешанных“ зонах иннервации периферических нервов.
7. Нарушение функций.	Часты анталгические установки с гипертонией определенных мышц. Реже они переходят в анталгические контрактуры. Обычны „истинные“ — не анталгические контрактуры. Типичное расстройство функции непосредственно травмированных тканей, органов, систем.	Анталгические установки более редки — чаще преобладают симптомы выпадения. Там, где наблюдаются анталгические установки, они нередко переходят в анталгические контрактуры. Наблюдается типичное нарушение функции мышц, иннервируемых пораженным нервом.
8. Применение локальных обезболивающих процедур.	Для обеих форм характерно более или менее длительное уменьшение болей и улучшение функций (где не нарушен двигательный аппарат) при применении внутривенных инъекций 4-процентного раствора новокаина по Аствацатурову. При поражении нервов инъекции делаются в точки, соответствующие ходу нервных стволов и крупных ветвей; при этом иногда наблюдается последующее появление ослабленных по интенсивности в сравнении с первоначальными, — но более обширных по своей локализации болей, которые ощущаются в зоне иннервации пораженного нерва. При поражении других тканей, помимо нервной системы, боли уменьшаются — при инъекции в точки, не соответствующие локализации нервных стволов. Отсутствие уменьшения болей после инъекции новокаина, в известной степени, является вспомогательным указанием на отсутствие анатомо-физиологической обоснованности болевых ощущений.	

Болевые феномены являются выражением недостаточности или несовершенства определенных механизмов компенсации. При отсутствии поражения чувствительных нервных проводников, когда боли зависят от незначительных структурных или функциональных изменений в тканях, они являются результатом раздражений или патологических нарушений в болевых рецепторах. В этих случаях большую

диагностическую ценность приобретают приемы, позволяющие объективизировать феномен раздражения рецепторов. Ритмические раздражения, в частности, их простейшая форма — сотрясение, являются, по нашим наблюдениям, приемом, наиболее эффективным для выявления этого феномена. При умеренном надавливании указательным пальцем в исследуемой точке, причем остальные пальцы прижаты к нему (т. е. сложены щепотью), производятся быстрые ритмические колебательные движения, т. е. ритмическое сотрясение тканей. При этом происходят: 1) суммация раздражений в пространстве, так как раздражается большее количество рецепторов; 2) суммация раздражений во времени; 3) уменьшается влияние адаптации, наблюдаемое при применении единичных (не ритмических) локальных раздражений. Таким образом создаются условия для эффективного раздражения рецепторов. Большая болезненность при применении этого вида раздражений, нежели при давлении или пальпации, помогает объективизации функциональных и незначительных структурных нарушений в тканях.

Общеизвестно экспертное и диагностическое значение болезненности, возникающей при натяжении нервов. Эта болезненность, однако, может зависеть от натяжения мышц, сухожилий, апоневрозов, кожи, но не от натяжения нервов. Она может наблюдаться также при рефлекторной анталгической гипертонии мышц, возникающей во время движения. Например, при исследовании плечевого сплетения боли при поднятии и отведении плеча могут быть обусловлены натяжением травматически измененных дельтовидной, трапецевидной, передней зубчатой мышцы и пр. При исследовании симптома Лясега болезненность может быть следствием не вытяжения седалищного нерва, а натяжения двуглавой мышцы бедра, ягодичных мышц, *m. iliopsoas*, мышц поясницы и пр. Для правильной экспертной оценки необходимо, наряду с принятыми основными тестами, дополнительно учитывать болезненность при пассивных движениях, при которых исключается или ослабляется натяжение нерва. Например, при исследовании симптома Лясега обязательна проверка болезненности во второй фазе симптома — при сгибании в бедре и при согнутом колене; важно проверить болезненность при ротации бедра, при отведении, приведении его.

Для исключения зависимости боли от натяжения плечевого сплетения должна быть проверена болезненность при вытягивании рук вперед; при приведении руки к туловищу в поднятом до горизонтальной линии положении; при закладывании руки за спину; при ротации плеча и пр.

Решающим в экспертном и диагностическом отношении моментом является локализация болезненности при пассивном смещении конечности. Важно также учитывать факт увеличения или уменьшения болезненности при указанных вариантах пассивных движений. Необходимо учитывать условия возникновения максимальной болезненности: нередко боль возникает во время самого движения и прекращается или уменьшается в его конечной фазе с вытянутым нервом, если фиксировать конечность в этом положении на некоторое время.

Только учет этих соображений и применение указанных приемов может помочь избежать неправильных суждений, например, при исследовании симптома Лясега боли, возникающие в самых различных местах, нередко более сильные при положениях, вовсе не связанных с натяжением нерва, расцениваются как признак поражения седалищного нерва.

В заключение следует указать, что как возникающие в месте раздражения или отраженные спровоцированные боли, так и спонтанные болевые феномены иногда могут быть следствием порочных статико-локомоторных установок, например, боли в стопе при ходьбе могут быть следствием послетравматических изменений архитектоники стопы или следствием травматических поражений мышц или сухожилий голени, бедра с дефектом, деформацией, или рубцовым стягиванием тканей.

Не всегда распознаваемые при беглом осмотре, эти болевые феномены могут в некоторых случаях служить поводом к неверному предположению о вовлечении нервной системы.

3. СИНДРОМЫ НАРУШЕНИЙ ТРОФИКИ · ВАЗОЦИРКУЛЯЦИИ

Вазомоторные и трофические нарушения наблюдаются при травмах, как известно, очень часто, независимо от непосредственного поражения анимальной нервной системы. Длительная иммобилизация (включая сюда, помимо гипсовых повязок, ношение лонгета, фиксацию руки при согнутом в локте положении на перекинутой через шею повязке и пр.), сдавление конечности при движениях, вазомоторные и трофические нарушения непосредственно в результате травмы — все это может быть причиной последующих разнообразных и сложных трофических и вазомоторных расстройств.

Практически важно различение этих расстройств от поражения периферических нервов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАБЛИЦА НАРУШЕНИИ ТРОФИКИ И ВАЗОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СОСУДОВ КОЖИ, МЫШЦ, СУХОЖИЛИЙ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ И ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Основные диагностические критерии	При поражении сосудов, кожи, мышц, сухожи- лий, подкожной клет- чатки	При поражении периферической нервной системы
1. Ход раневого канала, полости, особенности ране- ния.	Вдали от нервных стволов и крупных вет- вей; вблизи сосудов. Массивные нарушения тканей. Сильно инфици- рованные раны. Выра- женные нарушения тро- фики тканей и расстрой- ства вазоциркуляции, возникшие непосредст- венно в результате трав- мы. Нарушения двига- тельного аппарата с вы- нужденной неподвиж- ностью.	Вблизи от нервных стволов и крупных вет- вей (особенно часто при поражении срединного, большеберцового, седа- лищного нервов). Вбли- зи сосудов—при вегета- тивных невритах.
2. Течение.	Нарушения выявля- ются обычно после дли- тельной иммобилизации. Торпидное течение. По- степенное улучшение по- сле применения движе- ний, ЛФК.	Постепенное нараста- ние. Независимо от им- мобилизации конечнос- ти. Соответствие с остальными клинически- ми явлениями неврита или травматического по- ражения нерва.
3. Трофика кожи, ногтей.	Возможность алимен- тарной, эндокринной этиологии или последст- вий нарушения обмена веществ. Мацерация ко- жи при затруднительно- сти, по условиям ране- ния ее, частой и доста- точной механической очистки. Чаше истонче- ние кожи. Исчерчен- ность ногтей с грубо выраженными крупны- ми полосками, большей частью с более тонким погтем в проксимальном участке.	Нарушения часты при поражениях срединного, реже—большеберцово- го, седалищного нервов. Утолщение кожи. Кера- тозы. Характерна лом- кость, продольная и по- перечная исчерченность ногтей с более мелки- ми относительно равнो- мерно очерченными по- лосками.

Основные диагностические критерии	При поражении сосудов, кожи, мышц, сухожи- лий, подкожной клет- чатки	При поражении периферической нервной системы
4. Тонус мышц, атрофии.	Атрофии диффузные. Могут быть количественные изменения электровозбудимости. Механическая возбудимость мышц может быть повышена. При контрактурах — повышение тонуса (после кровопотерь).	Избирательный характер атрофий в мышцах, в соответствии с иннервацией. При перерыве нерва — качественное нарушение электровозбудимости. Снижение мышечного тонуса. Ослабление силы в мышцах, иннервируемых пораженным нервом.
5. Гипертрихоз, гипергидроз	Могут наблюдаться при длительной иммобилизации и при нарушениях трофики тканей. Нет четкого соответствия с территорией иннервации определенных нервов.	Независимость от длительной иммобилизации. Локальность. Обычно соответствие территории пораженного нерва. Большее или меньшее соответствие с выраженностью остальных клинических явлений неврита или травматического поражения нерва.
6. Вазомотор- ные расстройства.	Застой, недостаточность периферического кровообращения. Несответствие с интенсивностью расстройств и с динамикой восстановления двигательных и чувствительных функций. Асимметрии пульса при строго симметричном положении конечностей.	Повышение кожной температуры при воспалении нервов, иногда при раздражении их. Понижение кожной температуры, иногда — отеки — при перерыве нервов (чаще срединного, большеберцового, седалищного). Большее или меньшее соответствие с остальными клиническими симптомами поражения нерва. Цианотичность и пр. нарушения кровонаполнения кожи соответствуют территории иннервации нерва. Это различие в распределении покрас-

Основные диагностические критерии	При поражении сосудов, кожи, мышц, сухожи- лий, подкожной клет- чатки	При поражении периферической нервной системы
		нения кожи или поблед- нения ее особенно рез- ко выступает после при- менения термических раздражений (пребыва- ние на холоде, опуска- ние конечности в холод- ную воду). Отсутствие асимметрии пульса.

При вегетативных невритах отмечаются неясно очерчен-
ные по локализации боли, часто — жгучие; наблюдаются
явления гиперпатии. В основе вегетативных невритов лежит
поражение околосоудистых симпатических сплетений, ветвей.

Поражения сосудов с нарушениями кровообращения и
трофики иногда ведут к последующим поражениям перифе-
рических нервов.

В соответствии с центростремительным током лимфы во
внутриневральных лимфатических щелях обычно наблюдаются
восходящие невриты с поражением центрально распо-
ложенного отдела нерва.

Лишь всесторонний комплексный анализ всех клиниче-
ских явлений обеспечивает правильную анатоμο-физиологи-
ческую диагностику и точную экспертную оценку функцио-
нального состояния раненого. Помочь разрешению этих во-
просов мы и стремились в настоящем сообщении.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРУДТЕРАПИИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО МАТЕРИАЛАМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГОСПИТАЛЯ

Майор медицинской службы
М. П. НАЗАРЕТСКАЯ

Великая Отечественная война предъявляет нашей медицинской службе особенно высокие требования.

Весь сложный и многообразный процесс лечебной работы госпиталей подчинен единой и важнейшей задаче — восстановлению здоровья, боеспособности и трудоспособности бойца Красной Армии.

Последнее особенно важно в настоящий период времени, на четвертом году Отечественной войны, когда количество инвалидов становится довольно большим, а самое понятие «лечение» приобретает все более глубокий смысл.

У каждого мыслящего врача все прочнее укореняется взгляд на лечение, как на совокупность мероприятий, направленных не только на восстановление анатомической целостности больного органа, но и на восстановление функциональных возможностей этого органа.

Восстановление функции — значит обеспечение участия раненого в дальнейшей защите Родины, если не на фронте, то в промышленности, в колхозе, всюду в народном хозяйстве.

Все средства, содействующие восстановлению функции, должны быть включены в систему лечебно-восстановительной работы.

Одним из таких средств, обладающих уже испытанной эффективностью, является трудовая терапия.

Если основным лечебным фактором, направленным на восстановление утраченных функций, в первом периоде войны заслуженно считался, главным образом, метод лечебной

ризокультуры в сочетании с физиотерапией, то в последнее время трудовые процессы приобретают все более и более серьезное значение и всеобщее признание, как метод восстановления функций.

Трудовые процессы в период Отечественной войны применялись и применяются главным образом в хирургических госпиталях, в целях восстановления функций раненых конечностей.

Нигде, однако, по нашему мнению, трудовая терапия не имеет столь большого смысла и большей эффективности, как в психоневрологическом госпитале, с его контингентом больных с остаточными явлениями после закрытых повреждений черепа, в виде головных болей, сопровождающихся вазомоторными явлениями, болями в спине, головокружениями, нарушением памяти, падением трудоспособности, аффективной неустойчивостью, эпилептиформными припадками, расстройствами походки и т. д.

Все эти болезненные расстройства при правильном трудовом режиме в дальнейшем имеют много шансов компенсироваться, особенно у молодых бойцов.

О пользе рабочей терапии для душевнобольных впервые высказался крупнейший французский психиатр Пинель в 1809 г.

В настоящее время трудовая терапия в психиатрических больницах является одним из важнейших видов лечения. Не менее благотворное влияние оказывает рабочая терапия и на невротиков и психопатов.

Учитывая старый опыт психиатрических больниц и невропсихиатрических диспансеров, с одной стороны, накопившийся опыт применения трудовой терапии у больных с органическими и функциональными поражениями центральной нервной системы в условиях войны (Шперль, Джефферсон, Макей, Преображенский, Гориневская, Геллерштейн) — с другой, мы сделали попытку широко применить этот метод лечения к нашим больным с функциональными расстройствами нервной системы на почве контузии.

С этой целью мы, начиная с 1943 г., всех наших больных с остаточными явлениями после контузии отправляли в животноводческий совхоз, находящийся в 6—7 км от города, для участия в сельскохозяйственных работах. Направляя в совхоз, мы имели в виду оздоравливающее влияние труда именно в условиях сельской местности, а также и то, что тихая деревенская жизнь, напоминающая мирную обстановку довоенного времени, должна сама по себе успокоительно действовать на эмоционально-неустойчивых

невротиков. В совхоз нами было выведено целое отделение, состоящее из 75 человек больных, с врачом, медицинскими сестрами, политработниками и хозяйственным штатом. Дело было организовано таким образом, что инструктор по труду, медицинские сестры и врач-трудотерапевт наблюдали за организацией труда, своевременностью отдыха с учетом состояния больных (для некоторых слабых больных устраивались частые перерывы), проводили беседы с больными и вели записи об изменениях в их состоянии.

Больным были предложены следующие виды труда: вспашка и боронование полей, накладка, подвоз и разброска удобрений, посадка картофеля и овощей, прополка, уборка зерновых, сенокошение, сенокосилка, сеноуборка, стогование, строительство подсобных служб, ремонт сельскохозяйственных машин и т. д.

Наши наблюдения проводились над 98 больными, из которых с чистыми контузиями было 73 человека, со смешанными травмами — ранения и контузия — и заболевших без контузии — 25 человек.

Возраст большинства падает на годы от 20 до 35 лет. Все контуженные этой группы попадали к нам через три-четыре недели после контузии с фронта.

Контузии возникали в результате завала землей — в 28 случаях и воздействия воздушной волны от разрыва снаряда — в 45 случаях; в остальных случаях — невыясненного происхождения. В 9 случаях контузия была повторной. Жалобы больных: головная боль, головокружение, понижение слуха, отсутствие речи, раздражительность, расстройства сна и походки. Неврологический статус довольно однообразен: черепно-мозговые нервы без существенных отклонений от нормы. Двигательная сфера в большинстве случаев без изменений. Рефлекторная — как правило, равномерно высокие сухожильные рефлексы с общей функциональной реакцией. Тремор пальцев вытянутых рук и опущенных век. Во многих случаях положительный Ромберг. В некоторых случаях выраженная общая гиперестезия. Глазное дно — норма; кровяное давление — норма, в крови и моче отклонений нет. Различная степень заикания от легкой до выраженной судорожной. В ряде случаев пониженный слух. В 12 случаях полная глухонмота, без видимых органических повреждений. В большинстве случаев эмоциональный фон неустойчив.

Всех этих больных с остаточными явлениями после контузии по симптоматологии можно подразделить на две большие группы: первая группа — больные с повышенной возбудимостью, аффективной неустойчивостью, бессонницей, легко

вступающие в конфликты и с массой разнообразных соматических жалоб.

Вторая группа больных — это больные с различной степенью остаточных явлений после астенизации личности и с психогенными наслоениями в связи с контузией, вялые, с подавленным настроением, страхами, неуверенностью в себе, раздражительной слабостью, со склонностью к постоянному лежанию и расстройствам сна.

Была и еще одна группа больных — это больные с различными по характеру судорожными припадками.

Перед отправкой в совхоз больные тщательно изучались нами и в случаях отсутствия органических повреждений центральной нервной системы выдерживали известный контрольный срок, в течение которого получали необходимый период покоя и курс физиотерапевтического лечения. После этого больным предписывались трудовые процессы с учетом их специальности, желаний и степени патологического изменения нервной системы.

Больные первой группы часто не сразу включались в работу, отказываясь от нее и ссылаясь на плохое самочувствие.

Больной Ф., техник, 1910 г., контужен. После контузии — сильные головные боли, головокружение, вегетативная лабильность, аффективная неустойчивость, тревожный сон. При волнении появляется общий тремор. В работу косца включился сразу, вскоре стал бригадиром-косцом, на работе был продуктивен. Физически поправился. Аффективная лабильность и вегетативная неустойчивость сгладились. При волнении общий тремор почти исчез. Наладился сон. Больной был выписан годным к строевой службе.

Рядовой С., 1923 г., диагноз при поступлении — реактивный невроз. Был направлен в совхоз, но там от работы отказался, самовольно ушел с поста, через несколько дней, без разрешения, возвратился в госпиталь и во время беседы с врачом, в ответ на вопросы, почему не хочет работать — бил себя в грудь, рвал рубашку, отвечал не по существу, вел себя не адекватно. В связи с этим был помещен в психиатрическое отделение. Там в течение нескольких дней был спокоен, психотических симптомов не обнаруживал. Вновь был направлен на трудотерапию в совхоз. В течение длительного периода времени предъявлял много соматических жалоб, но наряду с этим приступил к работе и работал удовлетворительно. В дальнейшем жалобы прекратились, настроение улучшилось, работал отлично, выписан в часть годным к строевой службе.

Старшина Б., 1915 г., после контузии головного мозга, по поводу судорожных припадков поступил в психиатрическое отделение госпиталя. Был резко раздражителен, возбужден, плохо спал. Склонен к агрессивным действиям и постоянным конфликтам с окружающими. Долгое время не мог быть выведен из этого состояния. Неврологический и соматический статусы — нормальные. Направлен в совхоз. Долго не хотел приступать к работе, но наконец, под влиянием мед. персонала, включился в работу. Участие в трудовых процессах решительно изменило поведение больного. Будучи бригадиром, он вел за собой отстающих товарищей, радуясь заслуженным поощрениям и похвалам мед.

персонала. Выравнился настолько, что мог быть отправлен в строевую часть.

Лейтенант К., 1912 г., «истерическая реакция после повторной контузии с припадками командной истерии». Помимо припадков у К. отмечались крайняя раздражительность, взрывчатость. В состоянии аффективного раздражения больной был очень груб, резок. В неврологическом статусе отклонений нет. Получил назначение на трудотерапию. Отказываясь, не хотел ничем заниматься. Заявлял, что сначала он должен вылечиться, а потом работать, что он болен, что у него нет физических сил и т. д.

Медицинский персонал настойчиво убеждал больного принять участие в трудовых процессах. С крайним нежеланием больной приступил, наконец, к сеноуборке. С первых же дней проявил себя как отличный косяк, но жаловался на усталость. Был раздражителен. Требования выполнения нормы, пример десятков других бойцов, бодро работавших на покосе, настойчивое убеждение врача — сделали свое дело: К. полностью включился в работу, был очень продуктивен и перестал жаловаться на недомогание. Улучшились сон, аппетит, настроение, прекратились приступы «командной истерии». Несколько раз больной приходил в госпиталь для того, чтобы радостно рапортовать о состоянии своего здоровья. «Уже не раскалывается череп, как раньше, уже могу сосредоточенно читать, крепко спать и с аппетитом кушать», — заявлял больной. Выписан без ограничений.

Терпеливое и настойчивое отношение врача к такого рода больным в вопросе трудотерапии, как правило, давало благоприятные результаты. Больные, втягиваясь в работу, шаг за шагом освобождались от функциональных наслоений и через полтора-два месяца, становясь неузнаваемыми, в бодром состоянии выписывались в часть.

Из работы над этой группой больных мы пришли к необходимости без промедления привлекать их к труду, преодолевать болезненное упрямство, ломать патологические установки больного, переключать его с болезненного самосознания на общественно-полезный труд, не останавливаясь на полумерах.

Вторая группа больных вовлекалась нами в работу весьма постепенно, начиная с поручений нести дневальные посты, подметать пол, ходить за водой и т. д. Больные этой группы, в противоположность предыдущим, не выражали негативизма в отношении трудовых мероприятий, но постоянно жаловались на общую слабость и проявляли склонность много лежать.

Рядовой Б., 1914 г. Диагноз: истерический невроз после контузии. Поступил в госпиталь в состоянии выраженной астенизации, с жалобами на шум в голове, понижение слуха, головные боли и боли в груди. Сколько-нибудь значительных объективных неврологических данных не имелось, но обращала на себя внимание вялость, заставлявшая больного большую часть дня молчаливо лежать, повернувшись к стене, при полном отсутствии интереса к окружающей его палатной жизни. Вяло, не сопротивляясь, больной подчинился переселению в условия совхоза и там продолжал прежний образ жизни. Персонал, зная, что Б.

был в армии поваром, предложил ему понемногу работать на кухне. Больной не возражал и приступил к работе. Первое время работа на кухне тяготила больного, но с каждым днем состояние его улучшалось, трудовой день его увеличивался, появился интерес к работе. Жалобы сократились, и больной перестал лежать. Выписался с ограничением.

Боец В., 1927 г. Диагноз: остаточные явления после контузии головного мозга. Контужен разрывом арт. снаряда. Двое суток был без сознания. Объективно — нистагм при отведении глазных яблок до наружных углов глазниц. Вялая реакция зрачков на свет, левая носогубная складка сглажена. Сухожильные рефлексы высокие, но равномерные. Походка неустойчивая.

Отсутствие аппетита, жалобы на ощущение стеснения в груди, головокружение. Объективно вял, все время лежит, ни с кем не разговаривает, ничем не интересуется, сон тревожен. Хлеба съедает не больше 200 г в день.

Через полтора месяца нистагм почти исчез, жалобы стали менее выразительны. Тремор уменьшился, но вялость продолжала оставаться, — интерес к окружающему не возрастал. Назначен на трудотерапию. Колхозник до войны, В. заинтересовался сеноуборкой, но резко уставал от работы в первые дни. Работал, сколько мог. Через три недели в совхозе стало известно имя В. как лучшего косца. Работал не переставая. Косил и утро и вечер. Сенокос окончательно восстановил психическое здоровье бойца. Выписан в строевую часть.

Младший сержант Д., 1924 г., с постконтузионным синдромом и ранением мягких тканей правой затылочной области. Жалобы на головокружение, общую слабость, боли в различных частях тела. Объективных данных в неврологическом и соматическом статусе не обнаружено. Находился в госпитале четыре месяца. В течение полутора-двух месяцев почти не вставал с постели, был чрезвычайно вял, по записям врача — часто плакал, быстро утомлялся, не мог сколько-нибудь длительно ходить и даже долго держаться на ногах. Аппетит понижен, больной безразличен ко всему окружающему.

Такое состояние без изменений в ту или другую сторону продолжалось около двух—двух с половиной месяцев. Больной переведен на трудотерапию в совхоз. Записи врача: «больной не работает, считает себя тяжело больным, примеры товарищей не увлекают». Так продолжалось с полмесяца. Дальше: «понемного встает и начинает работать агребальщиком сена, часто отдыхает, жалуется на головную боль». Через неделю: «работает лучше, от работы почти не отказывается, начинает выполнять нормы в скирдовании сена». Через пять дней: «приступил к работе косца, нормы выполняет, работает хорошо». Еще через неделю: «лучший косец в бригаде, жалоб нет, сон крепкий, аппетит хороший». Выписан в часть без ограничения.

В подходе к больным второй группы большое значение имеет шадящее отношение врача в вопросе трудовой нагрузки. Психотерапевтическое воздействие на больную психику, постоянные беседы с больными, мягко, но настойчиво избивающие ипохондрические установки больных, отсутствие принуждения и спокойная уверенность в достижении цели — должны быть основой работы врача над такого рода больными.

Небольшая группа глухонемых также находилась под нашим наблюдением. Часть больных растормозилась, некоторые же больные так и не вернулись к норме.

Третья группа наблюдаемых нами больных — это больные с функциональными припадками истерического характера. В условиях напряженной сельскохозяйственной работы в совхозе эти больные давали уменьшение количества припадков. Как правило, больные с истерическими неврозами давали тем меньшее количество припадков, чем меньше они находились под наблюдением медицинского персонала. Так, например, больные Х. и Ф., — оба с функциональными припадками истерического характера, находились под наблюдением в совхозе, где припадки не прекращались. По окончании работы были переброшены на некоторое время в колхоз, где отсутствовал медицинский контроль. Выявлено, что в колхозе в течение довольно длительного промежутка времени припадки отсутствовали, по возвращении же в госпиталь — они появились вновь.

При анализе этих и подобных случаев следует учесть, что вне госпитальной обстановки истерические реакции сглаживаются и даже исчезают совсем.

Несколько случаев истинной эпилепсии получили свое диагностическое разрешение тоже в условиях сельскохозяйственных работ, где под влиянием тяжести физического труда и прямых лучей солнца припадки учащались и таким образом давали возможность в неясных случаях ставить определенный диагноз.

Нами направлялись на работу в совхоз также больные с логоневрозами. Капитан С. с общим неврозом, осложненным резким заиканием, длительный промежуток времени не мог сколько-нибудь упорядочить свою речь и повышенную возбудимость. Выразил желание вместе с бойцами отправиться в совхоз. Обстановка деревни благотворно подействовала на эмоционально неустойчивого больного. Речь больного резко улучшилась, но улучшение оказалось нестойким. Под влиянием воздушной тревоги заикание возобновилось. Нестойкостью положительных достижений отличается, по нашему убеждению, вся группа невротиков с заиканием.

Исходы лечения изучавшейся нами группы 98 больных, закончивших лечение в совхозе, следующие: признаны годными к строевой службе — 52 человека, к нестроевой — 35 человек, к физтруду — 6 человек, отпущено домой — 5 человек.

Необходимо отметить глубоко дисциплинирующее значение общественно-полезной трудовой терапии. Мы не могли отметить ни одного случая нарушения советско-воинской дисциплины бойцов, находившихся в совхозе.

Трудотерапии принадлежит будущее. Трудотерапия в пе-

реживаемую нами эпоху, несомненно, будет поставлена на больший теоретический уровень с разработкой ряда проблем на основе имеющейся практики.

Вопросы о влиянии того или иного вида труда на тот или иной вид заболевания или травматическое повреждение нервной системы требуют своего разрешения и являются в настоящее время, как нам кажется, одними из важных вопросов здравоохранения.

ВЫВОДЫ

1. Опыт организации отделения выздоравливающих в сельскохозяйственной местности оказался весьма эффективным в отношении лечения психоневротиков в связи с военной травмой.

2. Трудовая терапия имеет глубоко дисциплинирующее значение.

3. Больных с аффективной неустойчивостью необходимо сразу включать в труд, с нагрузкой, приближающейся к нагрузке здорового человека, с выполнением тяжелых работ.

4. Больные с остаточной астенической симптоматикой должны привлекаться к работе, постепенно тренируясь. Работа должна вестись с перерывами. Труд должен быть подобран легкий или умеренно-тяжелый.

5. Больные с истерическими припадками должны сразу получать достаточную нагрузку в отношении тяжести труда.

6. В случаях неясных, где подозревается эпилепсия, — тяжелая физическая нагрузка может иметь диагностическое значение.

7. Наш опыт трудовой терапии в сельскохозяйственных условиях позволяет рекомендовать последнюю, как вполне оправдавший себя, в условиях психоневрологического госпиталя, метод лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ТРУДОВОЙ ТЕРАПИИ В ЭВАКОГОСПИТАЛЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Профессор
С. С. МАЗЕЛЬ

Нейротравмы в годы Великой Отечественной войны составляют около 12% всех ранений. Из них — 8% падает на ранения периферической нервной системы, 3,6% — на черепно-мозговые повреждения и 0,3% на ранения спинного мозга.

Большинство ранений периферических нервов носит характер частичных повреждений и контузий нервных стволов и при недостаточном лечении дает серьезные осложнения, приводящие к стойкой потере бое- и трудоспособности. Вторичные контрактуры, вялые параличи, трофические расстройства можно предотвратить лишь при своевременном и полноценном применении комплексного метода лечения, где наряду с нейрохирургией, физиотерапией, лечебной физкультурой должна занять свое место восстановительная трудовая терапия.

Своевременно и рационально подобранные трудовые процессы в сочетании с комплексной терапией предупреждают контрактуры, замещают дефекты функций поврежденной конечности, усиливают васкуляризацию раненого органа, восстанавливают нормальную функцию атрофированной мышцы. Трудовая терапия внесет свою большую лепту в общее дело восстановления здоровья раненых и больных. При выпадении функции лучевого нерва нарушаются разгибательные движения кисти в луче-запястном и пястно-фаланговых суставах. Такую пораженную конечность мы не восстановим отдельными упражнениями с инструментом, ибо акт хватки и удержания будет развивать преимущественно сгибательные движения, разгибатели же нам приходится тонизировать косвенным, обходным путем. В данном конкретном случае боль-

шую службу сослужат ударные движения молотком (чередование сгибательных и разгибательных движений), работа с клещами, плоскозубцами, ножницами и другие работы с двумя рычагами, где попеременное сближение и удаление обоих рычагов стимулируют разгибательные функции пораженных конечностей. При поражении лучевого нерва немедленно выпадает супинация предплечья; работа отверткой, буравом, центровкой способствует восстановлению потерянных или ослабевших супинационных движений. В тех случаях, где выпадают функции срединного нерва, ослабевает или совершенно угасает работа круглого и квадратного пронатора и сгибателей кисти и пальцев, — хватка любого инструмента, работы с рукояткою или рычагом оказывают свое восстановительное терапевтическое действие. Для того чтобы добиться мелких и точных движений, желательно дать руке трудовые процессы, вовсе минуя инструмент, приводя пораженную руку в соприкосновение с предметом: захватывание пальцами гвоздей и шпилек, сучение дратвы, лепка, полировка, плетение нити. При работе с инструментом следует переходить от рукояток и рычагов широких и объемных к самым узким и тонким.

Наибольшие трудности создаются у работников восстановительной терапии при лечении выпадений функций локтевого нерва. Хуже всего восстанавливаются такие движения, как отведение и приведение пальцев руки, сгибание мизинца. К счастью, эти движения не столь актуальны для трудовой деятельности. Если сохранены функции ведущих пальцев — большого и указательного, работа мизинца не играет решающей роли. Но при комбинированных поражениях нескольких нервов руки, когда большой и указательный пальцы не работают, приходится применять ряд мер для активизации работы мизинца. Ударные операции, работа с фуганком и рубанком, разглаживание и перелистывание листов бумаги и ткани способствуют развитию потенциальных возможностей мизинца, а следовательно, создают новые возможности для функции пораженной кисти.

Так складывается подбор трудовых процессов, содержащих в себе отдельные движения, необходимые для восстановительной терапии поврежденной верхней конечности.

Еще сложнее подбор трудовых процессов для реконвалесцентов, перенесших черепно-мозговые ранения. Такие ранения требуют сугубо индивидуального подхода. Подбираются работы с легкой физической нагрузкой. Исключается пользование остроережущими орудиями. Подбираются удобные рабочие позы — преимущественно сидя.

Наряду с больными с органическими поражениями нервной системы в эвакогоспиталях психоневрологического профиля сосредотачиваются группы больных с функциональными расстройствами нервной системы. Такие больные в годы Отечественной войны встречаются значительно реже, чем в годы империалистической войны, когда было достаточно много поводов для болезней, возникающих вследствие «конфликтов с окружающей средой». Однако и сейчас в наших госпиталях стационарируются бойцы и офицеры, страдающие неврозами, обострениями невропатий, затяжными реактивными состояниями. Для этих больных показаны методы восстановительной трудовой терапии. Трудовая терапия в подобных случаях воспитывает волю, поднимает тонус, постепенно выводит из болезненного состояния. Лечащие врачи при выборе конкретных форм труда должны учитывать психологические особенности больного. Чуткий подход, подбор трудовых процессов, возбуждающих эмоции, материальная и моральная заинтересованность приводят к тому, что такие больные не только втягиваются в работу, но становятся организаторами и бригадирами в мастерских трудовой терапии. Недостаток импульса, энергии и устойчивости у нервно-неустойчивых больных требует четкой организации трудовых процессов, правильного чередования работы с перерывами на отдых, строгой трудовой дисциплины в мастерских, полной слаженности технологического процесса, что неминуемо устраняет ряд излишних раздражителей, мешающих работе. Формы трудовой терапии для этой категории больных необычайно разнообразны, и их можно разбить на семь основных профилей:

1. Картонажные работы: клейка пакетов и конвертов, окантовка, простейшие переплетные операции — производство пеналов, коробочек, ученических ранцев. Изготовление елочных украшений и детских бумажных игрушек.

2. Плетение из хлопчатобумажных нитей и обрезков кожи — сеток, сумок, тапочек, вязание варежек, носков. Изготовление из тонкой металлической проволоки крючков и петель. Плетение корзин из лозы.

3. Жестяные и слесарные работы: изготовление мисок, бидонов, чашек, шаяк, замков, ключей, мелкого слесарного инструмента.

4. Обработка дерева: производство сапожных гвоздей, изготовление чашек, шахмат, детской деревянной игрушки, выделка искусственных цветов из стружки.

5. Щеточное дело: производство зубных, ручных, сапожных и половых щеток.

6. Швейное и сапожное дело.

7. Сельскохозяйственные работы: огородничество, садоводство, полеводство, земляные работы.

Организацию восстановительной терапии в условиях эвакогоспиталей можно разбить на четыре последовательных этапа:

1. Отбор раненых и больных, назначение их на трудовую терапию лечащим врачом отделения, который записывает в историю болезни факт назначения, формулирует конкретную задачу восстановительной терапии и систематически заносит в историю болезни эффективность лечебных трудовых процессов.

2. Инструктаж в мастерских проводится инструктором технического обучения: устанавливается рабочее задание, указываются рабочие приемы, даются количественные показатели урока и определяются качественные тесты изготавливаемой продукции, ведется учет выработанной продукции в трудочасах, штуках, рублях, обеспечиваются нормативы санитарии и техники безопасности в мастерских.

3. Медицинский контроль за двигательными функциями и трудовым режимом проводят сестры-методистки: динамометрию, углоизмерения, хронометраж, учет субъективных ощущений.

4. Систематически подводятся итоги процесса восстановления функциональных способностей раненого или больного сестрой-методисткой, совместно с лечащим врачом, с привлечением к консилиуму ведущего психоневролога госпиталя; анализ достижений и выявление причин неудач, исправление их на ходу.

Подготовка из среды среднего медперсонала эвакогоспиталей психоневрологического профиля методисток по восстановительной трудовой терапии является весьма актуальной задачей. Этот новый тип медицинских работников должен стать связующим звеном между лечащим врачом и инструктором технического обучения в их едином стремлении восстановить функциональные способности раненого или больного. Обеспечение систематического и квалифицированного медицинского контроля за больными и ранеными в мастерских трудовой восстановительной терапии будет способствовать более широкому охвату трудовыми процессами контингентов госпиталей психоневрологического профиля, расширит показания к трудовым процессам и даст возможность более глубоко изучить эффективность применения самых разнообразных форм труда.

ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Заслуженный врач РСФСР
И. С. ЛУНЦ*

(Предварительное сообщение)

Блестящие военные и политические успехи Советского Союза быстро приближают нас к исходу войны, когда можно будет дать точную цифровую оценку громадной работе, сделанной врачами эвакогоспиталей по восстановлению боеспособности и трудоспособности раненых. Но если в распоряжении эвакогоспиталей имеются довольно точные данные о восстановлении боеспособности, то по вопросу о влиянии лечения на восстановление трудоспособности имеется недостаточно данных.

Вопрос об использовании остаточной трудоспособности инвалидов Отечественной войны имеет большое народнохозяйственное значение.

Настоящее сообщение посвящено вопросу трудовой экспертизы при наиболее частом виде травмы нервной системы — при повреждениях периферических нервов. К сожалению, ранения нервов принадлежат к числу наименее изученных разделов трудовой экспертизы.

В моем распоряжении имеется материал обследования 502 инвалидов войны с ранениями периферических нервов конечностей.

Обработка этого значительного клинического материала еще не закончена, и настоящий доклад является лишь предварительным сообщением.

Из-за недостатка места не привожу сведений о возрастном составе, образовательном цензе, профессиональной подготовке, длительности наблюдения, количестве осмотров, сроках этих осмотров после ранения и после выписки из госпиталя и т. д.

Локализация и форма повреждений нервных стволов отражены в нижеследующих цифровых данных (приводим в процентном отношении): повреждения нервов верхних конечностей — 64 %; повреждения нервов нижних конечностей — 36 %.

Повреждения нервов верхних конечностей были отмечены у инвалидов почти в два раза чаще, чем нижних. Это соотношение является обычным и соответствует соотношению в частоте ранений, поскольку мы можем исходить из старых статистических подсчетов (Бохардт, Ферстер).

Распределение по клиническим формам представлено в нижеследующей таблице. Несмотря на значительность собранного нами материала, его все-таки следует считать недостаточным для установления статистических закономерностей в частоте повреждений отдельных нервных стволов у инвалидов войны; поэтому в таблице дополнительно приводится почти однозначный материал военно-врачебной комиссии N-ского эвакуационного пункта в 1300 случаев, указывающий соотношение частоты ранений нервных стволов у лиц, признанных при выписке из госпиталя негодными к военной службе по ст. 11-а и 11-в приказа № 336.

Формы повреждений	Наши наблюдения — 502 случая	Данные военно- врачебной комис- сии N-ского эваку- ационного пункта — 1300 слу- чаев
	(в процентах)	
Повреждения лучевого нерва . . .	13,2	8
Повреждения локтевого нерва . .	10,6	7,7
Повреждения срединного нерва . .	9,6	13,4
Повреждения плечевого сплетения	9,6	8,4
Множественные повреждения нер- вов верхних конечностей	19,1	22,7
Повреждения седалищного нерва и его ветвей	30,9	35,4
Множественные повреждения нер- вов нижних конечностей	2,8	0,8
Прочие формы	4,2	3,5

В обеих сводках на первом месте по частоте стоят ранения седалищного нерва, на втором — множественные повреждения нервов верхних конечностей. Совпадение нарушается на третьем месте, которое в материале военно-врачебной комиссии занимает срединный нерв (13,4 %), а в нашем материале — лучевой (13,2 %).

Это расхождение обусловлено тем, что при экспертизе в ранних стадиях (при выписке из госпиталя) гораздо чаще наблюдаются резкие болевые синдромы при неполном повреждении срединного нерва (ирритативный неврит), чем в нашем материале, относящемся к более отдаленным срокам экспертизы после ранения.

Интересно подчеркнуть сдвиги в частоте ранений отдельных нервных стволов, которые отличают современную войну от предшествующих войн. В статистике Борхардта (1914 — 1918 гг.) первое место по частоте занимает лучевой нерв (26,5%), второе — седалищный, в то время как множественные повреждения нервов верхних конечностей составили в войну 1914—1918 гг. лишь 7,7% всех ранений нервных стволов. Резкое увеличение множественных повреждений нервов (19,1% по нашим данным и 22,7% по материалу военно-врачебной комиссии) обусловлено развитием новых мощных видов боевого огня (минометы, авиабомбы и т. п.), создающих характерное для современной войны обилие осколочных повреждений, вызывающих массовую травматизацию участков мягких тканей.

Существенное значение в экспертной работе имеет вопрос о степени утраты трудоспособности при различных формах повреждений нервных стволов. Степень утраты трудоспособности зависит от целого ряда факторов (характер ранения, осложнения, предшествующее лечение и т. п.), большинство из которых не поддается статистической обработке и требует индивидуальной оценки в каждом отдельном случае. Однако, если взять критерием группу инвалидности, то вопрос о тяжести повреждения (в смысле утраты трудоспособности) может быть подвергнут цифровому учету. В ниже-следующей таблице указан процент инвалидности II и III групп при отдельных формах повреждений периферических нервов:

Формы повреждений	Инвалидность II группы	Инвалидность III группы
	(в процентах)	
Повреждения лучевого нерва . . .	48	52
Повреждения локтевого нерва . .	42	58
Повреждения срединного нерва . .	37	63
Повреждения плечевого сплетения	49	51
Множественные повреждения нер- вов верхних конечностей	58	42
Повреждения седалищного нерва и его ветвей	54	46

Из этих данных видно, что наиболее тяжело отражаются на трудоспособности ранения нескольких нервов руки, — это легко объясняется утратой большого количества функций конечности (аналогично можно объяснить и высокий процент инвалидности II группы при травмах эплетения). На втором месте стоит по тяжести травма седалищного нерва, где инвалидизация, главным образом, обусловлена ограничением способности к передвижению. Важно отметить, что эти две формы повреждений стоят на первом месте не только по тяжести, но и, как уже было отмечено выше, по частоте; проблеме трудоустройства при такого рода повреждениях должно быть уделено особое внимание.

Я не буду далее останавливаться на анализе статистического материала и перейду к практическим вопросам трудовой экспертизы.

При просмотре актов выявилось, что 72% раненых при комиссовании в эвакогоспиталях получили II группу инвалидности, т. е. были признаны непригодными к труду. Можно ли признать такую экспертную оценку правильной? Она недостаточно обоснована, это можно подтвердить данными, установленными у обследованных инвалидов. Казалось бы, что среди лиц, признанных комиссией непригодными к систематическому труду, должно быть ничтожное количество работающих. На самом же деле это не так. Процент работающих во II группе инвалидности довольно велик: 11,5% инвалидов, получивших при выписке из эвакогоспиталей II группу, приступили к работе в первые шесть месяцев после выписки, вопреки заключению экспертной комиссии о их непригодности к труду; если учитывать процент трудоустроенных инвалидов II группы ко времени нашего обследования, — он вырастет до 30. Следовательно, сама жизнь опровергает экспертную оценку ВТЭК о непригодности к систематическому труду. Инвалиды II группы приступают к работе через более поздние сроки после выписки из госпиталя, и выбираемые ими профессии, как видно из первой графы нижеследующей таблицы, значительно чаще связаны со снижением производственной квалификации, чем у инвалидов III группы:

Группы инвалидности	Трудоустройство инвалидов			
	В своей профес- сии	В другой равно- ценной	В другой с повышением квалификации	В другой с понижением квалификации
(в процентах)				
Инвалиды II гр.	30,8	23	22,1	23,2
Инвалиды III гр.	30,8	32,8	23,1	13,3

Более позднее и менее удачное трудоустройство инвалидов II группы не целиком обусловлено заключением экспертной комиссии; здесь играет существенную роль и ряд других факторов, на анализе которых мы останавливаться не будем. Несомненно, однако, что неверная экспертная оценка дезориентирует инвалида относительно его трудовых возможностей, лишает его веры в собственные силы и, тем самым, в ряде случаев способствует позднему началу работы и неудачному выбору профессии.

Нельзя, однако, ограничиться упреками по адресу врачей в неправильности экспертной оценки группы инвалидности, ибо проблема трудоустройства инвалидов с остаточными явлениями повреждений периферических нервов представляется весьма сложной и мало разработанной.

Эксперты ВТЭК нередко испытывают значительные затруднения в подборе видов работы, которые могут быть выполнены по той или иной форме периферического паралича.

На основании ряда экспериментальных работ (А. Капперс, Анохин и др.) доказано, что работа пораженного органа не только ускоряет рост нервного волокна, но и создает благоприятные условия для более правильной регенерации. При стойких параличах, где дальнейший регенеративный процесс уже невозможен, трудовые операции, вовлекая в работу, наряду со здоровыми мышцами и пораженные, активно стимулируют восстановление функций за счет присущей организму способности к развитию компенсаторных механизмов (использование двойной иннервации, викарная замена другими мышцами).

Немаловажное значение имеет и то обстоятельство, что трудовые усилия быстро снимают явления нередко наблюдающейся «постпаралитической акинезии» (отсутствие способности к производству активных движений вследствие отвыкания от пользования группой мышц, находившихся длительное время в состоянии паралича).

Суммируя, можно сказать, что трудоустройство во всех случаях является фактором лечебного значения. Исключением из этого положения, требующим установления нетрудоспособности по II группе, являются лишь следующие случаи:

1. Тяжелые дефекты, создающие невозможность какой-либо производственной работы, например, множественные тяжелые параличи нервов обеих конечностей.

2. Формы резких ирритативных невритов (синдром раздражения нерва) с резкими болями, в особенности каузатического типа, обостряющимися при каждом движении (в позд-

них стадиях паралича такие случаи встречаются сравнительно редко).

3. Случаи, требующие долечивания после невролиза и нейрорафии.

Выработка форм трудоустройства является нелегкой задачей ввиду малой изученности вопроса. Трудности эти в значительной мере могли бы быть ослаблены при наличии классификации профессий, составленной под углом зрения той или иной формы периферического паралича; ее, к сожалению, пока нет.

В каждом отдельном случае эксперту при решении вопроса о трудоспособности приходится учитывать комплекс рабочих движений, необходимых для выполнения той или иной профессии, и произвести анализ сохранившихся функций конечности. Первое условие — значение рабочих движений, связанных с выполнением различных профессий, — требует знакомства врача с различными производствами (имеется значительная специальная литература, посвященная описанию профессий). Второе — анализ сохранившихся функций конечности, проблема которого открывает новую интересную главу неврологической диагностики. При трудовой экспертизе нельзя ограничиваться обычной клинической методикой — учетом выпавших движений, а приходится учитывать, как работает конечность в изменившихся условиях, как функционируют оставшиеся мышцы и нервы. Это понятно, так как почти каждый нерв участвует не только в тех движениях, которые производятся иннервируемыми им мышцами, но одновременно в ряде других движений в качестве антагониста или синергиста. Выпадение любого двигательного акта особенно четко выявляется в профессиональной работе. Например, при парезе лучевого нерва нарушается разгибание кисти и пальцев и отведение большого пальца; чувствительность почти не страдает. Казалось бы, должны полностью функционировать все сгибательные движения кисти и пальцев, наиболее важные для фиксации рабочих инструментов, схватывания и удерживания обрабатываемых предметов. Однако часто видим, что слесари с остаточными явлениями пареза лучевого нерва плохо производят сильные удары молотком, ибо выпадает необходимая для крепкой фиксации молотка разгибательная синергия в луче-запястном суставе. В моем материале было несколько таких случаев; аналогичные наблюдения приводит Фамелинс. Пианист с легким радиальным парезом затрудняется произвести сильное разведение пальцев, необходимое при игре на пианино, хотя межкостные мышцы, производящие это движение и иннервируемые

локтевым нервом, совершенно не пострадали. К р о л ь указывает, что при сильном разведении пальцев в качестве фиксатора работает общий разгибатель пальцев с иннервацией от лучевого нерва.

Задачи функциональной диагностики не исчерпываются анализом работы сохранившихся мышц. Необходимо всегда учитывать присущую живому организму поразительную способность к приспособлению, к развитию новых механизмов двигательных актов взамен выпавших; эти, по терминологии Ферстера, компенсаторные возможности создают, зачастую, совершенно иные и своеобразные способы выполнения различных движений. Изучение компенсаторных механизмов имеет большое практическое значение не только для трудовой экспертизы; оно должно привлечь к себе внимание клиницистов-невропатологов, ибо недооценка вновь развившихся двигательных актов может повести к серьезным диагностическим ошибкам (например, к ошибочной расценке появившихся движений, как признаков начальной регенерации после операции). Компенсаторные движения не всегда легко распознать. С указанием, встречающимся в литературе, что они обычно относятся к проксимальным отделам конечностей и характеризуются массивностью, нельзя согласиться. Нередко приходится замечать их в пальцах рук, в виде тонких и размеренных актов. Компенсаторные механизмы бывают разнородного происхождения. Прежде всего появление движений при параличе может быть обусловлено анастомозами с соседними нервными стволами. Чаще всего это наблюдается на верхних конечностях, причем классическим местом для таких анастомозов является зона иннервации срединного нерва и его многочисленные анастомозы с локтевым и мышечно-кожным нервами. Гейманович указывает, что при тотальном поражении срединного нерва может сохраниться функция всех иннервируемых им мышц за исключением сгибателя указательного пальца. Мы имеем случай ранения периода Финской войны, когда при полной перерезке срединного нерва (доказанной *ad oculos* во время операции) раненый мог сгибать пальцы и даже производить небольшую оппозицию большого пальца.

По вполне понятным анатомическим причинам значение анастомозов чаще выявляется при высокой локализации ранения. Например, при повреждениях локтевого нерва на плече функция локтевого сгибателя кисти в большинстве случаев сохраняется или восстанавливается благодаря анастомозам.

Второй вариант компенсаторных возможностей — это двойная или тройная иннервация мышц. Наиболее ярким и

частым примером такой двойной иннервации является сохранность сгибания локтя при повреждениях мышечно-кожного нерва и при Эрбовских параличах; в моем материале имеется только два случая полного отсутствия сгибания локтя. Значение этого факта для трудоустройства нельзя преуменьшить, так как невозможность согнуть руку в локтевом суставе почти лишает инвалида возможности пользоваться рукой.

Третий вариант компенсаторных возможностей и приспособления организма к новым условиям — это викарная замена пострадавших мышц другими мышцами, нервы которых не пострадали. Сюда относятся: описанная Димием замена дельтовидной мышцы совместной работой грудной, трапециевидной и надостной; разгибание пальцев руки за счет межкостных мышц; особенно важна возможность восстановления некоторой оппозиции большого пальца за счет аддуктора и короткого сгибателя. Как известно, оппозиция большого пальца имеет очень важное значение в трудовой деятельности, являясь почти обязательным условием владения инструментами. Совершенно правильно указывает академик Кроль, что развитие оппозиции большого пальца соответствует важному этапу в истории культуры и что ее отсутствие низводит на филогенетически низшую ступень.

Еще один пример из личных наблюдений — отведение большого пальца за счет сильного сгибания в локтевую сторону кисти и прижатых друг к другу II—V пальцев (локтевой сгибатель кисти и межкостные мышцы).

По нашему мнению, может быть выдвинут еще четвертый вариант приспособления инвалидов к трудовой деятельности — изменение рабочих поз и рабочих движений, обычно применяемых для выполнения того или иного вида трудовой деятельности. Следовательно, в этих случаях не инвалид приспособляется к труду, а он технику рабочих движений приспособляет к имеющимся у него возможностям. Простейший пример: при парезе лучевого нерва затруднено писание, так как невозможно держать кисть в обычном положении — разогнутой в луче-запястном суставе. Нередко, однако, инвалиды с повреждениями лучевого нерва приучаются довольно быстро и четко писать, придавая руке необычную рабочую позу (приведение плеча кпереди и сгибание кисти). Этот вариант приспособления может иметь большое практическое значение, ибо сохранность акта писания открывает инвалиду возможность трудоустройства в ряде профессий конторского и интеллектуального труда.

Другой пример: под нашим наблюдением был столяр с

парезом правого локтевого нерва, который приучился хорошо работать левой рукой; необходимую фиксацию рабочего инструмента производил не при помощи удерживания его кистью с пальцами другой руки, как это обычно делается, а путем упора в область тенара пострадавшей конечности.

Все эти варианты компенсаторных механизмов указывают на поразительную способность организма к приспособлению и часто открывают некоторые возможности трудоустройства даже при наиболее тяжелых параличах. Не следует никогда забывать указаний тов. М. И. Калинина, что всех инвалидов нужно хорошо устроить, приспособить к труду, потому, что человеку потерять способность к труду — это самое большое несчастье.

Компенсаторные варианты иннервации имеют большое значение в практике экспертизы. Необходимо привлечь внимание к этому мало изученному и интересному отделу неврологии периферической травмы.

Еще несколько слов об особенностях экспертизы.

Часто наблюдается диспропорция между объемом движения и мышечной силой. Объем движения может восстановиться почти полностью, а мышечная сила остаться ничтожной или недостаточной для производства рабочих движений. Такие остаточные дефекты легче всего устанавливаются при помощи специальных тестов для каждого вида паралича, описанных в специальном руководстве.

Значительно труднее установить дефекты в области чувствительных функций. Как известно, при травме периферического нерва быстрее выпадает и значительно позже восстанавливается эпикритическая чувствительность, связанная с тонким различием ощущений, точной его локализацией, количественным определением его интенсивности, восприятием различных его оттенков.

Это обстоятельство имеет существенное значение для трудовой экспертизы, ибо в очень многих случаях профессиональная пригодность связана с необходимостью тонких и точных чувствительных восприятий кожи рук, т. е. с функцией эпикритической чувствительности, — в особенности это относится к квалифицированным профессиям ручного труда.

Большое значение в практике трудовой экспертизы имеет учет периода времени, прошедшего со дня ранения до дня прохождения инвалида через ВТЭК; этому сроку, в известной степени, соответствует стадия болезненного процесса. Несомненно, течение периферической травмы определяется многообразными факторами (форма и характер повреждения,

осложнения, лечебные мероприятия и проч.), однако, фактор времени имеет важнейшее значение.

В преобладающем большинстве случаев экспертиза производилась в ранние сроки, когда даже в неосложненных случаях не могло еще произойти восстановления функций. Как известно, скорость роста аксонов по довольно точно установленным клиническим и экспериментальным данным (Ванлэр, Делаженьер) составляет от 1 до 1,5 мм в сутки. Таким образом, даже при наиболее благоприятных условиях регенерация происходит очень медленно. Например, восстановление функций малоберцового нерва при ранениях в средней трети бедра затягивается обычно до 11—12 месяцев (по Штраккеру до 22 месяцев). Таковы сроки нормально протекающей регенерации.

Если же имеются препятствия (например, инфекция раны, давление кровоизлияния, спайки и т. п.), то восстановление может еще более затянуться, произойти неправильно или совсем не наступить.

Все это имеет практическое значение для трудовой экспертизы.

Как показывают наши данные, раненые, в большинстве случаев, проходят через ВТЭК через 3—6 месяцев после ранения, т. е. в периоде, когда еще не закончился нормально протекающий процесс восстановления нерва.

При хирургических вмешательствах на нерве (в особенности — при нейрорафии) этот срок следует исчислять не со дня ранения, а со дня операции.

Фактор времени должен быть в полной мере учтен при выработке форм трудоустройства и при определении сроков переосвидетельствования.

С этой точки зрения едва ли можно признать правильным имевшее место заключение ВТЭК об изменении квалификации опытного ткацкого поммастера с параличом седалищного нерва на сапожное ремесло через пять-шесть месяцев после ранения.

Через 14 месяцев после ранения у этого инвалида функции конечности значительно восстановились, он начал работать в качестве ткацкого мастера.

При осмотре значительного числа инвалидов выступает значительное количество запущенных контрактур, тугоподвижность, которые нередко сводят на-нет результаты удачно проведенных операций. Одной из наиболее частых причин этих функциональных дефектов является выпадение большинства инвалидов, по выписке из эвакогоспиталей, из-под медицинского контроля. Необходима самая энергичная борьба с

этим явлением. За последнее время райвоенкоматами уже проводятся некоторые организационные мероприятия по долечиванию инвалидов, признанных временно негодными к военной службе.

В задачу ВТЭК входит указание лечебных мероприятий, могущих повысить трудоспособность инвалидов. Это положение, в первую очередь, относится к врачам госпитальных ВТЭК, которые зачастую являются лечащими врачами. Указание лечебных мероприятий особенно актуально при последствиях ранений нервных стволов, ибо в силу специфики течения травмы периферического нерва эти категории инвалидов проходят через трудовую экспертизу, далеко не исчерпав всех возможностей лечебного воздействия. Крайне желательно, чтобы в актах ВТЭК, помимо необходимых мероприятий по долечиванию инвалида, был по возможности указан тип лечебного учреждения, в котором должно происходить это долечивание (поликлиника, физиолечебница, больница восстановительной хирургии, нейро-хирургический стационар и т. п.).

Обязательным условием правильной организации дела долечивания инвалида является наличие подробной и обоснованной медицинской документации. Это необходимо и лечащим врачам гражданских учреждений, под наблюдение которых должны быть направлены инвалиды по выписке из госпиталей.

Должна быть изжитая существующая еще во многих местах порочная практика изъятия райвоенкоматами и органами собесов медицинских документов у инвалидов.

Нередко, по моим наблюдениям, невропатологи, охотно и широко применяющие методы нейро-хирургии, совершенно недооценивают высокой функциональной эффективности многих ортопедических операций (артродез, тенодес, пластика мышц, пересадка сухожилий и пр.).

Особенно это относится к случаям стойких остаточных явлений паралича с необратимыми контрактурами; при этих формах путем применения ортопедических операций может быть достигнуто существенное улучшение со значительным нарастанием возможности рабочих движений.

Следует обязательно отмечать в заключениях ВТЭК необходимость снабжения инвалидов протезами. Даже такие простые ортопедические приспособления, как обувь, корригирующая отвисание стопы при параличе малоберцового нерва, или фиксатор колена (тутор) при параличе бедренного нерва, резко улучшают функцию ходьбы и тем самым в высокой степени расширяют возможности рационального трудоустройства.

Все дело лечения огнестрельной травмы периферических нервов, начиная с первых этапов эвакуации раненого и кончая вопросами военной и трудовой экспертизы, последующего долечивания и трудоустройства, должно составлять единый, неразрывно связанный во всех частях организационный комплекс восстановительной терапии. Врачи-невропатологи должны принять активное участие в работе по всем разделам этого комплекса.

ДВА СЛУЧАЯ КОММОЦИОННО- КОНТУЗИОННОГО СИНДРОМА СО СВОЕОБРАЗНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Кандидат медицинских наук
Д. М. КУЛИК

Под нашим наблюдением было два случая коммоционно-контузионного синдрома со своеобразной симптоматикой.

Сл. 1. Красноармеец В., 30 лет, поступил в госпиталь 2/XII—43 г. с жалобами на приступообразные головные боли и отеки лица. Диагноз: болезнь Квинке после контузии. Анамнез: в семье отец, братья и сестра по характеру нервные, вспыльчивые, склонные к истерическим реакциям. Изредка, у отца и двух братьев наблюдалась крапивница. В. по характеру всегда был спокойный, уравновешанный. До 16 лет страдал недержанием мочи. В РККА с 1942 г. 27/II—43 г. ранен в правое плечо и одновременно контужен при взрыве артиллерийского снаряда, отброшен воздушной волной и засыпан землей; потеря сознания на два часа, кровотечение из рта и левого уха. Очнувшись, вновь потерял сознание на 30 минут, рвота. Через два дня после контузии поднялась температура до 40°, появились большие отеки головы, лица и шеи, затруднение при дыхании, резкие головные боли, сильная жажда. Отеки держались около двух месяцев, затем исчезли, сначала на шее, а потом на лице. В дальнейшем отеки стали появляться ежемесячно, длительность — 10—12 дней. До ноября 1943 г. лечился стационарно, был признан годным к нестроевой службе и возвращен в РККА. В части вновь появились отеки, 2/XII—43 г. направлен в госпиталь.

Больной среднего роста, правильного телосложения, внутренние органы без отклонений от нормы. Неврологически также отклонений от нормы не установлено. Сознание ясное, поведение правильное. За время пребывания в госпитале со 2/XII—43 г. до 26/IV—44 г. у В. периодически наблюдались отеки лица и шеи, имевшие приступообразный характер, длившиеся 8—10 дней и повторявшиеся ежемесячно. За два дня до появления отеков у больного наблюдалось плохое самочувствие, сильные головные боли, преимущественно в области лба и затылка, подавленное настроение, сменявшееся безразличием и апатией. В. описывает свои переживания следующим образом: «Не хочется никого видеть, тянет к одиночеству, ничто не существует, все безразлично, перед глазами туман, не могу читать, в голове что-то другое бродит, трудно сосредоточиться, рассеянность, вялость, апатия, отсутствует аппетит, сон поверхностный, тревожный, с кошмарными сновидениями, усиленная жажда». Температура при этом бывает субфебрильная.

В течение шести-семи часов до появления отеков головные боли резко усиливались, временами были столь мучительными, что больной схватывался за кровать, стягивал голову сухим полотенцем, казалось, что «голова разламывается», появлялись тошноты, жажда усиливалась, лицо было резко гиперемировано, наблюдалась выраженная раздражительность, капризность, подавленность.

После этого появлялся отек лица, особенно резко выраженный в области верхних и нижних век и височных областей, лицо становилось одутловатым. При пальпации отмечалась болезненность тригеминальных точек. Иногда отек распространялся на шею. Температура — $37,5-37,9^{\circ}$, брадикардия—пульс около 50 в 1', усиленная жажда, выпивал 2,5 литра воды в день вместо обычно употребляемых двух стаканов, тошнота, слабость во всем теле, особенно в руках, становилось невозможным сжать пальцы в кулак. При отеке шеи испытывал затруднения при глотании и дыхании. В. во время приступа лежал лицом к стене, накрывшись с головой одеялом, не отвечал на вопросы. Такое состояние длилось два-три дня, после чего отеки начинали постепенно уменьшаться, головные боли и жажда смягчались, тошноты исчезали, пульс выравнивался, температура — норма, настроение и сон улучшались. Аппетит оставался пониженным, отмечалась общая слабость и разбитость. Постепенное сглаживание симптоматики длилось три-пять дней. Некоторая общая слабость, пониженный аппетит и низкая температура ($35,4-35,5^{\circ}$) держались еще несколько дней по окончании приступа. Исследование крови и мочи, производившееся многократно, показало, что на высоте приступа имеется лейкоцитоз (до 10000) без других отклонений от нормы; в периоде угасания приступа—количество лейкоцитов — норма, отмечается лишь лимфоцитоз ($40-42\%$) за счет уменьшения сегментно-ядерных (до 45%)¹. Моча — норма. Глазное дно — норма. Рентгенограмма турецкого седла без отклонений от нормы.

25/IV—44 г. комиссован по ст. 9а, признан негодным к военной службе с переосвидетельствованием через шесть месяцев.

16/XI—44 г. повторно обследован. За прошедшее время было четыре приступа с длительностью семь-восемь дней. Отекам, попрежнему, предшествовал продромальный период. Приступы протекали несколько легче, чем раньше, отеки наблюдались только в лобной и височной областях. В. занимает ответственную должность, с работой справляется, отмечает повышенную утомляемость при напряженной умственной работе, взрывчатость, тревожный сон с кошмарными сновидениями, усиленную жажду, особенно по ночам (выпивает в день 2,5 литра жидкости, что несвойственно было ему до болезни).

Резюме. У наследственно-отягощенной личности после контузии развертывается болезнь Квинке со следующими особенностями клинической картины. Первый приступ, наступивший вслед за контузией, имел тяжелый и затяжной характер (около двух месяцев). Отекам предшествовал продромальный период, во время которого отмечались головные боли, плохое самочувствие, подавленное настроение, сменявшееся безразличием и апатией, отсутствие аппетита, тревожный сон с кошмарными сновидениями, усиленная жажда, субфебрильная температура. Приступ развертывался при на-

¹ Нв.— 66% , лейкоцитов—5100, эозиноф.— 4% , палочковидных — 4% , сегментно-ядерных — 45% , лимфоцитов — 42% , моноцитов — 5% , РОЭ — 3 мм.

личии богатой вегетативной симптоматики — гиперемии лица, тошнот, субфебрильной температуры, брадикардии, полидипсии. На высоте приступа отмечалась общая резко выраженная адинамия, вялость и апатия; в крови — лейкоцитоз. Вне приступов у В., наряду с энцефалопатическими изменениями личности, развилась стойкая полидипсия.

Появление первого приступа через два дня после контузии, длительность и тяжесть его, особенности клинической картины в целом, отсутствие анамнестических указаний на подобные состояния у больного и родственников в прошлом позволяют связать заболевание В. с контузией. Конституциональные моменты (наличие крапивницы в семье больного), возможно сыграли роль предрасполагающих факторов.

Сл. 2. Красноармеец К., 24 л., поступил в госпиталь 11/I—44 г. с жалобами на затруднение при разгибании пальцев, сжатых в кулак, и слабость в руках, затруднения при раскрытии рта. Диагноз: миотонический синдром после перенесенной контузии. Анамнез: наследственность чистая. До контузии К. был по характеру ровный, спокойный, общительный, алкоголь употреблял изредка. В 1935—1936 гг. — болел малярией. До 1939 г. работал кино-механиком, с работой справлялся. С 1939 г. в РККА, имел несколько благодарностей. Участник войны с первых ее дней. 3/VI—43 г. контужен миной, потерял сознание, на какой срок — не знает; тошноты, повторявшиеся в течение месяца. Вскоре после контузии появилась усиленная жажда (выпивал пять—семь стаканов воды в один прием), булимия и отсутствие полового влечения. Подобное состояние длилось около месяца и постепенно исчезло. Испытывал сильные головные боли, головокружение, память была снижена, наблюдалось расстройство походки и глухонмота. Лечился три месяца, в конце августа 1943 г. был выписан в строевую часть. К этому периоду относит свои первые ощущения «стягивания рук», которым не придавал значения. 15/IX—43 г., будучи на фронте, при подъеме тяжести почувствовал слабость в руках и затруднение при разгибании пальцев, сжатых в кулак. Через неделю появились затруднения при раскрытии рта. 10/XI—43 г. ранен в правое бедро. Во время пребывания в полевом госпитале обнаружилась слабость рук (поздоровался и с трудом разогнул кулак), был эвакуирован в тыл. Слабость рук и затруднение при разгибании пальцев, сжатых в кулак, постепенно нарастали, трудность при раскрытии рта также усиливалась.

Больной — среднего роста, правильного телосложения. Внутренние органы без отклонений от нормы. Лицо асимметрично, правая носогубная складка несколько сглажена. Язык — по средней линии. Зрачки равномерны, реакции живые. Сила, объем движений конечностей — достаточны. Рефлексы с верхних конечностей — живые, коленные — понижены, ахилловы — не вызываются, патологических — нет. Поколачивание по мышцам (сгибателям плеча и предплечья с обеих сторон) даёт выраженный валик, медленно исчезающий; при ударе по Thenar и hypothenar — резко выраженные судороги, длящиеся 10—20". По мере повторения поколачиваний судорожный период удлиняется. Мышечный валик — с остальных мышц. Слабый симптом Хвостека. При закрывании рта медленно и с трудом открывает его. Повторное разгибание пальцев рук, сжатых в кулак, и открывание рта совершает медленно и с трудом. Каждое повторение задания производит с постепенно удлиняю-

щимся интервалом; после нескольких повторений утомляется и отказывается от дальнейших экспериментов.

В поведении — взрывчат, конфликтен, склонен к бурным аффективным вспышкам с агрессивными действиями, колебаниям настроения, с преобладанием тоски («находит такая тоска, что выпрыгнул бы через окно»). Сон тревожный, с кошмарными сновидениями. Память на текущие события снижена.

Электро-диагностика: на верхних конечностях обнаружена миотоническая реакция.

Кровь — Нв. — 76%, лейкоцитов — 12000, эозиноф. — 3%, палочковидных — 1%, сегментно-ядерных — 54%, лимфоцитов — 40%, моноцитов — 2%. РОЭ — 4 мм. Реакция Вассермана в крови — отрицательна. Глазное дно — норма.

Резюме. У здорового, наследственно не отягощенного субъекта, перенесшего тяжелую контузию, с большими вегетативными нарушениями и расстройством походки, через три месяца постепенно разворачивается миотонический синдром и выраженная психопатизация личности. Диагноз не вызывал сомнений.

Приведенный случай отличается следующими особенностями клинической картины: при миотонии преимущественно поражаются нижние конечности; в нашем случае были поражены только верхние конечности. При миотонии отсутствуют неврологические выпадения; в нашем случае коленные рефлексы были понижены, Ахилловы — не вызывались. При миотонии повторение одного и того же движения уменьшает и ликвидирует наклонность мышц впадать в тоническое сокращение; в нашем случае повторение одного и того же движения приводило к постепенному нарастанию тонического напряжения мышц. Наконец, миотонический синдром сочетался у нашего больного с явлениями психопатизации личности, не свойственной ему до контузии.

Возникновение миотонического синдрома после контузии; клинические особенности приведенного случая; отсутствие в анамнезе указаний на подобное заболевание до контузии, как у больного, так и у родственников — все это позволяет предположить связь заболевания К. с перенесенной контузией.

Интерес приведенных в настоящем сообщении двух случаев заключается в том, что заболевания, обычно относящиеся к кругу конституционально-наследственных, возникли в связи с травмой.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
<i>И. Р. Коган.</i> Предисловие	3
<i>М. П. Назаретская.</i> К истории психоневрологического госпиталя	5
<i>А. Л. Эпштейн.</i> Опыт обоснования объективной методики неврологического исследования при экспертизе отдаленных последствий закрытых травм черепа	9
<i>Д. М. Кулик.</i> Опыт изучения контузионной глухонемы в условиях тылового госпиталя	19
<i>В. А. Ильинская.</i> К вопросу о сочетании органических и функциональных изменений при травмах черепа	42
<i>Д. В. Упоров.</i> Псевдоневрологические синдромы в военной травматологии и их экспертное значение	48
<i>М. П. Назаретская.</i> Применение трудтерапии в психоневрологической практике по материалам специализированного госпиталя	62
<i>С. С. Мазель.</i> Организация восстановительной трудовой терапии в эвакогоспиталях психоневрологического профиля	70
<i>И. С. Луц.</i> Врачебно-трудовая экспертиза при огнестрельных повреждениях периферических нервов конечностей	74
<i>Д. М. Кулик.</i> Два случая коммоционно-контузионного синдрома со своеобразной симптоматикой	86

Редактор издательства
М. Д. Шошин.

*

Подписано к печати 17/III 1945 г.
КЕ-06432. Печ. л. 5 $\frac{1}{2}$. Уч.-изд.
л. 5,5. В печ. л. 38160 тип. зн.
Тираж 500 экз.

*

Типография издательства Иванов-
ского областного совета депута-
тов трудящихся. Иваново, Типо-
графская, 4. Заказ № 1635.







