

Второй причиной неэффективности антибактериального лечения у гриппозных больных может быть несоблюдение некоторыми больными рекомендованного им режима.

Третья причина состоит в вирусной этиологии заболевания. Мы попытались выяснить ее роль путем изучения результатов рентгенологического обследования всех 203 больных. Лишь у 18 из них были выявлены инфильтративные изменения в легких, у 170 — усиление бронхососудистого рисунка. Подобная рентгенологическая картина в какой-то степени свидетельствует о преимущественном поражении интерстициальной ткани, которое может иметь и вирусную природу, но в первую очередь заставляет подумать о возможной гипердиагностике пневмонии за счет бронхита.

Итак, мы считаем необходимым включать в комплекс лечения всех больных гриппом и больных острыми респираторными заболеваниями с симптомами бронхита антибактериальные препараты, которые значительно сокращают процент осложнений пневмониями. Подчеркиваем недопустимость применения малых доз сульфаниламидов и антибиотиков, так как это способствует формированию резистентных сульфаниламидо- и антибиотикозависимых штаммов микробов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злыдников Д. М., Смородинцев А. А. Острые респираторные заболевания. Медицина, М., 1974. — 2. Молчанов Н. С., Ставская В. В. Клиника и лечение острых пневмоний. Медицина, Л., 1971. — 3. Смородинцев А. А. Грипп и его предупреждение. Медицина, М., 1974.

Поступила 12 октября 1976 г.

УДК 796.83:616.281—001—008.55:616.85

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОДНОКРАТНОЙ ТРАВМЫ ГОЛОВЫ У БОКСЕРОВ

Р. З. Кравец

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. В. М. Сироткин) Оренбургского медицинского института

Реферат. Клинические наблюдения показывают, что у боксеров, получивших нокаут, развивается длительная посттравматическая энцефалопатия.

Во время тренировок и турниров боксеры получают различной тяжести закрытые травмы головы, которые нередко в дальнейшем приводят к развитию травматической энцефалопатии. Установлено, что наиболее ранимыми являются вегетативно-сосудистая и вестибулярная системы на фоне нарушений корково-подкорковых соотношений (П. И. Готовцев, 1964, и др.).

В настоящей работе приводятся результаты систематического контроля за состоянием неврологического статуса у боксеров, получивших однократную травму (нокаут). Наблюдения проводились во время получения травмы, через 15 мин. (острейший период), через сутки, 3 дня, 1 неделю, 2 недели (острый период), 1 месяц, 3 месяца (поздний период), 6 месяцев и 10 месяцев (период остаточных явлений). Группу курируемых спортсменов составили 100 человек в возрасте от 19 до 25 лет со стажем занятий спортом 0,5 года. При многократном обследовании каждого спортсмена до момента получения травмы головы нарушений в их неврологическом статусе не определялось, заболевания центральной нервной системы в прошлом ни у кого из них не диагностировались.

У всех спортсменов вследствие травмы головы наступала кратковременная потеря сознания: 82 человека при ударе по голове утратили равновесие и оставались на полу в течение 3—12 сек. После этого 70 спортсменов жаловались на ощущение «легкости тела» и «ватных конечностей», 24 испытывали чувство «проваливания пола», 5 — раскачивания тела, «как на качелях», у 8 были зрительные нарушения в виде удаления или «набегания» предметов, 12 воспринимали неправильно контуры предметов, 8 травмированных отмечали гипераксию, 12 — диплопию, 23 спортсмена не могли указать, где находился противник до удара.

В острейшем периоде травмы у подавляющего большинства спортсменов (87) установлена частичная амнезия на события, предшествовавшие удару в голову, 18 че-

люди были дезориентированы в окружающей обстановке. Наряду с этим весьма часто обнаруживались глазодвигательные расстройства: мидриаз у 60 спортсменов, горизонтальный нистагм — у 42, ослабление конвергенции — у 13, «прыгающие зрачки» — у 8. Среди других клинических проявлений с особым постоянством выявлялись статодинамические нарушения: у 78 травмированных грубая атаксия, у 17 — гиперметрия, у 21 спортсмена отмечено снижение динамического тонуса в сочетании с проприоцептивной гиперрефлексией.

Как правило, описанные клинические проявления протекали на фоне вегетативных нарушений: у 67 спортсменов определялась тахикардия, сменявшаяся через несколько минут брадикардией, у 51 наблюдался общий гипергидроз, у 83 — бледность кожных покровов и у 23 — усиленный дермографизм.

В клинической картине острого периода травмы доминировали вегетативные расстройства: гипергидроз у 76 спортсменов, красный стойкий дермографизм у 42, лабильность пульса у 12. Статодинамические сдвиги у 46 человек сочетались с пирамидной симптоматикой (анизорефлексией — у 12, ослаблением брюшных рефлексов — у 8 и асимметрией носо-губных складок — у 4). Сохранились глазодвигательные нарушения: горизонтальный нистагм у 9 травмированных, ослабление конвергенции у 3. У 42 человек зафиксированы астено-невротические проявления (быстрая истощаемость при физической и умственной нагрузке у 31, эмоциональная лабильность у 11).

В позднем периоде у 29 травмированных сохранялись различного рода невротизированные состояния: 12 из них отмечали быструю истощаемость при умственной нагрузке, 4 жаловались на снижение памяти; эмоциональная лабильность выявлялась у 9 спортсменов и различные тикообразные движения плечами, головой, «шмыганье» носом были констатированы у 4. Очаговая пирамидная симптоматика обнаружена у 27 спортсменов, у 18 из них она сочеталась со статодинамическими нарушениями. У 32 спортсменов сохранялась вегетативная неустойчивость: цианоз кистей и стоп, гипергидроз ладоней, лабильность пульса, разнородный дермографизм. Глазодвигательные нарушения (ослабление конвергенции, анизокория) в этот период были зафиксированы только у 4 травмированных.

К концу 10-месячного срока у 26 спортсменов сохранялись невротические расстройства в сочетании с вегетативными нарушениями. У 23 спортсменов определялась очаговая пирамидная симптоматика (асимметрия носо-губных складок, анизорефлексия, снижение или отсутствие брюшных рефлексов), у 8 были зарегистрированы статодинамические нарушения и у 3 глазодвигательные (ослабление конвергенции, нистагм). У 1 спортсмена выявлен экстрапирамидный синдром (гипомимия, легкая ригидность мышц, тремор рук, сальность кожных покровов).

Приведенные данные подтверждают, что однократная травма головы (нокаут) закономерно сопровождается появлением микроорганических знаков, статодинамических нарушений, вегетативно-сосудистой неустойчивости, развитием астеноневротических состояний, длящихся довольно долго (до года). В отдельных случаях развиваются более стойкие невротические синдромы, описание которых выходит за пределы настоящей работы.

ЛИТЕРАТУРА

Готовцев П. И. Журн. невропат. и психиатр., 1964, 9.

Поступила 31 августа 1977 г.

УДК 616.71—001.59—089.8

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СВОЙСТВ ТКАНЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОАРТРОЗОВ

Канд. мед. наук В. М. Аршин, В. М. Еськов.

Кафедра травматологии и ортопедии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. Ф. Краснов) и кафедра физики (зав.— доц. Д. Ф. Павлов) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Реферат. Приводятся результаты исследования физиологических и механических свойств тканей, участвующих в аутокомпрессии (взаимодавление отломков за счет напряжения мягких тканей и мышечной тракции) при остеосинтезе псевдоартрозов. Установлено, что вклад мышечного тонуса в получаемые напряжения не превышает 5%. Предложена математическая модель физико-механических свойств тканей, которая позволяет количественно описывать процесс растяжения и прогнозировать выбор оптимальных величин напряжений ($P = P_0 \exp(C\Delta l)$), что имеет практическое значение в клинике.