

6—15-й день, в то время как α_2 -гликопротеин — в первые 5 дней после травмы (80,0%).

В сыворотке крови основной массы как травматологических, так и ожоговых больных С-РБ и α_2 -гликопротеина выявлялись длительное время, в ряде случаев даже после полного клинического выздоровления и выписки из стационара. Следовательно, содержание белков «острой фазы» связано не только с деструкцией тканей и воспалением, но и с восстановительными процессами.

Таким образом, определение и сопоставление при травмах таких белков «острой фазы», как С-РБ и α_2 -гликопротеин, весьма целесообразно, поскольку, находясь в сыворотке крови больных в течение всего периода заживления, они отражают не только явления деструкции и воспаления, но и восстановительные процессы в тканях.

УДК 617.51—001.036.8—06:616.89—008.46

А. С. Осетров, А. З. Багаудинова (Устинов). Кратковременная память у больных с последствиями черепно-мозговой травмы

Изучена кратковременная память у больных, перенесших черепно-мозговые травмы, с помощью теста из 10 слов. Поскольку мнестическая деятельность зависит от внимания и мотивационно-эмоциональных состояний, то у больных мы исследовали внимание с помощью корректурной пробы Бурдона и особенности личности методом многостороннего обследования личности.

Под наблюдением находились 53 больных (16 мужчин и 37 женщин в возрасте от 16 до 50 лет) с последствиями черепно-мозговой травмы, которые жаловались на ухудшение памяти. У 27 из них в остром периоде травмы было диагностировано сотрясение, а у 26 — ушиб головного мозга. У 39 пострадавших констатирована легкая степень, у 7 — травма средней тяжести, у 7 — тяжелая степень черепно-мозговой травмы. Давность травмы к моменту обследования составляла от 1,5 мес до 5 лет.

42 (79,2%) из 53 больных отмечали ухудшение памяти на текущие события, 2 (3,8%) — на прошлые, 9 (17,0%) — на текущие и прошлые события, при этом они жаловались также на головную боль, быструю утомляемость, повышенную раздражительность, ухудшение сна.

В неврологическом статусе у 37 (69,8%) больных определялось одно- или двусторонняя пирамидная микросимптоматика, чаще в сочетании с недостаточностью глазодвигательных и (или) кохлеовестибулярных нервов. Изолированное нарушение глазодвигательной или кохлеовестибулярной иннервации выявлено у 5 (9,4%) обследованных. У 11 (20,8%) пациентов признаков поражения анимальной нервной системы не было. Ведущим клиническим синдромом у 36 больных была головная боль, у 8 — астенический синдром, у 5 — вестибулокохлеарные нарушения, у 4 — синдром вегетососудистой дистонии.

Больных обследовали в первые дни поступления в клинику на фоне полной отмены приема каких-либо лекарств в течение 7—10 дней. В контрольную группу вошли 15 здоровых лиц (мужчин — 4 и женщин — 11) аналогичного возраста.

Показатели непосредственного и отсроченного воспроизведения кратковременной памяти у больных оказались близкими к соответствующим показателям здоровых лиц ($P > 0,05$). Кривая запоминания у обследованных с травмой носила, как и в норме, восходящий характер, однако при анализе системы активного поиска способов запоминания было отмечено, что у больных с травмой при непосредственном и отсроченном воспроизведении точный порядок слов встречается реже ($P < 0,05$), а значительное изменение порядка слов, наоборот, чаще ($P < 0,05$), чем у здоровых лиц.

Статистически достоверных различий в показателях точности по корректурной пробе Бурдона у больных с последствиями черепно-мозговой травмы и здоровых лиц не определялось. Продуктивность же работы у лиц с травмой была ниже, чем в контрольной группе ($P < 0,05$).

Полученные результаты показывают, что у больных с последствиями черепно-мозговой травмы, жалующихся на ухудшение памяти, количество воспроизводимых слов обычно является вполне удовлетворительным, лишь в ряде случаев имеются нарушения в фиксации следов воспринятого (при последствиях тяжелой травмы), а также в системе активного поиска способов запоминания и в аппарате слухения. Поскольку в любом деле (и в производстве) важен прежде всего конечный результат, а не способы выполнения задания, мы склонны считать, что существенные нарушения кратковременной памяти для большинства людей с последствиями черепно-мозговой травмы не характерны. Существенное значение в рациональной терапии таких больных должно отводиться коррекции их эмоциональной сферы (транквилизаторы, антидепрессанты и др.).

УДК 616.988.23—085.835.3

А. Ф. Краснов, Н. Ф. Давыдкин, А. П. Чернов, Л. А. Орлова (Куйбышев). Применение гипербарической оксигенации у больных с последствиями полиомиелита

Гипербарическая оксигенация была включена нами в комплексное лечение 82 пациентов с последствиями полиомиелита. Изучены также архивные материалы о 82 боль-

ных с аналогичными проявлениями полиомиелита и идентичным лечением, но без применения гипербарической оксигенации. Они составили контрольную группу.

Для лечения использовали одноместные барокамеры «Ока-МТ», «Иртыш-МТ» и многоместную «Волга-МТ». В процессе лечения больных изучали напряжение кислорода в тканях полярографическим методом, состояние кровообращения в конечности методом реовазографии; определяли содержание кальция и неорганического фосфора в плазме, клеточный состав крови. Результаты оценивали по характеру восстановления функции мышц, заживлению мягких тканей после оперативных вмешательств, срокам сращения костных отломков.

Исследования показали, что при лечении больных с последствиями полиомиелита наиболее эффективными являются режимы гипербарической оксигенации в 0,8—1,0 атм для одноместных кислородных барокамер и в 1,2—1,5 атм — для барокамеры «Волга-МТ».

В зависимости от выраженности последствий полиомиелита, характера проводимого лечения и схем применения гипербарической оксигенации все больные были подразделены на 4 группы. 1-я группа включала 30 больных с частичным поражением мышц, которым выполняли сухожильно-мышечные пересадки с целью восстановления активной функции сустава, повышения его стабильности. В предоперационном периоде для укрепления мышц им проводили комплексное консервативное лечение с применением 8—10 сеансов гипербарической оксигенации. На этом фоне терапия была более эффективной, чем у больных контрольной группы, что выразилось в статистически достоверном различии показателей реовазографии, электровозбудимости парализованных мышц, миографии.

После пересадки мышц лечение в барокамере продолжали со 2-го дня после операции (5—6 сеансов) с целью компенсации дефицита кислорода в пересаженных мышцах, улучшения их жизнеспособности в новых условиях. У больных, получавших лечебные сеансы, послеоперационный период протекал более благоприятно, чем в контрольной группе: снизилась температурная реакция, менее выраженными стали изменения в крови, не было нагноения ран. После снятия гипсовой повязки, в период реабилитации, проводили комплексное лечение, включавшее 8—10 сеансов гипербарической оксигенации. Таким образом, на курс лечения назначали всего 25—28 сеансов за 2—2,5 мес. В группе больных, леченных с применением гипербарической оксигенации, были получены более благоприятные клинические результаты, чем в контрольной группе, что выразилось в гладком послеоперационном течении и лучшей функции пересаженных мышц.

Во 2-ю группу вошли 30 больных с глубокими поражениями мышц того или иного сегмента. Для восстановления опороспособности конечности производили артрорез. Гипербарическую оксигенацию назначали с целью оптимизации условий репаративного остеогенеза. Пробный сеанс проводили до операции с целью определения индивидуальной чувствительности больного к кислороду и постепенной его адаптации к барокамере. Лечебные сеансы (курс — 15 сеансов) начинали со 2-го дня после операции отдельными циклами — по 5 сеансов в неделю с перерывами между циклами в 2 дня. Весь период лечения составлял 18—21 день.

У всех 30 больных, леченных с применением гипербарической оксигенации, имело место первичное заживление послеоперационной раны, артрорез был состоятельным. Из числа больных, которым гипербарическую оксигенацию не применяли, у 2 было констатировано нагноение послеоперационной раны, анкилоз наступал в более поздние сроки.

3-ю группу составляли 7 больных с укороченными нижними конечностями, которые им удлиняли с помощью аппаратов внешней фиксации. Так же, как и у пациентов 2-й группы, пробный сеанс проводили перед операцией. Гипербарическую оксигенацию назначали двумя циклами. Первый (5—7 сеансов) начинали на 2-й день после операции с целью уменьшения выраженности катаболической фазы регенерации и улучшения условий для первичного заживления мягких тканей. В процессе distraction, в связи с появлением сосудистых нарушений в конечности, повторяли лечение в барокамере — сначала по 2 сеанса в неделю, затем в каждую последующую добавляли еще по одному сеансу. В результате лечения уменьшались трофические нарушения, ослабевал болевой синдром, не отмечалось замедленное образование костного регенерата.

4-я группа объединяла 15 больных с парезами мышц, но с достаточной компенсацией, которым ранее было проведено консервативное лечение без применения гипербарической оксигенации. Лечебные сеансы (15—20) назначали им с целью повышения тонуса мышц отдельными циклами по 5 сеансов с перерывами между ними в 2—3 дня. Результат выражался в увеличении силы и выносливости мышц, в уменьшении трофических расстройств.

Таким образом, при гипербарической оксигенации возрастает эффективность консервативного и операционного методов лечения последствий полиомиелита.