

Отдел I. Социалистическое здравоохранение, социальная и профессиональная гигиена, профпатология.

Из клинического сектора Ленинградского ин-та по изучению профзаболеваний.
(Директор ин-та доц. И. Г. Липкович; зав. сект. проф. Н. А. Вигдорчик).

Профессиональная судьба травмоневротиков.

А. И. Джигит.

Несмотря на громадную литературу о травмневрозе, имеется один вопрос, который до сих пор освещен сравнительно мало: это—вопрос о профессиональной судьбе травмоневротиков, о динамике их трудоспособности, об их перемещениях из одного вида труда в другой. Этому вопросу и посвящается настоящая статья.

Наш материал обнимает 78 травмоневротиков, прошедших через Ленинградский институт профзаболеваний в течение последних нескольких лет; о том, на основании каких симптомов ставился диагноз травматического невроза, мы здесь говорить не будем,—отметим только, что весь наш материал прошел через руки высококвалифицированных невропатолога и психиатра. Диагноз основывался не только на обычном клиническом исследовании, но и на учете анамнеза, на данных о прошлой заболеваемости, на сведениях от здравпунктовых врачей. Все больные проводились через психотехническую лабораторию. В очень многих случаях мы производили специальные обследования на дому и на производстве. Наконец, наша диагностика подкреплена заключением Ленинградского БВЭ: наши 78 травмоневротиков признаны инвалидами именно по данному заболеванию. Все это дает нам право считать наш материал достаточно доброкачественным и принимать данную диагностику, как достаточно достоверную.

Приведем прежде всего несколько небезинтересных данных из анамнеза наших больных.

В анамнезе обследованных 78 травмоневротиков отмечено 168 травм, из них 131 производственных и 37 непроизводственных. Уже из этих цифр видно, что общераспространенное мнение, согласно которому травматический невроз является результатом однократной травмы, нуждается в существенной поправке. В нашем материале только в половине случаев (у 39 чел.) развитию невроза предшествовала однократная травма; в другой половине случаев было по несколько травм,

причем между травмами проходил довольно значительный промежуток времени (в среднем 5—6 лет), в течение которого пострадавший оставался на работе, хотя нередко и испытывал некоторые субъективные расстройства; таким образом, мы должны думать, что в этих случаях развившийся в конце концов травматический невроз фактически суммировал реакцию нервной системы не только на последнюю травму, но и на все предыдущие.

На группу с повторными травмами падает всего 129 травм, т. е. по 3,3 травмы на человека. В отдельных случаях травматическому неврозу предшествовало по 5 и 6 травм. В это число входят и непроизводственные, главным образом военные травмы. Довольно часто встречался такой анамнез: контузия на фронте; длительный период работоспособности, несмотря на оставшуюся после контузии неустойчивость нервной системы; затем производственная травма, не всегда даже очень тяжелая; вслед за нею—декомпенсация, выраженный невроз и длительная или даже стойкая нетрудоспособность. Что касается характера травм и их тяжести, то в этом отношении мы распределили все травмы на 3 группы: ушибы головы, сотрясения тела и прочие травмы. По этой классификации весь наш материал (все 168 травм) распределяются так:

Таблица № 1

	Абс. ч.	%
Ушибы головы	61	36,3
Сотрясения тела	23	13,7
Прочие травмы	84	50,0
Всего	168	100,0

В этой таблице ушибы головы и сотрясения тела занимают в общей сложности такое же место, как и группа „прочих“ травм. Но совершенно иная картина получается, если рассматривать отдельно травмы, непосредственно вызвавшие невроз („последние“ травмы), и травмы, не давшие ясной картины травматического невроза („предшествовавшие“ травмы). В следующей таблице дано %-ое распределение различного вида травм по этим двум рубрикам:

Таблица № 2

	Предшест. травмы		Послед. травмы	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Ушибы головы	20	22,2	41	52,6
Сотрясения тела	11	12,2	12	15,4
Прочие травмы	59	65,6	25	32,0
Всего	90	100	78	100

Из этих цифр видно, что не всякая травма ведет к развитию невроза. Особое этиологическое значение в этом смысле имеют травмы головы и сотрясение тела. Таких травм в группе „последних“ 68%,—а в группе „предшествовавших“ только 34%, т. е. ровно в 2 раза меньше. Особое значение имеют очевидно травмы головы (52,6%—22,2%).

Еще ярче специфичность травм, вызывающих невроз, обнаруживается при подсчете числа травм с потерей сознания. Такие травмы были во

всех трех группах, т.е. среди ушибов головы и среди сотрясений тела и среди прочих травм; общее число случаев с потерей сознания составляет 63. Между „предшествовавшими“ и „последними“ травмами эти случаи распределяются следующим образом:

Таблица № 3

	Предшествующ.		Последние	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
С потерей сознания	16	17,8	47	60,3
Без потери сознания	74	82,2	31	39,7
Всего	90	100	78	100

Среди последних травм потеря сознания встречается почти в $3\frac{1}{2}$ раза чаще, чем среди „предшествовавших“ ($60,3\%$ — $17,8\%$).

В общем, из приведенных цифр выясняется с полной очевидностью, что специфическое действие, в смысле травматизации нервной системы, оказывают травмы головы, сопровождающиеся потерей сознания.

Переходя далее к вопросу о трудоспособности травмоневротиков, мы начнем наш анализ с данных о первом году после несчастного случая. Во избежание недоразумений, оговоримся, что в дальнейшем мы будем говорить только о тех травмах, которые повлекли за собой развитие или по крайней мере выявление травматического невроза.

Как долго продолжается неработоспособность непосредственно после несчастного случая? Относительно первого года после травмы на этот вопрос отвечают следующие цифры.

Таблица № 4.

В течение первого года не работали после травмы.

	Абс. ч.	%
От 1—3 мес.	9	13,9
„ 4—6 „	13	19,9
„ 7—9 „	9	13,9
„ 10—12 „	34	53,3
Всего	65	100

Работало в теч. всего 1-го года . . . 4 чел.

Не имеется точных данных 9 чел.

Всего 78 чел.

Таким образом, если не считать 4 случаев, где невроз не вызвал полной неработоспособности и 9 случаев, где анамнез был недостаточно достоверен, то из остальных 65 случаев,—больше, чем в $\frac{1}{2}$ случаев, пострадавшие не работали почти весь первый год после травмы. В остальных случаях полная неработоспособность длилась только часть года. Как и следовало ожидать, случаи с полной неработоспособностью в течение всего первого года относятся к наиболее тяжелым травмам, в особенности к тем, где имелся ушиб головы или сотрясение тела с потерей сознания.

Что касается последующих лет, то продолжительность наших наблюдений далеко не одинакова для различных групп обследуемых. Есть травмоневротики, у которых травма, вызвавшая невроз, имела место много лет тому назад. Относительно этой группы мы имеем анамнез за длительный период. Другие напротив подвергались травме только 1—2 года тому назад. Здесь период наблюдений сравнительно короток.

Легко понять, что, по мере перехода от непродолжительных сроков наблюдений к более длинным, наш материал уменьшается. Так, относительно 2-го года после травмы мы имеем сведения о 55 травмоневротиках, относительно 3-го года—о 47, для 4-го года—33, для 5-го—22, для 6-го—12 и больше чем за 6 лет—мы имеем наблюдения только для 5 невротиков. Несмотря на такое неодинаковое число наблюдений для различных периодов, мы считали небезинтересным сопоставить для каждого порядкового года в отдельности % работавших и неработавших травмоневротиков.

При этом, мы отнесли к группе работавших—тех, кто работал большую часть года (больше 9 мес.); к не работавшим—тех, кто большую часть года (больше 9 мес.) не работал. Остальные были отнесены в смешанную группу. Как показывает следующая таблица, наше сопоставление выявило определенную закономерность.

Таблица № 5.

	Работавш.		Не работ.		Смеш. груп.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-й год после травмы	13	18,8	34	49,3	22	31,9
2-й " " "	18	32,7	33	60,0	4	7,3
3-й " " "	17	36,2	28	59,6	2	4,2
4-й " " "	14	42,5	16	48,5	3	9,0
5-й " " "	14	63,8	6	27,2	2	9,0
6-й " " "	7	58,4	5	41,6	—	—

Первый столбец цифр обнаруживает определенную тенденцию к повышению. В течение 5 и 6 гсда работает около 60% травмоневротиков, между тем как в течение 1-го года только 18,8%, и это увеличение цифр совершается правильно из года в год.

Таким образом, мы имеем право сделать вывод, что травмоневротики постепенно восстанавливают свою трудоспособность. Но, с другой стороны, остается в силе и тот факт, что довольно значительный % (27—42%) остаются нероботоспособными в течение 5 и 6 лет после несчастного случая. Это, конечно, опять-таки те тяжелые случаи, которые уже в течение первого года дают полную нетрудоспособность, принимая во внимание что в группу „работавших“ мы отнесли не только тех, кто работал регулярно круглый год, но и тех, кто работал большую часть года, т. е. фактически все-таки оставлял работу на срок до 3-х месяцев; принимая затем во внимание, что лица, отнесенные к группе „работавших“, некоторую часть года все-таки работали, и, наконец, что, кроме названных двух групп, мы имеем еще смешанную группу, где периоды работоспособности и нероботоспособности были более или менее равны друг другу.

мы должны к приведенным в последней таблице данным сделать известное дополнение, чтобы точнее выяснить соотношение между продолжительностью периодов работоспособности и неработоспособности.

С этой целью мы подсчитали общее количество лет наблюдения над всеми нашими травмоневротиками и вычислили, — в течение какой части этого периода травмоневротики работали и в течение какой части они не работали. Этот подсчет дает следующие результаты:

Общая продолжительность периода наблюдений . . . 285 лет.

Продолжит. периода неработоспособн.	177 (62,1%).
---	--------------

работоспособности 108 (37,9%).

На неработоспособность падает значительно больший % времени, чем на работоспособность.

Этот вывод дает нам общее представление, в отношении работоспособности, об ущербе, который наносят травмоневрозы. Но он ни в какой степени не колеблет установленного выше положения о том, что, по мере удаления от несчастного случая, вызвавшего невроз, работоспособность обнаруживает явную тенденцию к восстановлению.

Спрашивается, однако, как нужно понимать это восстановление трудоспособности? Есть ли это полное восстановление так называемой специальной работоспособности, т. е. возвращение к прежней профессии — к профессии, в которой пострадавший работал до травмы, или же невроз вынуждает бросать прежнюю работу и искать новую профессию?

Мы имеем данные о 51 травмоневротике, в разное время пытавшихся работать либо в своей прежней профессии, либо в какой-нибудь иной. Оказывается, что только 11 человек остались верны своей прежней работе, хотя в некоторых случаях с облегченными условиями труда, а 40 чел. вынуждены были переменить характер работы. Какие же это 11 профессий?

Заверточница, швея, чернорабочий, приемщик, столяр, печник, штукатур, слесарь.

Остальные 3 человека, хотя остались в прежней профессии, но работают не в обычных условиях. Так, артельщик стал кассиром, что не связано с разъездами, молотобоец кует только легкие детали, электромонтер выполняет работу облегченного типа.

Из сопоставления профессий в этих 11 случаях видно, что никакой особой закономерности здесь нет. Точно также выяснилось, что и тяжесть травм в этих случаях была различная. Таким образом, причины, удерживающие травмоневротиков в прежних профессиях, очевидно сложны и не поддаются выявлению на малом материале.

Яснее дело обстоит с теми 40 случаями, в которых травмоневротики ушли из своих профессий. Здесь мы имеем почти всегда более или менее значительную деквалификацию: таёй, клепальщик, плотник, счетовод, столяр, слесарь, станочник—сделались сторожами: плавильщик—уборщиком, квалифицированный слесарь—проводником, грузчики стали гардеробщиками и дворниками. Шофер работает установщиком машин в гараже. Вагоновожатый—контролером, сварщик, котельщик, старший машинист перешли в чернорабочие.

Такая явная тенденция к переходу из квалифицированных профессий в неквалифицированные едва ли требует особых объяснений. Чем квалифицированнее профессия, тем, вообще говоря, она предъявляет больше требований к памяти, вниманию, к самообладанию, к равновесию психи-

ческих и физических функций, но, как раз, всего этого у травмоневротики и не оказывается налицо. Вопрос наших обследованных вполне подтверждает это объяснение. Все они указывают, как на прямую причину перемены профессии, на раздражительность, головные боли, шум в голове, общую слабость, потерю памяти, иногда на припадки истерического характера.

Таким образом, на вопрос о том, в какой степени восстанавливается трудоспособность травмоневротиков—мы должны ответить, что специальная трудоспособность восстанавливается сравнительно редко (в 11 случаях из 51). Наблюдающееся из года в год восстановление трудоспособности идет за счет перемены профессии, связанной в большинстве случаев с декартификацией.

Интересны данные о *заработке* работающих травмоневротиков: их материальное положение значительно благополучнее по сравнению с неработающими. Работающие получают в среднем заработок в размере 88 р. + 40 руб. пенсии, в то время как не работающие имеют только пенсию в 40 руб. Отсюда видно, что распространенное в западно-европейской литературе мнение, будто существенным моментом, способствующим развитию травматического невроза, является материальная заинтересованность пострадавшего в отказе от работы, ни в малейшей степени не подтверждается на нашем материале. Конечно, в западных странах неработающие травмоневротики находятся в таком тяжелом материальном положении, что там еще меньше имеется оснований сводить травматический невроз к „рентному“ неврозу.

Среди моментов, травмирующих психику травмоневротиков и поддерживающих их нетрудоспособность, как известно, не последнее место принадлежит частым переосвидетельствованиям в целях экспертизы. И этот вопрос мы можем несколько осветить на основании нашего материала. В общем все наши травмоневротики подвергались освидетельствованиям в БВЭ 312 раз, т. е. в среднем по 4 раза на человека. Это средняя, однако, не отражает еще полностью степени травматизации нервной системы, обуславливаемой переосвидетельствованиями. Не забудем, что в нашем материале есть лица, находившиеся под наблюдением всего только 1—2 года. Поэтому, более ясное представление по данному вопросу дает иной способ вычисления, именно подсчет числа освидетельствований, приходящихся на 1 год состояния инвалидности по травматическому неврозу. Этот подсчет дает цифру 1,7. Это значит, что, например, травмоневротик, не выздоровевший в течение 5 лет, подвергается за это время 8—9 переосвидетельствованиям.

Для чего, однако, производятся столь частые переосвидетельствования? Какова их эффективность с точки зрения интересов страховых органов?

Из 72 травмоневротиков, подвергавшихся переосвидетельствованию, 40 сохранили прежнюю группу, 19 получили повышение группы и 13—понижение ее. Так как в случаях повышения группы дело идет, очевидно, о значительном ухудшении в состоянии травмоневротика, то естественно предположить, что в этих случаях больные и сами возбудили бы вопрос о переосвидетельствовании, так что здесь не было оснований намечать таковое заранее. Нельзя также считать эффективными те 40 случаев, где переосвидетельствование не привело к изменению группы. И только в 13 случаях из 72, т. е. в 18% цель переосвидетельствования была достигнута.

Если согласиться, что то постоянное напряжение психики, которое связано с ожиданием переосвидетельствования, поддерживает нетрудоспособность травмоневротиков, то эффективность системы частых переосвидетельствований окажется весьма сомнительной.

Выводы:

1. Травматический невроз развивается в 50% случаях в результате повторных травм.

2. Причиной развития травматического невроза в большинстве случаев (около 60%) является травма головы или сотрясение тела, протекающие с потерей сознания.

3. Результатом таких травм является нетрудоспособность, которая в 50% случаев длится в течение всего первого года после травмы.

4. В течение последующих лет после несчастного случая травмоневротики постепенно восстанавливают свою трудоспособность, а именно, — в течение первого года работало 18%, в течение 5-го — 63,8%.

5. Восстановление работоспособности в большинстве случаев сопровождается переходом на другую работу, с понижением квалификации.

6. Восстановление работоспособности травмоневротиков резко улучшает его материальное положение, что противоречит распространенному мнению о материальной заинтересованности, как этиологическом факторе травматического невроза.

7. Переосвидетельствования в БВЭ очень часты, они дают мало эффективные результаты с точки зрения интересов страховых органов, а т. к. они безусловно поддерживают болезненное состояние травмоневротиков, то их следует свести к минимальному количеству.

Наш материал количественно мал и далеко не охватывает всего вопроса о травматическом неврозе. Он освещает только отдельные его пункты, главным образом вопрос о профессиональной судьбе травмоневротиков. В этом отношении он дает, как видно из выводов, некоторые опорные пункты для оценки трудоспособности при травматическом неврозе.

Поэтому мы не будем в настоящей работе касаться практических предложений в отношении профилактики травматического невроза, т. к. это выходит за пределы того, что вытекает из нашего материала.
