

Значення типів вищої нервової діяльності для розуміння деяких післяопераційних ускладнень у хірургічній клініці

В. М. Шамов і Л. Є. Константинова

Вчення І. П. Павлова про типи вищої нервової діяльності досі ще не дістало широкого застосування в клінічній медицині. Крім праць безпосередніх учнів І. П. Павлова (Красногорського, Бірмана й Іванова-Смоленського), з цього питання можна відзначити тільки недавно опубліковані дослідження Черноруцького, присвячені вивченню стану вищої нервової діяльності у терапевтичних хворих.

Обмежена кількість праць з питання про типи вищої нервової діяльності, важливих для клінічної медицини, пояснюється складністю і громіздкістю відповідних досліджень на людині і великим розривом у діяльності представників фізіології і клінічної медицини, який спостерігається і досі.

Сама ж ідея вивчення різних питань клініки з точки зору індивідуальних відмінностей стану вищої нервової діяльності окремих хворих цілком відповідає давно вже встановленій у клініці вимозі глибоко індивідуалізувати стан хворого, «лікувати не тільки хворобу, а й весь організм хворого в цілому».

Однак ця надзвичайно важлива вимога клініцистів натрапляє і досі у лікарській практиці на ряд великих утруднень, внаслідок чого клініцисти звичайно обмежуються тільки визначенням стану органів кровообігу, дихання і нирок та виявленням різних супровідних захворювань. Більш глибокий облік усіх індивідуальних особливостей організму, його природжених і набутих якостей, які без сумніву відіграють важливу роль у перебігу різних патологічних процесів, до останнього часу не тільки не увійшов у клінічну практику, але й ще не підданий належній науковій розробці.

В цьому відношенні є тільки давно вже зібрані хірургічною клінікою окремі уявлення і враження, що огрядні пацієнти з короткими шиями погано переносять захворювання й оперативні втручання, що в людей огрядних, масивних часто в післяопераційному періоді розвиваються тромбози та емболії, що худорляві жінки з опущеними нутрощами і невірноваженою нервовою системою навіть після невеликих операцій схильні у післяопераційному періоді до тяжких загальних розладів з появою ацетону в сечі, що у полохливих, надумливих пацієнтів хвороби і післяопераційний період проходять особливо тяжко і, навпаки, бадьорі, впевнені у своєму одужанні хворі часто дивовижно легко переносять найтяжчі оперативні втручання.

Проте всі ці враження та окремі спостереження клінічної практики науково не узагальнені. Тому і не створені ще провідні принципи для розуміння, попередження і лікування різних захворювань.

Спроби зв'язати різні патологічні процеси з конституціональними

особливостями організму, що робилися протягом деякого часу, не дали певних результатів. Це й зрозуміло, бо облік конституціональних особливостей організму за зовнішніми формами тіла різних людей ще не дає можливості визначити його основні властивості й якості, оскільки зовнішні форми будови організму не можуть служити показником функціональних властивостей його центральної нервової системи, яка відіграє провідну роль в усіх реакціях організму на зовнішні і внутрішні подразнення, а також в усіх функціях організму в його здоровому і хворому стані.

В зв'язку із сказаним сучасний стан наших наукових медичних уявлень потребує корінного перегляду поставлених вище питань і поглибленого їх вивчення саме з точки зору стану вищої нервової діяльності. Вчення І. П. Павлова про типи вищої нервової діяльності заслуговує тому великої уваги клініцистів і відкриває перед ними нові багатообіцяючі шляхи вивчення особливостей перебігу захворювань у різних людей з точки зору індивідуальних властивостей їх вищої нервової діяльності.

Слід відзначити, що в хірургічній клініці найбільш цікавим і вдячним об'єктом для такого вивчення є ті післяопераційні ускладнення, які безпосередньо не зв'язані з недоліками оперативної техніки, оскільки початок розвитку цих ускладнень, умови їх виникнення і дальший перебіг можуть бути зареєстровані і проаналізовані з незрівнянно більшою точністю і повнотою, ніж початок і розвиток всіх інших захворювань людського організму.

Ці міркування і лягли в основу передумов для проведення цього дослідження, завданням якого було вивчити деякі післяопераційні ускладнення з точки зору їх взаємовідношення з функціональним станом вищої нервової діяльності.

Слід зауважити, що при розв'язанні поставленого завдання вже на початку досліджень ми натрапили на значні утруднення, для усунення яких довелося витратити багато часу і праці. Ці утруднення насамперед полягали у виробленні методики визначення стану вищої нервової діяльності людини в клінічній обстановці. Відсутність в момент, коли ми приступали до цієї праці, відповідної методики примусила нас випробовувати і порівнювати між собою дослідження за різними, запропонованими останнім часом методиками. В кінцевому підсумку ми поклали в основу досліджень методику Іванова-Смоленського як таку, що найбільш відповідає сучасним вимогам об'єктивного вивчення стану вищої нервової діяльності людини. Однак результати досліджень за цією методикою, яка дає можливість встановити тип вищої нервової діяльності людини тільки в даний момент, виявилось дуже доцільним і необхідним доповнити даними, здобутими за допомогою клініко-біографічної методики Бірмана, що дозволяє визначати стан вищої нервової діяльності людини за все її попереднє життя.

Друге джерело утруднень при виконанні цієї праці було зв'язане з добором певної групи хворих, у яких можна було передбачити виникнення у післяопераційному періоді тих чи інших ускладнень. Ці ускладнення могли бути обумовлені станом організму хворого, особливостями його захворювання, а також могли залежати від травматичності оперативного втручання. Нарешті, на виникнення і розвиток цих ускладнень міг в тому чи іншому напрямі впливати цілий ряд таких додаткових факторів, як процес обезболювання, переливання крові, введення протишокових рідин і різних лікувальних речовин.

Слід відзначити, що більш чіткі відповіді на всі ці питання склалися тільки поступово, в міру нагромадження необхідного досвіду. Намі-

чен
гру
над
хіру
гній
зул
ног
його

тяж
хво
про

чен
підс
хво
при
раці
тра
лин

нен
вищ
раці
чан
ному
розг
викл
гічне

з ти
дове
них

За і
пров
певно

хвор
визна
мс, в
дини:
лерин
жени

Г
рюва
Я

(150
вової
сильн
(39 з
тільки
ного т

О
81 хв

4—1102

чений спочатку план досліджень з охопленням великих і різноманітних груп хворих, яких піддають різним хірургічним операціям, виявився надто трудомістким і нереальним. Тому поступово довелося звужити коло хірургічних захворювань та виключити всі тяжкі травматичні і гостро-гнійні процеси, а також запущені стадії злоякісних пухлин, при яких результат оперативних втручань цілком обумовлюється тяжкістю патологічного процесу, коли резистентність організму хворого, визначувана станом його вищої нервової діяльності, відходить далеко на задній план.

Усе сказане примусило нас спинитися на захворюваннях середньої тяжкості, які мають хронічний характер і не ставлять під загрозу життя хворого, на захворюваннях, при яких боротьба організму з патологічним процесом буває найбільш чітко виражена.

Ми змушені були також звужити коло оперативних втручань, намічених до аналізу, і обмежитись більш простими і типовими. В кінцевому підсумку ми спинились на оперативних втручаннях при двох групах захворювань: 1) на групі захворювань травних органів і застосовуваних при них типових операціях — резекції шлунка, дуоденоюностомії, операціях на жовчних шляхах і апендектомії; 2) на групі операцій поза травних органів — на щитовидній залозі, нирках, з приводу гриж і пухлин м'яких тканин.

Великі труднощі виявились при виборі тих післяопераційних ускладнень, які було найдоцільніше вивчати в їх взаємовідносинах з типом вищої нервової діяльності хворого. Цілком зрозуміло, що всі післяопераційні ускладнення, зв'язані з порушенням техніки оперативного втручання або правил асептики, в результаті яких у хворих в післяопераційному періоді виникали кровотечі, перитоніти, абсцеси, нориці, не могли розглядатися нами із зазначеної точки зору. З аналізу довелося також виключити і ті ускладнення, які цілком залежали від тяжкості патологічного процесу, з приводу якого провадилося оперативне втручання.

У зв'язку із сказаним при зіставленні післяопераційних ускладнень з типами вищої нервової діяльності хворих нам у кінцевому підсумку довелося спинитися тільки на трьох групах ускладнень — післяопераційних психозах, тромбофлебитах і пневмоніях.

Викладені в цій праці дослідження тривали близько трьох років. За цей період група співробітників хірургічної клініки, якій довелося провадити дослідження в цілком новій для неї науковій галузі, набула певного досвіду в аналізі зроблених спостережень.

Визначення типу вищої нервової діяльності було проведене у 275 хворих, підданих різному хірургічному втручання, причому за основу визначення типів була взята класифікація І. П. Павлова, який, як відомо, виділив чотири основні типи вищої нервової діяльності тварин і людини: слабкий (меланхолік), сильний неврахований нестримний (холерик), сильний врівноважений рухомий (сангвінік), сильний врівноважений інертний (флегматик).

Про характер поділу хворих, оперованих з приводу різних захворювань, за типами вищої нервової діяльності дає уявлення табл. 1.

Як видно з цієї таблиці, більшість — 54,5% — досліджених хворих (150 з 275) належала до сильного неврахованого типу вищої нервової діяльності. На другому місці — 29,5% (81 з 275) — були хворі з сильним врівноваженим рухомим типом вищої нервової діяльності. 14,2% (39 з 275) становили хворі слабого типу вищої нервової діяльності і тільки 1,8% (5 з 275) належали до сильного врівноваженого інертного типу.

Оперативні втручання у цих хворих були такі: резекція шлунка — у 81 хворого, гастроентероанастомія — 1, ваготомія — 1, дуоденоюностомія — 1.

Таблиця 1

Розподіл оперованих хворих за захворюваннями і типом вищої нервової діяльності

Захворювання	Тип вищої нервової діяльності				Всього
	Слабий	Сильний не- врівноважений нестримний	Сильний врів- новажений рухомий	Сильний врів- новажений інертний	
Захворювання шлунка і дванадцяти- палої кишки	21	50	41	—	112
Холецистити	3	9	8	—	20
Апендицити	6	42	15	1	64
Зоби	4	11	2	—	17
Інші хірургічні захворювання (грижі, доброякісні пухлини, камені в нирках тощо)	5	38	15	4	62
Всього	39	150	81	5	275
В процентах до загального числа хворих	14,2	54,5	29,5	1,8	100

мія — 26, холецистоектомія з холедохотомією — 20, струмектомія — 17, апендектомія — 64, різні інші оперативні втручання — 65. У більшості хворих захворювання проходили досить тяжко, особливо у хворих на виразкову і жовчнокам'яну хворобу, оскільки значна частина оперованих хворих (150 з 275) мала також різні супровідні захворювання — гіпертонію, кардіосклероз, стенокардію тощо. У деяких хворих були в різній мірі виражені функціональні розлади нервової системи. Чимало хворих (65 з 275) в минулому вже були піддані різним оперативним втручанням — апендектомії, холецистоектомії, резекції шлунка, гастроентероанастомії тощо. У деяких хворих минулі операції, очевидно, були основані на помилковій діагностиці. Цілком зрозуміло, що в таких випадках операція не давала ніякого полегшення і тільки марно травмувала психіку хворих. В анамнезі життя цієї групи хворих можна було відзначити в минулому різні захворювання. Так, інфекційні захворювання в минулому були у 106 чол., малярія — у 46, туберкульоз легень і інших органів — у 14, травма тіла або черепа — у 41, аліментарна дистрофія — у 15, психічні травми були у 24 чол. і психічні захворювання — у чотирьох.

Отже, з наведеної клінічної характеристики хворих, у яких були зроблені хірургічні операції, випливає, що у більшості з них до основного захворювання, перебіг якого часто був тяжким, приєднувались серйозні супровідні захворювання, а в анамнезі у багатьох з них були вказівки на перенесені тяжкі хвороби і травми.

Перебіг післяопераційного періоду у хворих залежав від тяжкості основного патологічного процесу та операції і був то більш, то менш тяжким.

Вибрана для вивчення група ускладнень післяопераційного періоду і їх розподіл залежно від типу вищої нервової діяльності хворих представлені в табл. 2.

Таблиця 2
Розподіл післяопераційних ускладнень у хворих за типом вищої нервової діяльності і характер цих ускладнень

Післяопераційні ускладнення	Тип вищої нервової діяльності				Всього (275 чол.)
	Слабий (39 чол.)	Сильний не- врівноважений нестримний (150 чол.)	Сильний врів- новажений ру- хомий (81 чол.)	Сильний врів- новажений інертний (5 чол.)	
Психози	1	5	2	—	8
Тромбофлебіти й інфаркт легень . .	8	14	4	—	26
Пневмонії	3	26	10	1	40
Всього ускладнень . . .	12	45	16	1	74

Наведена таблиця показує, що досліджувані післяопераційні ускладнення частіше виникали у хворих із слабим і сильним невірноваженим нестримним типами вищої нервової діяльності, а саме у 12 хворих з 39 із слабим типом і у 45 із 150 з невірноваженим нестримним типом, тобто майже в третині усіх випадків. Водночас у осіб сильного врівноваженого рухомого типу вищої нервової діяльності ці ускладнення спостерігались менш ніж в одній п'ятій частини хворих (у 16 з 81).

Таблиця 3
Розподіл хворих з післяопераційними ускладненнями за типом вищої нервової діяльності

Тип вищої нервової діяльності	Всього хворих	З них з ускладненнями	
		Число хворих	В процентах до числа хворих кожного типу
Слабий	39	12	30,8
Сильний невірноважений нестримний . .	150	45	30,0
Сильний врівноважений рухомий	81	16	19,7
Сильний врівноважений інертний	5	1	20,0
Всього	275	74	27,0

Найчастіше вказані ускладнення спостерігались у хворих після оперативних втручань на шлунку, дванадцятипалій кишці і жовчних шляхах (в одній третині хворих) і найрідше — після струмектомії (в одній шостій частині хворих).

При розгляді питання, які ускладнення спостерігаються частіше у хворих різного типу вищої нервової діяльності, виявилось, що психози здебільшого розвивались у хворих з невірноваженим нестримним типом. Тромбофлебіти й інфаркти легень частіше виявлялись в осіб із слабим і сильним невірноваженим нестримним типом вищої нервової діяльності, тоді як пневмонії спостерігались у представників усіх трьох типів вищої нервової діяльності приблизно з однаковою частотою.

Якщо розподілити хворих з післяопераційними ускладненнями за типом вищої нервової діяльності, як це показано на табл. 3, то можна

прийти до висновку, що досліджувані післяопераційні ускладнення спостерігались однаково часто як у хворих слабого типу — 30,8% (у 12 з 39), так і серед осіб сильного неврівноваженого нестримного типу — 30,0% (у 45 із 150). Значно рідше ці післяопераційні ускладнення виявлялись у хворих сильного врівноваженого рухомого типу вищої нервової діяльності (19,7%).

Тяжкість перебігу післяопераційних ускладнень у хворих різних типів вищої нервової діяльності відображена в табл. 4.

Таблиця 4
Розподіл післяопераційних ускладнень в зв'язку з тяжкістю їх перебігу за типами вищої нервової діяльності хворих

Тип вищої нервової діяльності	Ступінь тяжкості післяопераційного ускладнення			
	Дуже тяжкий	Середньої тяжкості	Легкий	Всього
Слабий	7	4	1	12
Сильний неврівноважений нестримний	24	18	3	45
Сильний врівноважений рухомий	4	6	6	16
Сильний врівноважений інертний	—	—	1	1

З табл. 4 видно, що більш ніж у половині випадків досліджувані ускладнення у хворих слабого типу вищої нервової діяльності проходили дуже тяжко (7 з 12). У хворих сильного неврівноваженого нестримного типу нервової діяльності вони також проходили дуже тяжко більш ніж у половини хворих (24 з 45), в той час як у хворих сильного врівноваженого рухомого типу дуже тяжкий перебіг післяопераційних ускладнень спостерігався лише у 25% хворих (4 з 16).

Як клінічні ілюстрації наведених даних про те, що післяопераційні ускладнення у хворих крайніх типів вищої нервової діяльності проходять тяжче, ніж у хворих сильного врівноваженого рухомого типу, наводимо кілька характерних прикладів.

1. Двоє хворих з післяопераційними психозами. В одного з них, 40 років, сильного неврівноваженого нестримного типу вищої нервової діяльності після резекції шлунка з приводу виразки розвинувся тяжкий психоз з маренням переслідування, який тривав понад два тижні, через що хворого довелося перевести в психіатричну клініку. У другій хворій, 44 років, сильного врівноваженого рухомого типу вищої нервової діяльності, яка хворіла на хронічну кишкову непрохідність, у післяопераційному періоді розвинувся психоз з емоціональним збудженням і швидким виснаженням асоціативних процесів, який тривав всього лише три дні і закінчився повним видужанням.

2. Двоє хворих з післяопераційними тромбофлебитами, 52 і 63 років. Обидві огрядні жінки, які хворіли на гіпертонію, причому у другій, крім того, були емфізема і хронічний бронхіт. У першій хворій, яка належала до слабого типу вищої нервової діяльності, після невеликої операції видалення під місцевою анестезією вищої лівої стегна, при сприятливому загоєнні рани розвинувся тромбофлебіт глибоких вен нижньої кінцівки, який ускладнився повторними інфаркт-пневмоніями, з приводу чого вона в надзвичайно тяжкому стані провела в клініці понад три місяці. У другій хворій, яка належала до сильного врівноваженого інертного типу вищої нервової діяльності, операція з приводу великої пупкової грижі також ускладнилась симптомами тромбофлебіту і пневмонією. Однак усі ці явища легко піддалися відповідному лікуванню і видужання хворої настало без затримки.

3. На протилежність ряду полохливих, надумливих хворих двох крайніх типів вищої нервової діяльності, у яких в післяопераційному періоді спостерігались різні ускладнення, особливу увагу привертала хвора, 56 років, сильного врівноваженого рухомого типу вищої нервової діяльності. Ця хвора протягом чотирьох років дуже страждала від тяжких приступів жовчокам'яної хвороби з повторними і тривалими жовтяницями. В клініку поступила з приводу обтураційної жовтяниці, що тривала вже чотири місяці. Хвора приїхала глибоко впевнена в тому, що єдиним засобом

позбавлення від страждань є для неї операція, в успішності якої вона ні трохи не сумнівалась. Незважаючи на тяжке захворювання, яке супроводжувалось гіпертензією і виснаженням, ця хвора дивовижно легко перенесла тяжке оперативне втручання — видалення каменів із загальної жовчної протоки з дренуванням останньої. Післяопераційний період також проходив у неї дуже легко — з першого дня вона була в бадьорому настрої, твердо вірила у своє видужання і швидко поправилась.

Таким чином, наведені дані дозволяють з усією переконливістю прийти до висновку, що в розвитку таких післяопераційних ускладнень як психоз, тромбофлебіт і інфаркт легень, крім тяжкості основного захворювання та оперативного втручання, велику роль відіграє і тип вищої нервової діяльності. У хворих крайніх типів нервової діяльності ці ускладнення трапляються значно частіше і проходять тяжче, ніж у хворих, що належать до сильного рівноваженого типу.

Виникає природне питання, чи не обмежується вплив вищої нервової діяльності тільки розібраними нами післяопераційними ускладненнями, а саме психозами, тромбофлебітами й інфаркт-пневмоніями. Є всі підстави відповісти на це питання припущенням, що регулююча роль вищої нервової діяльності безсумнівно впливає і на розвиток всіх інших післяопераційних ускладнень.

Значение типов высшей нервной деятельности для понимания некоторых послеоперационных осложнений в хирургической клинике

В. Н. Шамов и Л. Е. Константинова

Резюме

Учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности до сих пор еще не нашло широкого приложения в клинической медицине, что объясняется сложностью соответствующих исследований на человеке и тем большим разрывом в деятельности представителей физиологии и клинической медицины, который наблюдается в настоящее время.

Сама же идея изучения различных вопросов клиники с точки зрения индивидуальных различий состояния высшей нервной деятельности отдельных больных полностью соответствует давно уже установленным в клинике требованиям глубоко индивидуализировать состояние больного, «лечить не только болезнь, но и весь организм больного в целом».

Учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности заслуживает поэтому исключительного внимания клиницистов и открывает перед ними совершенно новые пути изучения с точки зрения индивидуальных свойств высшей нервной деятельности тех особенностей течения заболевания у различных людей, на которые давно уже обращали внимание клиницисты.

В хирургической клинике особенно интересную и благодарную область для такого изучения представляют послеоперационные осложнения.

Указанные соображения составили основные предпосылки для проведения настоящей работы, задачей которой является изучение некоторых послеоперационных осложнений с точки зрения взаимоотношения их с функциональным состоянием высшей нервной деятельности.

При решении поставленной задачи пришлось остановиться на таких заболеваниях, предпринимаемых по поводу их оперативных вмешательств и последующих осложнениях, при которых тяжесть патологического процесса или операционной травмы, а также дефектов оператив-

ной техники не составляли бы основной причины послеоперационных осложнений и не затушевывали бы выявление при этом типологических особенностей организма. Указанные мотивы заставили выбрать для изучения хронически протекающие заболевания средней тяжести и типичные, производимые при них, оперативные вмешательства, а из послеоперационных осложнений остановиться только на психозах, тромбофлебитах с последующими инфаркт-пневмониями и пневмониях.

Определение типа высшей нервной деятельности больных производилось по рече-двигательной методике Иванова-Смоленского и клинико-биографическому методу Бирмана, причем принята была классификация типов по И. П. Павлову (слабый, сильный неуравновешенный безудержный, сильный уравновешенный подвижный и сильный уравновешенный инертный).

В настоящей работе представлена часть результатов исследований, проведенных в течение трех лет группой сотрудников хирургической клиники.

Определение типов высшей нервной деятельности было произведено за указанный период у 275 подвергшихся операции больных.

Изучаемые послеоперационные осложнения чаще встречались у больных со слабым и сильным неуравновешенным безудержным типом высшей нервной деятельности (почти в $\frac{1}{3}$ случаев), тогда как у лиц с сильным уравновешенным подвижным типом высшей нервной деятельности наблюдались реже (менее чем у $\frac{1}{5}$ больных).

Если распределить больных с послеоперационными осложнениями по типу высшей нервной деятельности, то можно видеть, что изучаемые послеоперационные осложнения встречались одинаково часто как среди больных со слабым типом (30,8%), так и среди лиц с сильным неуравновешенным типом (30,0%). Значительно реже эти послеоперационные осложнения наблюдались среди больных с сильным уравновешенным подвижным типом (19,7%).

Мы выясняли также тяжесть течения разбираемых послеоперационных осложнений у больных с различными типами высшей нервной деятельности. Оказалось, что более чем в половине случаев разбираемые осложнения у больных со слабым типом высшей нервной деятельности протекали очень тяжело (7 из 12). У больных с сильным неуравновешенным безудержным типом нервной деятельности они также протекали очень тяжело более чем в половине случаев (24 из 45). В то же время у больных с сильным уравновешенным подвижным типом очень тяжелое течение послеоперационных осложнений наблюдалось лишь в одной четверти случаев (4 из 16).

Приведенные данные позволяют прийти к заключению, что в развитии таких послеоперационных осложнений, как психозы, тромбофлебиты и инфаркты легких, кроме тяжести основного заболевания и оперативного вмешательства, большую роль играет и тип высшей нервной деятельности больных. У больных крайних типов нервной деятельности эти осложнения встречаются значительно чаще и протекают более тяжело, чем у больных, относящихся к сильному уравновешенному типу высшей нервной деятельности.

Возникает вопрос, не ограничивается ли влияние высшей нервной деятельности только разобранными послеоперационными осложнениями, т. е. психозами, тромбофлебитами и инфаркт-пневмониями. Есть все основания ответить на этот вопрос предположением, что регулирующая роль высшей нервной деятельности несомненно оказывает свое влияние и на развитие всех других послеоперационных осложнений.

У
значен
захвор
пробле
значен
керува
багать
О
по-пер
реакти
або вз
фактор
ван-Ле
сумнів
діють
(Розен
шлунк
можли
кової
є мож
міну р
Рі
органі
систем
вік, ст
певний
до сен
Ві
нервов
та але
ної не
тистой
А. А.
По
ної не
1907
автора
Вг
реакції