617.51-001-036.8-079-356.33

# NÁSLEDKY ZAVŘENÝCH ÚRAZŮ HLAVY SE ZVLÁŠTNÍM ZŘETELEM K VOJENSKOLÉKAŘSKÉ POSUDKOVÉ SLUŽBĚ

Major MUDr. PREČ Antonín. Neurologické oddělení Zdravotnického učiliště v Ružomberku

Posuzování následků zavřených úrazů hlavy je stále vážným problémem lékařským i sociálním. Je to podmíněno jednak ještě nejednotným názorem na jejich etiopatogenesi a jednak nedostatkem objektivních vyšetřovacích metod, které by mnohdy v běžné posudkové praxi ozřejmily subjektivní potíže nemocného. Celou situaci někdy značně komplikuje i sám nemocný, který se snaží z úrazu nebo z jeho následků vyzískat pro sebe co největší prospěch.

Abychom mohli správně a odpovědně stanovit schopnost k výkonu vojenské služby u zjišťovanců, kteří si naříkají na různé poúrazové potíže, musíme se v takových případech opírat nejen o jejich klinický obraz a dynamiku, ale současně hodnotit i vliv zvláštního rázu vojenského života na jejich průběh a zvážit všechny jeho faktory, které již samy o sobě mohou vlastní onemocnění rozličným způsobem a měrou ovlivňovat. Proto se chceme dnes pokusit o rozbor pozdních následků zavřených úrazů hlavy právě z tohoto hlediska a zaměřit jej hlavně k potřebám vojenskolékařské posudkové služby.

Zpravidla je třeba v neurologické praxi stanovit schopnost k výkonu vojenské služby u zjišťovanců:
- s poúrazovou cerebrální astenií,
- s poúrazovým vestibulárním syndromem,
- s příznaky poúrazové encefalopatie,
- s poúrazovými bolestmi hlavy,
- s poúrazovými záchvatovými onemocněními,
- s poúrazovými povahovými změnami,
- s poúrazovými reaktivními stavy,
- s některými poúrazovými interními a neuroendokrinními chorobami.

U poúrazové cerebrální astenie vystupují do popředí především subjektivní stesky nemocného. Tito lidé si naříkají na celkovou slabost a snadnou unavitelnost, špatný spánek, zvýšenou dráždivost, celkový neklid, těžko se soustřeďují na práci, pozorují, že ztrácejí paměť, že ochabují v pohlavní činnosti, trpí pocity vlastní bezcennosti a podobně. Objektivně u nich zpravidla zjišťujeme známky vegetativní lability, zatímco vlastní topický nález bývá velmi chudý nebo vůbec negativní. Tento astenický syndrom je tu výrazem narušené korové dynamiky a později už také souvisí se strukturálními změnami v mozku, které nastaly hlavně v důsledku poruch krevní a mokové cirkulace.

Pokud se s takovými nemocnými setkáme v subakutním poúrazovém období, je třeba je dočasně osvobodit od vojenské služby, neboť je známo, že již sama náhlá změna životního prostředí a životosprávy, zvýšené nároky při výcviku, nepravidelnost ve spaní, pobyt v hlučném prostředí a jiné faktory podstatně zhoršují jejich celkový stav, a tím i značně protrahují vlastní úzdravu.

Uvedené neurastenické potíže se však za příznivých životních podmínek dříve či později více méně nebo docela upravují, nebo alespoň dochází k jejich kompensaci. Někdy ovšem mohou navzdory všemu léčebnému úsilí a jiným opatřením dlouhou dobu přetrvávat, nebo se po údobí klidu objevit znova, ba i ve větší míře. Nové zhoršení nastává obyčejně v souvislosti s interkurentním horečnatým onemocněním a dalšími úrazy hlavy (třebas i bez bezvědomí), s nadměrným pitím alkoholických nápojů, s náhodnými nebo průmyslovými intoxikacemi a podobně. Ale recidiva může být také podmíněna značným tělesným nebo duševním přepětím a vyčerpáním, nevhodným pracovním zařazením, nezdravou životosprávou a mnohdy i psychogenními vlivy. S tím vším musíme při rozhodování o schopnosti k vojenské službě počítat, a proto lze povolat do armády jenom ty, kteří se již cítí naprosto v pořádku anebo nanejvýš ty, kteří sice mají stále ještě nějaké obtíže, ale v občanském životě pracují bez podstatného omezení. Tyto odvedence však nikdy nezařazujeme ke službě, která klade mimořádné nároky na tělesnou a duševní zdatnost vojáka, nebo k práci v hlučném prostředí, za vysokých teplot, v noci, ve střídavých směnách (strážní a dozorčí služba) a za nepříznivých povětrnostních podmínek.

K poúrazové cerebrastenii se zpravidla druží vestibulární syndrom z poškození rovnovážného analysátoru na jeho různých etážích. Vedoucím příznakem je tu závrať, na kterou si většina zjišťovanců stěžuje a která jim také nejvíce vadí. Je samozřejmé, že nemocní s trvalými nebo záchvatovitými závratěmi, provázenými nauseou, někdy i zvracením, vegetativní symptomatologií, s poruchami statiky a s objektivními známkami porušené vestibulární dráždivosti nejsou schopni žádné práce a tudíž ani vojenské služby. Ale nedoporučujeme ani ty, kteří udávají jen přechodné závratě nebo tzv. závrativost při náhlé změně polohy těla, zejména po prudších pohybech hlavou, při jízdě motorovými vozidly, event. i po emocionálních vzrušeních, třebas i objektivní vestibulární nález je negativní, pro službu nebo pro práci ve výškách, u pohybujících se strojů (zvláště ne jako řidiče motorových vozidel), na běžícím pásu, ve vodě, u ohně a podobně. Mimo to je záhodno tyto vojáky osvobodit od cvičení na nářadí, poněvadž by mohli při něm případně utrpět další úraz právě z narušené tělesné rovnováhy.

U poúrazové cerebropatie převládají v klinickém obraze vedle známek celkového poškození mozku hlavně ložiskové příznaky, k nimž se mohou ještě navíc přidružovat různé cerebrastenické potíže. Jejím patologickoanatomickým substrátem bývají cerebrální a meningocerebrální jizvy, drobné malacie, cysty, abscesy, arachnoiditidy, vleklé krevní výrony subdurální, hygromy, atrofické procesy mozkové atd. Ovšem při jejím posuzování se vždycky řídíme hlavně funkčními lésemi, jejich druhem a rozsahem, a nikoliv jen strukturálními změnami, které je podmiňují.

Ponechávajíce stranou všechny nemocné, u nichž je i v pozdním období indikován neurochirurgický výkon, zaměříme se pouze na ty, kde poruchy již mají stacionární ráz a nelze je operativně zlepšit.

Především tu půjde o posouzení některých poúrazových hybných poruch. Jistěže závažné moto-

rické defekty, pokud se později po zavřených úrazech hlavy vyskytnou, podmiňují vždy neschopnost k vojenské službě. Při posudkovém hodnocení frustních monopares, event. hemipares, budeme přihlížet jednak k potřebám armády a jednak k vojenskoodborným schopnostem vyšetřovaného a k jeho služebnímu zařazení. Nemocné s lehkými monoparesami horních končetin, které se projevují jen nepatrným omezením hybnosti, nevelkým snížením svalové síly, nešikovností ruky a prstů při provádění jemnějších pohybů, doporučujeme zařadit podle jejich občanského zaměstnání, které s touto vadou vykonávali. Zjišťovanci s frustními monoparesami dolních končetin si jistě budou naříkat na neobratnost, slabost a nejistotu při chůzi a stání. Za určitých předpokladů mohou být ponechání např. v dílnách, ve skladištích nebo v kancelářích. Nikdy však tito lidé nesmějí řídit motorová vozidla, poněvadž je z praxe známo, že i lehké paresy dolních končetin mohou mít u řidiče katastrofální následky.

Nezřídka přicházejí k vyšetření zjišťovanci s ataktickými příznaky po kontusích čelních laloků a mozečku. Tuto poúrazovou ataxii musíme velmi pečlivě odlišit od neurotické nebo účelové astasie – abasie v rámci tzv. posttraumatických reaktivních stavů. Samozřejmě, že nemocní s těžkými poruchami statiky, chůze, pohybové koordinace a podobně nemohou vůbec pracovat, a nejsou proto schopni ani vojenské služby. Ale i nemocní s mírnými ataktickými příznaky, mnohdy neuroticky superponovanými, kteří sice v občanském životě vykonávají některé pomocné práce, se k vojenské službě nehodí.

Pokud bychom se setkali s poúrazovým parkinsonismem, pak tu přicházejí v úvahu zpravidla jen jeho lehké, víceméně stacionární formy. Přesto takoví lidé nejsou schopni pro práci spojenou s rychlým tempem, s jemnými a přesnými pohyby, ale mohou docela dobře pracovat ve skladištích, v dílnách, popř. i jinde podle své speciálnosti. Duševní pracovníci, budou-li jako takoví v armádě zařazeni, mohou neomezeně vykonávat své povolání, jestliže jim v tom nepřekážejí jiné poúrazové potíže.

Těžké poruchy tzv. vyšších korových funkcí (afasie, agnosie, apraxie) vylučují schopnost k vojenské službě. Avšak i zjišťovanci s méně závažnou symptomatologií, kteří sice v občanském životě za určitých předpokladů pracují, rovněž nemohou být povoláni do armády, poněvadž jejich onemocnění jim značně znesnadňuje život a práci v kolektivu. Při této příležitosti chceme upozornit na některé frustní fatické poruchy, s nimiž se můžeme poměrně dost často setkat u kraniocerebrálních traumatiků, zejména v subakutním poúrazovém stadiu, a jež při běžném vyšetření někdy unikají pozornosti. Tak např. si ranění naříkají, že nedovedou sledovat rozhovor několika lidí, zdá se jim, že všichni mluví příliš rychle a oni tomu nerozumějí, otázky jim musí být několikrát opakovány atd. Stejné potíže mívají v kině nebo v divadle, a proto obyčejně během představení odcházejí. Jindy si můžeme u nich všimnout celkového zpomalení v řeči, výrazové chudosti, častého přeříkávání, zapomínání jmen a podobně. Tyto fatické poruchy se ale většinou později celkem dobře upravují. Pokud by ovšem i nadále přetrvávaly, je nutno takové nemocné přeřadit k pomocným pracem a osvobodit je od strážní a dozorčí služby.

Svízelným posudkovým problémem zůstávají bolesti hlavy. Obyčejně se s nimi setkáváme v rámci jiných poúrazových syndromů, někdy se však vyskytují zcela samostatně. V pozdním období po kraniocerebrálním traumatu bývají zpravidla výrazem posttraumatického hydrocefalu nebo vasopatie a skoro vždy je nacházíme u intrakraniálních arachnoiditid.

Nemocní s poúrazovým hydrocefalem si stěžují na více méně trvalé tupé bolesti v celé hlavě nebo jen na určitých místech, které se zhoršují v chladu anebo v horku, za špatného počasí, při značné duševní nebo tělesné námaze, při nárazovém zatížení a podobně. Ovšem tam, kde hydrocefalus se manifestuje příznaky nitrolebeční hypertense, přistupuje k bolestem hlavy ještě nausea, zvracení, závratě, krátkodobé dvojité vidění, meningeální příznaky, event. i městnání na očním pozadí a rtg. známky nitrolebeční hypertense. Obdobná kefalea může být také projevem vleklé mokové hypotense, nejspíše z přetrvávající sekreční insuficience chorioideálních plexů.

Na poúrazovou vasopatii z narušené vasomotoriky extra – a intrakraniálních cév pomýšlíme tenkrát, jestliže nemocný udává záchvatovité, pulsující bolesti hlavy, které se rovněž zvětšují v hluku, na prudkém slunci, při rozrušení, po vyčerpání a jsou obyčejně provázeny závratěmi a výraznou vegetativní labilitou. Posttraumatická vasopatie může být podstatně zhoršována stávajícím cevním mozkovým onemocněním jiného původu nebo naopak úraz hlavy může jeho další průběh a tíži nepříznivě ovlivňovat. Máme na mysli zejména mozkovou arteriosklerosu, hypertensní cerebrální angiopatii a migrénu.

U nitrolebečních arachnoiditid bývá kefalea jen jedním z celého komplexu příznaků, které arachnoiditidy podle své povahy, lokalisace a rozsahu vyvolávají. Proto při jejím posuzování bereme také v úvahu všechny ostatní, mnohdy závažnější projevy tohoto onemocnění (např. epileptické křeče, lése hlavových nervů, metabolickoendokrinní poruchy apod.), nehledě na to, že bolesti hlavy v těchto případech mohou mít někdy intermitentní průběh, často i s dlouhodobým zlepšením.

U kraniocerebrálních traumatiků nesmíme zapomínat ani na zhmoždění měkkých pokrývek lebních s následnou myositidou, fibrositidou a periostitidou, event. i na reflexní spasmus hlavového a šíjního svalstva, zejména při současné poúrazové krční diskopatii. Toto všechno může být také jednou z příčin dlouho trvajících bolestí hlavy.

Při stanovení schopnosti k výkonu vojenské služby u zjišťovanců s posttraumatickou kefaleou musíme pokaždé zvážit její druh, intensitu a trvání, jakož i možnost jejího léčení. Nemocní s trvalými bolestmi hlavy v rámci hypertensivního nebo hypotensivního syndromu vyžadují delšího léčení a nejsou proto schopni vojenské služby. V ostatních případech postupujeme po podrobném vyšetření a po vyloučení všech možných účelových tendencí zcela individuálně, nezapomínajíce však na to, že vojáci s uvedenými bolestmi hlavy nesnášejí práce spojené se značnou tělesnou nebo duševní námahou, práci v horku, na prudkém slunci, v hluku, u dálkových pojítek, v nočních směnách atd. Poněvadž léčení takových cefalalgií, popř. již neuroticky fixovaných, bývá mnohdy svízelné a velmi zdlouhavé, je záhodno některé z nich po celkovém zhodnocení jejich zdravot-

ního stavu a s přihlédnutím k jejich občanskému zaměstnání zařadit hned po nástupu základní služby tak, aby jim byla zaručena pokud možno klidnější, pravidelnější životospráva s menšími nároky na jejich tělesnou a duševní zdatnost.

Jedním z nejzávažnějších následků zavřených úrazů hlavy jsou záchvatová onemocnění. Především patří mezi ně poúrazová epilepsie. Epileptické záchvaty se dostavují obyčejně po zhmoždění temenního, spánkového, čelního, méně již týlního laloku a mohou se objevit v kterémkoliv období po zranění. Jejich klinický obraz je značně polymorfní. Mimo velké, malé a Jacksonovy paroxysmy se objevuje u zraněných do hlavy celá škála značně atypických záchvatů, mnohdy těžko anamnesticky rozpoznatelných, až po krátkodobé nebo déle trvající mrákotné stavy, epileptické rozlady, psychosy a podobně. Při podrobném rozboru anamnesy, klinického obrazu a s pomocí pneumo – a elektroencefalografického vyšetření, popř. i pozorováním záchvatů, můžeme dnes u většiny nemocných poměrně spolehlivě posttraumatickou epilepsii diagnostikovat. Nehledě na její různý průběh co do frekvence paroxysmů a výsledku medikamentosní, popř. i chirurgické léčby, jsou všichni nemocní s jakýmikoliv epileptickými záchvaty neschopni vojenské služby, poněvadž nejen povaha jejich choroby vážně ohrožuje život v kolektivu, ale i sám zvláštní ráz vojenského života může některými svými faktory nepříznivě ovlivňovat dosavadní průběh celého epileptického procesu. Vzhledem k tomu, že u někoho mohou po určité době paroxysmy vymizet, lze povolat k vojenské službě jenom za mimořádných potřeb armády pouze ty, kteří jsou již několik roků (nejméně dva až tři) naprosto bez záchvatů a bez medikace, a to zase za určitých předpokladů, všeobecně dobře známých.

V rámci poúrazových záchvatových onemocnění setkáme se někdy i s narkoleptickým a kataplektickým syndromem. Nemocní s touto sekundární narkolepsií trpí v typických případech náhle se dostavujícím spánkem různého trvání, takže usínají vsedě, při chůzi, při jízdě na kole a podobně. Kataplektické záchvaty jsou zase charakterisovány náhlou ztrátou svalového tonusu s pádem na zem a objevují se obyčejně při smíchu, úleku, při orgasmu atd. Nemocný je na krátkou dobu úplně nehybný, zpravidla neztrácí vědomí nebo jen velmi vzácně (Roth). Klinickou diagnosu lze podepřít elektroencefalografickým vyšetřením. Posudková kritéria jsou zde prakticky stejná jako u poúrazové epilepsie, neboť ani nemocným s řídkými záchvaty tohoto druhu nemůže být svěřena odpovědnější práce ve větším kolektivu, protože by mohli pro svou chorobu ohrozit mimo jiné i jeho bezpečnost a zdraví.

Jak známo, dochází u některých kraniocerebrálních traumatiků později k více méně vyjádřeným povahovým změnám. Buď jsou nápadní značnou vznětlivostí, nekritičností vůči sobě i okolí, stále mají nějaké nepříjemnosti doma i v zaměstnání nebo naopak se vyznačují apatií, abulií, ztrácejí jakýkoliv zájem o práci a o okolí. To vše ovlivňuje do značné míry i jejich pracovní schopnost a morálku. Tam, kde jde o těžce narušenou osobnost s trvalou neschopností společenské adaptace, je nutno takové zjišťovance osvobodit od vojenské služby. Stejně budeme postupovat i u těch, u nichž tyto defekty nejsou tak závažné, popř. jsou v občanském životě vykompensované vhodným pracovním zařazením. Takoví lidé si totiž těžko zvykají na nové prostředí a životosprávu, a proto se jejich stav po nástupu služby zpravidla zhoršuje. Obzvláště ti, kteří po úraze zaznamenali zároveň i nápadný úbytek svých intelektuálních schopností, získávají nové návyky, znalosti a zkušenosti velmi pomalu a pracně, takže nakonec se vyhýbají všemu, co od nich vyžaduje zvýšené tělesné i duševní vypětí, hlavně dlouhodobé. Odvolávají se stále na to, že již na nic nestačí, propadajíce přitom osobnímu pesimismu s pocity vlastní bezcennosti, což vede někdy až k sebevraždě.

Dále je zapotřebí zmínit se ještě o tzv. poúrazových reaktivních, psychogenních stavech, které vznikají jako následek psychického traumatu, zejména při hromadných neštěstích. Většinou jde jen o úlekové a úzkostné reakce, které po určité době po úraze odeznívají a pouze vzácně mohou nabýt takového rozsahu a intensity, že podmiňují neschopnost ke službě i přes dlouhodobé léčení. Dnes již velmi zřídka vídáme nemocné s poúrazovými hysterickými projevy, jak tomu bývalo hojně za první světové války a několik let po ní. Zato však u lidí slabého typu vyšší nervové činnosti a docházívá ještě často k neurotické fixaci potíží, vzniklých následkem skutečného úrazu hlavy. Tato fixace bývá podmíněna hypochondrickým zpracováváním vlastního úrazu a jeho následků, ale též účelovými snahami, obzvláště nejsou-li tito nemocní uspokojeni ve svých požadavcích, pokud jde o jejich úrazové odškodnění a další existenční zajištění. Vidíme, jak se stále obírají svými potížemi, zveličují je, dovedou o nich zeširoka povídat s příslušným citovým zabarvením, mnohdy tvrdě a neúprosně se dožadují zvýšené pozornosti a ve svém paranoidním zaměření si pořád na něco stěžují, event. až k nejvyšším institucím. Dostane-li se takový člověk na vojnu, je značnou přítěží celému kolektivu. Bývá těžko přístupný jakékoliv převýchově, psychoterapii a vůbec veškerému léčení, poněvadž a priori mívá negativní postoj ke službě. Proto je nejlépe propustit ho až do konečného vyřešení celé konfliktové záležitosti.

Průvodním příznakem většiny poúrazových stavů je již několikrát zmíněná vegetativní labilita. Její klinický obraz je značně pestrý a někdy se projevuje převážně dysfunkcemi vnitřních orgánů, jako např. dušností, nepravidelnou srdeční činností, svíráním u srdce, nechutenstvím, pálením žáhy, zvracením na lačno atd. Mimo tyto funkční poruchy, které mají přece tendenci se dříve či později zlepšit, vznikají po úraze hlavy i opravdová interní nebo neuroendokrinní onemocnění. Patří sem především hypertensní a vředová choroba, obliterující endarteritida, poúrazová hypertyreosa nebo myxedém, adiposogenitální syndrom, Cushingův syndrom, diabetes mellitus a insipidus aj. Jejich patogenesi si vysvětlujeme poruchou kortikoviscerálních vztahů a v některých případech i přímou traumatickou lésí diencefalické krajiny. Někdy tu docházívá k diencefalickým krisím nebo až k tzv. diencefalické epilepsii.

Pokud se tato onemocnění vyskytují v rámci jiných poúrazových syndromů, posuzujeme je zároveň s nimi. Obyčejně takoví nemocní vyžadují soustavného léčení, takže nejsou schopni vojenské služby. Jde-li pouze o hypertensní nebo vředovou, popř.

o jinou interní chorobu, přenecháváme její diagnostiku a posuzování internistům. Neurolog je však někdy dotazován, zda vznik toho či onoho onemocnění je možno uvádět v přímý vztah s prodělaným úrazem hlavy. Projeví-li se jeho příznaky bezprostředně nebo za krátkou dobu po úraze, lze považovat tuto souvislost za prokázanou. Uplyne-li ale mezi úrazem a prvními projevy onemocnění delší doba, např. jeden až dva roky, pak můžeme na jeho traumatický původ usuzovat tenkrát, vyloučíme-li všechny ostatní etiopatogenetické momenty, když samo onemocnění jeví určité zvláštnosti, které ukazují na jeho cerebrální původ, a jsou-li současně přítomny i jiné poúrazové příznaky.

Pro úplnost se chceme zmínit ještě o posuzování zlomenin lebeční klenby a spodiny. V akutním stadiu představují tyto fraktury závažnou, mnohdy i smrtelnou komplikaci zavřeného úrazu hlavy. I za několik let po něm je můžeme ještě rentgenologicky prokázat. Nikdy však je neposuzujeme isolovaně, nýbrž v rámci veškeré chorobné symptomatologie, kterou tyto zlomeniny provázejí nebo podmiňují (epilepsie, konvexitní a basální arachnoiditidy, lése hlavových nervů apod.).

Tam, kde došlo k vpáčené zlomenině lebeční klenby, která byla operativně upravena, vzniká dosti často kostní defekt, jenž sám o sobě bývá zdrojem rozličných potíží. Podle jeho lokalisace, velikosti a rozsahu nitrolebních změn, které impresní fraktura ať přímo či nepřímo vyvolala, je průvodní symptomatologie tohoto tzv. posttrepanačního syndromu různá. Může jít buď o monoparesu nebo hemiparesu, event. i s poruchami čití, o Jacksonovy nebo generalisované záchvaty, a fatické, gnostické a praktické, popř. i jiné poruchy, anebo pouze o difusní či lokální bolesti hlavy, které se zhoršují značnou tělesnou námahou, při práci v předklonu, při běhu, na prudkém slunci a jsou obyčejně provázeny závratěmi, vegetativní labilitou, event. psychickými změnami atd. Tam, kde kostní defekt je dosti velký a je v něm viditelná nebo hmatatelná pulsace, trpí tito nemocní ještě navíc obavami z dalšího poranění mozku, takže i tato okolnost zhoršuje jejich celkový stav i pracovní schopnost. Jistěže výše uvedené ložiskové příznaky a rozsáhlá ztráta lebeční kosti, popř. s deformací lebky, vylučují schopnost ke službě. Jenom zjišťovanci s malými defekty, maximálně v rozsahu 2 cm × 1 cm, kteří jsou naprosto bez potíží a u nichž objektivní nález je negativní, mohou konat službu v armádě, ovšem se sníženou klasifikací a jen u určitého druhu vojsk.

Z toho co bylo pověděno vyplývá, že zavřený úraz hlavy může podmiňovat i v pozdním období závažné změny v organismu, které se pak projevují rozmanitou symptomatologií. Jejich vznik závisí nejen na druhu, intensitě a lokalisaci násilí, které na hlavu v daném okamžiku působilo, na následných funkčních, strukturálních a cirkulačních změnách v mozku, ale také na celkovém stavu organismu a funkční zdatnosti nervové soustavy, na typu vyšší nervové činnosti a věku raněného v době traumatu a pak i na způsobu a délce léčení, na vlivu životního a pracovního prostředí, na úrazovém odškodnění, event. existenčním zajištění, na psychické rehabilitaci a podobně. Všechny tyto dílčí faktory ať jednotlivě, nebo v souhrnu ovlivňují další průběh celého poúrazového období a tím též pracovní a vojenskou schopnost každého kraniocerebrálního traumatika.

Proto vycházejíce ze samé podstaty následků zavřených úrazů hlavy jako celkového onemocnění, z jejich průběhu za různých životních a pracovních podmínek a majíce na zřeteli zvláštní ráz vojenské služby, musíme se ve svých posudkových závěrech opírat vedle jejich klinického obrazu především o anamnesu. Je nutno pátrat nejen po okolnostech a druhu úrazu, po délce léčení a pracovní neschopnosti, ale hlavně po vlivu rozličných faktorů zevního a vnitřního prostředí na vznik a průběh poúrazových stavů, po příčinách nových exacerbací a dalšího zhoršení, po dosavadním zaměstnání, event. po jeho změně, po způsobu práce atd. Jen tak si můžeme učinit komplexní obraz o zjišťovanci s pozdními následky kraniocerebrálního traumatu a správně rozhodnout o jeho schopnosti ke službě v armádě.

Obtíže, které tu zpravidla vznikají, spočívají především v nedostatečném hodnocení tíže a rozsahu vlastního úrazu. Je třeba zdůraznit, že celý „posttraumatický syndrom", jak uvádí např. Krajina, je sumací dvou skupin příznaků. Jedny jsou vyvolány přímým poškozením mozku, jeho plen, kostí a měkkých pokrývek lebních a druhé poruchou budivých a tlumivých pochodů v mozkové kůře. Tyto jsou pak v pozdním období udržovány složitým systémem nepodmíněných a podmíněných reflexů, navazujících na původní organické poškození a na vnější okolnosti, které doprovázejí úraz. Zatímco v první skupině mají obyčejně všechny příznaky převážnou tendenci k regresi a k hojení, je právě pro druhou skupinu příznačný jejich sklon k chronicitě a jejich malá závislost na tíži původního úrazu. Z toho vysvítá, že i po tzv. lehkých úrazech hlavy s krátkodobým bezvědomím, někdy však i bez něho, mohou se u někoho rozvinout prognosticky i pracovně závažné potíže.

Druhým problémem je otázka trvání poúrazových onemocnění. Jak z našeho rozboru vyplývá, může být klinický průběh posttraumatických stavů vzhledem k některým faktorům vnitřního a zevního prostředí různý. Ze zkušenosti víme, že většina potíží a příznaků má tendenci se částečně nebo úplně upravit. Na druhé straně však musíme pamatovat, že jejich další průběh může být po dlouhou dobu (i několik let) stacionární, nanejvýš s přechodným zlepšením, jindy dokonce pozvolna progredující. Tak tomu bývá např. u poúrazového hydrocefalu, u některých arachnoiditid, u degenerativních cerebrálních procesů, postihujících hlavně mozkovou kůru, u povahových změn vedoucích někdy až k demenci, v některých případech i u posttraumatické epilepsie.

Třetí posudkový problém, tak jak jej vidíme v terénní praxi, je mnohdy značný rozpor mezi pracovní schopností dotyčného vojáka v občanském životě a mezi jeho počínáním na vojně. Již při popisu jednotlivých poúrazových syndromů jsme alespoň stručně uvedli, že i sám zvláštní ráz vojenské služby může rozličnou měrou ovlivňovat jejich průběh, a to i u lidí, kteří jsou v občanském prostředí poměrně dobře kompensováni díky pravidelné životosprávě a vhodnému pracovnímu zařazení. Na druhé straně také záleží i na morální zdatnosti jedince a jeho postoji k vojenské službě, takže musíme počítat i s možnou agravací, popř. s jinými účelovými ten-

dencemi. Je však již na lékaři, aby toto vše dovedl správně zhodnotit a odpovědně rozhodnout.

Uzavíráme-li zatím problematiku pozdních následků zavřených úrazů hlavy z hlediska vojenskolékařské posudkové služby tak, jak se nám jeví ve vojenském terénu, vidíme, že komplexní posouzení posttraumatických onemocnění vyžaduje nejen znalostí diagnosticko-klinických, ale i pracovně lékařských a vojenskoodborných. Bude naším dalším úkolem podrobněji rozpracovat metodiku zařazování některých kraniocerebrálních traumatiků k určitému druhu vojsk a ve spolupráci se staršími lékaři sledovat jejich další osudy.


## Souhrn

Je podán rozbor pozdních následků zavřených úrazů hlavy se zvláštním zřetelem k potřebám vojenskolékařské posudkové služby. Hlavně je řešena otázka vlivu různých faktorů životního a pracovního prostředí, zejména pak vojenského, na jejich vznik a další průběh.

## Резюме

Рассмотрены поздние последствия закрытых травм черепа с особым учетом нужд военно-медицинской экспертизы. Обращено особое внимание на то, какое влияние оказывают разные бытовые и трудовые факторы на возникновение и дальнейшее лечение этих травм.

## Summary

An analysis of the late after-effects of closed head injuries is given, especially with regard to the needs of medical boards. The influence of working conditions, especially in the army, on incidence and course is discussed.


### Písemnictví


*Bogolepov, N. K., Arbatskaja, Ju. D.:* Vračebno-trudovaja ekspertiza pri travmach golovnogo mozga, Medgiz, Moskva 1957

*Gurevič, M. O.:* Nĕrvnyje i psichičeskije rasstrojstva pri zakrytych travmach čerepa, Izd. Akad. med. nauk SSSR 1948.

*Henner, K.:* Thomayer Sbír. předn. č. 132, 1925.

*Janota, O.:* Neurol. Psychiatr. čs. 1 (1938), str. 62—72, 121—132, 181—191.

*Krajina, L.:* Thomayer Sbírk. předn. č. 356, 1956, str. 39—59.

*Krákora, St.:* Voj. zdrav. listy 25 (1956), str. 121—125.

*Lindenberg, W.:* Die ärtztliche und sociale Betreuung des Hirnverletzten, Thieme, Leipzig 1949.

Opyt sov. med. ve Vel. otěčestv. vojně, tom 29, str. 257—332.

*Pleskot, Fr.:* Neurologie praktického lékaře, SZN, Praha 1957, str. 140—153.

*Preč, A.:* Voj. zdrav. listy 25 (1956), str. 104—107.

Prozatímní směrnice pro posuzování schopnosti k vojenské službě z roku 1958.

*Roth, B.:* Narkolepsie a hypersomnie, SZN, Praha 1957.

Rukovodstvo pro vojennoj nĕvropatologiji, Ogiz 1935.

*Vítek, V.:* Traumatické neurosy a otázka jich simulace. (Separátní výtisk.)

Vračebno-trudovaja ekspertiza (Rukovodstvo dlja vračej), tom III., Moskva 1950, str. 29—39, 213—222.

*Wardaszková, H.:* Psychické poruchy po úrazech (český překlad) SZN, Praha 1956.