

## КОМПЕНСАЦІЯ І ДЕКОМПЕНСАЦІЯ НАСЛІДКІВ ЛЕГКОЇ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ (ЛЗЧМТ)

**Теленгатор О.Я.**

доктор медичних наук, заслужений лікар України,  
академік Української академії наук,  
професор кафедри неврології, психіатрії та фізичної реабілітації  
Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет»

*На базі неврологічного відділення спостерігали 210 хворих віком від 18 до 70 років, які в анамнезі перенесли легку закриту черепно-мозкову травму (ЛЗЧМТ). Строки спостереження – від кількох тижнів після травми до 20 років. За основу було взято строк в 1 рік, який дозволяв говорити про віддалений період легкої закритої черепно-мозкової травми. Хворі були розділені на 2 групи: I – здорові до легкої закритої черепно-мозкової травми (110 хворих), II (100 хворих) – які страждали до легкої закритої черепно-мозкової травми на гіпертонічну хворобу I–III ступенів, дисциркуляторну енцефалопатію I та II ступенів. У роботі наведені дані з виникнення субкомпенсації та декомпенсації у хворих цих двох груп, причини виникнення декомпенсації наслідків у віддаленому періоді легкої закритої черепно-мозкової травми, форми соціально-працевий компенсаторної поведінки через ці наслідки.*

**Ключові слова:** легка закрита черепно-мозкова травма, компенсація/декомпенсація наслідків.

Черепно-мозкова травма (далі – ЧМТ) є одним із найпоширеніших і найтяжчих видів травматизму [1]. ЧМТ – це одна з основних причин непрацездатності й економічних витрат суспільства [2]. Серед черепно-мозкових травм легка закрита черепно-мозкова травма (далі – ЛЗЧМТ) становить до 82% випадків. Наслідки ЛЗЧМТ, за даними сучасних авторів, спостерігаються від 50 до 70% випадків, а у хворих на артеріальну гіпертензію і дисциркуляторну енцефалопатію I та II ступенів, які зазнали ЛЗЧМТ, наслідки можуть досягати 90% випадків [3]. Становить інтерес і має практичне значення питання компенсації і декомпенсації наслідків ЛЗЧМТ.

Ми на базі неврологічного відділення Київської міської клінічної лікарні № 11 спостерігали за 210 хворими, які в анамнезі перенесли ЛЗЧМТ (струс і забій головного мозку I ступеня). Вік хворих – від 18 до 70 років. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи: I – здорові до ЛЗЧМТ (110 людей, 87 чоловіків, 23 жінки), II – які страждали до ЛЗЧМТ на гіпертонічну хворобу I–III ступенів, дисциркуляторну енцефалопатію I та II ступенів (100 осіб, 40 чоловіків, 60 жінок). Строки спостереження за хворими були від кількох тижнів після ЛЗЧМТ до 20 років. За основу катamnестичного спостереження було взято строк в 1 рік після ЛЗЧМТ, який дозволяє говорити вже про віддалений період ЧМТ. В обстеженні враховували скарги хворих, результати досліджень анімальної і вегетативної нервової системи, психічної і соматичної сфер, проводили інструментальні дослідження: комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію головного мозку, електроенцефалографію, доплерографію судин головного мозку, ультразвукову томографію головного мозку, експериментально-психологічні дослідження.

Питання компенсації та декомпенсації наслідків ЛЗЧМТ мають суттєве значення в діагностично-лікувальному, профілактичному та судово-медичному аспектах. Автори, які вивчають питання компенсації і декомпенсації ЧМТ у хворих, виділяють такі чинники, які сприяють негативній динаміці ЧМТ у віддаленому періоді: латентні інфекції, мозкові рубці, позамозкові осередки інфекції, порушення режиму життя та праці, гіпоталамічні кризи, епілептичні напади, судинні церебральні та спінальні порушення, приєднання інших захворювань, аутоалергія, інтоксикації, психічні травми й інше.

Ми вважаємо, що у хворих із наслідками ЛЗЧМТ треба виділяти компенсацію, субкомпенсацію і декомпенсацію в перебігу зазначених наслідків. З метою встановлення ступеня компенсації у хворих необхідне динамічне спостереження. Результати наших обстежень хворих щодо виникнення субкомпенсації і декомпенсації представлені в таблиці 1.

Як видно з таблиці 1, як субкомпенсація, так і декомпенсація частіше спостерігалися у хворих II групи, але і в I групі ці стани відмічалися досить часто. Не можна розглядати наслідки ЛЗЧМТ (навіть у людей, здорових до ЛЗЧМТ) як щось застигле, стабільне. Варто зауважити, що періоди компенсації у хворих I групи тривали довше, ніж у хворих II групи. У хворих II групи стани субкомпенсації і декомпенсації тривали довше, ніж у хворих I групи.

## Субкомпенсація і декомпенсація наслідків ЛЗЧМТ у хворих

Ознаки	Групи		P1, P2
	I	II	
Субкомпенсація	18 (16,4%)	26 (26,0%)	<0,001
Декомпенсація	30 (27,3%)	60 (60,0%)	<0,001

Наші дослідження дозволили виділити такі причини декомпенсації наслідків у віддаленому періоді ЛЗЧМТ:

1. Порушення постраждалими в гострому періоді ЛЗЧМТ ліжкового режиму, рекомендацій лікаря, передчасна виписка зі стаціонару – 25,2%.

2. Психічна травма, часті хвилювання – 24,0%.

3. Фізичне або нервовопсихічне перенапруження на роботі – 15,2%.

4. Конфліктні ситуації в сім'ї – 12,6%.

5. Зловживання алкогольними напоями й палінням – 9,5%.

6. Приєднання інфекційних або соматичних захворювань – 7,5%.

7. Неприятливі метеорологічні фактори, особливо різкі коливання температури, атмосферного тиску – 6,0%.

Деяке значення у прояві декомпенсації мають стать і вік хворих. Так, на 12,0% частіше декомпенсація спостерігається в жінок, на 25,0% частіше – у хворих після 40-річного віку, на 28,5% частіше в тих, у яких близькі й рідні страждали (або страждають) на тяжкі хронічні судинні захворювання.

Зазначимо, що у хворих I групи з указаних причин превалювали порушення режиму та рекомендацій лікаря в гострому періоді ЛЗЧМТ, рання виписка зі стаціонару, фізичні перенапруження на роботі, зловживання алкогольними напоями й палінням. У хворих II групи на перше місце виходили психічні травми, хвилювання, фізичне і психічне перенапруження на роботі, несприятливі метеорологічні чинники.

Проведені дослідження показали, що хворі з наслідками ЛЗЧМТ нерідко з метою покращення соціально-працевої компенсації вдавалися до різних форм компенсаторної поведінки. Нами виділені такі форми поведінки:

1. Ігнорування посттравматичного дефекту (частіше виявлено у хворих I групи).

2. Звикання до своїх патологічних відчуттів, що є наслідками ЛЗЧМТ (частіше виявлено у хворих I групи).

3. Активне й часте звернення по медичну допомогу (особливо часто у хворих II групи, рідше – у хворих I групи).

4. Орієнтація на здоровий спосіб життя (хворі виконували фізичні вправи, кидали палити, уживати алкогольні напої, дотримувалися режиму дня – частіше це властиво хворим II групи).

5. Уникання ситуацій, у яких погіршувався стан їхнього здоров'я (частіше у хворих II групи).

Варто зазначити, що не завжди форма компенсації наслідків ЛЗЧМТ була однаковою. У того самого хворого із часом, залежно від характеру наслідків ЛЗЧМТ, умов праці, особистих рис його характеру, домашніх, сімейних умов, ці форми могли змінюватися, сполучатися в різних комбінаціях.

Ми вважаємо, що у практичній роботі лікаря з пацієнтами, які перенесли ЛЗЧМТ, мають бути враховані зазначені нами особливості.

#### Висновки:

1. У віддаленому періоді легкої закритої черепно-мозкової травми нерідко спостерігаються стани субкомпенсації та декомпенсації наслідків ЛЗЧМТ, частота яких може змінюватися залежно від того, чи був постраждалий від ЛЗЧМТ здоровим до неї, чи страждав на хронічну судинну патологію.

2. Виокремлено причини декомпенсації наслідків у віддаленому періоді ЛЗЧМТ і форми соціально-працевої компенсації цих наслідків хворими.

#### Література

1. Неврологія / С.М. Вінчук та ін. ; за ред. С.М. Вінчука. Київ : Здоров'я, 2008. 664 с.
2. Попп Дж.А., Дэшае Э.М. Руководство по неврологии / пер. с англ. В.Ю. Халатова ; под. ред. Н.Н. Яхно. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. 688 с.
3. Теленгатор А.Я. Лёгкая закрытая черепно-мозговая травма (острый и отдалённый периоды) : научное издание для специалистов-медиков. Киев : Феникс, 2000. 92 с.

## COMPENSATION AND DECOMPENSATION OF THE CONSEQUENCES OF MILD CLOSED TRAUMATIC BRAIN INJURY (MCTBI)

**Telenhator O.Ya.**

Private Higher Educational Establishment “Kyiv Medical University”

*On the basis of the neurological department, 210 patients aged 18 to 70 years were observed, who had a history of mild closed craniocerebral trauma (LBCT). Observation periods were from several weeks after LCT to 20 years. A period of 1 year was taken as the basis, which allowed us to talk about the remote period of LCT. Patients were divided into 2 groups: I – healthy before LCT (110 patients) and II (100 patients) – who suffered from hypertension I–III stages, dyscirculatory encephalopathy I and II stages before LCT. The work presents data on the occurrence of subcompensation and decompensation in patients of these 2 groups, the causes of decompensation of consequences in the remote period of LCT, forms of social and labor compensatory behavior of these survivors.*

**Key words:** mild closed traumatic brain injury, compensation, decompensation of consequences.