

Наслідки черепно-мозкової травми як причина інвалідності: проблеми експертизи

В.М. Школьник¹, Л.Ю. Науменко¹, Г.Д. Фесенко¹, В.А. Голик², М.Є. Коваль³

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

²ДЗ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

³Обласний центр медико-соціальної експертизи, м. Херсон

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є складною медико-соціальною проблемою у зв'язку зі своєю поширеністю, травмуванням переважно працездатної частини населення та різноманітності можливих наслідків. У статті наведений докладний аналіз інвалідності за наслідками ЧМТ на основі експертних справ обласного центру медико-соціальної експертизи Херсонської області. Аналіз експертних справ за шифром Т90.5 виявив значну частку інвалідів (15,6%) з наслідками стусу головного мозку, що не співпадає з уявленням про цю клінічну форму ЧМТ як про найлегшу та таку, за якої не спостерігаються структурні зміни головного мозку. Наступною проблемою медико-соціальної експертизи хворих з наслідками ЧМТ є об'єктивізація наявних неврологічних синдромів. Це стосується насамперед експертного оцінювання посттравматичних ліквородинамічних розладів, церебрального арахноїдиту, посттравматичної епілепсії, вестибулярних та когнітивних розладів. Оцінювання цих синдромів як причин для визначення обмеження життєдіяльності за однією з категорій слід проводити лише після комплексного дослідження.

Ключові слова: віддалені наслідки черепно-мозкової травми, інвалідність, медико-соціальна експертиза.

Дана робота є фрагментом науково-дослідної теми: «Розроблення критеріїв медико-соціальної експертизи і реабілітаційного потенціалу хворих та інвалідів з наслідками пошкодження опорно-рухового апарату у поєднанні з соматичною патологією» (№ держреєстрації – 0112U000541, реєстраційний шифр ПН.01.12) кафедри медико-соціальної експертизи і реабілітації.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є складною і, на жаль, дуже поширеною медико-соціальною проблемою. Поширеність ЧМТ, особливо її більш легких варіантів – стусу та забою головного мозку легкого ступеня, були влучно названі «епідемією». Так, за даними ВООЗ, частота ЧМТ складає 1,8–5,4 випадка на 100 000 населення і щороку відзначається приріст на 2%. В Україні щорічно отримують ЧМТ близько 100–200 тис. осіб, з них 11,5–13,5 тис. – це діти до 15 років; ці цифри, на жаль, також мають стійку тенденцію до зростання. Ситуація ускладнюється ще і тому, що переважно травмуються особи молодого та середнього віку, тобто найбільш активна в соціальному та трудовому відношенні категорія населення [3, 6]. За даними зарубіжних авторів, серед усієї неврологічної патології ЧМТ є причиною 12,1% госпіталізацій та 22,4% смертей [7]. Навіть легка ЧМТ відповідальна за зниження мозкового резерву та «стійкості» мозку до різноманітної патології з відстроченим розвитком [5].

Окремою проблемою серед хворих з наслідками ЧМТ є посттравматична епілепсія, захворюваність на яку після ЧМТ відзначена в діапазоні від 2,1% до 16,7% і залежить від тяжкості травми та тривалості спостереження [4].

У 50% хворих з наслідками ЧМТ спостерігається прогресування наявних наслідків або поява нових синдромів [1].

Перебіг травматичної хвороби головного мозку багато в чому залежить від ефективності реабілітаційних заходів, що проводять при тих чи інших наслідках ЧМТ.

Медико-соціальну експертизу хворих, постраждалих від ЧМТ, проводять на основі комплексного обстеження з визначенням ступеня втрати здоров'я, ступеня обмеження життєдіяльності, що спричинені стійким порушенням функцій організму. Обмеження життєдіяльності характеризують за такими категоріями: здатність до пересування, здатність до самообслуговування, здатність до навчання, здатність до трудової діяльності, здатність до спілкування, здатність до орієнтації, здатність до контролю за своєю поведінкою. Критеріями для встановлення групи інвалідності є ступінь втрати здоров'я, що спричиняє обмеження однієї чи декількох категорій життєдіяльності у помірному, вираженому або різко вираженому ступені. Таким чином, основним завданням саме «медичної» частини медико-соціальної експертизи є визначення, по-перше, факту стійкого порушення тієї чи іншої функції організму, по-друге, ступеня її відхилення від норми; це надалі стає підґрунтям для встановлення ступеня обмеження життєдіяльності та відповідної йому групи інвалідності або встановлення відсотків втрати працездатності.

Середньоукраїнські показники первинної інвалідності за наслідками ЧМТ складають 0,84 та 1,17 на 10 тис. для дорослого та працездатного населення відповідно [2]. Код Т90.5, який використовують для шифрування цього діагнозу, не розкриває виду первинної ЧМТ, що призвела до розвитку інвалідизувальних наслідків. Таким чином, враховуючи поширеність та досить високі показники інвалідності, аналіз накопиченої інвалідності внаслідок ЧМТ є актуальним.

Мета дослідження: проведення детального аналізу накопиченої інвалідності внаслідок ЧМТ у Херсонській області за даними обласного центру медико-соціальної експертизи (МСЕ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано 45 експертних справ хворих, визнаних інвалідами за шифром МКХ-10 Т 90.5 «Наслідки внутрішньочерепної травми» обласного центру МСЕ Херсонської області, з них визнаних інвалідами вперше – 11 (24,4%) хворих, повторно – 34 (75,6%) хворих. За статевим складом чоловіків – 37 (82,2%), жінок – 8 (17,8%). Середній вік на момент отримання травми склав 32,0±13,69 року, на момент опосвідчення в 2013 році – 43,36±9,13 року. Розподіл хворих за групами інвалідності: 1 (2,1%) хворого було визнано інвалідом I групи; 4 (8,9%) хворих – інвалідами II групи, з них 1 (25%) хворий безстроково; 40 (88,9%) хворих – інвалідами III групи, з них 4 (8,9%) хворих безстроково. За причиною інвалідності: 28 (62,2%) – загальне захворювання, 5 (11,1%) – при виконанні службових обов'язків у співробітників МВС, 4 (8,9%) – інвалідність з дитинства, 3 (6,7%) – трудове каліцтво (середній відсоток втрати працездатності – 43,33±4,17), 3 (6,7%) – при виконанні службових обов'язків у військовослужбовців, 2 (4,4%) – при виконанні інтернаціональних обов'язків. Пере-

важна більшість інвалідів – 26 (57,8%) – представлена особами робочих спеціальностей. У 7 (15,6%) інвалідів ЧМТ була повторною. Експертні справи хворих, що перенесли поєднану або комбіновану ЧМТ, в дослідження не включались.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними експертних справ, інвалідність була отримана внаслідок перенесеної ЧМТ легкого ступеня важкості – в 10 (22,2%) випадках, середнього ступеня важкості – в 12 (26,7%) випадках, важкої ЧМТ – в 23 (51,1%) випадках. У тому числі в 7 (15,6%) випадках інвалідність була отримана внаслідок струсу головного мозку, хоча згідно з діючими методичними рекомендаціями судово-медичної експертизи струс головного мозку розглядається як найлегша ЧМТ, при якій розлади здоров'я тривають не більше 21 дня. Розлади, які спостерігаються надалі відносяться до психоневрологічних та трактуються як «посткомоційний синдром», який є об'єктом розгляду психіатричної МСЕК.

Тривалість посттравматичного періоду на момент первинного отримання групи інвалідності склала $69,24 \pm 85,5$ міс і лише 20 (44,4%) хворих вийшли на інвалідність в гострий та проміжний періоди ЧМТ, що знову є свідченням схильності травматичної хвороби головного мозку до прогресивного перебігу. У 2 (4,4%) хворих група інвалідності була з часом змінена на більш важку та лише у 3 (6,6%) хворих на більш легку.

Нами були проаналізовані домінуючі синдроми, що окремо або в сукупності слугували підґрунтям для визначення обмеження життєдіяльності. За частотою це: епілептичний синдром – 13 (28,9%), вегетативно-судинний синдром кризового перебігу – 13 (28,9%), лікворно-гіпертензивний синдром кризового або перманентного перебігу – 10 (22,2%), дефект кісток черепа заміщений або незаміщений гетеротрансплантатом – 10 (22,2%), вестибулоатаксийний синдром – 8 (17,8%), центральні парези різного ступеня – 6 (13,3%), когнітивні порушення – 3 (6,7%), синкопальні стани, гіперкінези, порушення ходи (поєднання паркінсонізму та парезу), афазія по 1 (2,2%) – кожний. У 3 (6,67%) випадках додатковою основою для визначення інвалідності стала супутня хронічна соматична патологія (серцево-судинна патологія, цукровий діабет, оперована виразкова хвороба), в 1 (2,2%) випадку – соціальні обставини.

У неврологічному статусі, наведеному лікарем-експертом при оповідченні інвалідів, порушення функції черепно-мозкових нервів є найпоширенішим симптомом: недостатність VII та/або XII пар, без диференціації на периферійний та центральний варіант парезу, відзначено в 33 (73,3%) хворих.

Нейроофтальмологічні наслідки ЧМТ були представлені порушенням окорухової іннервації в 3 (6,7%) інвалідів в вигляді недостатності VI (2 випадки) або III (1 випадок) пар, в 5 (11,1%) за даними рутинного офтальмологічного обстеження виявлена часткова атрофія зорових нервів, в 1 (2,2%) – гетеронімна геміопсія. Взагалі, труднощі, які виникають при експертизі хворих з порушенням функції зору внаслідок ЧМТ, полягають в тому, що початок погіршення зору є часто відстроченим, а інформація щодо стану зорових функцій до травми відсутня. Більш точно виявити причину порушення зору (а значить і її зв'язок з ЧМТ) дозволяють додаткові методи обстеження (МРТ, КТ орбіт, УЗД орбіт та ретробульбарного простору, біомікроскопія судин кон'юнктиви, оптична когерентна томографія). В аналізованих випадках вони проведені не були (адже в жодному випадку ця патологія не була причиною визначення групи інвалідності).

У 10 (22,2%) інвалідів за даними ЛОР-обстеження наявна нейросенсорна приглухуватість різного ступеня важкості, в одному випадку в поєднанні з кондуктивною приглухуватістю, що виникає при ураженні внаслідок травми серед-

нього вуха, наприклад при повздовжніх переломах пірамідки; також в одному випадку зафіксована анозмія (2,2%).

При обстеженні моторних функцій у 32 (71,1%) інвалідів описана одно- або двостороння пірамідна недостатність та у 9 (20%) зафіксовано парези різного ступеня вираженості та поширеності (від легкого геміпарезу до вираженого тетрапарезу). Вестибуло-мозочковий синдром був наявний в діагнозі супровідних документів у 27 (60%) інвалідів. При цьому в жодному випадку в результатах ЛОР-обстеження стан вестибулярних функцій не відзначено. У 2 (4,4%) інвалідів спостерігалися гіперкінези, що характерно для постраждалих молодого віку як варіант регресу геміпарезу, котрий розвивався в гострий період. Також в одному випадку був виявлений акінетико-ригідний синдром. Дефект кісток черепа заміщений або незаміщений гетеротрансплантатом за даними рентген-обстеження спостерігався у 10 (22,2%) інвалідів. Порушення мови в вигляді афазії різного ступеня та псевдобульбарний синдром зафіксовані в 4 (8,9%) випадках кожний.

Епілептичний синдром спостерігався в 13 (28,9%) випадках і у переважній більшості хворих був представлений великими судомними нападами, в окремих випадках спостерігалась комбінація великих судомних нападів з комплексними або простими парціальними, в одному випадку в анамнезі був епістатус. У всіх випадках для об'єктивізації епілептичного синдрому хворим було проведено ЕЕГ з функціональними пробами, і лише у 7 (53,8%) хворих з епісиндромом були виявлені ті чи інші епілептичні феномени. Що стосується визначення частоти нападів, то в експертизі, на відміну від клініки, для визначення ступеня обмеження життєдіяльності враховують передусім напади задокументовані медичними працівниками. За супровідними документами, в діагнозах зазначені напади переважно середньої частоти або нечасті, але в первинних документах (виписних епікризах, виписках з амбулаторних карт) у великої частини хворих відсутні описи нападів, зафіксованих медичними працівниками. З одного боку, це є логічним наслідком нечастих нападів, але з іншого – в цих випадках лікуючі лікарі, а внаслідок цього і експерти, при визначенні ступеня обмеження життєдіяльності вимушені були спиратися лише на слова хворих, що залишає великий люфт для агравацій. Крім того, для об'єктивізації впливу посттравматичної епілепсії на життєдіяльність хворих необхідно враховувати інтелектуально-мнестичні та характерологічні зміни. На жаль, в жодному випадку хворі з цієї категорії не були консультовані психіатром, і лише в 8 (61,5%) випадках психологом МСЕК; нейропсихологічні шкали використовували в поодиноких випадках. Ураховуючи те, що в усіх випадках (а це майже третина всіх хворих) виявлення епілептичного синдрому саме він став підґрунтям для встановлення групи інвалідності, проблема його об'єктивізації постає дуже гостро.

Деякі складнощі для медико-соціальної експертизи становлять також ліквородинамічні порушення. За даними експертних справ у 33 (73,3%) інвалідів наявний лікворно-гіпертензивний синдром та у 10 (22,2%) інвалідів він сам або в сукупності з іншими синдромами (найчастіше вестибуло-мозочковим або вегетативно-судинним) слугував основою для визначення обмеження життєдіяльності та встановлення інвалідності, тобто мав значущий для експертизи помірний ступінь вираженості. Лікворно-гіпертензивний синдром лікуючими лікарями був встановлений переважно на підставі скарг на ранковий головний біль, що в 9 (20%) випадках супроводжувався нудотою або блюванням, втомлюваністю, та на підставі наявної мікросимптоматики. Що стосується важливої для експертизи об'єктивізації в жодному випадку його наявності та ступінь не були підтверджені даними лямбальної пункції, при огляді очного дна офтальмологом не було встановлено набряку диска очного нерва або відсутності пульсації центральної вени сітківки. Характерні для цієї ситуації роз-

ширення бокових шлуночків зафіксоване у 6 (18,2%) хворих, перивентрикулярний набряк та облітерація субарахноїдальних щілин кожні по 1 (3%) хворому. Частіше за все лікарі спиралися на ознаки внутрішньочерепної гіпертензії, виявлені при проведенні ЕхоЕГ, – 9 (27,3%) хворих з цим синдромом, що є малодостовірним і недостатнім для визначення наявності та ступеня вираженості лікворно-гіпертензивних порушень. Таким чином, в даному випадку ми маємо схожу ситуацію: в частині випадків у хворих з лікворно-гіпертензивним синдромом визначення ступеня обмеження життєдіяльності, яке призвело до призначення групи інвалідності, спиралось на суб'єктивні дані, отримані від хворих (опис головного болю та лікворно-гіпертензивних кризів).

Своєрідною проблемою стала гіпердіагностика церебрального арахноїдиту. Найбільш відомі причини його виникнення це проникна травма, оперативні втручання, менінгіти та крововиливи. За даними експертних справ ця патологія була зазначена як наслідок ЧМТ в 26 (57,8%) випадках. За сучасними поглядами, арахноїдит є досить рідкісною проблемою, якщо підійти до діагностики [8]. У жодному випадку цей діагноз не було підтверджено лікворологічним дослідженням, яке є по суті одним з вирішальних для цього діагнозу: дані люмбальної пункції не згадувалися в епікризах. МРТ було проведено лише 6 (23,1%) пацієнтам з цим діагнозом, в усіх випадках виявлені ознаки помірних внутрішньої або регіональної зовнішньої гідроцефалії, тільки в одному випадку відзначені дрібнокістозні зміни субарахноїдального простору та атрофічні зміни кори головного мозку.

Синдром вегетативних порушень був наявний у діагнозах супровідних документів у 27 (60%) хворих. При цьому в 15 (33,3%) випадках він мав кризовий перебіг.

Когнітивні порушення різного ступеня були внесені в діагноз в 23 (51,1%) випадках, в неврологічному статусі узагальнювальні характеристики стану пам'яті, уваги або когнітивних функцій в цілому були наявні в 27 (60%) випадках. У той самий час, при обстеженні психологом 33 осіб з використанням нейропсихологічного підходу (шкала MMSE, таблиці Шульте, тест 10 слів Лурія), порушення пам'яті та уваги було виявлено в 32 (96,7%) випадках.

Последствия черепно-мозговой травмы как причина инвалидности: проблемы экспертизы **В.М. Школьник, Л.Ю. Науменко, Г.Д. Фесенко, В.А. Голик, М.Е. Коваль**

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является сложной медико-социальной проблемой вследствие своей распространенности, поражения преимущественно трудоспособной части населения и разнообразия возможных последствий. В статье приведен подробный анализ накопленной инвалидности по последствиям ЧМТ на основании экспертных дел областного центра медико-социальной экспертизы Херсонской области. Анализ экспертных дел по шифру Т90.5 выявил значительную долю инвалидов (15,6%) с последствиями сотрясения головного мозга, что не совпадает с представлениями об этой клинической форме ЧМТ как о самой легкой и такой, которая не сопровождается структурными изменениями головного мозга. Следующей проблемой медико-социальной экспертизы больных с последствиями ЧМТ является объективизация имеющихся неврологических синдромов. Это касается прежде всего экспертной оценки посттравматических ликвородинамических расстройств, церебрального арахноидита, посттравматической эпилепсии, вестибулярных и когнитивных расстройств. Оценку этих синдромов как причин для определения ограничения жизнедеятельности по одной из категорий следует проводить только после комплексного обследования.

Ключевые слова: отдаленные последствия черепно-мозговой травмы, инвалидность, медико-социальная экспертиза.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз накопиченої інвалідності за шифром Т90.5 виявив значну частку інвалідів (15,6%) з наслідками стусу головного мозку, що не співпадає з уявленням про цю клінічну форму черепно-мозкової травми (ЧМТ) як про найлегшу та таку, при якій не спостерігається структурних змін головного мозку.

2. Найбільш частою проблемою медико-соціальної експертизи хворих з наслідками ЧМТ є гіпердіагностика лікуючими лікарями деяких станів та недостатня об'єктивізація наявних неврологічних синдромів. Згідно з проведеними дослідженнями це стосується насамперед експертного оцінювання посттравматичних ліквородинамічних розладів, церебрального арахноїдиту, посттравматичної епілепсії, вестибулярних та когнітивних розладів; їхнє оцінювання слід проводити лише після комплексного обстеження. Їхня діагностика незалежно від ступеня вираженості повинна включати лікворологічне, нейроофтальмологічне дослідження, МРТ або КТ, клінічне та психофізіологічне дослідження. При направленні лікуючими лікарями на МСЕК хворих з посттравматичною епілепсією для визначення ступеня обмеження життєдіяльності крім об'єктивізації судомного синдрому, необхідне докладне дослідження інтелектуально-мнестичних та особистісних розладів, якому, на жаль, приділяється недостатньо уваги. Для більш точного встановлення причин нейроофтальмологічних наслідків та їх зв'язку з ЧМТ доцільним є проведення додаткових методів дослідження (МРТ, КТ орбіт, УЗД орбіт та ретробульбарного простору, біомікроскопія судин кон'юнктиви, оптична когерентна томографія). Актуальним є більш широке впровадження ЛОР-обстеження хворих з наслідками ЧМТ для об'єктивного оцінювання вестибулярних функцій.

3. Рідкість випадків зміни групи інвалідності на більш легку та наявність хворих, в яких вона, навпаки, була змінена на більш важку, свідчить про необхідність більш активних реабілітаційних заходів у інвалідів з наслідками ЧМТ, потребує уваги та концентрації зусиль як лікуючих лікарів, так і медико-соціальних експертних комісій.

Перспективи подальших досліджень. Аналіз накопиченої інвалідності та ефективності медичної реабілітації у контингенту хворих внаслідок ЧМТ є актуальною проблемою і потребує подальших досліджень.

Consequences of traumatic brain injury as a cause of disability: problems of expertise **V.M. Shkolnyk, L.Yu. Naumenko, H.D. Fesenko, V.A. Golyk, M.E. Koval**

Traumatic brain injury is a complex medical and social problem because of its high prevalence, involvement of predominantly working-age population and the diversity of the possible consequences. The publication presents a detailed analysis of the cumulative effects of disability due to traumatic brain injury on the basis of review of the expert case-histories in the regional center of medical-social expertise of the Kherson region. Expert analysis of the cases with code number T90.5 revealed a significant proportion of disabled persons (15.6%) with the consequences of brain concussion, which conflicts with the concept of this clinical form of traumatic brain injury, being the lightest one, and the one that is not accompanied by any structural changes in the brain. Another problem of medical-social expertise of patients with consequences of traumatic brain injury is the objectification of the available neurological syndromes. This is especially true for the expert review of the liquorodynamic posttraumatic disorders, cerebral arachnoiditis, post-traumatic epilepsy, vestibular and cognitive disorders. Evaluation of these syndromes, as the reasons for the determination of disability category should be carried out only after thorough examination. The rare change to a mild disability category (6.6%) has been shown, as well as the cases of switching to a more severe disability category (4.4%) have been identified. This is the evidence for the need of more active rehabilitation measures of persons with disabilities due to the consequences of traumatic brain injury.
Key words: long-term consequences of traumatic brain injury, disability, medical and social examination.

Сведения об авторах

Школьник Валерий Маркович – Днепропетровская медицинская академия, 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9. E-mail: valeriy_shkolnik@mail.ru

Науменко Леонид Юрьевич – Днепропетровская медицинская академия, 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (056) 377-28-17

Фесенко Галина Дмитриевна – Днепропетровская медицинская академия, 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (056) 377-28-17

Голик Владимир Анатольевич – ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины, 49000, г. Днепропетровск, пер. Советский, 1 А. E-mail: golyk@ua.fm

Коваль Николай Евгеньевич – Областной центр медико-социальной экспертизы, 73000, г. Херсон, ул. Перекопская, 153-Б; тел.: (0552) 55-15-22

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Потапов О.О. Травматична хвороба головного мозку: діагностика, перебіг та прогнозування / О.О. Потапов, О.П. Кмита // Вісник СумДУ. Серія «Медицина». – 2012. – № 2. – С. 59–67.
- Сучасні принципи судово-медичної експертизи при струсі головного мозку / В.Г. Бурчинський, Є.Г. Педаченко, Т.Г. Хозолева, А.П. Гук // Методичні рекомендації. – К., 2009. – 17 с.
- Эпидемиология инвалидности вследствие черепно-мозговых травм в Украине/ Н.К. Хобзей, Е.Г. Педаченко, В.А. Голик, А.П. Гук, Н.А. Гондуленко// Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 30–34.
- Christensen J. Traumatic brain injury: Risks of epilepsy and implications for medicolegal assessment // Epilepsia, 2012. – № 53. – P. 43–47.
- Cognitive decline in older adults with a history of traumatic brain injury / L. Moretti, I. Cristofori, S. M. Weaver, A. Chau, J. N. Portelli, J. Grafman // Lancet Neurology. – 2012. – № 11. – P. 1103–1112.
- Kiraly M.A. Traumatic Brain Injury and Delayed sequelae: A Review – Traumatic Brain Injury and Mild Traumatic Brain Injury (Concussion) are Precursors to Later-Onset Brain Disorders, Including Early-Onset Dementia / M.A. Kiraly, S.J. Kiraly // The Scientific World Journal. – 2007. – № 7. – P. 1768–1776.
- Neurologic disorders, in-hospital deaths, and years of potential life lost in the USA, 1988–2011 [Електронний ресурс] / B.P. Rosenbaum, M.L. Kelly, V.R. Kshetry, R.J. Weil // Journal of Clinical Neuroscience, 2014. – Режим доступу до статті: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25012487>
- Rahmathulla G. Compressive Cervicothoracic Adhesive Arachnoiditis following Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage: A Case Report and Literature Review / G. Rahmathulla, K. Kamian // J Neurol Surg Rep. 2014. – № 75 (1). – P. 56–61.

Статья поступила в редакцию 23.12.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

СЕМЕЙНАЯ «САМОДИАГНОСТИКА» АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ИХ НЕДОЕДАНИЮ

Диагноз "пищевая аллергия" (впрочем, как и любой другой) может поставить ребенку только врач. Ученые обнаружили, что дети, у которых наличие такой аллергии определили родители, необоснованно лишены многих ценных и необходимых продуктов питания.

Самолечение нередко сопровождается и "самодиагностикой": многие люди, не имеющие никакого отношения к медицине, почувствовав недомогание, сами ставят себе диагнозы и назначают лечение.

Это нередко приводит к самым тяжелым последствиям, включая смерть незадачливого самодеятельного эскулапа.

Еще опаснее, когда родители или другие родственники ставят диагноз ребенку и начинают "лечить" его, не обращаясь к врачу - в этом случае вероятность печального исхода возрастает многократно.

Британские ученые обнаружили тревожную тенденцию: в последнее время многие родители стали объяснять недомогание у своих детей пищевой аллергией и исключать из рациона малышей те или иные продукты, которые, по их мнению, являются причиной появления симптомов болезни.

Кроме того, у таких детей могут развиваться опасные заболевания, не имеющие никакого отношения к аллергиям, лишение малышей, у которых на самом деле нет аллергии, многих продуктов питания может пагубно сказаться на их здоровье.

Исследователи из двух детских клиник Англии - Сейнт-Томас в Лондоне (St Thomas' Hospital in London) и Ройял Александра в Брайтоне (Royal Alexandra Children's Hospital in Brighton) обследовали несколько тысяч детей и опросили их родителей.

Опрос матерей и отцов маленьких участников исследования пока-

зал, что почти 32% из них были уверены - у их ребенка есть одна из пищевых аллергий (на молоко, белок куриных яиц или даже целиакия). Соответственно родители ограничивали потребление своими детьми таких продуктов питания.

Между тем, обследование детей показало, что на самом деле пищевой аллергией страдали не более 5% из них.

Таким образом, вполне здоровые дети были лишены на протяжении длительного времени весьма полезных продуктов питания, которые совершенно необходимы растущему организму.

Ученые предупреждают, что всевозможные экспресс-тесты для диагностики аллергии, продающиеся через Интернет, не обладают достаточной точностью - наличие аллергии и у ребенка, и у взрослого может выявить только врач.

Источник: www.health-ua.org