

Аномалии конституции у детей

Аномалии конституции как предрасположенность к определенным заболеваниям

- Сущность термина «конституция» в ходе веков менялась. Гиппократ под «хорошей конституцией» понимал гармонию четырех жидкостей организма. Гален говорил о разном состоянии «пневмы», пронизывающей тело человека. Парацельз объяснял здоровье людей преобладанием в теле соли, серы или ртути. Постепенно складывается и укореняется мысль, что заболевание возникает в связи с особым составом или строением тела. В XVII веке учение о конституции - это учение о темпераментах, далее все чаще конституцию связывают и с особенностями внешнего строения тела.
- Знакомству врачей, посвятивших себя педиатрии, с общемедицинскими и клиническими понятиями конституции и диатеза положил начало Михаил Степанович Маслов. М. С. Маслов вошел в историю отечественной педиатрии как один из виднейших представителей советской педиатрической школы, уделивший много времени и труда изучению конституции и диатезов у детей.



- Аномалия конституции (греч. diathesis — предрасположение, склонность) — это особое состояние организма ребенка, когда функции и обмен веществ находятся длительно в неустойчивом равновесии, а сам организм обладает такими унаследованными, врожденными или приобретенными свойствами, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение заболеваний.

- Механизм развития диатеза тесно связан с вегетативной нервной системой и внутренней секрецией. При ухудшении условий внешней среды (нарушение питания, режима, заболевание организма), при функциональных нарушениях центральной или вегетативной нервной системы нервно-регуляторные механизмы не могут обеспечить правильной функции органов и обмена веществ, вследствие этого снижается приспособляемость организма к окружающей среде, изменяется его реактивность, возникает предрасположение к определённым заболеваниям. При диатезе даже физиологические раздражители и обычные жизненные условия могут вызвать патологические реакции и повлечь за собой заболевание. Предрасположение к заболеваниям возможно смягчить, а иногда даже устранить.
- Так или иначе, дети с аномалиями конституции (диатезами) чаще болеют острыми респираторными инфекциями, подвержены нарушениям кислотно-основного баланса, развитию тяжелого инфекционного токсикоза, судорожного синдрома, септических и воспалительных процессов. Не исключается трансформация отдельных форм диатезов в хроническую патологию кожи, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и костно-суставной систем.

Виды диатезов у детей:

- экссудативный-катаральный
- лимфатико-гипопластический
- нервно-артрический
- атопический (аллергический)
- геморрагический

Экссудативно-катаральный (экссудативный) диатез



- Эта аномалия конституции свойственна детям раннего возраста и характеризуется склонностью к специфическим поражениям кожи и слизистых оболочек, развитию аллергических реакций и затяжному течению воспалительных процессов, а также - нарушением водно-солевого обмена, увеличением лимфатических узлов.

- Около 30-50 процентов детей раннего возраста по большей части имеют кратковременные признаки именно этого диатеза. Чаще всего в происхождении экссудативно-катарального диатеза решающее значение играют повышенная проницаемость желудочно-кишечного тракта, недостаточная стабильность мембран клеток, сниженная активность ферментов, которые расщепляют биогенные амины, и белков, которые связывают их. Принципиальной особенностью экссудативно-катарального диатеза является связь его проявлений с употреблением в пищу ребенком или даже матерью (в период вскармливания грудным молоком) сравнительно большого количества продуктов, в которых содержится много биологически активных веществ, - гистаминов, то есть клубники, земляники, цитрусовых, шоколада, рыбы, творога, колбас, томатов, квашеной капусты.

- Дети с экссудативно-катаральным диатезом на вид всегда пухленькие, с избыточной массой тела ("гордость бабушек"), пастозные (склонные к отекам), часто имеют стойкие опрелости с первого месяца жизни, гнейс (жировая себорейная чешуя на волосистой части головы). Кожа у них часто сухая и бледная, иногда, в случаях нарушения питания, появляется молочный струп - покраснение кожи щек и подбородка со следующим ее лущением. Часто возникают сопровождающиеся зудом высыпания на коже, которые могут во второй раз инфицироваться от расчесываний. Еще одним признаком является так называемый "географический язык", то есть когда язык покрывается своеобразным налетом, который своим видом напоминает географическую карту. Иногда возникают расстройства стула, затяжные конъюнктивиты, риниты, обструктивные бронхиты, часто - анемия, рахит.

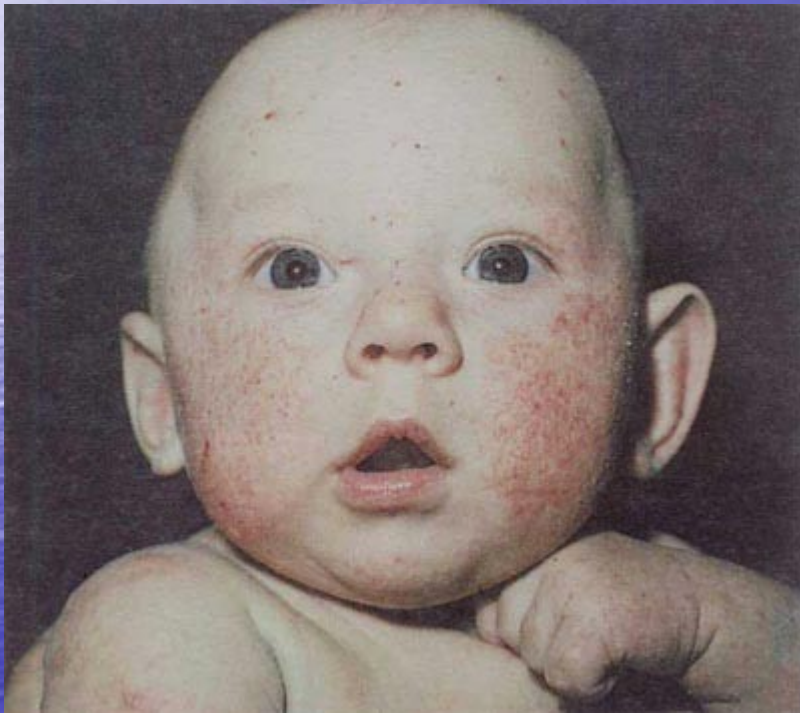
- У таких деток наблюдается склонность к задержке в организме воды, натрия, калия и хлоридов, но при вирусных и бактериальных заболеваниях быстро наступает обезвоживание. Особенности обмена веществ у этих малышей часто является также метаболический ацидоз (склонность к окислению среды организма), тенденция к снижению содержания белков и, напротив, повышение глюкозы и липидов в крови по причине нарушения функции печени. К 3-4 годам проявления экссудативно-катарального диатеза, как правило, постепенно исчезают.
- Постановка диагноза ЭКД:
- НЕ всякая опрелость, экзема, рините лимфаденит является выражением аномалии конституции, а только те, которые появляются у детей от таких раздражений и при таких условиях, которые у здорового ребенка не сопровождаются реакцией.
- Когда у ребенка первых месяцев наблюдаются упорные опрелости, себорея, экзема при наличии правильно проводимого грудного вскармливания и правильного ухода, диагноз ЭДК весьма вероятен. ЭДК – это неблагоприятный фон на котором протекают инфекционные заболевания. Дети с ЭДК 1. Болеют часто ОРЗ, кишечными инфекциями, корь, в.оспа, 2. затяжное течение заболеваний 3. Сопровождаются осложнениями, 4. При инфицировании туберкулезом он течет своеобразно в виде скрофулеза.
- Иммунизация.
- Проводят в период клинической ремиссии на фоне десенсибилизирующей терапии. Иногда только по эпид. показаниям.
- Прогноз. У части детей после 3-х лет остается склонность к заболеваниям кожи, бронхиальной астме, спастическим состояниям ж-к тракта, функциональные кардиопатии.

- Специфических методов лечения нет – необходимо применять комплексное лечение, конкретное содержанием которой, зависит от клиники, фазы заболевания, состояния ребенка и т.п. При подборе питания важен индивидуальный подход. При увеличении чувствительности к одному или нескольким продуктам, после исключения из рациона срок исключения устанавливают индивидуально (от нескольких недель до нескольких месяцев). В острый период целесообразно исключать все облигатные аллергены (яйца, раба, какао, шоколад, овощи и цитрусовые красного или оранжевого цвета). В период исключения продуктов заменяются другими, так чтобы общий калораж белков, жиров и углеводов соответствовал возрастным потребностям ребенка.
- Введение прикормов необходимо проводить очень осторожно, 1й прикорм (овощное пюре) вводят с 6-6,5 месяца (если ребенок на естественном вскармливании, если на смешанном или искусственном с 5 месяца). Второй прикорм через 3-4 недели после первого, но каши готовят на овощном отваре. Третий прикорм вводят как обычно.
- При наличии общей экземы или гормонотерапии, количество белков должно быть на 15-20% больше возрастной нормы, количество жиров должно соответствовать возрастной норме, учитывая низкую толерантность к жирам в диете следует увеличить количество жиров растительного происхождения (до 25-30% от суточного количества). Количество углеводов должно соответствовать возрастной норме, но следует снизить количество продуктов содержащих легкоусвояемые углеводы (сахар) и увеличить количество овощей и фруктов. Жидкость следует давать по нижней границе возрастной нормы, с целью нормализации водно-солевого обмена и снижения экссудации (особенно при экземе). Целесообразно ограничить в пище натрий, должно быть достаточное содержание солей кальция, магния, которые способствуют десенсибилизации и снижению сосудистой проницаемости. Кальцием богаты молочные продукты, магний содержится в продуктах растительного происхождения.

- Уход:
- В период ярких проявлений показаны ванны со слабым раствором марганца, чередой, ромашкой, через 1-2 дня. На область кожных складок применяют присыпки. Патогномонически обосновано применение витаминов. А, Е, В1, В6, В15, аскорбиновой кислоты так как в большинстве случаев аллерген попадает в организм через ЖКТ, хороший эффект дают 10-ти дневные курсы лактобактерина, бифибумбактерина. С целью десенсибилизации применяют димедрол, супрастин, тавегил, фенкорол и др. в возрастной дозе в течение 4 недель, сменяя препараты через 5-7 дней. С этой же целью назначают препараты кальция, кларитин, противовоспалительное, противоаллергенное, таблетки или сироп 1 раз в день с интервалом в 3 дня. Это способствует быстрому снижению, а затем исчезновению зуда, инфекции, мокнутия, улучшает общее состояние, но не предупреждает возникновения рецидивов. В период острых проявлений:
- Иммунофан 0,01% раствор 1мкг/кг подкожно через 2 дня на 3й. Курс 5-7 инъекций. Обладает иммунорегуляторным, противовоспалительным, гепатопротективным действием.
- Если имеется себорея головы, ежедневно смазывают маслом или 2% папавериновая мазь с последующим осторожным удалением корочек. Особенно трудно лечить экзему. В период мокнутия применяют примочки (с целью отмочания, удаления корочек), раствор фурациллина, фуранола. Затем болтушки с тальком, окисью цинка, мази с нафталином. В пасты добавляют папаверин и витамин Е (способствует стабилизации клеточных мембран). В период стабилизации крем (папаверин+витамин Е). Очень осторожно применяют гормональные мази (так как после их применения не помогает уже ничего другое). Детям с зудом, беспокойством, нарушениями сна назначают седативные препараты. В тяжелых случаях – гепаринотерапия малыми дозами, при затяжном течении – УФО.

- Первичная профилактика экссудативно-катарального диатеза возможна лишь в перинатальный период и включает рациональное питание беременных и грудных детей, исключение контакта с облигатными аллергенами.

Лимфатико-гипопластический (лимфатический) диатез



- Данная аномалия конституции чаще всего наблюдается у детей в первые 7 лет жизни. Основным признаком диатеза является генерализированное и стойкое увеличение лимфатических узлов и вилочковой железы, дисфункцией эндокринной системы (сниженной функцией надпочечных желез и симпатико-адреналовой системы) со сниженной адаптацией к изменениям окружающей среды и склонностью к частым инфекционным заболеваниям и аллергическим реакциям.

- В формировании этого диатеза решающее значение имеют токсическо-инфекционные и длительные гипоксические влияния во внутриутробном периоде и в первые недели жизни малыша после рождения. Генетически обусловленный дефект Т и В-лимфоцитов приводит к снижению клеточного и гуморального иммунитета.
- Дети "лимфатики" уже с рождения имеют избыточную массу тела при малой мышечной массе, склонны к отекам. А жировая ткань распределяется у них по "женскому типу" - больше на животе и бедрах. Телосложение таких малышей непропорционально. Поведение у них немного "ленивое" - позже других начинают разговаривать, ходить. На осмотре врач заметит значительное и стойкое увеличение периферических лимфатических узлов, небных и глоточных миндалин. Такие дети растут апатичными, вялыми, быстро устают. По причине разрастания глоточной миндалины ("аденоидов") нарушается носовое дыхание, малыши начинают дышать через рот, плохо спят. Инфекционные заболевания у них имеют обычно затяжной, волнообразный характер (постоянные "сопли"), длительное время после заболеваний наблюдается субфебрильная температура (37,0-38,0 градусов). Дети склонны к токсикозам - любая вирусная инфекция у них сопровождается рвотой, судорогами, лихорадкой, нарушением электролитного баланса организма.

- Максимальная выразительность проявлений диатеза приходится, как правило, на дошкольный возраст, в будущем они обычно исчезают.
- Диагноз лимфатико-гипопластического диатеза основывается на анамнестических и клинических данных. Дифференциальный диагноз проводят с наследственными иммунодефицитными состояниями и внутриутробной инфекцией.

- Учитывается высокая гидрофильность и гидролабильность тканей, снижение толерантности к жирам. Диетотерапию проводят почти так же как при atopическом диатезе, но не дают продуктов с высоким содержанием белка, не исключают облигатные аллергены, обязательно введение овощных блюд содержащих калий, микроэлементы, витамины. В профилактических целях назначают иммуномодуляторы – пентоксил, метилурацил, витамины группы В, глицеран, дибазол, метоцин, оротат калия.
- Путем разумного закаливания и применения адаптогенов возможно снижение восприятости к инфекционным заболеваниям. При интеркуррентных заболеваниях протекающих с интоксикацией назначают глюкокортикостероиды в малых дозах (преднизолон 1 мг/кг 5-7 дней).
- Профилактика лимфатико-гипопластического диатеза включает ликвидацию очагов хронической инфекции у женщин до беременности, обеспечение правильного развития плода, раннее выявление и лечение задержки его развития и гипоксии.

Нервно-артритический диатез



- Характеризуется в основном нарушениями обмена мочевой кислоты и нагромождением пуринов в организме, а также нарушениями липидного и углеводного обменов. Доказано полигенное наследование диатеза. У родителей, как правило, имеют место заболевания суставов, почек, неврологические болезни.
- Детки "артритики" чрезвычайно подвижны. За короткий промежуток времени они успевают "перевернуть" весь дом. Им свойственны капризность, повышенная возбудимость. В грудном возрасте такие малыши много плачут и требуют постоянного внимания по причине раздражимости нервной системы. Достаточно часто длительный плач ребенка мать расценивает как проявление голода, чаще кормит его, но, в ответ на это, у малыша возникает нарушение усвояемости еды, которое заканчивается появлением срыгивания и рвоты. Малыши с нервно-артритическим диатезом нуждаются в длительном убаюкивании, а их сон поверхностен и неустойчив. Словом, "артритики" - это сложные детки. Но, несмотря на это, для данного типа диатеза характерно, что процессы возбуждения преобладают над процессами торможения, и детишки быстрее, чем однолетки, начинают сидеть, стоять, ходить, говорить. По психическому развитию они, как правило, всегда опережают своих ровесников.

- У детей после года наблюдается плохой аппетит, частые ночные страхи. Иногда появляются проявления ночного энуреза, судороги при любых вирусных или бактериальных заболеваниях. По телосложению дети худощавые, хотя впоследствии быстро набирают вес. Часто их тревожат запоры, увеличение печени, периодические приступы ацетонемической рвоты. Дело в том, что у "артритиков", в результате накопления пуриновых веществ в организме, периодически появляются приступы рвоты с запахом ацетона, а в моче и крови диагностируют повышенное количество кетоновых тел. Некоторые исследователи считают такие проявления в раннем возрасте - первыми признаками мигрени в будущем. Чаще всего приступы рвоты провоцируются нарушением питания при полном или частичном голодании или же в результате употребления еды с низким содержанием углеводов, но богатой на животные жиры, а также при любых заболеваниях и стрессах у малыша. Важное место в возникновении рвоты занимают гормональные и метаболические нарушения, увеличение уровня инсулина, который приводит к снижению содержания глюкозы в крови. Снижение уровня глюкозы в крови у детей "артритиков" также свидетельствует о печеночной дисфункции. А это является особенностью нервно-артритического диатеза. Ацетонемическая рвота у этих малышей часто требует стационарного лечения.

- Нередко в крови повышается содержание мочевой кислоты за счет усиления ее синтеза, как следствие этого возникает уратурия (такое состояние называют еще мочекислым диатезом). Могут появляться приступы боли в животе, головной боли.
- При неблагоприятных условиях, с возрастом развиваются подагра, обменные артриты, сахарный диабет, на фоне высокого содержания мочевой кислоты в моче нередко возникают пиелонефрит, мочекаменная болезнь. Провоцирующими факторами могут быть интенсивные психоэмоциональные нагрузки, употребления в больших количествах продуктов, богатых пуринами (например, мясо, печень, селедка, паштет, сардины, шоколад, какао, бобовые).

- **Диагноз нервно-артритического диатеза** основывается на генеалогическом анализе (обнаружение у родственников первой степени родства перечисленных неврологических и обменных нарушений), клинической картине, выявлении повышенного содержания уратов в моче. Дифференциальный диагноз проводят с невротами, энцефалопатиями.
- **Лечение:**
- **Диетотерапия.** Необходимо ограничить яйца, печень, какао, шоколад и другие продукты, содержащие пуриновые основания (в том числе белковые сорта мяса). Хорошо усваиваются молоко и растительные продукты, учитывают недостаток рН и снижение ферментативной активности желудочного сока, назначают полиферментные препараты (фестал, панзинорм). Обязательно витамины группы В, аскорбиновая кислота. Седативные: бром, валериана. Водные процедуры, гимнастика, массаж, ЛФК.
- При ацетонэмической рвоте – водно-солевая диета на 6-12 часов, назначают необходимое количество жидкости, часть которой вводится перорально, глюкоза 5%, раствор Рингера, физиологический раствор.

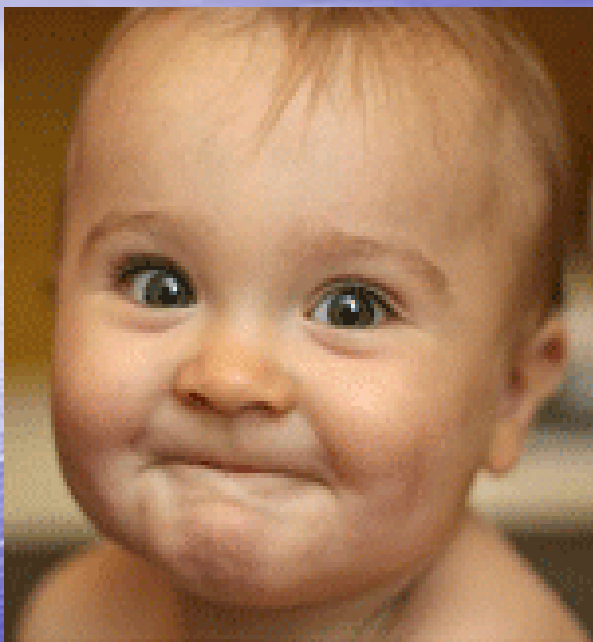
Аллергический диатез



- Эта аномалия конституции характеризуется склонностью малыша к аллергическим заболеваниям. Известно, что диатез развивается у 30 процентов детей, если аллергическое заболевание есть у отца, у 50 процентов малышей - когда больна мать, и у 75 процентов - при наличии этого заболевания у обоих родителей. В зависимости от особенностей иммунологических реакций, выделяют такие разновидности аллергического диатеза как атопический, аутоиммунный, инфекционно-аллергический.

- Аллергический диатез имеет многофакторное наследование. В разных семьях повышенная склонность к аллергическим реакциям обусловлена разными факторами: высоким синтезом иммуноглобулинов E, иммунным дефицитом, сходством гликопротеинов эпителия дыхательных путей и кишечника с гликопротеинами бактерий, грибов и т.п. Аллергические заболевания развиваются под воздействием окружающей среды. Это зависит от массивности поступления аллергена в нерасщепленном виде через естественные барьеры в организм ребенка. Провоцирующую роль могут сыграть инфекции, гиповитаминозы, анемия, вызывающие нарушение барьерных свойств слизистых оболочек.
- Аллергическому дерматиту на первом году жизни свойственны такие же поражения кожи, как и при экссудативно-катаральном диатезе, а также экземе. В дошкольном возрасте могут возникать аллергические заболевания органов дыхания, диффузные заболевания соединительной ткани. В школьном возрасте нередко наблюдаются экзема, атопический дерматит, аллергические заболевания с одновременным поражением кожи и органов дыхания.

- Диагноз **аллергического диатеза** предполагают на основании генеалогического анамнеза, учитывая, что этот диатез развивается у 30% детей, если аллергическое заболевание имеется у отца, у 50% детей, если больна мать, и у 75% детей, если аллергия диагностирована у обоих родителей. Подтверждает диагноз появление у ребенка аллергических поражений, в развитии которых участвуют иммунные механизмы (в отличие от экссудативно-катарального диатеза); окончательный диагноз устанавливают после аллергологического обследования.
- Лечение аллергических поражений проводится аллергологом, дерматологом. Принципы диспансерного наблюдения детей с аллергическим диатезом те же, что и детей с экссудативно-катаральным диатезом.



***Спасибо за
внимание!!!***