

## Глава 5. АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ

● **Экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический, нервно-артритический диатез: определение, этиология, патогенез, клиническая картина, лабораторная диагностика, лечение**

Аномалии конституции (диатезы) – состояния, при которых организм ребенка отвечает на обычные раздражители неадекватными реакциями, предрасполагающими к развитию определенных патологических состояний и заболеваний.

Выделяют три основных типа диатезов: экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический и нервно-артритический.

Выделение различных вариантов диатеза связано с тем, что дети с диатезами в зависимости от его типа требуют определенного подхода в организации питания, режима дня, проведении профилактических прививок.

### ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНЫЙ ДИАТЕЗ

Экссудативно-катаральный диатез (ЭКД) – своеобразное состояние реактивности ребенка раннего возраста, при котором имеется склонность к рецидивирующим инфильтративно-дескваматозным поражениям кожи и слизистых оболочек, развитию аллергических реакций, затяжному течению воспалительных процессов, гиперплазии лимфоидной ткани, неустойчивости водно-солевого обмена.

**Этиология.** Проявления ЭКД наиболее выражены на 1–2-м году жизни и встречаются у 50–60% детей. Предрасполагают к развитию диатеза неблагоприятные условия внутриутробного развития – нерациональное питание матери, неадекватная медикаментозная терапия во время беременности. После рождения ребенка основная роль в возникновении ЭКД отводится пищевым аллергенам, особенно белку коровьего молока. Его роль чрезвычайно велика у детей 1-го года жизни с коротким промежутком грудного вскармливания. Среди других облигатных аллергенов наиболее часто встречаются шоколад, клубника, земляника, цитрусовые, белок куриного яйца, речная рыба. Клинические симптомы ЭКД появляются после повторного поступления аллергенов в организм, выработки достаточного количества антител и взаимодействия антитела с антигеном.

**Патогенез.** Выделяют два варианта течения ЭКД: иммунный и неиммунный. Иммунный характер связан с наследуемой способностью продуцировать при встрече с аллергенами особые антитела, относимые к классу IgE, в связи с чем развиваются аллергические реакции. Для иммунного варианта характерны манифестные проявления диатеза с первых дней жизни, непрерывно-рецидивирующее течение кожных проявлений, выраженность нарушений, неэффективность терапии, трансформирование диатеза в нейродермит, бронхиальную астму и другие аллергические заболевания. Неиммунный вариант протекает благоприятно.

**Клиническая картина.** Различают два типа ЭКД: пастозный и эретический. При пастозном типе дети склонны к избыточному весу, рыхлые, малоподвижные. Кожа и слизистые оболочки бледные, элементы диатеза сочные, часто наблюдается мокнущая экзема. При эретическом типе дети пониженного питания, беспокойные. Высыпания на коже сухие, зудящие.

Клинические проявления ЭКД возникают рано, в первые недели и месяцы жизни. Наиболее характерными проявлениями диатеза являются поражения кожи и слизистых оболочек. К кожным поражениям относятся гнейс, опрелости, молочный струп, экзема, строфулюс и почесуха. В зависимости от возраста ребенка, его индивидуальных особенностей реакция со стороны кожи может быть весьма различной. У детей грудного возраста ЭКД начинается с образования на бровях и волосистой части головы буроватых жирных чешуек — гнейса. Его появление сопровождается воспалительной реакцией кожи. Себорейя имеет тенденцию к распространению, отличается упорным течением и может перейти в экзему. Одновременно с гнейсом в естественных складках кожи, несмотря на хороший гигиенический уход, возникают стойкие опрелости, трудно поддающиеся лечению. К гнейсу и опрелостям присоединяется молочный струп — ограниченное покраснение щек с утолщением эпидермиса и шелушением. Более тяжелым поражением кожи является мокнущая экзема. На коже лица, туловища и конечностей образуются мелкие, едва заметные папулы, которые быстро превращаются в пузырьки, наполненные жидким содержимым (рис. 39). Кожа вокруг элементов сыпи становится гиперемированной. Пузырьки лопаются, обнажая мокнущую поверхность, из которой выделяется большое количество слегка желтоватой жидкости. При ее подсыхании образуются экзематозные корки. Высыпания возникают толчкообразно и сопровождаются мучи-



Рис. 39. Экссудативно-катаральный диатез

Полнены серозным содержимым. П оч е с у х а – мелкие, плотные, сильно зудящие узелки, расположенные преимущественно на конечностях. Почесуха может сопровождаться повышенной сухостью кожи и шелушением.

Помимо кожных поражений для ЭКД характерны изменения со стороны слизистых оболочек. Повышенная ранимость слизистых проявляется в усиленном и неравномерном слущивании эпителия языка ("географический" язык). Легко возникают воспалительные заболевания глаз и верхних дыхательных путей (конъюнктивиты, блефариты, упорные риниты, фарингиты, ларингиты, бронхиты). Заболевания органов дыхания протекают тяжело, нередко с обструктивным синдромом (сужение просвета дыхательных путей). Возможен переход в бронхиальную астму. Часто развивается инфекция мочеполовых путей – циститы, пиелонефриты, вульвовагиниты у девочек и баланиты у мальчиков. Периодически отмечается неустойчивый стул (чередование запора и поноса) с большим количеством слизи.

Характерна гиперплазия лимфоидной ткани – увеличиваются периферические лимфатические узлы, особенно вблизи пораженных участков кожи и слизистых, миндалины, реже печень и селезенка.

**Лабораторная диагностика.** При обострении процесса в крови повышается содержание эозинофилов, нарушается белковый состав крови (гипо- и диспротеинемия, снижение уровня

тельным зудом. Течение мокнущей экземы длительное и упорное. Реже встречается сухая экзема с обильным шелушением кожи без мокнутия. Возможны переходы одной формы в другую. Неблагоприятным исходом сухой экземы является нейродермит.

У детей старше года поражения кожи проявляются в виде строфулюса, почесухи и других разнообразных сыпей. Стр о ф у л ю с представляет собой мелкую узелковую сыпь, верхушки которой на-

альбуминов и гамма-глобулинов); в иммунограмме – гиперпродукция иммуноглобулинов класса E. Для выявления причинно-значимого антигена проводятся кожные скарификационные алергологические пробы.

**Лечение.** В комплексе лечебных мероприятий большое значение имеет правильная организация режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе. Особое значение приобретает рациональное вскармливание ребенка. Из пищевого рациона исключаются облигатные аллергены. Детям с избыточным весом ограничивается пища, богатая углеводами (каши, кисели, мучные изделия). В период обострения заболевания сахар желателно заменить сорбитом или ксилитом. Часть жира пищи (около 30%) целесообразно вводить в виде растительных жиров, богатых ненасыщенными жирными кислотами. Рекомендуется дополнительное введение солей калия (картофель, чернослив, курага, изюм), ограничение поваренной соли.

Детям с экссудативно-катаральным диатезом показано максимально длительное кормление грудью. Из рациона кормящей матери необходимо исключить возможные пищевые аллергены, экстрактивные вещества, продукты, в состав которых входят консерванты, красители и пищевые добавки. Для установления диетических ограничений необходимо выяснить, какой употребляемый матерью продукт усиливает проявление диатеза у ребенка. При частично грудном и искусственном вскармливании целесообразно использовать индивидуально подобранные смеси. В случаях упорного течения диатеза, особенно при доказанной аллергии к коровьему молоку, следует перейти на безмолочное питание – соевое или миндальное молоко, смеси "Семилак-изомил", "Нутри-соя", "Белакт-соя". Прикорм при искусственном вскармливании следует вводить раньше – в 4–4,5 месяца, при грудном вскармливании дают позже, чем здоровым детям. В качестве первого прикорма рекомендуется овощное пюре. В его состав включают белокочанную и цветную капусту, кабачки, репу, картофель. Продукты, входящие в состав пюре, вводят в рацион поочередно, через 3–5 дней каждый. Из каш предпочтение отдают гречневой, пшенной, перловой, рисовой. Овсяная и манная каши исключаются. Для приготовления каш и овощных блюд необходимо использовать овощной отвар. Продукты, богатые крахмалом (картофель, рис), вымачивают в течение 12–18 ч в холодной воде. В качестве третьего прикорма рекомендуется овощное блюдо. Мясо следует давать в отварном виде,

предварительно вываривая в двух водах: 30 мин в одной, затем 2 ч в другой. Для мясных блюд можно использовать мясо кролика, индейку, баранину, нежирную свинину, а также детские консервы из свинины и конины ("Конек-горбунок", "Чебурашка", "Винни-пух"). Говядина дается при отсутствии аллергии к коровьему молоку. Куриное мясо, как правило, вызывает обострение процесса. Мясные бульоны из пищевого рациона исключаются. Рыба детям первого года жизни не рекомендуется, в дальнейшем она вводится с большой осторожностью, так как относится к облигатным аллергенам. Все продукты назначаются строго индивидуально и вводятся постепенно. Для соков и фруктовых пюре лучше использовать яблоки кислых сортов, голубику, смородину, не рекомендуют давать соки из красных и желтых фруктов. Для установления индивидуальной непереносимости к определенному виду пищи необходимо вести пищевой дневник, в котором отмечается реакция на введение в рацион нового продукта питания (изменение цвета кожи, появление сыпи, зуд и беспокойство ребенка).

В случае установления антигена, вызывающего клинические проявления диатеза, проводится специфическая гипосенсибилизация, которая заключается в подкожном введении антигена в возрастающих дозах.

Для неспецифической гипосенсибилизации назначают анти-медиаторные средства: *налкром*, *klarитин*, *тавегил*, *фенкарол*, *супрастин*, *кетотифен*. Показано применение ферментов (*мезим-форте*, *фестал*, *панкреатин*). Наряду с ферментными препаратами назначаются энтеросорбенты (*полифепан*, *ваулен*, *карболен*), энтеросорбенты (*бифидумбактерин* или *лактобактерин*). Рекомендуются *витамины B<sub>6</sub>, B<sub>5</sub>, B<sub>15</sub>, E, A*.

Для местного лечения кожи используются ежедневные ванны. Их состав зависит от цели проведения. Противозудное действие оказывают *корень девясила*, *лист крапивы*, *мяты перечной*, *шишки хмеля*, *трава пустырника*, *цветки календулы*. При выраженной сухости кожи *показаны корни аира*, *девясила*, *пшеничные отруби*, *цветки ромашки*. Подсушивающее действие оказывают трава череды, дубовая кора, лопух большой, сушеница болотная.

При себорее за 2 ч до купания места скопления корок смазывают подсолнечным маслом, после мытья головы с мылом их удаляют. В острой фазе кожного процесса применяют охлажденные примочки с *1–2% растворами резорцина*, *0,1% раствором*

риванола, 0,25% раствором нитрата серебра, отваром ромашки, коры дуба, крепким настоем чая. Можно использовать болтушки, содержащие тальк, цинка оксид, глицерин (рис. 40). При уменьшении воспалительного процесса назначаются максимально индифферентные вещества, которые подбирают индивидуально (*тальк, мази,*



Рис. 40. Наложение маски при экземе

*содержащие нафталан, ланолин, цинка оксид*). Мази со стероидными гормонами ("Локоид", "Адвантан") применяются при выраженных кожных проявлениях и на короткий срок. Их наносят на небольшие участки кожи осторожно, не втирая. Сухую кожу с трещинами следует обрабатывать *витамином А, облепиховым, шиповниковым* и прокипяченным растительным маслом. Чтобы предохранить кожу от расчесов, ребенку надевают матерчатые варежки или накладывают на локтевые сгибы шинки из картона. Детям необходимо коротко подстригать ногти, часто мыть руки, следить за чистотой нательного и постельного белья.

## ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ

Лимфатико-гипопластический диатез (ЛГД) – аномалия конституции, характеризующаяся генерализованным увеличением лимфатических узлов и вилочковой железы, иммунологической недостаточностью, дисфункцией ряда эндокринных органов, сниженной адаптацией к воздействиям окружающей среды, склонностью к аллергическим реакциям.

**Этиология.** В развитии диатеза играют роль наследственная отягощенность (ожирение, инфекционно-аллергические заболевания, хроническая патология органов дыхания), тяжелые гестозы и заболевания матери, избыточное питание в период беременности, длительные инфекционные заболевания у детей, нерациональное вскармливание ребенка с избыточным введением углеводов и жиров.

**Клиническая картина.** Проявление диатеза чаще наблюдаются в возрасте от 2 до 7 лет. Дети имеют избыточную массу тела и диспропорциональное телосложение: относительно короткое туловище и шею, удлинённые конечности, сужённую грудную клетку. Кожные покровы бледные, с выраженным мраморным рисунком. Мускулатура развита слабо. Тонус и тургор тканей снижены. Дети вялые, малоподвижные, не проявляют интереса к окружающему, быстро устают, с трудом выдерживают даже обычные физические и психические нагрузки. Условно-рефлекторная деятельность замедлена, преобладают тормозные реакции. При заболевании или нарушении диеты они быстро теряют массу тела.

Характерным признаком является гиперплазия лимфоидной ткани, которая носит системный, генерализованный характер. Увеличиваются все группы лимфатических узлов, резко выражены аденоидные разрастания в носоглотке. Миндалины большие, рыхлые. Увеличиваются размеры печени и селезенки, отмечается гипертрофия вилочковой железы.

Нередко обнаруживается "капельное" или увеличенное в размере сердце. Дети предрасположены к длительным воспалительным заболеваниям слизистых оболочек: ринофарингитам, конъюнктивитам, трахеобронхитам. Легко развиваются стридор, астматические состояния, возможны случаи внезапной смерти, связанные с недостаточной функцией надпочечников.

Рентгенологически определяется задержка инволюции вилочковой железы. В крови отмечается выраженный лимфоцитоз.

**Лечение.** Важное значение имеет правильная организация питания. Следует избегать перекорма. В пищевом рационе ограничивают жиры, легкоусвояемые углеводы (каши, кисель, сахар), соль, воду. Коровье молоко заменяют кефиром. Необходимо строгое выполнение охранительного режима, проведение общеукрепляющих мероприятий, физкультуры, массажа, гимнастики, закаливающих процедур.

Лекарственная терапия направлена на обеспечение организма достаточным количеством витаминов (группы В, С, А, Е) и микроэлементов (железо, цинк, медь, селен, кальций, магний). Показано применение препаратов кальция (*пантотенат кальция, глицерофосфат кальция*), адаптогенов (*глицерам, этимизол, дибазол, экстракт элеутерококка, настойка женьшеня*). Периодически назначаются эубиотики (*бифидумбактерин, бификол, лактобактерин*). При сочетании ЛГД с ЭКД рекомендуются антигистаминные препараты.

## НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ

Нервно-артритический диатез (НАД) – аномалия конституции, характеризующаяся нарушением пуринового обмена, повышенной возбудимостью ЦНС, изменениями функций некоторых внутренних органов.

**Этиология.** НАД развивается преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возрастов. Способствует формированию диатеза наследственная предрасположенность к болезням обмена пуринов (моче- и желчнокаменная болезнь, подагра, радикулиты), тяжелые гестозы, заболевания почек и гепатобилиарной системы у беременных, избыток в пищевом рационе матери продуктов с высоким содержанием пуринов, нерациональное вскармливание ребенка (употребление большого количества мясных продуктов), бесконтрольный прием медикаментов (салицилатов, сульфаниламидов, диуретиков), стрессовые ситуации, грубые нарушения режима дня.

**Патогенез.** Ведущее значение в развитии диатеза играет повышение в крови уровня мочевой кислоты. Нарушаются жировой и углеводный обмены, возникает склонность к кетоацидозу. Мочевая кислота, ее соли и ацидоз раздражают ЦНС, вызывая повышенную возбудимость ребенка.

**Клиническая картина.** Проявления диатеза зависят от возраста. У детей первого года жизни отмечаются повышенная нервная возбудимость, беспокойный сон, сниженный аппетит, неравномерность нарастания массы тела, неустойчивый стул. Постоянное раздражение ЦНС продуктами пуринового обмена способствует более раннему психическому и эмоциональному развитию. Дети быстро овладевают речью, рано начинают читать, отличаются эмоциональной лабильностью, склонны к упорной анорексии, привычной рвоте, гиперкинезам, энурезу. Часто наблюдаются беспричинные подъемы температуры, головные боли по типу мигрени, кардиалгии, бронхоспазмы, почечные, печеночные и кишечные колики. Обменные нарушения проявляются суставными болями, дизурическими расстройствами, выделением с мочой большого количества солей.

Характерно появление в дошкольном и младшем школьном возрасте ацетонемических кризов. Провоцирующими факторами могут быть острые заболевания, эмоциональное напряжение, насильственное кормление, злоупотребление мясной и жирной пищей. Криз возникает внезапно или после периода предвестников (возбуждение, головная боль, тошнота, отказ от груди) и

проявляется неукротимой рвотой, схваткообразными болями в животе, запахом ацетона в выдыхаемом воздухе. В моче в момент приступа появляются кетоновые тела. Длительность криза составляет от нескольких часов до 1–2 сут. В большинстве случаев рвота прекращается так же внезапно, как и началась.

Дети с НАД предрасположены к развитию ожирения, сахарного диабета, бронхиальной астмы, гипертонической болезни, обменных артритов, желчно- и мочекаменной болезни. Нарушенный обмен может длительно компенсироваться правильным воспитанием и диетой.

**Лечение.** Основное значение имеют правильный режим дня и рациональное питание. Следует обратить внимание на систематическое проведение общеукрепляющих мероприятий (прогулки на свежем воздухе, массаж, гимнастика; для детей дошкольного и школьного возраста – занятия физкультурой и спортом). Необходимо оградить ребенка от дополнительных психических нагрузок: одновременных посещений нескольких кружков, длительных просмотров телевизионных передач.

Диета должна содержать достаточное количество молочных продуктов, овощей и фруктов. Следует ограничить мясо, птицу, рыбу, жиры животного происхождения, щавель, шпинат, редьку, редис, помидоры. Из пищевого рациона исключают продукты, богатые пуринами: шоколад, какао, кофе, печень, почки, бобовые. Рекомендуются щелочные минеральные воды. При появлении предвестников ацетонемического криза назначают каждые 10–15 мин питье в виде раствора глюкозы, сладкого чая, соков, 1% раствора натрия гидрокарбоната. Ребенок с приступом ацетонемической рвоты должен быть госпитализирован. С целью регидратации и нейтрализации ацидоза внутривенно вводят 5–10% растворы глюкозы, 0,9% раствор натрия хлорида, 4% раствор натрия гидрокарбоната, кокарбоксылазу, аскорбиновую кислоту. Показано назначение кальция пантотената, панангина, витаминов С и группы В. Для устранения повышенной возбудимости нервной системы применяют натрия бромид, настойку корня валерианы.

### Контрольные вопросы

1. Укажите причины развития ЭКД. 2. Опишите клинические проявления ЭКД у детей грудного возраста и старше года. 3. Назовите принципы медикаментозного лечения ЭКД. 4. Как проводится местное лечение ЭКД? 5. Какие продукты следует исключить (ограничить, рекомендовать) при ЭКД? 6. Составьте меню на один день ребенку

5 месяцев с ЭКД при искусственном вскармливании. 7. Какие клинические признаки отмечаются при ЛГД? Опишите внешний вид ребенка. 8. Перечислите принципы лечения ЛГД. 9. Опишите клиническую симптоматику ацетонемического криза. Какую помощь нужно оказать? 10. Подготовьте беседу участковой сестры с родителями по организации режима дня и питания ребенка с НАД.