

**ФАКУЛЬТЕТСКАЯ
ПЕДИАТРИЯ
КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ**

УДК 37.6
ББК 92
П12

Павлова Н. В.

П12 Факультетская педиатрия / Павлова Н. В. — М. : Т8
Издательские технологии / RUGRAM, 2020. — 160 с. —
(Полезные конспекты).

ISBN 978-5-521-75872-2

Книга включает в себя полный курс лекций по факультетской педиатрии, написана доступным языком и будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро подготовиться к экзамену и успешно его сдать.

Предназначена для студентов медицинских вузов.

BIC JN
BISAC EDU000000

ЛЕКЦИЯ № 1. Аномалии конституции у детей. Виды диатезов. Аномалии конституции как предрасположенность к тому или иному хроническому патологическому процессу

Конституция — это совокупность относительно устойчивых морфологических и функциональных свойств человека, обусловленная наследственностью, возрастом и длительным интенсивными воздействиями окружающей среды, определяющая функциональные возможности и реактивность организма.

Диатез — это генетически детерминированная особенность организма, определяющая своеобразие его адаптивных реакций и предрасполагающая к определенной группе заболеваний. Диатез не заболевание, а предрасположенность, которая при определенных условиях внешней среды может трансформироваться в болезнь.

1. Аллергический диатез

Аллергический диатез — аномалия конституции, характеризуется предрасположенностью организма к аллергическим реакциям и воспалительным заболеваниям. Аллергический диатез является распространенной аномалией конституции. Выявляется аллергический диатез в возрасте 3—6 месяцев и сохраняется в течение 1—2 лет и у большей части детей в дальнейшем исчезает. Выделяют следующие виды аллергического диатеза по И. М. Воронцову: атопический диатез, аутоиммунный, инфекционно-аллергический.

Атопический диатез — диатез, проявляющийся избыточным синтезом иммуноглобулина Е, увеличением количества Т-хелперов, дисбалансом продукции интерлейкинов, дефицитом общего и секреторного иммуноглобулина А, недостаточностью фагоцитарной активности нейтрофилов и макрофагов. При этом в анамнезе у родителей ребенка присутствуют положительные аллергологические данные по материнской и отцовской линии.

Аутоиммунный диатез — диатез, при котором имеется повышенная чувствительность кожи к УФ-облучению, значительное повыше-

ние уровня γ -глобулинов в крови, нередкое выявление LE-клеток, антинуклеарных факторов, поликлональная активация В-лимфоцитов, а также Т-хелперов при снижении активности Т-супрессоров, повышение уровня в крови иммуноглобулинов М в состоянии полного клинического благополучия.

Инфекционно-аллергический диатез — диатез, при котором имеются длительные периоды повышения СОЭ и субфебрильной температуры, после острых респираторно-вирусных инфекций и заболеваний носоглотки.

Этиология, патогенез имеют сходство с экссудативно-катаральным диатезом.

Клинические проявления

На первом году жизни у детей с аллергическим диатезом имеются признаки атопического дерматита. У детей повышена нервная возбудимость, раздражительность, снижен аппетит, нарушен сон. При дефиците иммуноглобулина А развиваются хронические очаги инфекции, увеличение периферических лимфатических узлов, селезенки, длительные субфебрилитеты, затяжное течение инфекционных заболеваний.

Диагноз

Устанавливается на основании анамнестических данных и не должен использоваться как нозологический.

Профилактика

Должна быть комплексной и начинаться в антенатальном периоде с исключения из рациона питания беременной женщины продуктов аллергической природы и лекарств.

2. Экссудативно-катаральный диатез

Экссудативно-катаральный диатез — это своеобразное состояние реактивности детей раннего возраста, характеризующееся склонностью к рецидивирующим инфильтративно-дескваматозным поражениям кожи и слизистых оболочек, развитием псевдоаллергических реакций и затяжному течению воспалительных процессов, лимфоидной гиперплазией, лабильностью водно-солевого обмена.

Этиология и патогенез окончательно не изучены, но особую роль играет наследственная предрасположенность, а также влияние факторов внешней среды. Положительный семейный аллергический

анамнез выявляется при осмотре у 2/3—3/4 детей с аллергическим диатезом. У таких детей можно определить высокий уровень иммуноглобулина Е в крови, или определяется избыточная секреция и выхождение гистамина из тучных клеток, а также недостаточная его инактивация, что и формирует склонность к аллергическим реакциям. Провоцирующими факторами могут явиться токсикозы в первой и второй половине беременности, употребление лекарств во время беременности, инфекционные заболевания на ранних сроках беременности, нарушение пищевого режима, особенно в последние месяцы беременности (однообразное, длительное употребление одного из облигатных аллергенов — яиц, меда, кондитерских изделий, молока, мандаринов), а также во время кормления грудью. Ребенок во внутриутробном периоде может диаплацентарно сенсибилизироваться к аллергенам, циркулирующим в организме матери. Во внеутробном периоде аллергены передаются ребенку с грудным молоком и пищей через кишечную стенку, которая обладает повышенной проницаемостью, особенно у детей грудного возраста и особенно после заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также в период реконвалесценции от различных заболеваний, при большой потере массы тела. Потенциальным сенсибилизирующим агентом может являться пища, которая не прошла тепловую обработку (гоголь-моголь, взбитые с белком ягоды и пр.), а также такие продукты, как орехи, рыба, чипсы, шоколад, цитрусовые и многие другие, алергизирующие свойства которых не снижаются при тепловой обработке. Алергизация иногда может быть вызвана и обычными продуктами, если ребенок получает их в избыточном количестве (перекорм), особенно при однообразном наборе питательных продуктов. Также легко может стать алергическим продукт, который употребляют в тот или иной сезон или редко, при использовании их в рационе в большом количестве (овощи, ягоды, орехи и др.), а также при введении в рацион не соответствующих по возрасту продуктов (икра, креветки, шоколад и др.). Имеет значение беспорядочное питание, злоупотребление сладостями, солеными и острыми блюдами, введение в рацион ребенка большого количества новых продуктов за небольшой промежуток времени. Ребенок с алергическим диатезом быстро становится гиперчувствителен не только к пищевым веществам, но и к внешним алергенам, таким как шерсть, домашняя пыль. Алергены могут проникать в организм ребенка через неповрежденные кожные покровы и слизистые оболочки (конъюнктивы и др.), а также во время многочисленных инъекций, вакцинаций. У детей с алергическим диатезом обнаруживаются наруше-

ния в корково-подкорковых взаимоотношениях, дистония вегетативной нервной системы или повышенная активность парасимпатической системы, а также функциональные изменения печени в виде нарушений жирового обмена, углеводного обмена, водного обмена, солевого обмена, белкового обмена, витаминного обмена, кислотно-щелочного состояния, что неоднозначно сказывается на организме в процессе его приспособления к внешней среде и питанию. Развитие аллергических реакций характеризуется повышением в крови биологически активных веществ, таких как серотонин, гистамин, лейкотриены и др.

В патогенезе определенную роль играют аутоаллергические процессы, которые скорее всего возникают вторично в процессе заболевания. Развитие процессов аутоаллергизации при постоянном поступлении в кровь аутоаллергенов ведет к более торпидному течению аллергического диатеза. Особенности минерального обмена у детей связывают с преобладанием синтеза минералокортикоидов и снижением резервных возможностей надпочечников при ответе на стресс. Огромное значение для развития экссудативно-катарального и аллергического диатеза имеет питание беременной женщины.

Клинические проявления

Для таких детей характерны большая масса тела при рождении (особенно если ребенок в семье первый); рано появляющиеся и долго сохраняющиеся в условиях правильного ухода опрелости; исчезающая и вновь появляющаяся себорея волосистой части головы; а также значительно превышающая возрастную норму прибавка массы тела, которая может колебаться под влиянием неблагоприятных условий. Можно определить положительные кожные пробы на экзогенные аллергены, еще до различных клинических проявлений аллергического диатеза. При объективном осмотре ребенка обращает на себя внимание одутловатое бледное лицо, снижение тургора тканей (пастозный тип), худоба или излишняя масса тела, географический язык, боли в животе, метеоризм. На первом году жизни у детей повышена нервная возбудимость, раздражительность, появляется расстройство сна, снижен аппетит, дети становятся капризные и нервные. Дети плохо переносят большие физические нагрузки. Нередко у детей с дефицитом иммуноглобулина А развиваются хронические очаги инфекции, увеличиваются периферические лимфатические узлы, селезенка, появляются длительные субфебрилитеты, инфекционные заболевания приобретают затяжной характер. Только у детей грудного возраста можно обнаружить грязно-серые или коричневого цвета себорейные чешуйки, напоминающие чеп-

чик или панцирь на волосистой части головы (гнейс), чаще всего они располагаются на макушке и темени. Течение гнейса обычно благоприятное, но у некоторых детей он переходит в себорейную экзему (краснота, отечность, мокнутие, усиленное коркообразование), которая нередко распространяется на ушные раковины, лоб, щеки. Наиболее частым симптомом аллергического диатеза, чаще всего у детей первого года жизни, является молочный струп (или корка): на коже щек или вблизи ушных раковин образуется резко отграниченная от здоровой кожи отечность, краснота с признаками шелушения. У некоторых детей молочный струп сопровождается зудом, иногда может трансформироваться в экзему. Упорная форма опрелости — интертриго — один из важнейших признаков аллергического диатеза. Опрелость может быть сухой, а в некоторых случаях наблюдается мацерация кожи (чаще у тучных, пастозных детей грудного возраста). Самой тяжелой формой аллергического диатеза является детская экзема, которая наблюдается у детей старшего возраста. У детей старшей возрастной группы экзема может трансформироваться в нейродермит.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза и клинических данных. Дифференциальный диагноз проводят с эритродермиями, истинными экземами, дерматитами, иммунодефицитами, псориазом, синдромом нарушенного кишечного всасывания.

Лечение

Особой диеты при лечении экссудативно-катарального диатеза не существует. Необходимо рациональное питание. Грудное вскармливание лучше продолжать. В диете матери необходимо сократить количество жиров, углеводов, поваренной соли, а также по возможности аллергенов. В определенных случаях, когда грудное молоко жирное, его после сцеживания подвергают пастеризации в течение 30 мин при температуре 65 °С, затем снимают пенку, либо можно поставить молоко на 3—4 ч в холодильник, а затем также снять сливки и пастеризовать. Детям старшего возраста рекомендуется исключить из питания свинину, бульон из говядины, кисель, муссы, яйца в любом виде, рыбу, бобовые продукты, специи, приправы, орехи, умеренно ограничить жиры и белки, жидкость. Из каш отдают предпочтение гречневой, а вечером рекомендуют овощи, салаты, запеканки. Если экзема появилась в результате употребления аллергена, то она за 24 ч может стихнуть при следующей диете: одно блюдо из рисового отвара и одно блюдо из фруктов не желтой окраски, одно блюдо из овощей (картофель), одно блюдо из риса с фрукто-

вым соком (не желтой окраски). В каждый последующий день к основному рациону можно добавить новое блюдо под контролем данного заболевания. Если на фоне аллергического диатеза выявляют дисбактериоз, то могут оказаться наиболее эффективными 10-дневные курсы лактобактерина и бифидумбактерина. Применяют в лечении лекарственные средства, которые способствуют уменьшению зуда и проницаемости сосудистой стенки, седативные средства: 3—5%-ный раствор бромида натрия, димедрол или антигистаминные средства в возрастной дозировке. Назначают также витамины В₅, В₆, В₁₂, В₁₅, А, С в лечебных дозах не менее 3—4 недель, но аскорбиновая кислота может усилить зуд, поэтому ее назначают с осторожностью. Местное лечение: вначале делают примочки, по исчезновении отека и мокнутия — мазевая терапия. Участки гнейса на голове смазывают прокипяченным теплым растительным маслом, через 2 ч моют голову детским мылом, и корочки отходят. Участки себорейного дерматита 3—5%-ной серной мазью, 3—5%-ной серно-нафталановой пастой. Хорошо смягчает кожу цинковое масло. При обильных мокнутиях применяют подсушивающие средства, используют ванны с дубовой корой, настоем ромашки, калиной. Кроме того, назначают умеренно теплые ванны (не выше 38 °С) на 10—15 мин с картофельной мукой или пшеничными отрубями из расчета 400—600 мг на ванну, с дубовой корой, чередой, чистотелом, с добавлением перманганата калия (до светло-розового цвета). Применяют общее ультрафиолетовое облучение от 1/2 до 1 эритемной дозы 15—20 раз ежедневно или через день. Фитотерапия: назначают внутрь отвары череды, зверобоя, крапивы, душицы, березового листа, тысячелистника. Устранение очагов вторичной инфекции также улучшает общее состояние больного.

Профилактические прививки детям проводят в обычные сроки (воздерживаются при генерализованных кожных проявлениях), предварительно назначают антигистаминные препараты за 5 дней до и 5 дней после вакцинации. Диспансерное наблюдение проводится в поликлинике до 1 года ежемесячно, с 1—4 лет 1 раз в квартал, после 4 лет — 1 раз в год.

Профилактика

Необходимо рациональное питание при беременности и кормлении грудью, особенно если у женщины имеется аллергическая настроенность, с употреблением умеренных количеств разнообразной, хорошо обработанной пищи, необходимо исключить из питания яйца, ограничить употребление молока (до 1—2 стаканов в сутки), сахара, меда, шоколада, конфет, орехов, а также колбас-

ных изделий и рыбных консервов. Организация кормления ребенка должна соответствовать возрасту. Во время различных заболеваний и в период реконвалесценции рекомендуют давать ребенку хорошо обработанную пищу в небольших количествах, также избегать введения новых продуктов. Необходимо соблюдать правила вакцинации, которую осуществляют только в период ремиссии и после соответственной подготовки. При гигиеническом уходе за новорожденным и ребенком грудного возраста лучше избегать использования новых шампуней, мыла, духов.

Прогноз при соблюдении всех мер профилактики и лечения благоприятный.

3. Лимфатический диатез

Лимфатический диатез (лимфатико-гипопластический) — это наследственно обусловленная недостаточность лимфатической системы, связанная со снижением функции вилочковой железы как основного органа, который контролирует созревание лимфоцитов. Заболевание проявляется генерализованным стойким увеличением лимфатических узлов, дисфункцией эндокринной системы (снижением функции надпочечников, симпатoadреналовой системы и др.), склонностью к аллергическим и гиперэргическим реакциям, а также к инфекционным заболеваниям. Одним из проявлений лимфатического диатеза может быть нарушение местного иммунитета слизистых оболочек, сниженная выработка секреторных иммуноглобулинов.

Клинические проявления

Диспластическое телосложение в виде короткого туловища, несколько удлинённых конечностей. Кожные покровы бледные, кожная складка дряблая, мускулатура развита слабо, тонус ее понижен, пастозность тканей. Лимфатические узлы увеличены, аденоиды и миндалины гиперплазированы, рыхлые. Аденоиды после аденотомии имеют склонность к повторному разрастанию. При рентгенологическом исследовании в 70% случаев выявляется увеличенная вилочковая железа, что может вызывать нарушение бронхиальной проводимости. Имеется склонность к артериальной гипотензии. В крови небольшой лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, анемия, нейтропения.

Диагноз устанавливается на основании анамнеза, характерного внешнего вида ребенка, при обнаружении гиперплазии лимфа-

тических узлов и вилочковой железы. Дифференциальный диагноз проводят с иммунодефицитными состояниями.

Лечение. Соблюдение режима дня, достаточное пребывание на свежем воздухе, закаливающие процедуры, массаж, гимнастика, физиотерапия, витаминотерапия. Назначение адаптогенов и средств, стимулирующих защитные силы организма и функцию надпочечников (дибазол, метацил, алоэ, элеутерококк, женьшень). Периодически назначают витаминотерапию, препараты кальция. При персистирующей вирусной инфекции и наличии очагов хронической инфекции назначают курс виферона. Аденоидные разрастания следует удалять хирургическим путем только при полном отсутствии носового дыхания, при частых рецидивах воспаления органов дыхания.

Профилактические прививки при экссудативно-катаральном диатезе делают в обычные сроки при предварительной подготовке.

Профилактика

Рациональное питание беременной женщины и правильное вскармливание ребенка адекватное возрасту. Необходимо соблюдать режим дня: прогулки, закаливание, отдых, массаж, гимнастика. Обязательное применение растений адаптогенов (элеутерококк и др.) в сочетании с витаминами отдельными курсами по 2 недели.

Прогноз при соблюдении лечебно-профилактических мер благоприятный.

4. Нервно-артритический диатез

Нервно-артритический диатез характеризуется повышенной нервной возбудимостью, склонностью к кетоацидозу, а в дальнейшем предрасположенностью к развитию ожирения, интерстициального нефрита, мочекаменной болезни, атеросклероза, сахарного диабета, подагры. Нарушение обмена мочевой кислоты является ведущим, но не единственным лабораторным маркером.

Этиология

В формировании заболевания участвуют, с одной стороны, наследование патологических свойств обмена веществ, с другой — питание в семье, режим, среда.

Патогенез

Особое значение имеют следующие расстройства:

- 1) высокий уровень возбудимости на любом уровне рецепции;