

## Возрастно-специфические аномалии конституции и диатезы\*

Н.П.Шабалов, В.Г.Арсентьев✉, Н.А.Иванова, Ю.И.Староверов, О.А.Федоров  
ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова Минобороны России. 194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

В дискуссионной статье обсуждается современное состояние проблемы аномалий конституции и диатезов у детей. Освещены история вопроса, вопросы терминологии и роль аномалий конституции в современной трактовке этиологии и патогенеза ряда заболеваний. Определена целесообразность дальнейшего использования этих терминов, особенности их использования в преподавании педиатрии и клинической практике.

**Ключевые слова:** конституция организма, аномалия конституции, диатез, экссудативно-катаральная аномалия конституции, лимфатико-гипопластическая аномалия конституции, нейроартритический диатез.

✉rainman63@mail.ru

**Для цитирования:** Шабалов Н.П., Арсентьев В.Г., Иванова Н.А. и др. Возрастно-специфические аномалии конституции и диатезы. Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2016; 2: 82–85.

### The age-specific anomalies of constitution and diathesis

N.P.Shabalov, V.G.Arsentyev✉, N.A.Ivanova, Yu.I.Staroverov, O.A.Fedorov

**Summary.** The discussion paper discusses the current state of the problem of anomalies of the constitution and diathesis in children. The article deals with the history of the issue, questions of terminology and the role of the anomalies of the constitution in the modern interpretation of the etiology and pathogenesis of several diseases. Determine whether further use of these terms, particularly their use in the teaching of pediatrics and clinical practice.

**Key words:** body's constitution, the constitution anomaly, diathesis, exudative-catarrhal constitution, anomaly lymphatic-hypoplastic constitution anomaly neuroarthritic diathesis.

✉rainman63@mail.ru

**For citation:** Shabalov N.P., Arsenyev V.G., Ivanova N.A. et al. The age-specific anomalies of constitution and diathesis. Consilium Medicum. Pediatrics (Suppl.). 2016; 2: 82–85.

В отечественном Энциклопедическом словаре медицинских терминов имеется следующее определение термина: «Конституция (от лат. *constitutio* – установление, организация) в медицине – совокупность относительно устойчивых морфологических и функциональных (в том числе психологических) свойств человека, обусловленных наследственностью, а также длительными интенсивными влияниями окружающей среды, определяющая функциональные способности и реактивность организма» [1]. Там же предложено 20 классификаций конституциональных типов. В MeSH – справочнике медицинских терминов Американской национальной медицинской библиотеки (тезаурус), предназначенном для поисковой системы PubMed, термин «конституция организма» (*Body Constitution*) определен так: «Это физическая характеристика организма, включающая особенности его функционирования, активность метаболических процессов, тип и степень реакций его на различные воздействия, а также подверженность и резистентность его к тем или иным патологическим процессам». Как видим, определения – принципиально сходны.

**Конституция – это фенотип** (от греч. *phainotip* – являю, обнаруживаю), формирование или становление которого происходит в процессе онтогенеза. Фенотип – «вынос» генетической информации навстречу факторам внешней среды. Если у ребенка есть конституциональные особенности и мы можем с учетом этих особенностей влиять на формирование фенотипа, стоит ли от этого отказываться?

На наш взгляд, непонимание и недоговоренность относительно аномалий конституции и диатезов существует только из-за терминологической путаницы, а не по существу вопроса. Интерес к значимости конституции в патологии человека зародился одновременно с зарождением медицины как науки. В этой статье мы хотим остановиться только на четырех конституциональных особенностях, традиционно используемых в педиатрии.

С начала XX в. в педиатрическую литературу были активно внедрены понятия «аномалии конституции» и «диатезы». Термины введены ведущими европейскими

врачами конца XIX – начала XX в.: «экссудативный диатез» – немецким педиатром Адальбертом Черни (*A.Czerny*) в 1905 г.; «лимфатический диатез» – австрийскими патологом Арнольдом Пальгауфом (*A.Paltauf*) и педиатром Теодором Эшерихом (*T.Escherich*) в 1889–1890 гг.; «нейроартритический диатез» (НАД) – французским педиатром Жюлем Комби (*J.Comby*) в 1901–1902 гг. Основными инициаторами применения этих понятий в нашей стране были руководители кафедр детских болезней Военно-медицинской академии А.Н.Шкарин и М.С.Маслов.

В Энциклопедическом словаре термин «аномалия» определен так: «Аномалия (от греч. *anomalía* – отклонение) в биологии – отклонение от структуры и (или) функции, присущее данному биологическому виду, возникающее вследствие нарушения развития организма», а «диатез (от греч. *diathesis* – склонность к чему-либо, предрасположение) – аномалия конституции, характеризующаяся предрасположенностью к некоторым болезням или неадекватным реакциям на обычные раздражители» [1]. В то же время М.С.Маслов (1926 г.) писал: «Об аномалиях конституции мы говорим тогда, когда функции организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия, когда организм обладает какими-то индивидуальными врожденными, унаследованными, а иногда и приобретенными постоянными свойствами, которые предрасполагают его к патологическим реакциям на внешние вредности, делают его в определенной степени склонным, предрасположенным к известным заболеваниям и к тяжелому течению у него болезней» и «Гермин диатез по существу равносильно термину предрасположение и, значит, является более узким по существу, чем аномалия конституции» [2]. Почему? **Аномалии конституции предрасполагают к различным особенностям течения болезней, а диатезы к – определенным болезням и аномальным реакциям.** Если так подойти, то экссудативный и лимфатический диатезы – аномалии конституции, к которым можно отнести и наследственные мультифакторные нарушения соединительной ткани, которые, конечно, не являются возрастными-специфическими и сохраняются всю жизнь че-

\*С первой публикацией по обсуждаемой теме вы можете ознакомиться в журнале Consilium Medicum. Педиатрия (Прил.). 2016; 1.

ловека. Описаны особенности физического, полового развития, артериального давления, течения различных заболеваний у детей разных конституциональных типов конституции (астеноидный, торакальный, мышечный и дигестивный типы) по В.Г.Штефко и А.Д.Островскому [3, 4].

В 1920-х годах Гуго Кеммерер (H.Kammerer) ввел в клиническую практику термин «аллергический диатез» – АДЗ (подробности см. [4]). К диатезам надо отнести и НАД, описанный Ж.Комби.

Индивидуальные особенности реактивности ребенка во многом определяют склонность к тем или иным заболеваниям, особенностям их течения. Каждый думающий педиатр (согласен или не согласен он с существованием «диатезов») учитывает конституциональные особенности в лечении и проведении профилактических мероприятий. В последние годы во всех рекомендациях по лечению возникших заболеваний звучит призыв к персонализации терапии. А что такое персонализация без понимания индивидуальной реактивности? В настоящее время термин «диатез» эквивалентен термину «мультифакторное наследственное предрасположение» [3].

Следует подчеркнуть, что уже во второй половине XX в. в зарубежной литературе, в том числе педиатрической, термины «аномалии конституции» и «диатезы» не использовались, предпочитая нозологические диагнозы. Действительно, и тот, и другой термин констатируют предрасположение, как правило, не имеющее фенотипических признаков. Диатезы и аномалии конституции не являются нозологической формой. Это только предрасположенность к болезни, которая может реализоваться, а может и нет.

Наши представления об аномалиях конституции и диатезах были изложены в статье в журнале «Педиатрия» в 2005 г. [5] и позднее в учебниках «Детские болезни», 7-е издание которого вышло в 2012 г. [4] и «Педиатрия», 6-е издание вышло в 2015 г. [3].

Среди суждений о диатезах всегда есть и такое: диатезы – предрасположение, а потому как можно при экссудативном или лимфатико-гипопластическом, нервно-артритическом диатезе описывать этиологию, патогенез, клиническую картину, лечение, профилактику. Мы пытались термины «клиника» и «симптомы» заменить на «признаки (маркеры)» диатеза [4], но это по сути ничего не меняет. Может быть, было бы точнее их называть экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический и нервно-артритический типы конституции, но ведь в буквальном переводе с греческого языка аномалия – неровность, отклонение от нормы, общей закономерности. Целесообразно договориться: надо ли и полезно ли различать описанные состояния, дает ли их констатация что-то рациональное и существенное для тактики ведения ребенка с наличием одного из них? Если да, то надо (мы твердо уверены на основе нашего врачебного опыта, что да) договориться, как их называть.

Как много в медицине условных терминов и названий: рахит (болезнь позвоночника), асфиксия (беспульсие), анемия (бескровие) и т.д. Однако, договорившись, мы повседневно пользуемся этими терминами, не смущаясь их эпонимической неточностью. И все же, наверное, лучше оставить термины: экссудативно-катаральная, лимфатико-гипопластическая аномалии конституции (ЛГАК) как возрастностно-специфические особенности состояния реактивности организма ребенка, проводя обязательный дифференциальный диагноз с АДЗ, иммунодефицитными, неврологическими заболеваниями, болезнями обмена веществ.

М.С.Маслов писал (1926 г.): «Совершенно неправильно, например, называть экзему у грудного ребенка диатезом. Экзема есть экзема, цистит остается циститом и астма астмой, они только вызваны диатезом, поэтому правильное всегда ставить диагноз: экзема на почве экссудативного диатеза, астма на почве артритизма и т.п.» [2]. Таким образом, М.С.Маслов различал экссудативно-катаральный диатез и болезнь – экзему,

подчеркивая, что на фоне экссудативно-катарального диатеза могут возникать клинические проявления в виде детской экземы.

Ведущую роль в этиологии и патогенезе **экссудативно-катаральной аномалии конституции** (ЭКАК) отводят аллергии, и это правильно в эпонимическом понимании термина «аллергия». Исходя из современного представления об аллергии как о гиперчувствительности с обязательным участием любых типов иммунопатологических реакций клинические проявления кожных изменений у детей с ЭКАК не следует называть аллергическими. Изменения на коже у детей с ЭКАК могут являться только эпизодом в жизни ребенка и лишь у 1/3 детей с этой аномалией конституции в дальнейшей жизни развиваются аллергические болезни. Другими словами, ЭКАК – «транзиторная пищевая аллергия», при которой *клиническая манифестация поражения кожи является проявлением перенапряжения (или дисфункции созревания), формирующейся иммунологической и патофизиологической толерантности к пище.*

ЭКАК – своеобразное состояние реактивности детей грудного и раннего возраста, характеризующееся склонностью к рецидивирующим инфильтративно-десквамативным поражениям кожи и слизистых оболочек, в том числе и рецидивирующим обструктивным расстройствам дыхания, развитию псевдоаллергических реакций и затяжному течению воспалительных процессов, лимфоидной гиперплазии, лабильности водно-солевого обмена.

Почему псевдоаллергических? Принципиальное отличие детей с дерматитом, развившимся у ребенка на фоне ЭКАК, от детей с атопическим дерматитом – пищевая дозозависимость: ребенок переносит небольшие дозы пищевого продукта и реагирует на увеличение дозы. При атопическом дерматите, в основе которого лежит иммунопатология, лишь сравнительно небольшое количество пищевого продукта, съеденного матерью или ребенком, приводит к обострению заболевания. Улучшения в течении дерматита у детей с ЭКАК может наступить при замене коровьего молока или смеси, приготовленной на его основе, на кисломолочную смесь, смесь на основе частичного гидролиза белков коровьего молока, на основе козьего молока. Для атопического дерматита указанные особенности не характерны, и даже небольшое количество аллергена в любом виде вызывает обострение заболевания. Неслучайно у истинных атопиков с аллергией к коровьему молоку лечебный эффект оказывают смеси на основе глубокого гидролиза белков коровьего молока и аминокислотные смеси, а не гипоаллергенные смеси. Известно, что у 75–80% младенцев, дававших «аллергические» реакции на смеси из коровьего молока, в дальнейшем такие реакции не встречаются. Лишь для ЭКАК характерны такие проявления, как гнейс, температурно-зависимый молочный струй, неправильные темпы нарастания массы тела с чрезвычайной лабильностью водно-солевого обмена. Повышенная проницаемость желудочно-кишечного тракта, «младенческая мембранопатия – возрастная нестабильность мембран», более медленная инактивация биогенных аминов у детей грудного возраста, особенности течения антенатального периода и дефицитные состояния – вот основы формирования ЭКАК.

Для этой группы детей характерно возникновение заболеваний, имеющих шифры в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), принятой и в нашей стране: младенческий себорейный дерматит (L21.1) – встречается у 10–30% детей первого года жизни, наиболее часто манифестирует в первые 6 нед жизни, клиническая картина вариабельна (от субклинических до выраженных проявлений), в большинстве случаев в течение первого года жизни завершается самоизлечением; пеленочный дерматит (L22) – страдают 30–60% детей первого года жизни, манифестирует опрелостью под подгузником при хорошем уходе с первых недель жизни; выраженность клинических

проявлений вариабельна, в большинстве случаев завершается самоизлечением на первом году жизни.

Фенотипические признаки детей с ЭКАК не описаны.

Отнесение ребенка к этому типу конституции, возможно ретроспективно после анализа особенностей течения заболеваний кожи, респираторной системы и желудочно-кишечного тракта; необходима оценка семейного анамнеза и по показаниям – проведения аллергологического обследования с целью дифференциальной диагностики с истинно аллергическими заболеваниями.

Дети с ЭКАК, которые часто болеют осложненными формами острых респираторных инфекций, имеют персистирующие кожные проявления, даже при отсутствии отягощенной наследственности по атопическим заболеваниям, более уязвимы по формированию атопических, респираторных и кожных проявлений, чем дети без этих конституциональных особенностей.

**ЛГАК** характеризуется фенотипическими признаками: генерализованным стойким увеличением лимфатических узлов (даже при отсутствии признаков инфекции) и вилочковой железы, количества лимфоцитов в периферической крови и своеобразным хабитусом ребенка (бледность, вялость, слабо развитая мускулатура, «аденоидный вид», признаки паратрофии и др.), дисфункцией эндокринной системы (гипо-, дисфункции вилочковой железы, надпочечников и симпатoadреналовой системы, гиперплазия щитовидной железы) со сниженной адаптацией к воздействиям окружающей среды. Опубликованы результаты обстоятельного обследования 75 детей с синдромом увеличенной вилочковой железы – СУВЖ (по сути детей с ЛГАК). Авторы пришли к заключению: «У детей с СУВЖ выявлены гиперлипидемия (более выраженная у детей до 3 лет) и дисметаболические изменения на уровне структурно-функциональной организации мембранного аппарата клеток – преобладание цитотоксической фракции фосфолипидов (лизофосфатидилхолин) в мембранах эритроцитов и измененный общий спектр уровня фосфолипидов, отвечающих за гиперактивацию лимфоцитов в ходе иммунного ответа (снижение уровня сфингомиелина и фосфатидилинозитола на фоне повышения фосфатидилхолина). Выявленные нарушения гормонально-метаболического статуса у детей с СУВЖ могут служить патохимической основой, объясняющей недостаточность клеточного звена иммунной системы на биохимическом уровне» [6].

Действительно, у детей с ЛГАК есть иммунопатия, и они, как правило, относятся к группе часто болеющих детей, но не каждый ребенок из данной группы «лимфатик», и не каждый «лимфатик» часто болеет инфекциями. Опять-таки, вероятно, термин «поздно стартующие дети» вполне уместен по отношению к таким малышам. Отсюда следует, что нельзя называть ЛГАК иммунодефицитным диатезом. В настоящее время наиболее разумным кажется предположение о том, что в основе ЛГАК лежат персистирующие врожденные вирусные инфекции из семейства *Herpesviridae*. В МКБ-10 есть лишь один диагноз, относящийся к ЛГАК: гиперплазия аденоидов и небных миндалин (J35). Такие простые рекомендации, как совет более позднего начала посещения дошкольного детского учреждения, обязательной вакцинации, коррекции неиммунных причин частых респираторных инфекций (разумная витаминотерапия и, при наличии показаний, использование «растительных адаптогенов», безопасных иммуномодуляторов с доказанным механизмом действия), позволяют избежать высокой частоты инфекционных заболеваний с развитием осложнений, формирования рецидивирующих и хронических заболеваний.

**Аллергический диатез.** Дети с АДЗ также не имеют фенотипических признаков, и отнесение их к этому типу конституции определяется наличием семейной отягощенности по аллергическим заболеваниям. В последнее десятилетие во всем мире ведутся исследования, направленные на поиск значимых иммунологиче-

ских маркеров угрозы реализации атопических заболеваний у детей группы риска. На ранних этапах онтогенеза еще до манифестации клинических форм аллергических заболеваний для врача создается реальная возможность модифицировать формирование фенотипа путем изменения внесредовых факторов. Определение группы риска по развитию аллергических заболеваний является основой проведения комплексов первичной (отсутствие сенсибилизации) и вторичной (наличие сенсибилизации, но отсутствие клинических проявлений аллергических заболеваний) профилактики. Понимание индивидуальных конституциональных особенностей у детей с клиническими признаками пищевой непереносимости позволяет обосновать вариант диетотерапии, строгость и длительность элиминационной диеты, определить объем системной и наружной фармакотерапии.

**НАД** характеризуется повышенной нервной возбудимостью, пониженным аппетитом (согласно М.С.Маслову под артритизмом понимали последствия злоупотребления пищей или питьем), пониженной толерантностью к пище, перекармливанию, нередким чередованием поносов и запоров, повышенной чувствительностью к холоду, беспричинными лихорадками, склонностью к кетоацидозу. Интеллектуальное развитие детей обычно опережает возрастные нормы. В дальнейшей жизни они предрасположены к развитию ожирения, интерстициального нефрита, мочекаменной болезни, атеросклероза, диэнцефальных заболеваний, гипертонической болезни, сахарного диабета типа 2, подагры и обменных артритов. Нарушения обмена мочевой кислоты являются важным, но не единственным маркером НАД (они по М.С.Маслову – вторичны). Мочекислый диатез, пуриноз – разновидности НАД. Для типичных наследственных нарушений обмена мочевой кислоты не характерны кетоацидотические состояния (характернейший признак НАД у детей). В МКБ-10 имеют отношение к НАД: бессимптомная идиопатическая гиперурикемия (E79.0), которая регистрируется у 3% практически здоровых детей, наследственные варианты первичной гиперурикемии (E79), синдром циклической рвоты (K92.8; R11), синдром дефицита внимания и гиперактивности (F90.0) [3, 4].

Целесообразность констатации у ребенка того или иного диатеза обусловлена возможностью индивидуализировать профилактические мероприятия – диету, уход, подготовку к прививкам – и тем самым предотвратить развитие свойственных конкретному диатезу проявлений.

## Заключение

Один из основополагающих принципов отечественной медицины – лечить не болезнь, а больного. Особенности заболевания у ребенка в большей или меньшей степени зависят от конституциональных особенностей. Выявление обсужденных конституциональных типов вносит свой вклад в профилактику и лечение заболеваний, возникающих у детей с особенностями реактивности. Безусловно, предрасположения к различным заболеваниям и особенности их течения не ограничиваются обсужденными типами реактивности. М.С.Маслов в 1926 г. писал: «Когда мы изучим сущность конституции, уясним, чем обусловлены особенности организма, тогда определение конституции сделается простой задачей, и, может быть, надобность в этом слове исчезнет». Прошло почти 100 лет. Мы считаем, что надобность не исчезла. Необходимо проведение исследований, соответствующих требованиям доказательной медицины с целью определения маркеров, характерных для каждого конституционального типа.

По современным представлениям любая болезнь или устойчивые функциональные отклонения должны иметь определенный код МКБ-10. Однако в ней нет ни аномалий конституции, ни диатезов. Как быть?

Конечно, в основном диагнозе надо констатировать по МКБ-10 диагноз болезни ребенка, по поводу которой родители обратились к врачу, а в сопутствующем,

хотя это и не вполне корректно, – упомянутые аномалии конституции и диатезы, но по отечественному Энциклопедическому словарю медицинских терминов [1] – «болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособляемости и ограничением свободы жизнедеятельности больного».

Есть предложение в истории болезни и справках наряду с основным, сопутствующим диагнозом и осложнениями ввести рубрику «Конституциональные особенности, не трактуемые как патологические признаки» (или «Фоновые состояния») [7], но это пока не общепринято, хотя и целесообразно, ведь здесь можно констатировать наличие у ребенка обсужденных индивидуальных особенностей реактивности, на фоне которых развилось заболевание, что может объяснить особенности течения заболевания и обосновать профилактические мероприятия.

#### Литература/References

1. Энциклопедический словарь медицинских терминов. 2-е изд. Под ред. В.И.Покровского. М., Медицина, 2001. / *Entsiklopedicheskii slovar' meditsinskikh terminov. 2-e izd. Pod red. V.I.Pokrovskogo. M., Meditsina, 2001. [in Russian]*

2. Маслов М.С. Учение о конституциях и аномалиях конституции в детском возрасте. Л.: Практическая медицина, 1926. / *Maslov M.S. Uchenie o konstitutsiiakh i anomaliiakh konstitutsii v detskom vozraste. L.: Prakticheskaia meditsina, 1926. [in Russian]*
3. Педиатрия. Учебник. Под ред. Н.П.Шабалова. 6-е изд. СПб.: СпецЛит, 2015; с. 234–42. / *Pediatriia. Uchebnik. Pod red. N.P.Shabalova. 6-e izd. SPb.: SpetsLit, 2015; s. 234–42. [in Russian]*
4. Шабалов Н.П. Детские болезни. Учебник. 7-е изд. В 2 т. СПб.: Питер, 2012; Т. 1: 156–85. / *Shabalov N.P. Detskie bolezni. Uchebnik. 7-e izd. V 2 t. SPb.: Piter, 2012; T. 1: 156–85. [in Russian]*
5. Шабалов Н.П. Диатезы и аномалии конституции как педиатрическая проблема. Педиатрия, 2005; 84 (5): 72–6. / *Shabalov N.P. Diatezy i anomalii konstitutsii kak pediatricheskaia problema. Pediatriia, 2005; 84 (5): 72–6. [in Russian]*
6. Ваганов П.Д., Арион В.Я., Полищук А.В. и др. Липиды сыворотки крови и мембран клеток у детей с синдромом увеличенной вилочковой железы. Педиатрия, 2004; 83 (2): 91–5. / *Vaganov P.D., Arion V.Ia., Polishchuk A.V. i dr. Lipidy syvorotki krovi i membran kletok u detei s sindromom umelichennoi vilochkovoi zhelezy. Pediatriia, 2004; 83 (2): 91–5. [in Russian]*
7. Сергеев Ю.С. Конституция человека, конституциональные типы, аномалии конституции и диатезы у детей. Педиатрия, 2005; 84 (5): 67–71. / *Sergeev Yu.S. Konstitutsiia cheloveka, konstitutsional'nye tipy, anomalii konstitutsii i diatezy u detei. Pediatriia, 2005; 84 (5): 67–71. [in Russian]*

#### Сведения об авторах

**Шабалов Николай Павлович** – д-р мед. наук, проф., засл. деятель науки РФ, зав. каф. детских болезней ФГБВОУ ВПО ВМА им. С.М.Кирова  
**Арсентьев Вадим Геннадиевич** – д-р мед. наук, проф. каф. детских болезней ФГБВОУ ВПО ВМА им. С.М.Кирова. E-mail: rainman63@mail.ru  
**Иванова Наталья Александровна** – канд. мед. наук, доц., доц. каф. детских болезней ФГБВОУ ВПО ВМА им. С.М.Кирова  
**Староверов Юрий Иванович** – канд. мед. наук, доц. каф. детских болезней ФГБВОУ ВПО ВМА им. С.М.Кирова  
**Федоров Олег Александрович** – канд. мед. наук, доц. каф. детских болезней ФГБВОУ ВПО ВМА им. С.М.Кирова