

О.В. Тяжка, д.м.н., професор, кафедра педіатрії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, м. Київ

# Значення диференційованих профілактичних заходів для дітей залежно від особливостей їх конституції

**Одним з найважливіших завдань педіатричної науки є зниження дитячої захворюваності й смертності. Висока захворюваність дітей, особливо в ранньому і дошкільному віці, й раннє формування хронічних хвороб свідчать про необхідність більш активного розвитку профілактичної педіатрії, як і всієї профілактичної медицини. З огляду на інтенсивний розвиток дитячого організму профілактичні заходи є надзвичайно важливими для попередження тих чи інших захворювань, що можуть суттєво впливати на формування функціонального, а іноді й морфофункціонального стану організму, який постійно розвивається.**

Сприяння формуванню здоров'я не-обхідне на всіх етапах розвитку дитини. Проведення дієвих профілактичних заходів, окрім загальних популяційних настанов, має бути максимально індивідуалізованим. З цією метою необхідно визначити особливості конституції дитини вже в перші місяці після народження. Для визначення цих особливостей має значення низка ознак, які характеризують діяльність усіх органів і систем дитини, відомості про спадковість, внутрішньоутробний період розвитку і народження дитини. Оцінюючи ці дані, можна виявити відхилення від нормальної конституції, що в педіатрії прийнято називати діатезом або аномалією конституції. Під цим поняттям розуміють наявність схильності організму до захворювань, які успадковуються полігенно (мультифакторно) і супроводжуються відхиленнями від нормального фенотипу у вигляді нестійкої рівноваги імунного, обмінного, нейроендокринного гомеостазу, що зумовлює особливості діяльності органів і систем. Ця нестійкість суттєво пов'язана з віковими особливостями і процесами дозрівання та диференціації тканин, органів, ферментних систем тощо. Маркерами схильності дитини до тих чи інших захворювань можуть бути імунологічні, біохімічні, анатомічні, психоневрологічні й інші ознаки, що формують конституціональні особливості.

Конституцію при цьому треба розглядати як сукупність успадкованих і набутих властивостей, що визначають реакцію організму на дію навколишнього середовища.

З діатезами, тобто з особливостями конституції, може бути пов'язане виникнення патології усіх органів і систем, зокрема імунної, травної, бронхолегеневої, серцево-судинної, сечовивідної, а також сполучної тканини.

Зі збільшенням віку дитини, дозріванням її органів і систем трансформація схильності у хворобу стає менш реальною. У разі сприятливих умов навколишнього середовища і проведення індивідуалізованих профілактичних заходів схильність до захворювань може не реалізуватися. Отже, своєчасне визначення схильності (діатезу) до тих чи інших захворювань у дитини є основою диференційованого підходу до організації виховання, харчування, проведення профілактичних щеплень, лікування тих чи інших захворювань.

У вітчизняній педіатрії найчіткіше окреслено три типи діатезів: алергічний,

лімфатико-гіпопластичний, нервово-артритичний.

Алергічну схильність (алергічний діатез) мають 30-35% дітей раннього віку. Чим менший вік дитини, тим імовірніша трансформація алергічної схильності в алергічну хворобу. У переважній більшості дітей з алергічним діатезом виявляють спадкову схильність до розвитку алергічних хвороб. У цих дітей існує латентна сенсibilізація до екзогенних алергенів: у ранньому віці наявна переважно сенсibilізація до харчових алергенів (коров'яче молоко, яйця, риба, мед, горіхи, суніці, полуниці, цитрусові та ін.), зі збільшенням віку дитини частіше виявляють сенсibilізацію до побутових (пух, пір'я, хатній і книжковий пил), пилоквіткових (пилки дерев, лугових трав, бур'янів), а також вірусних, бактеріальних, грибкових, медикаментозних алергенів. Клінічними проявами алергічного діатезу є незначні короткочасні транзиторні алергічні реакції (переважно шкірні прояви) на харчові продукти, укуси комах, пилок рослин, домашній пил, медикаменти та ін. Ці реакції проявляються у вигляді сухості шкіри з можливими невеликими ділянками лущення епідермісу, себорейними кірками на волосистій частині голови, ділянками еритеми (почервоніння) на окремих частинах тіла (частіше на щоках). У частини дітей відзначається посилене потовиділення, підвищена вологість шкіри, що сприяє виникненню попрілості. Частою ознакою алергічного діатезу є географічний малюнок слизової язика, нестійкі зі слизовим випороженням кишечника, прояви дисбактеріозу кишечника. При гострих респіраторних вірусних інфекціях у дітей часто виникають прояви стенозу і бронхообструкції.

Під час лабораторного обстеження виявляють збільшення кількості еозинофілів у крові, у секретах слизових оболонок (із зів'я, носа, у слині, мокротинні). Типовим є підвищення рівня імуноглобуліну Е у крові і секретах і деякі інші імунологічні показники.

**!** Наслідком алергічного діатезу може стати розвиток алергічного захворювання через несприятливі чинники, серед яких невідповідне харчування, неналежний побут, часті вірусно-бактеріальні захворювання. У ранньому віці алергічний діатез може трансформуватися в atopічний дерматит, рідше — у респіраторний алергоз,

у дошкільному віці — частіше в респіраторний алергоз, у тому числі у бронхіальну астму.

Профілактичні заходи особливо необхідні в родинах з високим ризиком розвитку алергічних захворювань (за наявності алергічних захворювань у батьків або близьких родичів). Профілактичні заходи мають бути різноманітними, вони включають раціональне гіпоалергенне харчування майбутньої матері під час вагітності, неагресивне, щадне лікування токсикозів вагітності й вірусно-бактеріальних та інших захворювань вагітної, тривале (не менше одного року) грудне вигодовування дитини за умови гіпоалергенного харчування матері. У разі встановлення у дитини алергічного діатезу необхідно забезпечити їй гіпоалергенний харчовий раціон, особливо у перші 2-3 роки життя, у зв'язку із суттєвою незрілістю у неї ферментних систем шлунково-кишкового тракту, високою проникністю його слизової й незрілістю імунної системи. Обов'язково потрібно вести харчовий щоденник і відмічати у ньому реакції на введення нових компонентів їжі, які треба вводити дуже поступово у маленькіх пробних порцій. Продукти з високим сенсibilізуючим потенціалом (коров'яче молоко, яйця, риба, мед, горіхи, суніці, полуниці, цитрусові та ін.) бажано до 2-3 років не вводити. Це стосується також смажених і копчених продуктів. М'ясні страви мають бути натуральні, їх не можна замінити сосисками, сардельками чи вареними ковбасами, зважаючи на наявність у них консервантів, барвників й інших добавок, які часто є алергізуючими чинниками.

У разі штучного або змішаного вигодовування дитини на першому році життя необхідно використовувати профілактичні гіпоалергенні молочні суміші-гідролізати і шоквартально впродовж 2-3 тижнів проводити профілактику дисбіозу шлунково-кишкового тракту пробіотиками.

**!** Суттєве значення в реабілітації дітей з алергічним діатезом мають раннє виявлення й активна санація вогнищ хронічної інфекції, що сприяє елімінації алергенів інфекційного походження.

Реабілітація дітей з алергічною спадковою схильністю включає також гіпоалергенні умови життя дитини: вологе прибирання, часте провітрювання помешкання, зберження книг у закритих шафах, миття дитячих іграшок, не контактування дитини з м'якими іграшками, які є колекторами пилу і їх не можна ретельно вимити; небажано також утримувати в помешканні тварин, акваріуму, не користуватися пуховими подушками і ковдрами. Недопустимим є куріння тютюну в помешканні, де



О.В. Тяжка

постійно перебуває дитина, адже відомо, що за наявності в оточенні дитини тютюнового диму спадкова алергічна схильність вже в ранньому віці трансформується в респіраторну алергічну патологію.

Планові профілактичні щеплення дітей з алергічним діатезом проводять з індивідуалізованою підготовкою, яку залежно від конкретних проявів діатезу призначає педіатр.

Ретельне проведення профілактичних і реабілітаційних заходів, починаючи з періоду внутрішньоутробного розвитку дитини, сприяє значному зменшенню реалізації алергічних захворювань у дітей зі спадковою алергічною схильністю.

**!** Лімфатичний (лімфатико-гіпопластичний) діатез мають 7-15% дітей раннього віку. Це стан, що характеризується гіперплазією лімфоїдної тканини, дисфункцією ендокринної системи зі зниженою адаптацією до екстремальних чинників, значною незрілістю імунних механізмів порівняно з однолітками. Родовід дітей з лімфатичним діатезом переважно обтяжений ендокринопатіями й ендокринними хворобами; захворюваннями, в основі яких є порушення обміну речовин з проявами ожиріння; хронічними хворобами носоглотки і бронхолегеневої системи на тлі проявів імунної дисфункції.

Суттєва роль у формуванні цього діатезу належить несприятливим чинникам починаючи з внутрішньоутробного періоду розвитку: токсикоз вагітності, інфекційні захворювання матері в першій і другій половині вагітності, ендокринна дисфункція, що сприяє загрози переривання вагітності, гіпоксія плода. В інтранатальному періоді формуванню цього діатезу сприяють слабкість пологової діяльності, передчасне відходження навколоплідних вод, стрімкі пологи, що сприяють виникненню асфіксії, пологової травми, особливо мозкової. Маніфестації цієї форми діатезу після народження дитини сприяють раннє нерациональне штучне або змішане вигодовування, часті вірусно-бактеріальні захворювання.

Діти з лімфатичним діатезом мають характерний зовнішній вигляд: бліда шкіра з мармуровим малюнком, виражена пастозність, млявість, малорухливість, слабкий розвиток м'язів і їх гіпотонія, а маса тіла переважно перевищує середні нормативи. Характерною є також будова тіла: коротка шия, широка грудна клітка, вузькі лопатки, довгі кінцівки.

У дітей з лімфатичним діатезом рано формується гіперплазія лімфоїдних

утворень: уже на першому або на початку другого року життя у дітей помітне збільшення лімфатичних вузлів, виражені аденоїдні вегетації, гіперплазовані мигдалики, часто збільшена печінка і селезінка. У 70-75% дітей із цим діатезом виявляється гіперплазія за груднинної (вилочкової) залози; у 10-12% дітей вона супроводжується ознаками стиснення дихальних шляхів: низький тембр голосу, закидання голови під час сну, часте шумне дихання, інспіраторно-експіраторна задишка, яка посилюється у випадку горизонтального положення дитини, «півнячий крик» при плачі, легкий ціаноз носогубного трикутника переважно в горизонтальному положенні дитини і в разі неспокою.

У дітей з таким діатезом частіше, ніж у популяції, спостерігаються вади розвитку: грижі передньої черевної стінки, аномалії сечовивідної, серцево-судинної і травної систем, кісток тощо.

Під час лабораторного обстеження спостерігається виражений лімфоцитоз, нейтропенія, знижені показники клітинної та гуморальної ланки імунітету, типовим є зниження рівня гормонів кори надиркових залоз, а також андрогенів і естрогенів.

Імунопатія у дітей з таким діатезом проявляється високим інфекційним індексом, такі діти мають не менше 7-10 випадків захворювань на рік.

Респіраторні захворювання мають переважно ускладнений і затяжний перебіг. У більшості дітей вже в ранньому віці формуються хронічні вогнища інфекції в носоглотці, що ще частіше призводить до захворювання.

Максимально виражені клініко-лабораторні прояви лімфатичного діатезу спостерігаються у дітей віком до 3-6 років, а в подальшому поступово зменшуються. Однак і в шкільному віці ще виявляють окремі ознаки цього діатезу, у тому числі нерідко затримку статевого розвитку.

**!** Профілактичні заходи для мінімізації проявів лімфатичного діатезу в дитини треба проводити починаючи з ембріонального періоду розвитку, до них входять профілактика вірусно-бактеріальних захворювань під час вагітності, раціональна і своєчасна терапія токсикозів вагітних і загрози переривання вагітності, внутрішньоутробної гіпоксії плода, пологової травми. У постнатальному періоді важливе значення має тривале грудне вигодовування, особливо з огляду на знижені показники імунітету у дітей з таким діатезом. Під час введення прикорму перевагу надають овочевим і фруктовим прикормам з обмеженням у раціоні каш, печива, цукру тощо. Суттєвим є максимально можливе уникнення інфекційних контактів і стресових ситуацій.

У реабілітації дітей раннього віку з лімфатичним діатезом передбачається систематичне застосування засобів, які стимулюють захисні сили організму і функцію надиркових залоз.

При синдромі стиснення органів середостіння проводять 5-8-денний курс гормональної терапії.

Особливої уваги потребують діти з вираженою гіперплазією вилочкової залози на тлі лімфатичного діатезу з огляду на можливий розвиток декомпенсованого стану основних систем

організму і настання раптової смерті (тиміко-лімфатичний стан). Цей декомпенсований стан є проявом важкого нейроендокринного розладу зі значним гіпокортицизмом і різким зниженням адаптивних реакцій. Дія стресових чинників (занурення в холодну або гарячу воду, планове оперативне втручання та ін.), які мали б викликати адекватну реакцію, яку спостерігають у здорових дітей, у дитини зі значним морфофункціональним відхиленням у гіпоталамо-гіпофізарно-тиміко-надирковій системі може стати надмірною, внаслідок чого настає раптова смерть.

Зважаючи на вищезазначене, перед плановим оперативним втручанням за 1-2 дні до операції та в день її проведення потрібно застосовувати глюкокортикоїди.

Профілактичні щеплення дітям з лімфатичним діатезом необхідно проводити на тлі реабілітаційних заходів, які призначає педіатр й імунолог. Щеплення дітям із збільшеною вилочковою залозою другого-третього ступеня необхідно починати після нормалізації або суттєвого зменшення розмірів залози.

У разі несвоєчасного проведення реабілітаційних заходів у більшості дітей з таким діатезом розвиваються хронічні вогнища інфекції в носоглотці, хронічні захворювання бронхолегеневої, травної, сечовивідної систем, ожиріння, ендокринні хвороби.

Нервово-артритичний діатез мають 7-10% дітей. Його визначають як генетично зумовлене порушення білкового обміну з надмірним накопиченням сечової кислоти у зв'язку з генетично детермінованим порушенням активності низки ферментів, які беруть участь у пуриновому обміні, синтезі сечової кислоти. Водночас при цьому діатезі виникає нестабільність вуглеводного і ліпідного обміну зі схильністю до кетоацидозу, лабільністю медіаторних функцій центральної нервової системи. У сім'ях дітей, які мають нервово-артритичний діатез, переважно по лінії батька, трапляються хвороби обміну речовин у вигляді подагри, сечо- і жовчнокам'яної хвороби, ожиріння, цукрового діабету. На розвиток цього діатезу впливають і такі захворювання в сім'ї, як мігрень, гіпертонічна хвороба, невралія.

Джерелом пуринових і піримідинових основ є органи і тканини тварин, які споживають з їжею. Особливо багатими на ці речовини є такі субстрати, які мають багато клітинних ядер (печінка, мозок, нирки, м'ясо молодих тварин, птахів). Однак більшість пуринових і піримідинових основ утворюються в організмі ендогенно внаслідок природного руйнування клітин самого організму, що, зокрема, зумовлює підвищений рівень сечової кислоти у дітей, які ще перебувають на грудному вигодовуванні.

Прояви нервово-артритичного діатезу можуть спостерігатися уже в грудному віці у вигляді підвищеної збудливості, нестійкого апетиту, схильності до частих блювань і зригувань. Найкритичнішим для маніфестації цього діатезу є молодший шкільний вік, коли посилюється роль чинника навколишнього середовища зі стресовими ситуаціями, нерациональним харчуванням, частими вірусно-бактеріальними захворюваннями. Варто зазначити, що

психічний розвиток дітей з нервово-артритичним діатезом випереджає вікові норми, що помітно уже в ранньому віці. Цих дітей відносять до сильного, неврівноваженого, підвищено збудливого типу нервової системи.

Клінічні прояви цього діатезу можуть бути з переважанням таких синдромів, як невралічний, спастичний, обмінний, шкірний. При переважанні невралічного синдрому в дітей спостерігають надмірну вразливість, тривожність, емоційну збудливість, часті нічні страхи, гіперкінези, тики, логоневроз, енурез, інколи й афективні судоми. У підлітковому віці у таких дітей переважно діагностують астеноневротичний, істероїдний або невралічний синдроми. Існує взаємозалежність між рівнем сечової кислоти у крові (урикемії) і ступенем вираження нервово-психічних проявів у дитини.

Синдром обмінних порушень при нервово-артритичному діатезі проявляється періодичним ацетонемічним блюванням, яке може тривати 1-2 доби, а іноді й довше. Блювання виникає раптово або йому передують надмірне збудження, різко знижений апетит, нудота, скарги на головний біль, погіршення самопочуття. Часто безпосередньою причиною блювання є порушення в харчуванні: споживання сметани, вершків, бульйонів, м'ясних страв, а також стреси, нервово-психічні й фізичні перевантаження. Приступ ацетонемічного блювання супроводжується болем у животі, запахом ацетону з рота. Блювання може повторюватися до 10-20 разів на добу. При цьому з'являються ознаки зневоднення (спрага, сухість шкіри і слизових, загострені риси обличчя, втрата маси тіла). Синдром ацетонемічного блювання частіше буває у дітей віком від 3-4 до 10-11 років. Окрім ацетонемічного блювання, синдром обмінних порушень може супроводжуватися нічним болем у ногах, артралгіями, які пов'язані з кристалізацією уратів у внутрішньосуглобовій рідині.

Спастичний синдром при нервово-артритичному діатезі проявляється дискінетичними явищами жовчних шляхів, функціональними розладами шлунка, пілороспазмом, кишковими кольками, дискінезіями кишечника, переважно спастичного характеру, схильністю до закрепів. Водночас у таких дітей присутні симптоми вегетативної дисфункції, мігреноподібний головний біль, підвищена чутливість до змін метеорологічних факторів, впливу електричного поля.

Шкірний синдром при нервово-артритичному діатезі спостерігається значно рідше, ніж вищеописані. Він проявляється переважно у дітей віком понад 2-3 роки підвищеною сухістю шкіри, симптомами дерматиту, рідше кропивницею, набряком Квінке.

Профілактичні заходи для мінімізації проявів цього діатезу в дитини необхідно проводити вже в антенатальному періоді, особливо в сім'ях з обтяженим анамнезом щодо обмінних захворювань. До цих заходів належать раціональне харчування під час вагітності з виключенням або суттєвим обмеженням у раціоні продуктів, багатих на пурини і шавлеву кислоту; максимально можливе запобігання стресовим ситуаціям і психонервовому перевантаженню в період вагітності. Після народження дитини найсуттєвішими

в її реабілітації є раціональне харчування і режим виховання. Стосовно харчування важливим є тривале (не менше року) грудне вигодовування зі своєчасним введенням прикорму, до складу якого не мають входити продукти, багаті на пурини і шавлеву кислоту (м'ясо молодих тварин і птахів, печінка, нирки, мозок, м'ясні бульйони, а також оселедці, сардини, шоколад, какао, шавель, шпинат, зелений горошок), які переважно вводять у раціон дітей без цього діатезу на 2-3-му році життя. В усі вікові періоди необхідно обмежувати вживання м'ясних продуктів, жирів тваринного походження, цукру і кондитерських виробів. У харчуванні мають переважати молочні продукти, круп'яні й овочеві страви, фрукти.

Режим виховання цієї категорії дітей полягає в обереганні їх від інтенсивних психічних навантажень, обмеженні збуджуючих ігор і занять (перегляд телепередач, робота з комп'ютером не більше 30 хв на день). Важливим є заохочення дітей до занять фізкультурою, загартування, прогулянок перед сном. Доцільно 3-4 рази на рік упродовж 3-4 тижнів застосовувати заспокійливі рослинні засоби у вигляді настоїв з м'яти, меліси, собачої кропиви, валеріани тощо. Для покращення обмінних процесів двічі-тричі на рік доцільно призначати дитині 2-3-тижневі курси полівітамінів.

**!** У реабілітації дітей з нервово-артритичним діатезом суттєве значення має санаторно-курортне лікування із застосуванням лужних мінеральних вод. При початкових симптомах ацетонемічного кризу дитини дають багато пити солодкого чаю, свіжоприготовленого фруктового соку (розбавленого водою у співвідношенні 1:1), лужної мінеральної води (Лужанська, Боржомі) невеликими порціями (30-50 мл) кожні 10-15 хв. Годувати дитину треба переважно вуглеводною їжею (рідкі каші, фруктові й овочеві пюре, круп'яні й овочеві супи) без жиру або з його мінімальною кількістю. Для виведення кетонівих сполук із кишечника і зменшення кетоацидозу проводять очисну клізму.

У разі настання ацетонемічного блювання дитину треба госпіталізувати.

Систематичне проведення реабілітаційних заходів у дітей з нервово-артритичним діатезом починаючи з раннього віку сприяє запобіганню розвитку захворювань нервової системи, сечокам'яної і жовчнокам'яної хвороб, подагри й інших захворювань, пов'язаних з порушенням обміну речовин.

\*\*\*

Таким чином, близько 50% дитячої популяції мають генетично детерміновану схильність до алергічних, ендокринних, імунних й обмінних захворювань, розвитку яких у більшості випадків можна запобігти у разі своєчасного проведення профілактичних і реабілітаційних заходів, тобто у переважній більшості дітей з діатезом можна попередити трансформацію схильності до захворювань у захворювання. Важливо пам'ятати про те, що зі збільшенням віку дитини вплив генетичних чинників має тенденцію до послаблення, у зв'язку з чим дієві профілактичні заходи мають бути найретельнішими у дітей раннього і дошкільного віку.