

кую. Поэтому клинические проявления при экссудативно-катаральном диатезе являются псевдоаллергическими.

В последние годы появляются новые названия диатезов, например, такие как «оксалатный диатез», «адипозодиатез», «диабетический диатез», которые, по мнению Ю.Е. Вельтищева [10], по своей природе являются дисметаболическими. В эту же группу целесообразно включить и экссудативно-катаральный диатез. В литературе обосновывается выделение органотопической и нейротопической групп диатезов [8, 10], а также «атеросклеротического» и «фибропластического» типов. Последние, по нашему мнению, можно отнести к дисметаболическим. Кроме того, предлагается выделять геморрагические диатезы. Однако большинство заболеваний с синдромом повышенной кровоточивости относятся к моногенным с аутосомно-доминантным или аутосомно-рецессивным типами наследования.

Проблема диатезов активно обсуждается не только интернистами (в первую очередь, педиатрами), но и психиатрами, которые различают «шизофренический» и «соматовегетативный диатезы» [31]. Кэрл Харт [32] считает, что в основе развития невротических, тревожных и депрессивных состояний лежат не психологические, а биологические (биохимические) факторы. Указанные состояния, по его мнению, могут быть следствием генетически унасле-

дованного разлада в работе биохимических систем, в первую очередь таких, которые принимают участие в образовании серотонина, мелатонина и норадреналина. В связи с вышесказанным, с методологической точки зрения, более обоснованным является использование вместо термина «нейротопические диатезы» термина «психонейротопические диатезы».

Упоминаемые в литературе типы диатезов могут быть представлены в виде дискретных групп (табл. 2). Несомненно, такая группировка очень условна. В принципе в основе всех классифицируемых групп лежит предрасположенность к развитию дисметаболических расстройств. Предложенные названия диатезов, их группировка еще нуждаются в уточнении и всестороннем обсуждении. Эта работа заслуживает большого внимания, так как она способна принести большую пользу как в теоретическом, так и в практическом плане. По мере расширения исследований наши представления о природе диатезов как метаболической индивидуальности будут углубляться. Чрезвычайно важным аспектом проблемы диатезов является установление их биохимических маркеров, прогнозирование будущих «на роду написанных» заболеваний. Раннее распознавание метаболической индивидуальности ребенка, особенностей его здоровья должно лежать в основе профилактического (по своей сути, стратегического) направления педиатрии.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 5/2005, приложение № 12.

© Сергеев Ю.С., 2004

Ю.С. Сергеев

КОНСТИТУЦИЯ ЧЕЛОВЕКА, КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ТИПЫ, АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ И ДИАТЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург

Авторы дискуссионной статьи Е.В. Неудахин и В.В. Чемоданов затронули основополагающие вопросы физиологии и патологии человека — проблемы конституциологии. Наиболее актуально рассмотрение этого фундаментального вопроса в педиатрии [1—4]. Это связано с тем, что конституция человека, как известно, закладывается преимущественно в раннем онтогенезе. В эти сроки формируется и предрасположенность (диатез) к той или иной патологии, в том числе взрослого человека [1, 2, 5]. Таким образом, на ранних этапах онтогенеза еще до манифестации клинических форм заболеваний для врача создается реальная возможность корректировать (модифицировать) формирование феноти-

па в пределах нормы реакций путем изменения внешнесредовых факторов. Данный подход в настоящее время и, вероятно, в обозримом будущем будет основополагающим в осуществлении первичной профилактики мультифакториальной патологии.

Действительно, конституция, реактивность, аномалии конституции и диатезы являются едва ли не самыми часто употребляемыми терминами в практике детского врача. Следует согласиться с авторами дискуссионной статьи, что до настоящего времени среди педиатров нет единого понимания этих важнейших характеристик организма ребенка. Вместе с тем, отсутствие единого понимания сущности этих дефиниций создает «неразбериху» в умах врачей,

затрудняет изучение медицинской литературы, а, с точки зрения индивидуального подхода к здоровому и больному ребенку, создает определенные методологические сложности в реализации этого, несомненно, важнейшего принципа медицины.

С нашей точки зрения, при рассмотрении вопросов конституции в клинической практике нельзя отделять их от понятия *реактивности*, т.е. способности организма отвечать определенным образом на воздействие окружающей среды. Под *конституцией* (организацией) организма понимаем совокупность морфологических и функциональных особенностей, определяющую своеобразие его реактивности и являющуюся результатом реализации генотипа в конкретных условиях среды. Конституция — это фенотип, формирование или становление которого происходит в процессе онтогенеза. В этой связи правомочно утверждать, что конституция — это совокупность фенотипических (конституциональных) признаков человека. Следует обратить внимание на то, что конституция — это понятие всегда индивидуальное, соответствующее утверждению: «сколько людей — столько конституций». Даже у индивидов с идентичным генотипом, например, монозиготных близнецов в процессе жизни появляются определенные фенотипические различия, как в физиологических признаках, так и по заболеваниям. Этот феномен в генетике называется дискордантностью. Она, в приведенном примере, объясняет появление индивидуальных фенотипических различий у монозиготных близнецов.

На пути познания научной значимости и практического решения тезиса о необходимости *индивидуального подхода к организму* от оценки общих закономерностей его к индивидуальным неизбежно необходимо пройти фазу типологического осмысления биологии человека. Речь идет о типологическом подходе к изучению вопросов конституции. Говоря о конституциональной типологии, необходимо сказать следующее. Суть ее состоит в том, что мы либо объединяем индивидов по схожести какого-либо конституционального признака, либо разделяем популяцию на группы, состоящие из индивидов, имеющих эту схожесть. В качестве примера можно привести аналогию из клинической практики — классификации всегда индивидуально протекающих болезней. Такой подход на существующем этапе развития медицины несомненно имеет большое практическое значение. В этом плане мы разделяем мнение авторов статьи.

Возникает вопрос: «Любой ли морфологический или функциональный признак человека можно считать конституциональным?». Для того, чтобы та или иная характеристика организма считалась конституциональной она должна отвечать ряду требований [6]. Во-первых, этот признак должен быть относительно стойким во времени, т.е. существенно не меняться на протяжении, по крайней мере, нескольких этапов онтогенеза. В противном случае

правильнее говорить о состоянии или кондиции. Примером последнего являются показатели физического развития ребенка. Во-вторых, межиндивидуальная изменчивость этих признаков должна быть значительно выше, чем индивидуальная, т.е. циркадное и биоритмическое непостоянство его у индивида должно быть минимальным, а уровень гомеостазирования этого свойства у него должен существенно отличаться от аналогичного показателя других индивидов. Учитывая все многообразие характеристик организма человека, можно ранжировать их следующим образом. На одном полюсе располагается группа стойких, генетически жестко детерминированных признаков, например, белковые специфичности, определяющие группы крови по АВО и другим системам; комплекс HLA и др. На другом полюсе находятся признаки, показатели которых существенно зависят от различных внешних и внутренних воздействий, например, такие как частота пульса, показатели АД, количественные и качественные характеристики лейкоцитов и др. Признаки, относящиеся к первой группе, несомненно, можно считать конституциональными, вторые, в силу их лабильности, не могут выполнять функцию надежных характеристик конституции организма. Вместе с тем, следует оговориться, что характер и степень изменений этих нестойких признаков под воздействием различных дозированных нагрузок могут характеризовать индивидуальные особенности реактивности организма, а, следовательно, и конституции [2].

Более существенное место в ряду конституциональных признаков занимают мультифакториально или полигенно детерминированные. К их числу можно отнести особенности телосложения человека, его высшей нервной деятельности, тканевого обмена, функционирования вегетативной нервной системы индивида и ряд других важнейших характеристик организма.

Рассматриваемый вопрос конституции и конституциональных типов можно проиллюстрировать двумя расхожими, но верными утверждениями. Первое — «все люди индивидуальны и поэтому не похожи друг на друга». Второе — «несмотря на огромное индивидуальное многообразие у людей есть очень много общего». Первое утверждение полностью раскрывает сущность понятия конституции, второе — типов конституции.

Таким образом, всю популяцию можно разделить, с одной стороны, на группы, которые будут представлены индивидами, демонстрирующими схожесть по тому или иному конституциональному признаку. С другой стороны, индивиды объединяются по схожести признаков в группы, которые и образуют те или иные типы конституции, составляющие в свою очередь популяцию. В качестве этого типизирующего конституционального признака можно выбрать, например, группы крови, антигены системы HLA, особенности психики, функционирования вегетативной нервной системы и тканевого

метаболизма, количественные и качественные характеристики развития соединительной ткани и др. Исторически сложилось, что наиболее часто в качестве классифицирующего критерия конституции человека используют морфологические характеристики — особенности телосложения. Это обусловлено еще и тем, что данный подход нагляден, прост и доступен, что немаловажно для его широкого практического применения. В отечественной педиатрии наибольшее распространение получила модифицированная схема диагностики конституциональных типов В.Г. Штефко и А.Д. Островского [7].

В литературе существует немалое количество работ, демонстрирующих взаимосвязь ряда биохимических, физиологических, иммунологических и клинических характеристик с конституционально-типологической принадлежностью детей [1, 2]. Рассматривать их в данной публикации, с нашей точки зрения, не целесообразно.

Выше были изложены наши представления о содержании терминов, касающихся так называемой «нормальной» конституции. Полагаем, что под **аномалией конституции** следует понимать совокупность конституциональных особенностей организма, которая определяет неадекватную реактивность его. С позиций онтогенеза это специфическая дисфункция созревания, перенапряжения в отдельных системах организма [5]. Данный термин нередко заменяется понятием «диатез». **Диатез** — это особенность конституции, определяющая реактивность организма и своеобразие его адаптивных возможностей, которая создает предпосылки для предрасположенности индивида к тому или иному заболеванию. Следует признать, что данная дефиниция может свидетельствовать только о наличии предрасположенности организма к болезни, но не о болезни как таковой. В этой связи следует сказать, что термин «диатез» по сути является донологическим понятием. Очевидно, что он в большей степени актуален для превентивной (профилактической) медицины, чем для клинической. Это связано с тем, что врач-клиницист в своей деятельности обычно встречается с уже реализованной предрасположенностью, то есть конкретным нозологическим состоянием, имеющим всегда мультифакториальное, т.е. полигенное происхождение. В отечественной медицинской литературе, в том числе имеющей учебно-методическую направленность, авторами часто используются термины «полигенно наследуемое заболевание» или «полигенное наследование», что с нашей точки зрения неверно. В настоящее время известно существование следующих типов передачи наследственной информации — доминантного, рецессивного, связанного с полом, кодоминантного и митохондриального наследование гена-признака [8]. Возможна одновременная передача нескольких генов — так называемое сцепленное наследование. Полигенная система, определяющая наследственную предрасположенность к той или иной группе заболе-

ваний предрасположения, состоит из генетических сетей. Последняя представлена совокупностью десятков, сотен и, возможно, большего числа молекулярных последовательностей. При этом один из них выполняет роль главного, другие — вспомогательных генов [8, 9]. Каждый из генов, составляющих полигенную систему предрасположенности, наследуется дискретно в соответствии с перечисленными путями, за исключением случаев сцепления. Формирование этих генетических сетей происходит при образовании зиготы. В процессе онтогенеза сети функционируют под контролем других генов, выполняющих регуляторные функции [4, 9]. В этой связи считаем, что термин «полигенное наследование» не соответствует современным представлениям физиологии и патологии, а его использование — некорректным.

Разделяем мнение авторов в отношении использования терминов «аномалия конституции» и «диатез». Считаем, что «диатез» с клинических позиций более обоснован, так как предрасположенность ребенка к тем или иным заболеваниям означает риск развития у него всегда только мультифакториальной патологии. К этой группе заболеваний относятся практически все хронические соматические заболевания, за исключением хромосомных и генных аномалий. Тогда как к аномалиям конституции, в широком значении этого термина, можно отнести любую патологию человека. Вместе с тем, очевидно, что окончательное решение по принятию единого, стандартизированного понимания этих дефиниций для широкого использования их в практике возможно только путем консенсуса.

Диатез, отражая важнейшие свойства организма ребенка, особенно с точки зрения профилактической медицины, по сути, не имеет нозологического содержания и не может являться самостоятельной клинической единицей. Таким образом, эта информация о ребенке не может фигурировать в медицинской документации в качестве самостоятельного диагноза, так как не соответствует содержанию ни основного, ни сопутствующего диагнозов. В международной классификации болезней МКБ X не предусмотрены рубрики для этих важных характеристик организма ребенка. Как же выйти из создавшейся тупиковой ситуации? Как сохранить для больного и врача эту полезную информацию?

В последнее время в связи с более широким использованием в практике новых методов получения информации о больном ребенке все чаще возникают проблемы оценки значимости получаемых результатов. К их числу можно отнести сложности разделения нормы и патологии нередко случайно выявленных особенностей организма ребенка, которые не укладываются в рубрификацию МКБ X. Это часто приводит к формулированию в медицинской документации необоснованных новых «диагностических построений», что несомненно мешает адекватному восприятию сути актуальной патоло-

гии у ребенка другими специалистами, вызывает ажиотаж у родственников больного. Кроме того, неправильно выбранная тактика в случаях выявления этих трудно трактуемых на современном этапе характеристик может привести к нарушению основного принципа медицины — «не навреди». Немаловажную роль играет и необходимость разумного объяснения этих находок больному и его родственникам. При формулировании окончательного диагноза врач порой неправильно разделяет основной диагноз и сопутствующий, что неизбежно приводит к перенесению симптомов основного заболевания в сопутствующий диагноз. По определению, данному в БМЭ, сопутствующим диагнозом можно считать только состояния, этиологически и патогенетически не связанные с основным и имеющие иную номенклатурную рубрификацию [10]. Анализ медицинской документации, проведенный нами, показал, что в сопутствующий диагноз врач нередко автоматически вносит случайные находки, выявленные в процессе обследования больного. Это уводит его от решения главной клинической задачи — оценки главного и второстепенного у конкретного больного. Основным диагнозом всегда следует считать только патологическое состояние, которое само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной обращения, госпитализации или смерти [10]. Полагаем, что целесообразно и логически обосновано выделять дополнительную рубрику вне клинического диагноза. Последняя должна предусматривать перечень транзиторных состояний и стойких конституциональных особенностей, в том числе диатезов [11]. В эту рубрику, которую с нашей точки зрения, условно можно назвать «Конституциональные особенности и не трактуемые как патологические признаки» можно также включать случайные находки, вызывающие трудности в оценке их патологической значимости для конкретного больного на данном этапе развития медицины. К их числу можно отнести такие «условно патологические» состояния как, например, гемодинамически незначимый пролапс митрального клапана, различные деформации желчного пузыря, особенности строения почек и множество других. Кроме того, в этом новом разделе диагноза, не требующего присвоения кода МКБ X, целесообразно указывать и носительство условно патогенных возбудителей, таких как, например, токсоплазма, различные виды вируса герпеса, хламидии и др. Строгое соблюдение правил формулирования основного и сопутствующего диагнозов, а также выделение конституциональных особенностей и различных состояний, в том числе на сегодняшний день трудно трактуемых, в отдельную рубрику, облегчит врачу разделение главного и второстепенного, что весьма важно для выбора грамотной тактики ведения больного [11]. Кроме того, данная информация о больном будет сохранена и, возможно, станет весьма актуальной в будущем. Данный подход, по нашему убежде-

нию, позволит приблизить врача к решению основной задачи клинической медицины — индивидуальному подходу к больному [11].

Использование предложенной рубрики позволит существенно «разгрузить» и тем самым облегчить формулирование индивидуального клинического диагноза, а также сохранить без ущерба для больного трудно трактуемую на данном этапе развития медицинской науки информацию для осмысления и логически адекватной расшифровки в дальнейшем.

Необходимость в систематизации и классификации различных предрасположенностей к тем или иным группам заболеваний не вызывает сомнений. Однако считаем необходимым высказаться по поводу предлагаемой авторами группировки диатезов. В частности, в предложенной схеме отсутствует единый подход к принципу выделения и формулирования типов диатезов в соответствующих группах. Так, в именовании диатезов в группе «иммунопатологические» используется одновременно как патогенетический подход, например, аллергический и аутоаллергический, так и клинико-топический принцип, например, лимфатический диатез. Последний диатез логичнее было бы назвать, например, «иммунодефицитным». Аналогичный эклектический подход имеет место в группах «дисметаболических» и «органотопических» диатезов. Не совсем ясны пути клинической диагностики указанных диатезов, так как авторами статьи, по-видимому, не ставилась такая задача. Очевидно, что приведенные в таблице биохимические и ассоциированные маркеры не могут быть широко использованы в практике врача. Возникает закономерный вопрос: «На основании каких признаков практикующему педиатру диагностировать тот или иной диатез?». Авторами статьи предлагаются абсолютно равновесные, с нашей точки зрения, по информативности критерии. Речь идет о следующем. В настоящее время известен довольно узкий круг заболеваний, тесно ассоциированный с теми или иными антигенами HLA, т.е. когда риск возникновения заболевания у «обладателя» этого антигена (антигенов) возрастает в десятки раз [12]. В этот круг прежде всего входят аутоиммунные заболевания, такие как анкилозирующая спондилоартропатия, инсулинозависимый сахарный диабет, целиакия и др. Выявляемые связи между большинством болезней и антигенами системы гистосовместимости носят, в отличие от приведенных примеров, относительно «слабый» характер, поэтому эти белковые специфичности, с нашей точки зрения, не могут исполнять роль надежных признаков диатезов. Кроме того, среди представленных авторами маркеров фигурируют признаки, свидетельствующие не о предрасположенности, как таковой, а о уже ее реализации, т.е. начале заболевания. Это касается снижения С-пептида в ответ на нагрузку глюкозой при диабетическом диатезе. В данном случае правильнее говорить о ранней доклинической диагностике уже имею-

щейся патологии, чем о предрасположенности. Непонятно как, например, на основании приведенных маркеров можно судить о предрасположенности к вегетодистоническому диатезу. Очевидно, что в практической деятельности для выявления различных предрасположенностей врач может использовать только доступные как с экономической, так и этической точки зрения, высокоинформативные признаки. Однако следует с грустью признать, что на современном уровне развития медицинской науки эта задача видится неразрешимой.

В заключение хотелось бы вернуться к терминологии, а именно к извечному спору отечественных педиатров по поводу экссудативно-катарального и аллергического диатезов. Очевидно, что эти термины по своей сущности не идентичны. При использовании термина «экссудативно-катаральный», в соответствии с названием диатеза, подчеркивается роль повышенной ранимости кожных покровов ребенка и его слизистых оболочек, т.е. применен топический принцип, указывающий на слабые звенья в организме ребенка. В термине аллергический диатез применен патогенетический подход, т.е. подчеркивается присутствие у индивида предрасположенности к формированию стойкого атопического патогенетического механизма, способного привести к развитию того или иного аллергического заболевания. Считаем, что как с теоретической, так и практической точек зрения наиболее оправдано в основу выделения того или иного диатеза вкладывать патогенетический принцип. Наше предложение в существенной степени обусловлено хорошо известным фактом, что предрасположенность индивида к той или иной патологии прежде всего связана с формированием у него патогенетических механизмов предрасположения, а не с особенностями становления у него тех или иных «шоковых» органов, которые в дальнейшем вовлекаются в патологический процесс. Известно, что терминологически классические диатезы детс-

кого возраста пришли в русскую медицинскую литературу в начале XX века из немецкой педиатрической школы, оказавшей в то время существенное влияние на развитие отечественной педиатрии. Это было отчасти связано с тем, что ведущие педиатры нашей страны той эпохи получили медицинское образование в немецкоязычных европейских странах. Справедливости ради следует сказать, что в англоязычных странах эти термины не прижились и не имеют широкую распространенность. Считаем целесообразным отказ от терминов экссудативно-катаральный, лимфатико-гипопластический и нейро-артритический диатезы. Свойственные им клинические проявления можно использовать в качестве маркеров диатезов, выделенных и сформулированных на основе патогенетического подхода, например, аллергического, иммунодефинитного, гиперурикемического и др.

Статья Е.В. Неудахина и В.В. Чемоданова «К дискуссии о конституции человека, конституциональных типах и диатезах» весьма актуальна и своевременна. Несмотря на содержание в ней ряда спорных утверждений, с основными положениями ее следует согласиться. Вопрос о содержательной сущности того или иного термина может быть решен только в результате обсуждений и согласований, т.е. путем консенсуса.

Предлагаем ввести в медицинскую документацию дополнительную рубрику, назвав ее «Конституциональные особенности и не трактуемые как патологические признаки». В эту рубрику целесообразно, без присвоения кода МКБ, помимо диатезов включать различные транзиторные состояния, а также случайные клинические находки, которые на данном этапе развития медицины не могут считаться безусловно патологическими.

Использовать клинито-топический принцип выделения диатезов нецелесообразно. Считаем, что он должен быть полностью заменен патогенетическим подходом, построенным на использовании высокоинформативных и доступных признаков.

ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 5/2005, приложение № 13.

БЕРЕМЕННОСТЬ У ПОДРОСТКОВ — СЕГОДНЯШНИЕ ТЕНДЕНЦИИ И ИСХОДЫ

Предупреждение незапланированной беременности у подростков является важной задачей Американской Педиатрической Академии и всего общества. Хотя частота беременностей и родов у подростков постоянно снижается, все же многие девочки-подростки беременеют. С тех пор, как был сделан последний доклад Академии о беременности у подростков в 1998 г., усилия по профилактике подростковой беременности возрастали, и появились

новые методы наблюдения, новые технологии и способы профилактики. Цель данного клинического сообщения — проследить сегодняшние тенденции и исходы беременностей у подростков, обновить знания практических врачей об этой проблеме, обсудить законы и линию поведения врачей-педиатров.

J.D. Klein // *Pediatrics*. — 2005. — Vol. 116, № 1. — P. 281—286.

Сергеев О.С.

Литература

1. Клиорин А.И. // Педиатрия. — 1985. — № 12. — С. 60—63.
2. Клиорин А.И., Чтецов В.П. Биологические проблемы учения о конституциях человека. — Л., 1979. — 163 с.
3. Маслов М.С. Учение о конституциях и аномалиях конституции у детей. — Л., 1925. 238 с.
4. Шкарин А.Н. // Врач. газета. — 1916. — Т. 23, № 42—43. — С. 1—28.
5. Шабалов Н.П. // Детские болезни. Учебник. — Изд. 5-е. — СПб., 2003. — С. 145—171.
6. Тэннер Дж. // Биология человека / Под ред. Дж. Харрисона: Пер. с англ. — М., 1979. — С. 161—171.
7. Штефко В.Г., Островский А.Д. Схема клинической диагностики конституциональных типов. — М.; Л., 1929. — 79 с.
8. Фогель Ф., Мотульски А. Генетика человека. — Т. 1: Пер. с англ. — М., 1989. — 308 с.
9. Баранов В.С., Баранова Е.В., Иващенко Т.Э., Асеев М.В. Геном человека и гены «предрасположенности» (Введение в предиктивную медицину). — СПб., 2000. — 271 с.
10. БМЭ. — Т. 7. — М., 1977. — С. 241—243.
11. Сергеев Ю.С., Лагойко В.М. // Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном заведении. — СПб., 2003. — С. 279—280.
12. Роит А., Бростофф Дж., Мейл Д. Иммунология: Пер. с англ. — М., 2000. — 581 с.