

малом круге кровообращения, увеличения диуреза и коронарорасширяющего действия внутривенно вводили эуфиллин, а для коррекции метаболических нарушений — 4% раствор бикарбоната натрия.

При симптомах токсикоза внутривенно капельно вливали гемодез, реополиглюкин, глюкозо-солевые растворы, назначали кортикостероидные препараты на 5—8 дней в постепенно убывающей дозе, переливали нативную плазму.

При лечении тяжелых форм пневмонии с ДН₂ и ДН₃ степени проводили гемо-трансфузии. Иммунотерапия включала в себя противогриппозный и противокоревой гамма-глобулин.

Все дети получали антигистаминные препараты в виде непрерывно чередующихся курсов по 7—10 дней. С целью профилактики дисбактериоза назначали препараты, нормализующие флору кишечника. Кроме того, для улучшения окислительно-восстановительных и обменных процессов в организме давали витамины С, В₁, В₂ и В₆ с первых дней заболевания.

Анализ исходов пневмонии у 120 недоношенных показал, что полное выздоровление наступило у 111 больных (92,5%), с остаточными явлениями выписаны 6 детей (5%). Летальность составила 2,5% (3 ребенка).

Таким образом, комплексная патогенетическая терапия в условиях специализированного отделения способствует благоприятному исходу заболевания у 97% недоношенных детей.

В целях уменьшения заболеваемости пневмонией необходима профилактика по устранению неблагоприятных факторов, воздействующих на плод в перинатальном периоде.

Поступила 3 мая 1981 г.

УДК 616.511—056.3—053.31

АЛЛЕРГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННАЯ РЕАКТИВНОСТЬ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

А. Г. Шамова, Р. М. Бахтиярова

Кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. Н. А. Романова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. У 138 новорожденных с токсической (аллергической) эритемой установлено опосредование аллергических реакций социальными факторами. На 2-й день жизни клинически проявляется аллергически измененная реактивность, выражающаяся также измененной картиной периферической крови (эозинофилией, лимфоцитозом) и показателями ферментативной активности лейкоцитов.

Ключевые слова: акушерский анамнез, новорожденные, токсическая эритема, периферическая кровь, ферментативная активность лейкоцитов.

3 таблицы; Библиография: 4 названия.

Сенсибилизация детского организма происходит на любом этапе развития ребенка. Как известно, еще в периоде внутриутробного развития в фазе эмбриогенеза начинает проявляться реакция гиперчувствительности замедленного типа [4]. Далее антигенные воздействия на плод усиливаются в периоды его плацентарного развития вследствие проходимости плаценты при ее повреждении токсикозами беременности, сердечно-сосудистыми заболеваниями, болезнями почек, влиянием профессионально-вредных веществ, лекарственных воздействий, злоупотребления матери облигатными аллергенами и др. После рождения ребенка может происходить дальнейшая сенсибилизация через грудное молоко матери.

Мы выясняли истоки формирования ранней аллергической реактивности в период новорожденности в зависимости от профессии и наличия профессиональной вредности у матери, а также изучали клинко-лабораторную характеристику самого раннего проявления аллергически измененной реактивности, а именно: токсической (аллергической) эритемы новорожденных. 122 ребенка из 138 были в возрасте 2 дней, 10 — 3 дней и 6 — первых часов жизни. Девочек было 74, мальчиков — 64. Отбор детей проводили в зависимости от выраженности клинических проявлений токсической эритемы. Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар. Распространенная форма аллергической эритемы констатирована у 55 детей (1-я группа), у 83 новорожденных наблюдались ее единичные проявления (2-я группа). В качестве контроля под наблюдение взяты 70 здоровых новорожденных.

Частота аллергической эритемы среди детей составила 36,8% от числа новорожденных, родившихся живыми. Возраст матерей в момент рождения в пресбладающем большинстве соответствовал 18—25 годам.

Во всех трех группах в большинстве случаев дети от первой беременности. Факторы, влияющие на формирование аллергической реакции при токсической эритеме, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Факторы, способствующие формированию аллергической реактивности при токсической (аллергической) эритеме новорожденных в зависимости от выраженности клинических проявлений

| Патогенные факторы | Токсическая эритема | | Здоровые |
|--|------------------------|----------------------|----------|
| | распространенная форма | единичные проявления | |
| Наследственная отягощенность, % | 54,5 | 50,0 | — |
| Профессиональная вредность, % | 23,0 | 20,0 | — |
| Токсикозы беременности, % | 60,0 | 65,0 | 14,2 |
| Бактериально-вирусные воздействия, % | 31,0 | 42,0 | 10,0 |
| Лекарственные препараты, % | 40,0 | 30,0 | 5,5 |
| Злоупотребление облигатными пищевыми ал- лергенами, % | 52,0 | 58,0 | 1,4 |

Состояние всех детей при рождении оценено по шкале Апгар в 9—10 баллов. Рефлексы орального и спинального автоматизма были выражены хорошо. Масса тела при рождении — в пределах 2800—4600 г. Рост детей колебался от 47 до 56 см; окружность головы — 33—35 см. В контрольной группе средняя масса тела новорожденных — 3300 г, средний рост — 52 см, окружность головы — 35 см. Проведенный анализ групповой принадлежности крови матери и ребенка выявил у обследованных детей разногруппность в 42%. Резус-конфликт в 1-й группе установлен у 3,6%, во 2-й группе — у 8,2%, в контрольной группе все имели резус-положительную кровь. Приложены к груди в первый день 15 детей из 1-й группы, 24 ребенка — из 2-й и 22 — из контрольной группы. У всех детей сосательный рефлекс был выражен хорошо. Физиологическая убыль массы тела — обычная. К моменту обследования вакцинация БЦЖ не произведена, так как дети не достигли возраста, при которой ее осуществляют.

Таким образом, анализ факторов, способствующих формированию аллергически измененной реактивности, показал, что на ее развитие, независимо от выраженности клинических проявлений токсической (аллергической) эритемы, влияют химические вещества, токсикозы беременности, бактериально-вирусные, лекарственные воздействия, злоупотребление облигатными пищевыми аллергенами.

Появление токсической (аллергической) эритемы зафиксировано на второй день жизни у 54 детей и у одного ребенка первых часов жизни 1-й группы. Среди новорожденных 2-й группы на первый день жизни такие проявления отмечены у 4 детей, на второй день — у 69, на третий день — у 9. Общее состояние детей не нарушалось, температура тела была нормальной. Элементы сыпи представляли собой гиперемизированные пятна величиной с чечвицу до фасоли с белой папулкой в центре и напоминали укус насекомого. Сыпь локализовалась на коже шеи, туловища, конечностей с характерной симметричностью высыпания на конечностях: чаще на поверхностях локтевых суставов. Обычно эритема держалась 1—2 дня. Морфологический анализ периферической крови детей с токсической (аллергической) эритемой в зависимости от выраженности клинических проявлений представлен в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительный состав периферической крови новорожденных с токсической (аллергической) эритемой в зависимости от выраженности клинических проявлений

| Показатели крови | Токсическая эритема | | Здоровые | P |
|-------------------------|------------------------|----------------------|----------|-------|
| | распространенная форма | единичные проявления | | |
| Эозинофилы, % | 6,0±0,6 | 4,2±0,1 | 2,5±0,5 | <0,01 |
| Лимфоциты, % | 28,0±1,6 | 27,0±1,2 | 20,0±2,5 | <0,01 |
| Моноциты, % | 10,0±0,7 | 10,0±5,2 | 10,0±0,6 | — |

Как видно из табл. 2, состав периферической крови у детей с токсической (аллергической) эритемой подтверждает наличие аллергически измененной реактивности и показывает метаболические нарушения независимо от выраженности клинических проявлений. При единичных проявлениях эритемы происходят те же иммунологические реакции, что и при выраженных клинических.

У 138 новорожденных с проявлением токсической (аллергической) эритемы исследовали активность кислой фосфатазы (КФ), сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и α -глицерофосфатдегидрогеназы (α -ГФДГ) лимфоцитов. Оказалось, что активность КФ была значительно выше, а СДГ и α -ГФДГ — ниже показателей здоровых новорожденных (табл. 3). Высокие показатели КФ можно связать с повышением ее активности в

Таблица 3

Цитохимические показатели лейкоцитов периферической крови при токсической (аллергической) эритеме

| Цитохимические показатели | Токсическая эритема | | Здоровые | P |
|--|------------------------|----------------------|----------|-------|
| | распространенная форма | единичные проявления | | |
| КФ лимфоцитов, ФА/кл | 56,0±1,7 | 57,0±1,8 | 21,3±1,5 | <0,01 |
| СДГ лимфоцитов, гр/кл | 3,5±2,6 | 2,3±1,6 | 14,1±2,8 | <0,01 |
| α -ГФДГ лимфоцитов, гр/кл | 1,7±1,1 | 1,9±1,2 | 13,0±0,4 | <0,01 |

процессе усиленного функционирования клетки, так как фиксация антигенов происходит в лизосомах. В то же время повышение активности гидролитического фермента на фоне снижения активности дегидрогеназ определяется как цитохимический критерий формирования реакции гиперчувствительности замедленного типа [2].

Следовательно, можно считать, что при токсической (аллергической) эритеме новорожденных также формируется реакция гиперчувствительности замедленного типа. Угнетение активности дегидрогеназ свидетельствует об истощении энергетических процессов в клетке и напряженности иммунных реакций организма [3].

Таким образом, профессиональные вредности, токсикозы беременности, бактериально-вирусные и лекарственные воздействия в период беременности, злоупотребление облигатными пищевыми продуктами со стороны матери, а также наследственная предрасположенность, особенности клинических проявлений, показатели периферической крови (эозинофилия и лимфоцитоз) и, наконец, изменение активности некоторых ферментов лимфоцитов подтверждают единство истоков формирования аллергически измененной реактивности. В связи с этим можно согласиться с термином «аллергическая эритема», предложенным Г. Х. Гумеровой (1980).

Токсическая (аллергическая) эритема новорожденных должна рассматриваться как раннее проявление аллергически измененной реактивности. Цитохимические тесты как наиболее тонкие показатели метаболизма клетки позволяют выявить эту склонность еще в первые дни жизни ребенка независимо от выраженности клинических проявлений. Такие новорожденные представляют собой группу риска. Пусковым механизмом проявления аллергической реактивности является пищевой аллерген — грудное молоко. Вакцинация БЦЖ на фоне уже имеющейся реакции на пищевой антиген усугубляет аллергически измененную реактивность новорожденного, поэтому ее следует проводить только при отсутствии клинических проявлений эритемы, нормализации показателей периферической крови, а также при нормальных данных ферментного статуса лимфоцитов. В паспорте новорожденного необходимо отмечать перенесенную токсическую (аллергическую) эритему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гумерова Г. Х. Цитохимические исследования лейкоцитов крови и прогноз при токсической эритеме новорожденных. Автореф. канд. дисс., Казань, 1980.—
2. Комиссарова И. А., Нарциссов Р. П. Лабор. дело, 1968, 8.—
3. Нарциссов Р. П. Цитохимия лейкоцитов в педиатрии. Автореф. докт. дисс., М., 1970.—
4. Стефани Д. Ф., Вельтищев Ю. В. Иммунология детского возраста. М., Медицина, 1977.

Поступила 19 января 1982 г.