

лишь как фактор, способствующий развитию СВС. ТЛС как причина смерти является, видимо, исключением. Подобное состояние при этом правильнее оценивать как генетически неполноценную иммунологическую ситуацию в организме с избирательным поражением Т-системы, которая не обеспечивает оптимальных параметров гомеостаза и не способна реализовать в необходимой степени адаптационные возможности организма при действии стрессоров.

В целях профилактики синдрома внезапной смерти у детей необходимо изучать факторы риска, формирующиеотягощенный фон, уделять надлежащее внимание дегализации пренатального периода, вопросам наследственной отягощенности, анализу неблагоприятного акушерского анамнеза для осуществления индивидуального плана саногенеза развивающегося организма ребенка.

При современном уровне четко организованной диспансеризации в ряде случаев необходимо участие медико-генетической консультации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Домбровская Е. А. а) В кн.: Актуальные вопросы теории и практики здравоохранения. Ростов н/Д, 1970; б) В кн.: Вопросы теоретической и клинической медицины. Нальчик, 1973, в. 2. — 2. Ивановская Т. Е., Сорокин А. Ф. Арх. патол., 1978, 9. — 3. Маслов М. С. а) В кн.: Вопр. соц. гиг., физиол. и патол. детского возраста. М., Госмедиздат, 1929; б) В кн.: Многотомное руководство по педиатрии. М., Медицина, 1960, т. 1. — 4. Медведев Н. Ю. Арх. патол., 1978, 9. — 5. Петров Р. В. Иммунология и иммуногенетика. М., Медицина, 1976. — 6. Потапова И. Н. Патоморфология желез внутренней секреции в детском возрасте. М., Медицина, 1971. — 7. Sinclair-Swith C., Dinsdale F., Emery G. Arch. Dis. Childh., 1976, 51, 6.

Поступила 12 июня 1979 г.

УДК 616.511.11—053.31:616—056.4—037

### ПРОГНОЗ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭКССУДАТИВНОГО ДИАТЕЗА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ТОКСИЧЕСКУЮ ЭРИТЕМУ НОВОРОЖДЕННЫХ

Г. Х. Гумярова

*Кафедра педиатрии детских болезней (зав.— канд. мед. наук М. Б. Колесникова) Ижевского медицинского института, цитохимическая лаборатория (зав.— проф. Р. П. Нарцисов) НИИ педиатрии АМН СССР (директор — акад. АМН СССР проф. М. Я. Студеникин)*

**Реферат.** Изложены результаты обследования 195 детей: 145 с токсической эритемой новорожденных и 50 здоровых новорожденных. Подробно изучен анамнез детей, клиническая картина, морфологический состав периферической крови и цитохимические показатели лейкоцитов крови. Все полученные данные использовались для определения прогноза дальнейшего развития детей с токсической эритемой новорожденных. Составлены прогностические коэффициенты для установления сроков развития экссудативного диатеза.

Ключевые слова: токсическая эритема новорожденных, экссудативный диатез, прогноз.

1 таблица.

В многочисленных работах было показано, что эритема новорожденных предшествует проявлению экссудативного диатеза. С практической точки зрения известный интерес представляет возможность предвидеть сроки появления экссудативного диатеза у каждого конкретного ребенка. Исходя из предположения, что установление особенностей клинической картины и характера изменений ферментного статуса лимфоцитов может помочь в определении прогноза, мы обследовали 195 новорожденных в родильном доме: 145 с токсической эритемой новорожденных и 50 здоровых детей.

Был собран аллергологический анамнез ближайших родственников, акушерский анамнез матери. На 2—7-й дни у всех больных определяли активность щелочной фосфатазы нейтрофилов, кислой фосфатазы и дегидрогеназ лимфоцитов. Через 6—24 мес проводили повторные осмотры детей. Катамнестические данные были использованы для прогнозирования. По времени проявления диатеза мы разделили обследованных детей на 4 группы. У 23 детей диатез развился в 1-й месяц жизни, у 50 — на 2—3-м месяце, у 58 — на 4—6-м и у 14 — на 7—12-м.

В каждой группе показатели подвергали корреляционному анализу. Признаки, коррелировавшие между собой, объединяли в плеяды, отдельные для каждой группы.

При анализе корреляционных плеяд обращают на себя внимание следующие закономерности: чем скорее проявится экссудативный диатез, тем богаче плеяда числом корреляционных связей; в зависимости от сроков проявления диатеза наблюдаются различные корреляционные связи.

Для испытания прогностической значимости были использованы следующие признаки: аллергологический анамнез родителей и ближайших родственников, хронические заболевания в анамнезе родителей, наличие токсикоза беременности у матери, возраст матери, масса и рост ребенка при рождении, процент физиологической убыли в массе тела, день появления и длительность токсической эритемы, эозинофилия и цитохимическая характеристика клеток крови. Во всех группах подсчитывали долю детей, обладающих тем или иным признаком.

Последовательно сопоставляя эти доли в различных группах друг с другом, находили для каждого соотношения десятичный логарифм и высчитывали прогностический коэффициент этого признака (см. табл.).

Прогностические коэффициенты (ПК) времени появления экссудативного диатеза

| Показатели                                  | ПК при диатезе, развившемся на сроках (мес) |        |        |         |
|---|---|--------|--------|---------|
|   | с 1-го                                      | 2-3-го | 4—6-го | 7—12-го |
| Возраст матери:                             |   |        |        |         |
| 20 лет . . . . .                            | -0,7  | +2,3   | -0,6   | -0,6    |
| 25 лет . . . . .                            | +2,0  | -0,7   | +1,1   | +3,0    |
| Масса ребенка при рождении 3500 г . . . . . | +1,8  | -0,8   | —      | +7,7    |
| Рост ребенка при рождении 52 см . . . . .   | +2,7  | -0,6   | -0,95  | +6,9    |
| День появления эритемы:                     |   |        |        |         |
| 2-й . . . . .                               | -0,95                                       | +1,04  | -0,9   | +3,0    |
| 3—4-й . . . . .                             | -0,9  | +1,08  | +2,3   | -0,5    |
| Продолжительность токсической эритемы:      |   |        |        |         |
| 1 сут . . . . .                             | -0,5  | +3,6   | +1,04  | -0,8    |
| 2—3 сут . . . . .                           | +2,5  | -0,6   | -0,7   | +4,1    |
| 4 сут . . . . .                             | +15,0                                       | -0,04  | +3,9   | —       |
| Вид вскармливания ребенка:                  |   |        |        |         |
| искусственное с 2—3 мес . . . . .           | -0,8  | +1,8   | +6,9   | —       |
| искусственное с 4—5 мес . . . . .           | —   | —      | +6,5   | +1,08   |
| естественное . . . . .                      | -0,5  | +3,4   | +4,6   | +1,8    |
| Щелочная фосфатаза нейтрофилов:             |   |        |        |         |
| 12 . . . . .                                | -0,9  | +1,08  | -0,95  | +1,1    |
| 15 . . . . .                                | -0,8  | +1,5   | +1,5   | +1,5    |
| Кислая фосфатаза лимфоцитов:                |   |        |        |         |
| 40 . . . . .                                | -0,7  | +2,3   | -0,9   | +3,2    |
| 52 . . . . .                                | +1,1  | -0,9   | -0,9   | -0,6    |
| СДГ лимфоцитов:                             |   |        |        |         |
| <0,2 . . . . .                              | -0,9  | +1,04  | +1,1   | +1,04   |
| >0,2 . . . . .                              | +2,3  | -0,7   | -0,9   | -0,6    |
| α-ГФДГ лимфоцитов:                          |   |        |        |         |
| <0,1 . . . . .                              | -0,9  | +1,08  | +1,04  | +1,04   |
| >0,1 . . . . .                              | +3,9  | -0,5   | -0,9   | —       |

Зная эти коэффициенты для каждого ребенка, мы произвели суммирование всех прогностически важных коэффициентов. Сопоставляя результат этого суммирования с принятым порогом (от +13 до -13), можно сделать заключение о вероятности проявления экссудативного диатеза в определенном возрасте.

Например, у ребенка Т. оценены следующие данные: возраст матери — 20 лет, в акушерском анамнезе отмечен токсикоз первой половины беременности, масса тела ребенка при рождении 4500 г, рост 56 см, физиологическая убыль в весе 4%. Токсическая эритема появилась на 3-й день жизни ребенка, была обильная на коже всего туловища, продолжалась 4 дня. В крови эозинофилов — 5%, щелочная фосфатаза, кислая фосфатаза — 50, сукцинатдегидрогеназа — 0,5, α-глицерофосфатдегидрогеназа — 0. Из анамнеза известно, что ребенок находился на искусственном вскармливании с первых дней после выписки из роддома. Прогностические коэффициенты:

— 0,7; + 1,04; + 1,04; — 0,8; — 0,9; + 15,0; + 1,1; — 0,9; + 1,04; + 2,3; — 0,9; + 1,1; + 1,04. Сумма прогностических коэффициентов равна + 19,4.

В описанном примере сумма прогностических коэффициентов дает основание прогнозировать начало экссудативного диатеза в первый месяц жизни ребенка.

В изученных группах удалось прогнозировать начало клинических проявлений экссудативного диатеза в течение 1-го месяца у 14 детей из 23, в течение 2—3-го месяцев — у 24 детей из 50, в течение 4—6-го месяцев — у 28 детей из 58, в течение 7—12-го месяцев — у 8 из 14.

Для практического врача возможность составить прогноз здоровья хотя бы для части детей на основании клинической картины и несложных анализов крови чрезвычайно важна. Мы полагаем, что эта часть работы посильна для широкого круга микропедиатров.

Возникает вопрос, для чего нужен цитохимический анализ? Как показывают наши данные, такой анализ в  $\frac{1}{2}$  случаев помогает прогнозу, в  $\frac{1}{3}$  части случаев определяет прогноз, а в  $\frac{1}{6}$  является основой прогноза. На первый взгляд казалось бы, что доля определенных прогнозов относительно мала. Ее размеры могут даже несколько разочаровать практических врачей. Однако подчеркнем при этом тот важный факт, что при случайном угадывании будущего данного ребенка не только более редко совпадают реальность и предположения, но и сами «ошибки» носят неизмеримо более грубый характер. У ребенка Т. на основании клинических данных и цитохимических показателей мы смогли поставить правильный прогноз, так как был достигнут прогностический порог.

Таким образом, у врача появляется возможность предотвратить процесс клинического развертывания экссудативного диатеза в предполагаемом возрасте детей применением антигистаминных препаратов. Уже сейчас использование алгоритма прогноза проявления диатеза у детей, перенесших токсическую эритему новорожденных, может принести практическую пользу.

Поступила 29 января 1980 г.

УДК 612.648:611.133:612.1—073:48

## ИССЛЕДОВАНИЕ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В СОННЫХ АРТЕРИЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОППЛЕРОВСКОГО ДЕТЕКТОРА

*И. Ф. Фаткуллин*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Н. Якубова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

**Реферат.** У 46 здоровых доношенных новорожденных исследована линейная скорость кровотока в общих сонных артериях с помощью ультразвукового детектора. Установлена ее зависимость от возраста новорожденного, что связано с особенностями постнатальной перестройки церебральной и общей гемодинамики. Ультразвуковое исследование скорости кровотока в сонных артериях дает достоверную информацию о состоянии церебральной гемодинамики новорожденных.

**Ключевые слова:** новорожденный, церебральная гемодинамика, скорость кровотока, ультразвуковое исследование.

1 таблица. 3 иллюстрации. Библиография: 7 названий.

Оценка состояния мозгового кровообращения новорожденных является одной из важнейших проблем современной перинатологии. Актуальность ее диктуется запросами повседневной практики родовспоможения. Однако в литературе она представлена сравнительно немногочисленными и разноречивыми данными, что связано, по-видимому, с известной трудностью изучения церебральной гемодинамики новорожденных, с несовершенством методов исследования мозгового кровообращения.

Мы изучали мозговое кровообращение у новорожденных методом ультразвукового определения скорости кровотока в сонных артериях. С помощью ультразвукового детектора кровотока UDP-10 (ПНР) обследовано 46 здоровых доношенных детей, рожденных от здоровых матерей. Оценка при рождении у всех детей составляла 8—10 баллов по шкале Апгар. Исследования проводили в динамике в течение 7—9 дней. У каждого новорожденного регистрировали также скорость кровотока в плечевых артериях.