

О. И. Пикуза, Р. А. Уразасев, Н. Х. Габитова, В. М. Локотунина (Казань). Аевит в комплексном лечении недоношенных новорожденных

В последние годы в литературе появились сообщения о положительном влиянии витамина Е на процессы адаптации недоношенных детей. Именно у них часто имеет место недостаточность этого витамина вследствие его ограниченного поступления к плоду через плаценту.

Мы изучали терапевтический эффект отечественного препарата аевита, включенного в комплекс лечебных мер, у 67 недоношенных детей. Аевит вводили внутримышечно в количестве 0,1—0,15 мл, что соответствует дозе альфа-токоферола 10 мг/кг массы тела. Длительность применения аевита у большинства детей составила 2—3 нед, при глубокой недоношенности — 30 дней.

В контрольную группу вошли 28 недоношенных детей, получавших общепринятое лечение.

В основной группе недоношенность I степени была у 16 детей, II — у 32, III и IV — у 19. В контрольной группе распределение детей по степени недоношенности было аналогичным.

Изучение анамнеза показало, что факторы риска в сравниваемых группах выявлялись с одинаковой частотой: токсикозы беременности были зарегистрированы у 33,2% женщин основной группы и у 29% — контрольной, острые и хронические инфекционные заболевания матери — у 43,2% и 40,7%, многократные аборт — у 25,4% и 23,5%, угроза выкидыша — у 14,3% и у 9,9%. Патология в родах (преждевременное отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности, акушерские пособия) была у $\frac{1}{3}$ матерей.

Структура заболеваний у обследованных детей представлена в таблице.

Структура заболеваний у недоношенных детей

Группы детей	Число детей	Заболевания							
		натальная травма ЦНС		внутриутробная гипотрофия		пневмопатия		пневмония	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основная	67	44	65,7	20	29,8	26	38,8	30	44,8
Контрольная	28	18	64,3	8	28,6	10	35,7	14	50,0
Всего	95	62	65,3	28	29,5	36	37,9	44	46,3

Тяжесть состояния детей была обусловлена степенью недоношенности, выраженностью неврологических нарушений, наличием синдромов дыхательных расстройств и интоксикации. В тяжелом состоянии поступили 66 (69,4%) новорожденных, в среднетяжелом — остальные. В клинической картине заболевания недоношенных детей доминировали симптомы поражения центральной нервной системы, а именно: общая вялость, гиподинамия, угнетение врожденных рефлексов, мышечная гипотония, срыгивания, недостаточная прибавка массы тела.

Выхаживание детей основной и контрольной групп проводилось с учетом преморбидного фона, характера установленной патологии, наличия осложнений, формы и стадии заболевания. При лечении широко использовали аэро- и оксигенотерапию, антибиотики в возрастных дозировках, стимулирующие (плазма, иммуноглобулин, антистафилококковый гамма-глобулин) и дезинтоксикационные (гемодез, альбумин, 5% раствор глюкозы, раствор Рингера, физиологический раствор) средства, витамины В₁, В₂, С; ферменты, антигистаминные препараты, горчичники, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, кварц, электрофорез, УФО), а также по показаниям назначали сердечные гликозиды, мочегонные препараты, кортикостероиды, эуфиллин, серноокислую магнезию и другие симптоматические средства. Проводили профилактику рахита и анемии.

Терапевтический эффект аевита оценивали по динамике основных симптомов заболеваний, показателей функционального состояния нейтрофилов (спонтанный и индуцированный НСТ-тест), гемограммы, биохимических показателей (билирубин, С-реактивный протеин, сиаловая кислота), а также по результатам рентгенологических исследований и длительность стационарного лечения.

Анализ показал, что при включении аевита в комплексную терапию недоношенных детей с различной патологией наблюдалось более быстрое восстановление физиологических рефлексов и мышечного тонуса, сокращалась длительность синдрома интоксикации (на 2—4 дня) и дыхательных расстройств (на 3—6 дней).

Наиболее отчетливо лечебный эффект аевита проявлялся у недоношенных с натальной травмой ЦНС и пневмонией, то есть в тех случаях, когда на фоне выраженных симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности возникало наиболее резкое угнетение бактерицидного резерва нейтрофилов. Известно, что стимуляция фагоцитарной активности нейтрофилов является одним из важнейших фармакологических свойств аевита.

Длительность пребывания в стационаре детей основной группы составляла $39,6 \pm 2,9$ дня, тогда как в контрольной группе она была существенно продолжительнее — $49,9 \pm 5,2$ дня ($P < 0,01$). Наиболее эффективен аевит был у глубоко недоношенных детей. При назначении данного препарата сроки пребывания их в специализированном отделении недоношенных сокращались в среднем на 8—12 дней.

Динамический контроль за показателями гемограммы выявил, что ранняя анемия недоношенных при введении аевита развивалась у 11,9% детей, тогда как в контрольной группе — у 28,6%, то есть почти в 2,5 раза чаще.

Таким образом, включение аевита в комплексную терапию недоношенных оказывает благоприятное воздействие при пневмониях, натальной травме ЦНС, внутриутробной гипотрофии и ведет к сокращению сроков пребывания детей в стационаре. Побочные действия при введении препарата не наблюдаются.

ЛЕКЦИЯ

УДК 616—092:613.017.1—0641—022:578.828

СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУННОГО ДЕФИЦИТА

Д. К. Баширова

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Синдром приобретенного иммунного дефицита (СПИД — русская аббревиатура, AIDS — английская, SIDA — французская) является новой инфекционной болезнью человека. Заболевание было зарегистрировано впервые в США в 1981 г. и сразу же оказалось в центре внимания специалистов (клиницистов, иммунологов, вирусологов) и общественности. В настоящее время СПИД — проблема глобального значения, которая обсуждается на совещаниях ВОЗ [10—12], научных конференциях [9], страницах печати. Так, «Казанский медицинский журнал» первым в нашей стране опубликовал обзор литературы по СПИД, представивший интерес для широкого круга врачей [3].

Актуальность СПИД, как и других болезней, определяется его распространенностью, социально-экономическими и клиническими аспектами. С момента первого выявления СПИД, то есть в течение неполных 7 лет, заболеваемость прогрессивно растет, приобретает массовый характер. В настоящее время СПИД выявлен более чем в 100 странах мира. По последним данным ВОЗ, в мире зарегистрировано свыше 50 000 случаев СПИД, в том числе более 31 000 в США, около 5 000 — в странах Европы (Франция, ФРГ и др.), порядка 3000 — в Африке. Предполагают, что к 1991 г. в США будет 270 000 таких больных [8]. Специалисты утверждают, что в США число больных удваивается каждые 6 мес. В настоящее время во всем мире насчитывается 10 млн. носителей вируса без проявления болезни; к 1991 г. прогнозируется увеличение их числа в 5—10 раз, причем у 25—30% этих лиц клинические признаки СПИД появятся в ближайшие 5 лет [15].

Социальная сущность СПИД не имеет аналога среди инфекционных болезней. Как известно из истории открытия данной инфекции, впервые она была установлена у молодых мужчин — гомо- и бисексуалистов, которые по данным Американского центра по борьбе с болезнями составили 72,7% среди первых 1000 больных СПИД [18]. Кроме того, эта инфекция была обнаружена и у наркоманов, внутривенно вводящих наркотики. Появились сообщения о первых случаях заболевания среди невинных жертв — женщин, детей и грудных младенцев, зараженных в результате переливания крови, содержащей вирус СПИД.

Борьба со СПИД потребует значительных расходов на лечение больных и создание профилактических средств, а также на научные исследования. Известно, что социально-экономический ущерб от первых 10 000 случаев СПИД в США достиг 6,2 млрд. долларов, от преждевременной инвалидности — 4,8 млрд. долларов. Как считает Р. Галло [1], расходы могут резко увеличиться, поскольку умногих миллионов зараженных СПИД заболевание начнется раньше, чем станет возможно его лечить.

Рассматривая клинические аспекты СПИД, прежде всего следует отметить связанную с ним высокую летальность и отсутствие на сегодня эффективных способов его терапии. По данным литературы, летальность колеблется от 39 до 54%. Этот показатель составил 56% среди взрослых и 60% среди детей, больных СПИД, диагноз которым был установлен до января 1985 г. [8]. Однако есть мнение, что если бы всех больных наблюдали 2—3 года, то показатель летальности превысил бы 90% [17].

Таким образом, борьба со СПИД представляет одну из важнейших медико-биологических и социальных задач нашего времени.

Что же такое СПИД? В современном понимании СПИД — это вирусное заболевание иммунной системы. В его основе лежит развитие тяжелого иммунного дефицита на уровне Т4-лимфоцитов (хелперов), при котором организм лишается защиты от инфекций, опухолей и поражений ЦНС, не встречающихся у человека в обычных условиях или возникающих довольно редко.

Этиология. Возбудитель болезни был открыт в 1983 г., то есть всего через 3 года после выявления первых случаев СПИД. Он принадлежит к группе лимфотропных ретровирусов. Л. Монтанье и сотр. в Институте Пастера выделили вирус от больных с лимфаденопатией и назвали его вирусом лимфаденопатии (LAV — Lymphadenopathy Associated Virus). Р. Галло и сотр. из Американского национального института рака от больных СПИД выделили вирус, относящийся к семейству Т-лимфотропных вирусов, и доказали его идентичность с