

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ИММУНОФЛАЗИД» ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В.В. Моцарь, Н.В. Никитина, И.А. Трофимова, Г.Д. Левченко, Д.В. Машковская  
 ГУ "Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского", г. Симферополь

**Резюме.** Статья посвящена проблеме лечения белково-энергетической недостаточности (БЭН) — распространенного состояния в педиатрической практике. На примере исследования с участием 60 детей, находившихся на лечении в отделении педиатрии раннего возраста, показана эффективность применения препарата "Иммунофлазид" — неспецифического индуктора эндогенного интерферона.

**Ключевые слова:** белково-энергетическая недостаточность, индукторы интерферона, лечение, дети.

## Введение

Изменения со стороны нутритивного статуса у детей в последние годы стали одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем не только в Украине, но и во всем мире. Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) — недостаточное питание ребенка, которое характеризуется остановкой или замедлением увеличения массы тела, прогрессирующим снижением подкожной основы, нарушениями пропорций тела, функций питания, обмена веществ, ослаблением специфических, неспецифических защитных сил и астенизацией организма [4]. Существует несколько терминов, обозначающих недостаточное физическое развитие детей. В нашей стране принят и традиционно используется термин «гипотрофия», под которым понимают хроническое расстройство питания, характеризующееся дефицитом массы тела по отношению к росту и возрасту ребенка. Это состояние преимущественно наблюдается у детей раннего возраста в связи с высокими темпами роста и активностью обменных процессов, требующих достаточного поступления пищевых веществ и энергии. Патогенез гипотрофии, независимо от вызвавших ее причин, во всех случаях включает постепенно углубляющиеся нарушения обмена веществ с истощением запасов жиров и углеводов, усилением катаболизма белка и снижением его синтеза. Возникает дефицит многих микроэлементов, ответственных за реализацию иммунных функций, оптимальный рост, развитие мозга. Поэтому длительно текущей гипотрофии часто сопутствует отставание в психомоторном развитии, задержка речевых и когнитивных навыков и функций, высокая инфекционная заболеваемость вследствие снижения иммунитета, что, в свою очередь, усугубляет расстройство питания [2]. В настоящее время характер гипотрофий во многих странах изменился. Как правило, она возникает не в результате алиментарного фактора — недостаточного питания здорового ребенка, а вследствие тяжелых, часто хронических, заболеваний, приводящих к повышению потребностей в пищевых веществах или нарушению усвоения нутриентов [3]. Существует взаимосвязь белково-энергетической и иммунной недостаточности. БЭН сопровождается угнетением функции вилочковой железы, лимфоцитов, селезенки. Для голодания характерна общая иммунная анергия. Вследствие гипотрофии у детей раннего возраста развивается выраженная гипогаммаглобулинемия, значительно снижается количество Т-лимфоцитов в крови, уменьшается продукция интерферонов, наблюдается замедленный хемотаксис фагоцитов и недостаточность фагоцитоза [1].

В настоящее время известно, что главенствующая роль в регуляции иммунитета принадлежит интерферону, активность которого может подавляться под воздействием различных причин, и не последнее место в этом списке занимают гипотрофии. Для повышения общей резистентности организма в последнее время используется множество неспецифических средств, являющихся индукторами эндогенного интерферона [5]. Иммунофлазид — один из таких препаратов. Иммунофлазид обладает иммуномодулирующим и противовирусным свойствами. Он стимулирует синтез эндогенного интерферона 1 и 2 типа, повышает резистентность организма, стимулирует гуморальные и клеточные реакции иммунитета. Иммунофлазид обладает антиоксидантными свойствами, препятствуя накоплению продуктов перекисного окисления липидов и тормозя свободнорадикальные процессы.

**Целью** нашей работы было определение эффективности применения Иммунофлазида у детей раннего возраста с белково-энергетической недостаточностью.

## Материал и методы исследования

Обследовано 60 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, находившихся в педиатрическом отделении КРУ «Детская клиническая больница» г. Симферополя на обследовании и лечении. Основным диагнозом у всех детей была белково-энергетическая недостаточность. Дети были разделены на 2 группы по 30 человек. В 1-й (основной) группе на фоне базисной терапии все дети получали препарат Иммунофлазид: в возрасте от 6 месяцев до 1 года — по 0,5 мл 2 раза в день, от 1 до 2 лет — по 1,0 мл 2 раза в день в течение 14 дней. Во 2 группе (сравнения) пациенты получали только базисную терапию гипотрофии, включавшую диетотерапию, витаминотерапию, ферментативные препараты и пробиотики. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести, продолжительности заболевания, выраженности клинико-функциональных симптомов БЭН. Все пациенты прошли стандартное клинико-лабораторное обследование, соматометрию. Всем детям была исследована сыворотка крови на общий белок и иммуноглобулин А, уровень которых определялся до и после лечения.

## Результаты исследования и их обсуждение

Дефицит массы более 20% наблюдался у 8 (27%) больных основной группы и у 6 (20%) детей группы сравнения ( $p > 0,05$ ). У всех детей обеих групп отмечался сниженный уровень общего белка: у детей 1-й группы он составил  $56,3 \pm 1,2$  г/л, а у детей из второй группы  $57,1 \pm 1,1$  г/л

Таблица 1

**Показатели прибавки массы тела после двухнедельного курса лечения БЭН**

Прибавка	1-я группа	2-я группа
>400 г	24	13
>400 г	6	17

Примечание: \* -  $p < 0,05$  – достоверность различия с аналогичными показателями 2-ой группы детей.

Таблица 2

**Динамика уровня общего белка IgA после двухнедельного курса лечения БЭН (г/л)**

Период	1-я группа (n=30)		2-я группа (n=30)	
	общий белок	IgA	общий белок	IgA
До лечения	56,3±1,2	0,55±0,11	57,1±1,1	0,54±0,12
После лечения	78,4±2,6	1,7±0,08	70,8±1,4	0,7±0,09

( $p > 0,05$ ) при нормативных показателях 65–85 г/л. Общий уровень IgA в 1-й группе составил 0,55±0,11 г/л, во 2-й группе 0,54±0,12 г/л при референтных значениях 0,8–2,8 г/л.

До начала лечения родители всех пациентов предъявляли жалобы на снижение аппетита, отсутствие прибавки массы тела или незначительную прибавку, срыгивания, уменьшение частоты актов дефекации, вялость и адинамию. При объективном исследовании отмечалась сухость кожи, истончение подкожно-жирового слоя, снижение тургора тканей, негативный психоэмоциональный статус пациентов, отставание в темповом развитии.

После окончания 2-недельного курса лечения симптомокомплекс гипотрофий уменьшился в обеих группах. Ухудшения не наблюдалось ни в одной из групп. Однако

в группе детей, получавших Иммунофлазид, эффект был получен у всех пациентов, причем прибавка массы тела была больше, чем в группе сравнения (табл. 1).

Данные клинической картины подтверждались результатами лабораторного обследования. Так, значения уровня общего белка у всех детей 1-й группы повысились до нормальных цифр, а у 5 детей группы сравнения продолжали оставаться ниже нормы.

У 11 (36,6%) детей 2-й группы (базисная терапия) уровень IgA остался примерно таким, как до лечения. В то же время практически у всех детей 1-й группы (Иммунофлазид) уровень IgA достиг нормативных показателей. И только у 3 (10%) детей уровень IgA не пришел в норму, хотя повысился по сравнению с предыдущим исследованием (табл. 2).

Побочных эффектов на фоне лечения не отмечалось. Родители всех пациентов после окончания курса лечения отмечали повышение качества жизни: улучшение психоэмоционального статуса ребенка, нормализацию сна, частоты и характера стула, уменьшение срыгиваний, повышение прибавки массы тела, активности.

**Выводы**

1. Применение препарата «Иммунофлазид» в комплексном лечении БЭН у детей раннего возраста способствует более быстрому достижению клинического эффекта и улучшает качество жизни больных.

2. У больных после курса лечения Иммунофлазидом отмечено значительное повышение показателей общей резистентности – IgA и уровня общего белка, чем после базисной терапии БЭН.

3. Иммунофлазид хорошо переносится детьми, не вызывает побочных эффектов и может быть рекомендован для комплексной терапии БЭН.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Вельтищев Ю. Е. // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. — 2004. — Т. 49, № 4. — С. 18–21.
2. Детское питание : рук-во для врачей / под ред. В. А. Тутельяна, И. Я. Коны. — М. : МИА, 2009. — 952 с.
3. Клиническая диетология детского возраста : рук-во для врачей / под ред. Т. Э. Боровик, К. С. Ладодо. — М. : Медицина, 2008. — 606 с.
4. Протокол лікування дітей з недостатністю харчування : наказ МОЗ України № 9 від 10.01.2005 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
5. Пуратов И. И. К проблеме часто болеющих детей в раннем и дошкольном возрасте / И. И. Пуратов // Рос. педиатрич. журн. — 2001. — № 6. — С. 50–52.

**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ИМУНОФЛАЗИД» ПРИ БІЛКОВО-ЕНЕРГЕТИЧНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

V.V. Motsar, N.V. Nikitina, I.A. Trofimova, G.D. Levchenko, D.V. Mashkovskaya

**Резюме.** Стаття присвячена проблемі лікування білково-енергетичної недостатності (БЕН) — поширеного стану у педіатричній практиці. На прикладі дослідження за участі 60 дітей, які перебували на лікуванні у відділенні педіатрії раннього віку, показана ефективність застосування препарату «Імунофлазид» — неспецифічного індуктора ендogenous інтерферону.

**Ключові слова:** білково-енергетична недостатність, індуктори інтерферону, лікування, діти.

**EXPERIENCE WITH THE DRUG IMMUNOFLAZID WITH PROTEIN-ENERGY MALNUTRITION IN YOUNG CHILDREN**

V.V. Motsar, N.V. Nikitina, I.A. Trofimova, G.D. Levchenko, D.V. Mashkovskaya

**Summary.** Article is devoted to the treatment of protein-energy malnutrition (PEM) — common condition in children. On the example of the study involving 60 children treated at the department of pediatrics early age, the drug shows efficacy of Immunoflazid — non-specific inducer of endogenous interferon.

**Key words:** protein-energy malnutrition, interferon inducers, treatment, children.