

Найчастішими збудниками запального процесу в нирковій паренхімі у дітей раннього віку є *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumonia* та *Staphylococcus epidermidis*.

Токарчук Надія Іванівна, Чигір Ірина Вікторівна
**АГВАНТАР У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ БІЛКОВО-
ЕНЕРГЕТИЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО
РОКУ ЖИТТЯ ІЗ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНИМ
УШКОДЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ**
Кафедра педіатрії №1,
Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Tokarchuk Nadiya Ivanivna, Chygir Iryna Victorivna
**AGVANTAR IN COMPLEX TREATMENT PROTEIN-ENERGY
DEFICIENCY IN TODDLERS WITH HYPOXIC-ISCHEMIC
DAMAGE OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM**
Department of Pediatrics №1
Vinnitsa National Medical University named after N. I. Pirogov,
Vinnitsa, Ukraine
E-mail: nadia_tokarchuk@mail.ru; Tokarchuk N. I.

Актуальність Білково-енергетична недостатність (БЕН) є складним багатофакторним захворюванням. Незважаючи на постійне зростання кількості та палітри метаболічних засобів, проблема удосконалення терапії БЕН залишається актуальною. Обов'язковою умовою терапії БЕН є метаболічна корекція, що дозволяє попередити прогресування захворювання.

Мета: оцінка ефективності метаболічної корекції білково-енергетичної недостатності у дітей першого року життя, яка виникла на тлі гіпоксично-ішемічного ушкодження центральної нервової системи.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 80 дітей першого року життя із БЕН на тлі гіпоксично-ішемічного ушкодження центральної нервової системи (ГІУ ЦНС). Для вивчення ефективності метаболічної терапії БЕН у дітей на тлі ГІУ ЦНС використовувався лікарський препарат L-карнітин «Агвантар» (ООО «Ерсель Фарма Україна»). Методом випадкової вибірки хворі були розподілені на дві групи в залежності від характеру терапевтичних заходів. I група хворих (40) – дітей, що отримували протокольне лікування згідно Наказу МОЗ №9 від 10.01.2005 р.; II (40) – діти що отримували протокольне лікування в поєднанні Агвантаром у дозі 0,5-1,0 мл перорально 2 р/добу за 30 хв. до вживання їжі протягом 25 днів.

Результати дослідження. Отримані дані засвідчують, що показник маси тіла є досить чутливим по відношенню до метаболічної терапії. Так, використання Агвантару при БЕН у дітей із наслідками ГІУ ЦНС достовірно сприяло збільшенню маси тіла. Зокрема, у дітей II групи застосування Агвантару підвищило показник маса тіла на $(38,8 \pm 1,30)$ %, у той час як у дітей I групи при традиційній терапії маса тіла збільшилась на $(30,2 \pm 1,42)$ % порівняно з таким до лікування ($p < 0,05$). Крім того, у 7,5 % дітей I групи крива маси тіла продовжувала бути сплющеною протягом усього терміну перебування на стаціонарному лікуванні.

Також у дітей II групи, які отримували метаболічну терапію, показник збільшення маси тіла був більш динамічним та становив $(0,6 \pm 0,1)$ кг), тоді як у дітей I групи – $(0,45 \pm 0,1)$ кг), ($p < 0,05$). Крім того, нами було зафіксовано достовірні відмінності в динаміці інших клінічних проявів БЕН. Зокрема, проведена метаболічна терапія сприяла покращенню апетиту на $(9,9 \pm 0,2)$ день, відновленню толерантності до їжі та зменшенню шкірних трофічних порушень – на $(10,8 \pm 0,3)$ та $(10,6 \pm 0,2)$ день відповідно, ($p < 0,05$).

Лабораторне дослідження, яке було проведене на 25 добу, підтвердило ефективність комплексного лікування БЕН.

Призначена метаболічна корекція БЕН Агвантаром, сприяла достовірній зміні короткоживучих показників білкового обміну порівняно з початковими рівнями. Так, у дітей II групи комплексне лікування призвело до зниження α -1-антитрипсину сироватки крові ($1,40 \pm 0,03$), що достовірно відрізнялося від такого у дітей I групи, у яких вміст α -1-антитрипсину достовірно не змінювався та був сталим ($(1,46 \pm 0,03)$ г/л), ($p < 0,05$).

Показник ІФР-1 у хворих виявився також чутливим у залежності від призначеного лікування. Під впливом метаболічної корекції у дітей II групи по закінченню лікування спостерігалось достовірне підвищення рівня ІФР-1 ($(79,41 \pm 2,85)$ нг/мл) ($p < 0,05$), хоча його рівень залишався зниженими порівняно з показником контрольної групи ($p < 0,05$). Тоді як у дітей I групи після традиційної терапії показник ІФР-1 вірогідно не змінився ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що не виразним був вплив лікування на вміст загального білку в сироватці крові для всіх пацієнтів в залежності від групи обстеження дітей, як і різниця між цим показником від проведеної терапії.

Провдений аналіз показників ліпідограми у дітей із БЕН, яка виникла на тлі ГГУ ЦНС показав, що при використанні Агвантару виявлено достовірне підвищення холестерину, тригліцеридів та ЛПВЩ, що перевищувало дані показники в групі порівняння, де їх вміст достовірно не підвищувався ($p < 0,05$). Проте, відмічалась тенденція до їх підвищення ($p > 0,05$).

Клінічній ефективності метаболічного препарату Агвантар відповідали вірогідні зміни параметрів вуглеводного обміну, у порівнянні з групою хворих, які отримували лише базисну терапію. У групі пацієнтів, які отримували комплексну терапію БЕН у поєднанні з Агвантаром, перед випискою відмічалось збільшення рівня інсуліну у крові у порівнянні з показником дітей групи порівняння ($p < 0,05$). У даній групі дітей відмічено

підвищення рівня глюкози, у порівнянні з вихідним рівнем ($3,8 \pm 0,05$ проти $3,56 \pm 0,05$) ($p < 0,05$).

Висновок. Таким чином, наведені дані демонструють свідчать про позитивний вплив метаболічної корекції на динаміку клінічних ознак та спроможність Агвантару сприяти нормалізації метаболічних показників у дітей першого року життя із БЕН, яка виникла на тлі ГІУ ЦНС.