

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НУТРИТИВНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ І РЕГІДРАТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ СЕКРЕТОРНИХ ДІАРЕЯХ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

О.К. Колоскова, Т.М. Воротняк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Вивчено ефективність використання низьколактозної суміші Хумана HN і пероральної регідратаційної терапії із сумішшю Хумана Електроліт у лікуванні секреторних діарей у дітей грудного віку. Обстежено 116 пацієнтів грудного віку, які надходили до стаціонару з ознаками токсико-ексикозу на тлі гострого секреторного гастроентероколіту. Виявлено, що вживання суміші Хумана HN та Хумана Електроліт дітьми дає змогу у вірогідно коротші терміни досягти позитивної клінічної динаміки, яка проявлялася у полегшенні перебігу діарей, зменшенні явищ катаболізму, швидшому відновленні вихідної маси тіла.

Ключові слова: секреторні діарей, низьколактозна суміш Хумана HN, суміш Хумана Електроліт.

Вступ

Діарей є актуальною проблемою педіатрії і за частотою в дітей поступаються лише гострим респіраторним інфекціям [5]. Майже 50% випадків тяжких секреторних діарей спричиняються ротавірусами [1]. Щороку у світі реєструється близько 111 млн гострих гастроентеритів ротавірусної етіології [12]. Вони є причиною втрат близько 600 тис. дітей щороку, а причиною смерті виступає тяжка дегідратація. Вважають, що до досягнення 5-річного віку дитина має щонайменше один епізод ротавірусного гастроентероколіту. Особливостями патогенезу ротавірусної діарей є те, що збудник безпосередньо ушкоджує кишковий епітелій, проникаючи у високодиференційовані клітини ворсин і викликаючи їх тимчасову атрофію. Внаслідок розмноження вірусу руйнуються ентероцити, порушується функція ферментативних систем ентероцитів, які розщеплюють вуглеводи (зокрема лактозу). У просвіті кишечника нерозщеплені вуглеводи призводять до зростання осмолярності вмісту і тиску, порушення реабсорбції води та електролітів. Розвивається осмотична діарея, зумовлена ферментативною дисфункцією ворсин кишкового епітелію.

Лактоза — основний вуглевод молока [4], що включає глюкозу і галактозу та в нормі розщеплюється на моноцукри у пристінковому шарі кишки під дією ферменту лактазо-флоризин гідролази. Активність лактази визначається з 10–12 тиж. внутрішньоутробного розвитку, досягає максимуму до народження, проте до 29-го тижня гестації становить лише 30%. Вона знижується під час переходу на дорослий тип харчування (водночас зростає активність мальтази і сахарози), а більш виражено — до 3–5-річного віку (до 24 місяців життя активність лактази обернено пропорціональна віку). У дошкільнят її рівень стабільний, проте після 5 років він знижується більш виражено.

Лактазну недостатність (ЛН) [2] поділяють на первинну (природжену, при збереженому ентероциті) і вторинну (набуту). Первинну за формами поділяють на природжену, генетично зумовлену, сімейну; транзиторну (в недоношених і незрілих дітей) і ЛН дорослого типу (конституційну). Натомість вторинна ЛН зумовлена зниженням активності лактази на тлі гострого чи хронічного захворювання (кишкові інфекції), запалення, целиакії тощо. У повсякденній роботі педіатрам частіше доводиться зустрічатися з вторинною (транзиторною) ЛН, яка розвивається на тлі різних захворювань шлунково-кишкового тракту і супутньої позакишкової патології (ендокринопатія, енцефалопатія тощо).

Виходячи із сучасних вимог регламентуючих наказів [3], терапія гострих інфекційних кишкових гастроентеритів має бути комплексною, етапною, індивідуалізованою. Принципово важливим моментом в організації харчування хворих дітей є відмова від проведення водно-чайних

пауз, оскільки навіть при тяжких формах діарей травна функція більшої частини кишечника зберігається. Встановлено, що голодні діти уповільнюють процеси репарації, знижують толерантність кишечника до їжі, зумовлюють порушення живлення і значно послаблюють захисні сили організму, подовжують тривалість діарей, тому орієнтиром має бути поступове та обережне відновлення звичного харчування упродовж 24–48 год. лікування. Дієтотерапія гострих кишкових інфекційних діарей передбачає збереження і підтримання грудного вигодовування [7] шляхом частішого прикладання дитини до грудей. За наявності ознак вторинної лактазної недостатності показання є виключення з раціону продуктів, що містять дисахариди (солодкі молочні суміші, молоко, соки), або обмеження кількості лактози шляхом використання у малюків, які отримують заміники грудного молока, низьколактозних продуктів харчування [6] чи їх комбінування.

Відомо, що у більшості випадків вторинної ЛН спостерігається гіполактазія, тому повне виключення лактози недоцільне. Лактоза необхідна для стимуляції росту нормальної флори кишечника, синтезу вітамінів групи В і галактози, яка бере участь у формуванні галактоцереброзидів головного мозку. Лактоза сприяє кращому засвоєнню магнію і кальцію, що зменшує ризик виникнення анемії і рахіту. Незначна кількість лактози у раціоні сприяє стимуляції вироблення власного ферменту лактази, тому зміни у дієті виправдано починати з використанням молочної низьколактозної суміші. Виходячи з цього, виключення лактози з раціону дитини не має бути рутинним, і наразі, за літературними першоджерелами, є суперечливі дані стосовно доцільності призначення низько- чи безлактозних лікувальних сумішей дітям, які перебувають на штучному вигодовуванні, проте доведено, що в ряді випадків ротавірусних гастроентеритів такі заходи сприяють скороченню тривалості діарей [9]. Тривалість такої низьколактозної дієти індивідуальна і становить від 1–4 тиж. до 1,5–2 міс.

Наразі встановлення тісного взаємозв'язку всмоктування води в кишечнику з транспортом натрію і глюкози через кишкову стінку відносять до числа найвидатніших досягнень минулого століття, оскільки дало змогу врятувати мільйони людей. А це стало підставою для впровадження упродовж 70-их років методу пероральної регідратаційної терапії (ПОРТ) вуглеводно-електролітними розчинами при гострих діареях інфекційного характеру [11]. Максимально швидке відновлення втрат рідини та електролітів у 20% випадків повністю нормалізує стан пацієнтів, а пероральний метод замісної терапії є більш фізіологічним без побічних дій, які притаманні інфузійній терапії (ІТ), та сприяє частковому відновленню запасів енергетичних речовин, замінюючи окремі продукти харчування. Це, своєю чергою, дає змогу уникати ураження слизової кишечника та не виправданого голодування, а

також стимулювати відновлювальні процеси в слизовій оболонці [10].

Мета роботи — вивчити клінічну ефективність вигодовування низьколактозною сумішшю Хумана HN та пероральної регідратаційної терапії з використанням суміші Хумана Електроліт у лікуванні секреторних діарей у дітей грудного віку.

Матеріал і методи дослідження

В умовах відділення кишкових інфекцій обласної клінічної дитячої лікарні №1 обстежено 116 пацієнтів грудного віку, які надходили до стаціонару з ознаками токсико-ексикозу, викликаного перебігом секреторних діарей на тлі гострого гастроентероколіту. Середній вік пацієнтів становив $9,2 \pm 0,8$ міс. У місті проживало 41,3%, а в сільській місцевості — 58,7% хворих За ступенем порушення загального стану хворих розподілили таким чином: середньотяжкий ступінь — 97,3%, тяжкий — 2,7% (порушення гемодинаміки, oligoanuria). За ознаками токсико-ексикозу: I ступінь тяжкості — у 51,9% дітей, II — у 48,1% хворих.

У 57,8% пацієнтів верифіковано вірусний характер етіологічного чинника діарейного синдрому, у 31,2% спостережень спостерігалися функціональні розлади травлення, а у 5,5% випадків гострий гастроентероколіт мав бактеріальну природу або спричинювався харчовою токсико-інфекцією. Серед обстежених 33 (29%) дітей за показаннями отримували низьколактозну суміш Хумана HN з пребіотиками як основне харчування (відповідно до вікових потреб), вони сформували I клінічну групу. На природному вигодовуванні знаходилося 18 малюків (16,0% спостережень, II група порівняння), решта 65 хворих (56,0%) одержували звичайні замітники грудного молока, які не відносилися до низьколактозних сумішей (III клінічна група порівняння). За основними клінічними показниками наведені підгрупи дітей не різнилися, за винятком виділення ротавірусу з фекалій (у I підгрупі майже вдвічі частіше).

Серед обстежених пацієнтів 73 (67,5%) дітей (IV клінічна група) у складі ПОРТ отримували суміш Хумана Електроліт, а 35 (32,4%) хворих (V клінічна група) одержували інші регідратаційні розчини.

За основними клінічними характеристиками IV і V групи порівняння також були зіставними.

Усім дітям проведено комплексне обстеження, а отримані результати проаналізовано за допомогою варіаційної статистики та з позицій клінічної епідеміології. Ефективність проведеного лікування оцінено за клінічними показниками (нормалізацією загального стану, характеру і частоти випорожнень, відновленням маси тіла, зупинкою блювання), поліпшенням гідратації за констеляцією балів таким чином, що у міру зменшення виразності основних симптомів гастроентероколіту загальна сума балів тяжкості зменшувалася.

Динамічну оцінку клінічної тяжкості стану дітей грудного віку проведено протягом 7 діб стаціонарного лікування шляхом констеляції балів: 1) порушення загального стану хворого (3 бали — тяжкий, 2 бали — середньотяжкий, 1 бал — стан малопорушений); 2) тяжкість діарей (1–3 бали); 3) виразність блювання (1–3 бали).

Результати досліджень та їх обговорення

При обстеженні вибраної випадковим методом когорти пацієнтів грудного віку, які з ознаками секреторних діарей надходили до відділення кишкових інфекцій обласної дитячої клінічної лікарні, встановлено, що у 55,0% з них частота випорожнень перевищувала 6 разів на добу, у 1/5 (21,1%) пацієнтів — 3–5 разів, у решти — діарейний син-

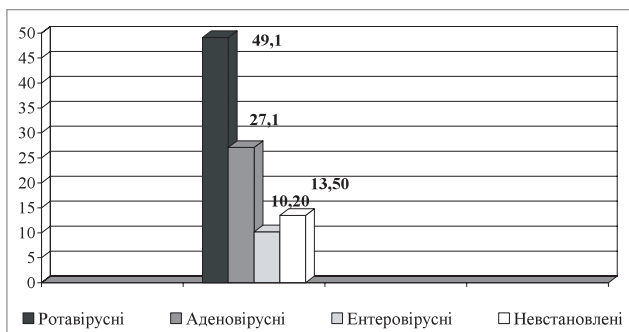


Рис. 1. Результати вірусологічного дослідження випорожнень в обстежених дітей

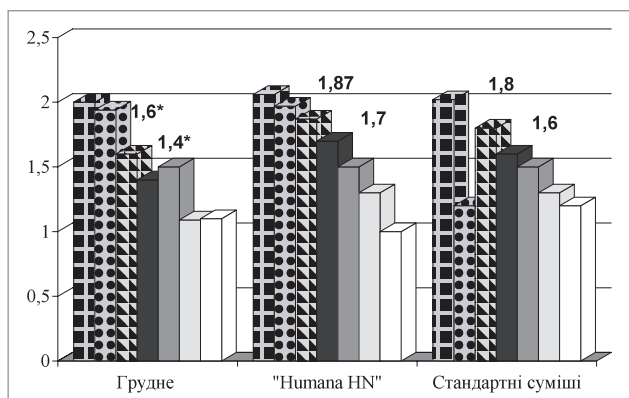


Рис. 2. Динаміка показників тяжкості порушення загального стану хворих із різним характером вигодовування (у балах)
Примітка: * — вірогідність відмінностей, $P < 0,05$.

дром був менш вираженим. Матері майже третини хворих (27,5%) скаржилися на блювання у 39,5% випадків, у 27,5% пацієнтів воно було багаторазовим і невинним.

Результати виявлення вірусних збудників у випорожненнях обстежених дітей методом флуоресцентних антитіл (МФА) наведено на рис. 1.

Таким чином, майже 50% секреторних діарей вірусного походження спричиняли ротавіруси, що співпало з даними літератури [12].

Бальна оцінка тяжкості порушення загального стану при надходженні до відділення така: тяжкість порушення загального стану у I групі оцінювалася у $2,06 \pm 0,04$ балу, у II групі (діти на грудному вигодовуванні) — $2,0 \pm 0,01$ балу, у III групі (діти на звичайному штучному вигодовуванні) — у середньому у $2,02 \pm 0,02$ балу ($P > 0,05$). Бальна оцінка виразності лихоманки у наведених підгрупах свідчила про відсутність істотних розбіжностей при надходженні дітей. Так, якщо оцінювати наявність фебрильної температури тіла у 3 бали, субфебрильної — у 2 і нормотермію — в 1 бал, то середні показники оцінки виразності лихоманки у групах порівняння сягали відповідно $2,05 \pm 0,2$, $2,3 \pm 0,2$ і $2,0 \pm 0,1$ балу ($P > 0,05$), проте середня тривалість лихоманки коливалась від $1,0 \pm 0,01$ доби при грудному вигодовуванні до $1,8 \pm 0,3$ доби при штучному ($P < 0,05$).

На рис. 2 наведено динамічні показники тяжкості порушення загального стану обстежених дітей залежно від характеру їх вигодовування протягом 1 тижня лікування у стаціонарі.

Слід зазначити, що, попри відсутність вірогідних розбіжностей при надходженні до стаціонару, діти на грудному вигодовуванні на 3 і 4 день мали вірогідно легший стан відносно пацієнтів, які отримували безлактозне харчування, а на 6-ий день — вірогідно кращий стан порівняно з пацієнтами на штучному вигодовуванні. Отримані дані

Humana

ЕКОЛОГІЧНО ЧИСТЕ ДІТЯЧЕ ХАРЧУВАННЯ

ОПТИМАЛЬНІ ПРОДУКТИ ПРИ ДІАРЕЙНОМУ СИНДРОМІ БУДЬ-ЯКОЇ ЕТІОЛОГІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ З НАРОДЖЕННЯ, СТАРШИХ ДІТЕЙ ТА ДОРΟΣЛИХ



ХУМАНА ЕЛЕКТРОЛІТ

Сучасний підхід до оральної регідратації*

- Ексикози різного ступеню важкості
- Гострий та хронічний діарейний синдром будь-якої етіології
- Інтоксикація будь-якої етіології
- Ацетонемічний синдром
- Гіпертермічний синдром (при грипі, ГРВІ та ін. інфекційних захворюваннях)

*відповідає вимогам ESPGHAN (Європейської спілки дитячих гастроентерологів, гепатологів та нутриціологів)

ХУМАНА НН

з пребіотиками галактоолігосахаридами (ГОС)

Лікувальне харчування при розладах травлення

- Гострий та хронічний діарейний синдром будь-якої етіології
- Лактазна недостатність
- Часткова ліпазна недостатність
- Целіакія, галактоземія
- Дисбіоз кишечника зі схильністю до рідкого стільця
- Гострі (або загострення хронічних) захворювання гепато-біліарної системи та підшлункової залози

Консультація лікаря-дієтолога по телефону: 0 800 301 199 (безкоштовно в межах України зі стаціонарних телефонів)
www.humana.ua (новини, статті, акції)

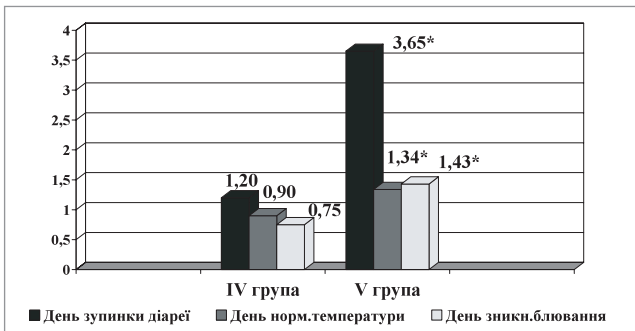


Рис. 3. Темпи клінічного поліпшення стану дітей IV і V клінічних груп порівняння (дні)

Примітка: * – вірогідність відмінностей, P<0,05.

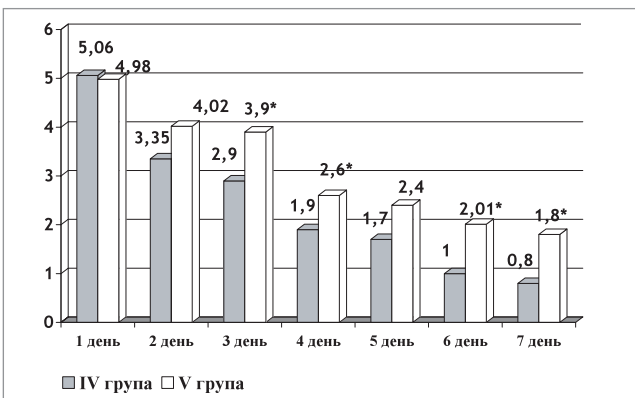


Рис. 4. Динаміка клінічного поліпшення стану дітей груп порівняння (бали)

Примітка: * – вірогідність відмінностей, P<0,05.

додатково підкреслили захисну роль грудного молока стосовно перебігу інфекційних діарей у дітей грудного віку. Водночас, вони свідчили про те, що використання в дієто-терапії низьколактозної суміші Хумана НН з пребіотиками сприяло стабільній позитивній динаміці з найменшими показниками тяжкості порушення загального стану пацієнтів наприкінці тижня стаціонарного лікування. Це зумовлювалося тим, що починаючи з 3-го дня стаціонарного лікування в усіх дітей, які отримували низьколактозну суміш Хумана НН з пребіотиками, блювання припинилося, а діарея вірогідно зменшилася порівняно з пацієнтами, які одержували звичайні харчові суміші.

На нашу думку, виявлені відмінності пояснювалися тим, що при використанні низьколактозних продуктів харчування у дітей із вторинною ЛН на тлі ротавірусних кишкових інфекцій знижується вміст нерозщеплених вуглеводів у просвіті кишечника, що полегшує перебіг диспепсичного синдрому.

Наприкінці тижня стаціонарного лікування середні показники маси тіла пацієнтів із гострим гастроентероколітом, які знаходилися на грудному вигодовуванні, становили 7511,5±373,3 г (добуток сягав +138,7±42,1 г), дітей, які отримували суміш Хумана НН з пребіотиками, – 8097,8±373,5 г (+133,3±40,4 г), а дітей на звичайному штучному вигодовуванні – 7568,9±274,1 г (+125,2±16,5 г), що, попри відсутність вірогідних розбіжностей, свідчило про досягнення найкращих темпів набутку у масі тіла хворих із секреторними діареями на грудному вигодовуванні та найгірших – при використанні звичайних сумішей, що містять лактозу.

Відсутність розбіжностей за даним показником у пацієнтів I і II груп порівняння дає змогу стверджувати наявність задовільної корекції катаболічних процесів на тлі гострих секреторних діарей у дітей грудного віку, що

досягається якнайкраще за умови збереження природного вигодовування, а при його неможливості – за умови використання лікувальних низьколактозних сумішей.

Порівняльний аналіз результатів параклінічного обстеження когорти пацієнтів дав змогу встановити вірогідно вищі показники вмісту еозинофілів у периферичній крові у малюків, які отримували штучне вигодовування звичайними сумішами (III група, 2,91±0,3%), відносно хворих I клінічної групи (2,1±0,2%, P<0,05), що свідчило, мабуть, про надмірну алергізацію дітей, яких вигодовували штучними заміниками грудного молока. У таких дітей вірогідно вищим виявився вміст у периферичній крові сегментоядерних нейтрофілів, що також підкреслювало напруженість протиінфекційного захисту порівняно з дітьми, які одержували низьколактозне харчування (відповідно 32,9±1,7 та 27,9±1,8%, P<0,05), або ж наявність вірусно-бактеріальних асоціацій збудників діарей.

Використання суміші Хумана НН з пребіотиками супроводжувалося меншими втратами нейтрального жиру з випорожненнями порівняно з дітьми, які вживали штучні суміші зі звичайним вмістом лактози, що, напевне, вказувало на вплив середньо-ланцюгових тригліцеридів, які містяться в даному продукті, легко засвоюються і не потребують участі панкреатичної ліпази та жовчних кислот.

Насамкінець, тривалість стаціонарного лікування (в днях) у дітей із різним характером вигодовування у середньому сягала: на грудному вигодовуванні – 6,3±0,5, на низьколактозному – 6,1±0,1 і на звичайному штучному – 6,6±0,2 дня (P<0,05), що свідчило про кращі темпи стабілізації пацієнтів, які отримували в комплексному лікуванні секреторних діарей суміш Хумана НН з пребіотиками.

Проведений моніторинг за динамікою стану пацієнтів створених клінічних груп дав змогу стверджувати, що за умови використання як основного компоненту ПОРТ суміші Хумана Електроліт позитивна динаміка з боку клінічного стану пацієнтів спостерігалася вірогідно швидшими темпами (рис. 3).

Таким чином, вірогідно раніше у пацієнтів, які отримували пероральний регідраційний розчин Хумана Електроліт, нормалізувалися температура тіла, частота і характер випорожнень, зникало блювання. Наведена на рис. 4 динамічна оцінка тяжкості стану обстежених хворих дала змогу дійти висновку, що, починаючи з 3-го дня госпіталізації, діти, які отримували для ПОРТ суміш Хумана Електроліт, вирізнялися вірогідно кращими клінічними показниками.

Порівняльний аналіз динаміки відновлення втраченої маси тіла протягом 7 діб лікування в стаціонарі дітей клінічних груп порівняння дав змогу виявити вірогідні відмінності, які свідчили, що за умови використання суміші для ПОРТ Хумана Електроліт у дітей грудного віку середній набуток у масі тіла в них становив 103,5±10,2 г проти 78,5±8,7 г (P=0,05).

Важливим і необхідним компонентом ПОРТ є ретельний моніторинг стану хворого, який таку терапію одержує у I фазі регідрації, оцінка ефективності якої проводиться протягом 4–6 год. із визначенням подальшої тактики проведення II етапу регідрації. Для досягнення успіху ПОРТ у вигляді зменшення та/або зникнення ознак зневоднення слід продовжувати ПОРТ в підтримувальному режимі, проте за умови наростання ексікозу слід проводити ІТ. Виходячи з цього, необхідність підключення ІТ у дітей, які отримували оральну регідрацію на I етапі ПОРТ, мабуть, можна розглядати як відображення ефективності останньої.

Нами встановлено, що в I клінічній групі пацієнтів, тобто в тих дітей, які в програмі ПОРТ отримували суміш

Хумана Електроліт порівняно з представниками II клінічної групи співвідношення шансів обмежитися виключно ПОРТ становило 3,7 (95% довірчий інтервал — 0,4–38,9) при абсолютному ризику уникнути потреби в ІТ — 11%.

Висновки

1. У немовлят із секреторними діареями оптимальним є природне вигодовування, причому вводити лікувальні суміші до раціону дитини немає потреби.

2. За умови штучного характеру вигодовування, у разі виникнення секреторної діареї слід вводити до раціону дитини низьколактозну суміш Хумана HN з пребіотиками, яка дає змогу полегшити характер перебігу діареї, зменшити явища катаболізму і втрат

жиру, швидше відновити вихідну масу тіла та уникнути сенсифікації.

3. Використання у програмі ПОРТ суміші Хумана Електроліт сприяє позитивній клінічній динаміці у вірогідно коротші терміни в дітей із гострими секреторними діареями, причому швидші темпи зупинки блювання, діареї, нормалізації температури тіла супроводжуються кращими темпами відновлення втраченої маси тіла.

4. Ефективність ПОРТ з використанням Хумана Електроліту підвищує шанси уникнути необхідності інфузійної терапії у 3,7 разу.

5. Суміш для ПОРТ Хумана Електроліт вирізняється гарними смаковими якостями, діти краще її сприймають, що дає змогу досягти комплаєнсу у 63% випадків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Михайлова Е. В. Ротавирусная инфекция у детей : [учеб. пособие] ; под ред. Е. В. Михайловой [и др.] . — Саратов, 2006. — 80 с.
2. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. — М., 2009. — С. 43–44.
3. Про внесення змін до наказу МОЗ № 354 від 09.07.2004 р: наказ МОЗ України № 803 від 10.12.2007 р. [Електронний документ]. — Режим доступу : www.moz.gov.ua. — Назва з екрана.
4. Пучков К. С. Визначення діагностичної цінності 13С лактозного дихального тесту у визначенні дефіциту лактази / К. С. Пучков // Укр. наук-мед. молодіжний журнал. — 2009. — № 2. — С. 71–73.
5. Студеникин В. М. Современные подходы к применению растворов для оральной регидратации при лечении острых кишечных заболеваний у детей / В. М. Студеникин // Вопр. совр. педиатрии. — 2002. — Т. 1, № 3.
6. Шуматова Т. А. Опыт применения лечебных смесей у детей с токсико-дистрофическим синдромом / Т. А. Шуматова, Л. А. Григорян, Н. Г. Приходченко // Тихоокеанский мед. журнал. — 2009. — № 1. — С. 84–86.
7. Brown K. H. Dietary management of acute diarrheal disease: contemporary scientific issues / K. H. Brown // The Journal of Nutrition. — 1994. — Vol. 124. — P. 1455–1460.
8. Hoque S. S. Infectious agents causing acute watery diarrhea in infants and young children in Bangladesh and their public health implications / S. S. Hoque, A. S. G. Faruque, D. Mahalanabis // J. Tropical Pediatrics. — 1994. — Vol. 40, № 6. — P. 351–354.
9. Infectious agents causing acute watery diarrhoea in infants and young children in Bangladesh and their public health implications / S. S. Hoque, A. S. G. Faruque, D. Mahalanabis [et al.] // Journal of Tropical Pediatrics. — 1994. — Vol. 40, № 6. — P. 351–354.
10. Managing acute gastroenteritis among children: Oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy // MMWR. — 2003. — Vol. 52 (R).
11. Nur H. Alarm et a symptomatic hyponatremia during treatment of dehydrating diarrhoeal diseases with reduced osmolarity oral rehydration solution / H. Nur // JAMA. — 2006. — № 296. — P. 567–573.
12. Pathogens associated with persistent diarrhea in children in low and middle income countries: systematic review / K. Abba, R. Sinfield, C. A. Hart [et al.] // BMC Infectious Diseases. — 2009. — Vol. 9. — P. 88–103.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НУТРИТИВНОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ И РЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СЕКРЕТОРНЫХ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

О.К. Колоскова, Т.М. Воротняк

Резюме. Изучена эффективность применения низколактозной смеси Хумана HN и пероральной регидратационной терапии со смесью Хумана Электролит в лечении секреторных диарей у детей грудного возраста. Обследовано 116 пациентов грудного возраста, которые поступали в стационар с признаками токсико-эксикоза на фоне острого секреторного гастроэнтероколита. Выявлено, что применение смеси Хумана HN и Хумана Электролит позволяет в вероятно более короткие сроки достичь позитивной клинической динамики, которая проявлялась в облегченном течении диареи, уменьшении явлений катаболізму, более быстром восстановлении исходной массы тела.

Ключевые слова: секреторные диареи, низколактозная смесь Хумана HN, смесь Хумана Электролит.

THE NEW APPROACHES TO NUTRITIONAL PROVIDING AND REHYDRATION THERAPY IN INFANTS WITH SECRETORY DIARRHEA

O.K. Koloskova, T.M. Vorotnyak

Summary. For study the efficiency low lactase nutritional cocktail Humana HN and oral rehydration therapy with using of composition Humana Electrolyte in the treatment of secretory diarrhea in infants were examined 116 infant patients who come into hospital with signs of toxic-exsiccosis during acute secretory gastroenterocolitis. The application of nutritional cocktail Humana HN and Humana Electrolyte allow to significantly shorter periods to achieve positive clinical dynamics that reflected the nature of progress in relieving diarrhea, reduced catabolism of phenomena, a faster recovery of the original body weight.

Key words: secretory diarrhea, low lactase nutritional cocktail Humana HN, composition Humana Electrolyte.