

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ КИШКОВИХ КОЛЬОК, ОБУМОВЛЕНИХ ЛАКТАЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Ю.В. Марушко, Т.В. Іовіца

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: визначити роль лактазної недостатності у виникненні кишкових кольок у дітей грудного віку, оцінити клінічне значення водневого дихального тесту для діагностики кишкових кольок.

Пацієнти і методи. Під спостереженням знаходилось 149 дітей віком 1–6 місяців з кишковими коликами та ознаками диспептичних порушень. Всі діти знаходилися на грудному вигодовуванні, у них не відмічалось відставання у вазі та психомоторному розвитку; загальні аналізи крові та сечі без патологічних зрушень. З метою дослідження лактазної недостатності проводився водневий дихальний тест з навантаженням харчовою лактозою (1,5 г/кг). У терапії дітей застосовували Мамалак (1 капсула — 3000 ОД лактази) або Коліпрев (1 крапля — 150 ОД лактази).

Результати. Дітям першого півріччя життя, що знаходяться на грудному вигодовуванні, за наявності кишкових кольок та диспептичних розладів властиві транзиторна лактазна недостатність та надлишковий лактозозалежний бактеріальний ріст у кишечнику. Застосування лактази дозволяє коригувати стан мікрофлори кишечнику та зберегти грудне вигодовування.

Висновки. Водневий дихальний тест — інформативний метод діагностики кишкових кольок у дітей грудного віку, зумовлених лактазною недостатністю. Включення лактази у комплексну терапію кишкових кольок має виразний клінічний ефект, що підтверджується результатами водневого дихального тесту у динаміці спостережень.

Ключові слова: кишкова колька, діти, лактазна недостатність, водневий дихальний тест, лікування.

Вступ

У сучасній педіатрії нині все більшої актуальності набуває проблема функціональних порушень з боку шлунково-кишкового тракту, визначення причин їх виникнення та розробка лікувально-реабілітаційних заходів у дітей грудного віку. Певна роль у виникненні кишкових кольок у дітей перших місяців життя належить лактазній недостатності (Ю.Г. Мухина і соавт., 2003; Д.В. Усенко, А.В. Горелов, 2009; О.Г. Шадрін та співавт., 2011; Ю.В. Марушко та співавт., 2012).

Функціональними захворюваннями ШКТ у дітей першого року життя вважають захворювання, в основі яких лежить недосконалість моторної функції (фізіологічний гастрозофагальний рефлюкс, порушення акомодатції шлунка та антропілоричної моторики, дискінезії тонкої та товстої кишки тощо) та секретії (значна варіабельність активності шлункової, панкреатичної та кишкової ліпази, низька активність пепсину, незрілість ферментів, зокрема лактази тощо). Ці порушення призводять до розвитку зригувань, кишкових кольок, метеоризму, диспепсії, які не пов'язані з органічними причинами та суттєво не впливають на стан здоров'я дитини, але значно змінюють якість життя (М. Grover et al., 2009; Yale S.H. et al., 2008).

Кишкові кольки часто зустрічаються в грудному віці. У популяційному проспективному дослідженні, проведеному в Італії (G. Iacono, R. Merolla, D. D'Amico et al., 2005), вивчалася частота функціональних порушень ШКТ у дітей першого року життя: серед 2879 дітей віком до 6-ти місяців у 54,9% обстежених відмічалися симптоми функціональних порушень ШКТ. Кишкові кольки спостерігались у 20,5%, зригування — у 23,1%, закрепи — у 17,6%, блювота — у 6% та діарея — у 4,1% обстежених. Частіше функціональні порушення ШКТ спостерігались у дітей з малою масою тіла при народженні або у недоношених. Взагалі кишкові кольки реєструються у 30–70% дітей грудного віку, починаючи з 2–3-х тижнів життя [3].

До факторів, що викликають кишкові кольки, відносять: характер вигодовування дитини, вид сумішей,

ковтання повітря при смоктанні, харчову непереносимість на фоні лактазної недостатності, алергію до білків коров'ячого молока та інших компонентів харчування тощо (Е.А. Корниенко та ін. 2006). У 50% дітей із синдромом подразненого кишечнику на першому році життя спостерігаються резистентні кольки (А.И. Хавкин, 2001). Певну роль грає незрілість нервової регуляції діяльності кишечнику. Відмічають незрілість ферментних систем у новонароджених і, як наслідок, посилення бродильних процесів.

При діагностиці кольок важливо не пропустити патологічні стани, які можуть проявлятися як дитячі кишкові кольки, — плач, неспокій, здуття живота, порушення стільця (W.E. Tjon, A. Ten, M. Wolters, 2004). Під час дитячих кольок не погіршується загальний стан, не відмічається відставання у наборі маси тіла та у психомоторному розвитку. Загальний аналіз крові, сечі, копрологічного дослідження без патологічних зрушень. Зниження рН калу менше 5,5, підвищення рівня вуглеводів у калі у 2–3 та більше разів порівняно з нормою та згадування в анамнезі про погану переносимість молока і молочних продуктів у членів родини може вказувати на діагноз лактазної недостатності. При легких формах лактазної недостатності характер випорожнень довгий час не змінюється, а збільшення маси тіла дитини є помірним. Та єдиним проявом хвороби є кишкова колька. Вік дитини, в якому проявляється лактазна недостатність, відповідає віку дітей з кишковими коликами.

На сьогодні чітко не встановлена роль лактазної недостатності (транзиторної) у виникненні кишкових кольок у дітей.

Мета дослідження: визначити роль лактазної недостатності у виникненні кишкових кольок у дітей грудного віку, оцінити клінічне значення водневого дихального тесту для діагностики кишкових кольок, зумовлених лактазною недостатністю, у дітей грудного віку.

Матеріал і методи дослідження

У відділенні молодшого дитинства дитячої клінічної лікарні №5 м. Києва у 2012 р. під спостереженням знаходи-

Таблиця 1

Клінічні прояви кишкових кольок у дітей грудного віку

Клінічні прояви	Кількість дітей	
	абс.	%
Кишкові кольки	149	100
Зригування	91	61,1
Рідкий стілець	125	83,9
Закрепи	24	16,1
Загальний неспокій дитини	149	100

Таблиця 2

Показники водневого дихального тесту у дітей з кишковими кольками з урахуванням вмісту водню та віку дитини

Вік, міс.	Загальна кількість дітей	К-сть дітей з урахуванням вмісту водню у повітрі після навантаження лактозою (ppm), абс. (%)		
		збільшення водню ≥ 20 ppm	збільшення водню $>10<20$ ppm	збільшення водню <10 ppm
1–2	61	32 (52,5%)	21 (34,4%)	8 (13,1%)
2–3	52	27 (51,9%)	16 (30,8%)	9 (17,3%)
3–6	36	15 (41,7%)	12 (33,3%)	9 (25%)
1–6	149	74 (49,7%)	49 (32,9%)	26 (17,4%)

Таблиця 3

Показники водневого дихального тесту у дітей з кишковими кольками залежно від часу проведення та віку дитини

Вік, міс.	К-сть дітей з урахуванням вмісту водню у повітрі (ppm) на першій годині дослідження, абс. (%)			К-сть дітей з урахуванням вмісту водню у повітрі (ppm) на другій годині дослідження, абс. (%)		
	збільшення водню <10 ppm	збільшення водню $>10<20$ ppm	збільшення водню ≥ 20 ppm	збільшення водню <10 ppm	збільшення водню $>10<20$ ppm	збільшення водню ≥ 20 ppm
1–2	4 (6,5%)	15 (24,6%)	20 (32,8%)	4 (6,5%)	6 (9,8%)	12 (19,7%)
2–3	4 (7,7%)	9 (17,3%)	18 (34,6%)	5 (9,6%)	7 (13,5%)	9 (17,3%)
3–6	5 (13,9%)	7 (19,4%)	9 (25%)	4 (11,1%)	5 (13,9%)	6 (16,7%)
1–6	13 (8,7%)	31 (20,8%)	47 (31,5%)	13 (8,7%)	18 (12,1%)	27 (18,1%)

лось 149 дітей віком 1–6 місяців, у яких відмічались кишкові кольки і певні клінічні диспептичні прояви, що вказували на ймовірність лактазної недостатності. Всі діти знаходилися на грудному вигодовуванні.

У роботі використовували «Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення» (наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59).

Кишкові кольки були діагностовані на підставі «правила трьох»: плач протягом трьох годин на добу, не менше трьох діб на тиждень, протягом трьох тижнів поспіль. Діагностичними критеріями також є вік 1–6 місяців, рекурентний характер симптомів. Під час дитячих кольок не відмічалося відставання у вазі та у психомоторному розвитку. Загальний аналіз крові та сечі був без патологічних зрушень.

Підставою для обстеження дітей на лактазну недостатність були наступні клінічні прояви: зригування, кишкові кольки відразу після годування дитини, рідкий стілець з кислим запахом та зміни у копрограмі – рН калу менше ніж 5,5 у більшості дітей.

З метою дослідження лактазної недостатності проводився водневий дихальний тест з навантаженням харчовою лактозою (1,5 г/кг). Для визначення водню (H₂) у видихуваному повітрі використовували апарат Gastro+Gastrolyzer (Gastro+Gastrolyzer Breath hydrogen (H₂) monitor) виробництва Bedfont Scientific Limited (UK). Нами розроблена методика проведення водневого дихального тесту з використанням масок відповідного розміру для грудних дітей. Водень вимірювали до навантаження лактозою (базальний рівень) та через 30 хвилин протягом трьох годин. Позитивним вважається тест при збільшенні рівня водню ≥ 20 ppm. При збільшенні рівня водню $>10<20$ ppm визначається надлишковий лактозозалежний бактеріальний ріст у кишечнику.

Повторно дихальний водневий тест проводився після застосуванні лікувальних заходів, через 10 днів від початку терапії.

Результати дослідження та їх обговорення

Клінічні прояви кишкових кольок у дітей грудного віку наведені у таблиці 1.

При проведенні дихального тесту дітям з кишковими кольками виявили різне підвищення вмісту водню після навантаження лактозою.

Як видно із даних таблиці 2, лактазна недостатність була виявлена у 74 (49,7%) дітей, відмічалось збільшення рівня водню у видихуваному повітрі ≥ 20 ppm. Було відмічено, що у 32 (52,5%) дітей віком 1–2 міс. частіше збільшується рівень водню у видихуваному повітрі ≥ 20 ppm. Лактазна недостатність була виявлена у 27 (51,9%) дітей віком 2–3 міс. У дітей віком 3–6 міс. лактазна недостатність спостерігалась дещо рідше – у 15 (41,7%) дітей.

Нами було виявлено 49 (32,9%) дітей з надлишковим лактозозалежним бактеріальним ростом у кишечнику, практично у всіх групах він зустрічався з однаковою частотою – 34,4–30,8% випадків.

У 26 (17,4%) обстежених дітей рівень водню не перевищував 10 ppm, що вважається негативним результатом водневого дихального тесту.

Нами було відмічено динаміку збільшення рівня водню у повітрі (ppm) залежно від часу проведення тесту та віку дитини (табл. 3). Як видно з таблиці, лактазна недостатність за водневим тестом вже на першій годині дослідження спостерігалась у 47 (31,5%) дітей, частіше у дітей віком 1–2 та 2–3 місяці життя (32,8–34,6%). На другій годині дослідження лактазна недостатність спостерігалась у 27 (18,1%) дітей, майже однаково у всіх групах обстежених – 19,7–16,7%.

За даними водневого тесту на першій годині дослідження у 31 (20,8%) дитини відмічався надлишковий лактозозалежний бактеріальний ріст у тонкому кишечнику, частіше у дітей віком 1–2 місяці життя – у 15 (24,6%). На другій годині дослідження надлишковий лактозо-

Ферменти лактази

усувають **ОСНОВНУ ПРИЧИНУ** колік



- Фермент лактаза внесений в "Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення"* в якості медикаментозного лікування кишкових кольок у дітей.
- Фермент лактази зменшує вираженість метеоризму і кишкових кольок на 2-4 добу**.
- Ферменти лактази – усувають основну причину кольок.
- Ферменти лактази – зберігають грудне вигодовування дітей.



*Наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59 "Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення"

**Проблемні питання перебуту та лікування лактазної недостатності у дітей раннього віку /О.Г. Шадрін, Т.Л. Марушка, В.П.Місник, В.М. Фисун, К.Р. Марушка // "Современная педиатрия", №6, 2011.

Таблиця 4

Динаміка клінічних проявів кишкових кольок у дітей на 1, 5 та 10 добу лікування

Клінічні прояви	I група (n=74)						II група (n=49)					
	1 доба		5 доба		10 доба		1 доба		5 доба		10 доба	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кишкові кольки	74	100	34	45,9	1	1,3	49	100	28	57,1	4	8,2
Зригування	47	63,5	24	32,4	0	0	28	57,1	20	40,8	1	2,0
Рідкий стілець	61	82,4	21	28,4	0	0	43	87,7	22	44,9	6	12,2
Закрепи	11	14,9	2	2,7	0	0	8	16,3	9	18,4	2	4,1
Загальний неспокій дитини	74	100	34	45,9	0	0	49	100	17	34,7	1	2,0

Таблиця 5

Показники водневого дихального тесту у дітей I та II групи з урахуванням вмісту водню на 10 добу лікування

Група	Загальна кількість дітей	К-сть дітей з урахуванням вмісту водню у повітрі (ppm), абс. (%)		
		збільшення водню ≥ 20 ppm	збільшення водню $> 10 < 20$ ppm	збільшення водню < 10 ppm
I група	n=74	0 (0%)	2 (2,7%)	72 (97,3%)
II група	n=49	0 (0%)	1 (2,1%)	48 (97,9%)

залежний бактеріальний ріст у кишечнику спостерігався у 18 (12,1%) дітей, частіше у віці 2–3 та 3–6 місяців життя – 13,5–13,9%, що вказувало на кишкову непереносимість лактози з ретроградним ілеїтом.

Збільшення рівня водню у повітрі до 10 ppm на першій та другій годині дослідження не відрізнялося у дітей різних вікових груп та становило 8,7%.

Таким чином, водневий тест дозволив розподілити всіх дітей з кишковими кольками на три групи – з лактазою недостатністю, з лактозозалежним надлишковим бактеріальним ростом та на дітей з кольками, у яких водневий тест був негативним. Такий розподіл дає можливість проведення диференційованих лікувальних заходів.

З лікувальною метою по застосуванню фермента лактази нами були виділені 2 групи. У терапії дітей застосовували Мамалак (1 капсула 3000 ОД лактази) або Коліпрев (1 крапля 150 ОД лактази) з різним дозуванням у кожній групі.

I групу склали 74 дитини з кишковими кольками та позитивним дихальним водневим тестом на лактазну недостатність. Діти отримували лактазу (Мамалак, Коліпрев) із розрахунку 750 ОД лактази на 100 мл молока. При кожному годуванні фермент додавали до 10–15 мл зцідженного грудного молока, залишали на 5–10 хвилин для ферментації і давали дитині на початку годування, після чого дитина отримувала грудне годування. Курс лікування склав 10 діб.

II групу склали 49 дітей з кишковими кольками та надлишковим лактозозалежним бактеріальним ростом у кишечнику, які отримували лактазу (Мамалак, Коліпрев) із розрахунку 750 ОД лактази на 100 мл молока курсом 10 діб.

Динаміка клінічних проявів у дітей з кишковими кольками та лактазою недостатністю на тлі лікування наведена у таблиці. Як видно із даних таблиці 4, на п'яту добу лікування у 34 (45,9%) дітей I групи спостерігались кишкові кольки, а на 10-ту добу – лише у 1 (1,3%). У дітей 2 групи також спостерігалася виразна клінічна динаміка. Було відмічено зміни стільця. У дітей I групи рідкий стілець на 5 добу зберігався лише у 21 (28,4%) дітей, а на 10-ту добу рідкий стілець не спостерігався. Загальний неспокій дитини зменшувався в обох групах та на 10 добу практично зникав.

Таким чином, встановлена виразна динаміка застосування фермента лактази у дітей, які мали лактазну недостатність або лактозозалежний надлишковий рост бакте-

рій у кишечнику. Фермент лактаза гарно переносився, побічних дій не спостерігалось. Застосування лактази дозволило зберегти грудне вигодовування, що вкрай необхідно для росту і розвитку дитини.

На 10–12 добу лікування дітям був проведений водневий дихальний тест з навантаженням харчовою лактозою (табл. 5).

Як видно з даних таблиці 5, у 97,3% дітей I групи та у 97,9% дітей II групи відбулась нормалізація рівня водню у видихуваному повітрі після навантаження лактозою, що вказувало на негативний тест на лактазну недостатність. Лише у 2,7% дітей I групи та у 2,1% дітей II групи спостерігався надлишковий лактозозалежний бактеріальний ріст у кишечнику.

Таким чином, дітям першого півріччя життя, що знаходяться на грудному вигодовуванні, за наявності кишкових кольок та диспептичних розладів властиві транзиторна лактазна недостатність та надлишковий лактозозалежний бактеріальний ріст у кишечнику, які спостерігаються у 49,7% та 32,9% випадків, кому їм доцільно призначати фермент лактазу. Її призначення зменшує кількість лактози в кишечнику дитини, надлишковий лактозозалежний ріст мікробної флори, кишкові зміни. Лактаза дозволяє зберегти грудне вигодовування. Фермент лактаза (Мамалак) у наших дослідженнях виявив позитивну клініко-параклінічну ефективність, гарно переносився пацієнтами, побічних дій при його застосуванні не спостерігалось.

Необхідні подальші клінічні спостереження за дітьми з кишковими кольками, обумовленими лактазою недостатністю, для розробки схем застосування лактази у комплексній терапії різних категорій пацієнтів – з лактазою недостатністю, з виразним та помірно виразним лактозозалежним бактеріальним ростом в кишечнику.

Висновки

1. Водневий дихальний тест – інформативний метод діагностики кишкових кольок у дітей грудного віку, зумовлених лактазою недостатністю. Тест простий у виконанні та неінвазивний, зручний та дозволяє швидко отримати результати.

2. Включення лактази у комплексну терапію кишкових кольок з диспептичними проявами, лактазою недостатністю має виразний клінічний ефект, що підтверджується результатами водневого дихального тесту у динаміці спостережень. Застосування лактази дозволяє зберегти грудне вигодовування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коровина Н. А. Лактазная недостаточность у детей / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, Н. Е. Малова // *Вопр. совр. педиатрии*. — 2002. — Т. 1, № 4. — С. 57—61.
2. Корниенко Е. А. Лактазная недостаточность у детей раннего возраста / Е. А. Корниенко, Н. И. Митрофанова, Л. В. Ларченкова // *Вопр. совр. педиатрии*. — 2006. — Т. 5, № 4. — С. 70—76.
3. Кишечная колика у новорожденных и детей первого года жизни. Материнство. [Электронный документ]. — Режим доступа : <http://www.materinstvo.ru/art/1787/>. — Название с экрана.
4. Марушко Ю. В. Проблема кишкових кольок та лактазна недостатність у дітей / Ю. В. Марушко, Т. В. Іовица, М. А. Аль-Наджар // *Совр. педиатрия*. — 2012. — № 2(42). — С. 114—119.
5. Мухина Ю. Г. Современные аспекты проблемы лактазной недостаточности у детей раннего возраста / Ю. Г. Мухина, А. И. Чубарова, В. П. Гераськина // *Вопр. детской диетол.* — 2003. — № 1 (1). — С. 50—56.
6. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення : наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
7. Усенко Д. В. Лактазная недостаточность у детей / Д. В. Усенко, А. В. Горелов // *Педиатрия*. — 2009. — № 1. — С. 33—36.
8. Хавкин А. И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста : [пособ. для врачей] / А. И. Хавкин. — М., 2001. — С. 16—17.
9. Проблеми питания перебігу та терапії лактазної недостатності у дітей раннього віку / Шадрин О. Г., Марушко Т. Л., Місник В. П. [та ін.] // *Совр. педиатрия*. — 2011. — № 6. — С. 157—161.
10. Grover M. The functional-organic dichotomy: postinfectious irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease-irritable bowel syndrome / M. Grover, H. Herfarth, D. A. Drossman // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2009. — Vol.7, № 1. — P. 48—53.
11. Gastrointestinal symptoms in infancy: a population based prospective study / Iacono G., Merolla R., D'Amico D. [et al.] // *Dig. Liver Dis.* — 2005. — Vol. 37, № 6. — P. 432—438.
12. Ittmann P. I. Maturation of antroduodenal motor activity in preterm and term infants / P. I. Ittmann, R. Amarnath, C. L. Berseth // *Digestive Dis Sci.* — 1992. — Vol. 37. — № 1. — P. 14—19.
13. Tjon W. E. Infant crying diary: a useful aid in distinguishing between normal and excessive crying behavior / W. E. Tjon, A. Ten, M. Wolters // *Ned Tijdschr Geneesk.* — 2004. — Vol. 148, № 6. — P. 257—260.
14. Applying case definition criteria to irritable bowel syndrome / Yale S. H., Musana A. K., Kieke A. [et al.] // *Clin. Med. Res.* — 2008. — Vol. 6. — № 1. — P. 9—16.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ КИШЕЧНЫХ КОЛИК, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Ю.В. Марушко, Т.В. Іовица

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: определить роль лактазной недостаточности в возникновении кишечных колик у детей грудного возраста, оценить клиническое значение водородного дыхательного теста для диагностики кишечных колик.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 149 детей в возрасте 1–6 месяцев с кишечными коликами и признаками диспептических нарушений. Все дети были на грудном вскармливании, у них не отмечалось отставания в весе и психомоторном развитии; общие анализы крови и мочи без патологических изменений. С целью исследования лактазной недостаточности проводился водородный дыхательный тест с нагрузкой пищевой лактозой (1,5 г/кг). В терапии детей применяли Мамалак (1 капсула — 3000 ОД лактазы) или Колипрев (1 капля — 150 ОД лактазы).

Результаты. Детям первого полугодия жизни, находящимся на грудном вскармливании, при наличии кишечных колик и диспептических расстройств свойственны транзиторная лактазная недостаточность и избыточный лактозозависимый бактериальный рост в кишечнике. Применение лактазы позволяет корректировать состояние микрофлоры кишечника и сохранить грудное вскармливание.

Выводы. Водородный дыхательный тест — информативный метод диагностики кишечных колик у детей грудного возраста, обусловленных лактазной недостаточностью. Включение лактазы в комплексную терапию кишечных колик имеет выраженный клинический эффект, что подтверждается результатами водородного дыхательного теста в динамике наблюдений. Применение лактазы позволяет сберечь грудное вскармливание.

Ключевые слова: кишечная колика, дети, лактазная недостаточность, водородный дыхательный тест, лечение.

FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTESTINAL COLIC IN INFANTS ASSOCIATED BY LACTASE DEFICIENCY

Yu.V. Marushko, T.V. Iovitsa

A.A. Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

Objective: To determine the role of lactase deficiency in the occurrence of colic in infants, to evaluate the clinical value of hydrogen breath test for the diagnosis of intestinal colic.

Patients and methods. A total of 149 children aged 1–6 months with intestinal colic and symptoms of diarrheal disorders were under observation. All of them were nursing infants and lose in weight in the psychomotor development was not marked; common blood and urine tests were without pathological changes. To investigate lactase deficiency the hydrogen breath test was carried out with a load of food lactose (1.5 g / kg). In the treatment of children is used Mamalak (1 capsule — 3000 DU lactase) or Koliprev (1 drop — 150 DU lactase). Results. For nursing infants of the first six months of life at presents of intestinal colic and dyspeptic disorder were common transient lactase deficiency and excess lactose dependent bacterial overgrowth in the intestinal tract. The use of lactase allows correcting the state of the intestinal tract microflora and maintaining breast feeding.

Conclusions. The hydrogen breath test — is an informative method of diagnosis of intestinal colic in infants caused by lactase deficiency. The inclusion of lactase in the complex treatment of intestinal colic has pronounced therapeutic effect that is confirmed by the results of the hydrogen breath test in the dynamics of the observations. The use of lactase allows saving breastfeeding.

Key words: intestinal colic, children, lactase deficiency, hydrogen breath test, treatment.