



УДК 616.34-008.314.4-053.2-085

НЯНЬКОВСЬКА О.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ

Резюме. У статті розглянуті сучасні підходи до лікування гострих діарей з урахуванням рекомендацій ESPGHAN (2014), що передбачають використання пероральної регідраційної терапії, цинку в дозі 10 мг/день у дітей до 6 міс., у дітей старше 6 міс. — 20 мг/день протягом 10–14 днів, пробіотиків, антисекреторних та протиблювотних препаратів, сорбентів та антибіотиків.

Ключові слова: гостра діарея, діти, регідраційна терапія, цинк, Цинкіт.

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, гостра діарея залишається одною з головних причин дитячої смертності. Основною причиною смерті в дітей до 5 років при гострій діарей було зневоднення. Починаючи з 1978 року ситуація істотно змінилася, коли Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ) почали рекомендувати використовувати як основний метод боротьби із зневодненням розчин пероральних регідраційних солей (ПРС). Після цього важливого кроку кількість смертей дітей віком до 5 років зменшилась майже втричі — з 4,5 млн випадків на рік до 1,8 млн на рік. Проте, незважаючи на таке суттєве зменшення летальності, гостра діарея залишається одною з головних причин смерті дітей, особливо в країнах, що розвиваються. Частота діарей у Європі доволі висока: так, діти до 3 років мають від 0,5 до 2 епізодів діарей на рік, що зумовлює актуальність даної патології не тільки для країн, що розвиваються, але й для європейських країн [1]. У 2006 році ВООЗ та ЮНІСЕФ видали настанови з ведення гострої діарей, у які увійшли такі дві важливі рекомендації: застосування нової формули ПРС, що містила знижену концентрацію глюкози та солей, а також застосування цинку разом з регідраційною терапією протягом 10–14 днів [2].

Звичайно, усі процеси в організмі здорової людини є збалансованими. Особливо це стосується травної системи, де абсорбція й секреція рідини та електролітів у шлунково-кишковому тракту — це добре збалансований, динамічний процес, і саме при його порушенні виникає діарея [3]. Інфекції шлунково-кишкового тракту можуть стати причиною осмотичної, секреторної або діарей внаслідок

запалення [4]. Гостра діарея в дітей найчастіше викликається інфекціями, що вимагає проведення відповідної діагностики для їх виключення. Патогенні бактерії чи віруси можуть пошкоджувати слизову оболонку шлунково-кишкового тракту по-різному, наприклад, причиною діарей при холері є вплив екзотоксину, що активує аденілатциклазну систему ентероцитів, призводить до накопичення циклічних нуклеотидів, унаслідок чого відбувається гіперсекреція ентероцитами солей і води в просвіт кишок. У ряді випадків інфекційна діарея може набувати хронічного перебігу, особливо це характерно для *Cytomegalovirus*, *Cryptosporidium* чи *Giardia* [3].

Діарея (гострий гастроентерит), за визначенням ВООЗ, — це часті (3 і більше рази) рідкі випорожнення (рідкі настільки, що набувають форми посуду, у який вони потрапляють), які спостерігаються протягом 24 годин і більше, що супроводжується надлишковою втратою води й електролітів. У дітей раннього віку діареєю вважають об'єм випорожнень, що перевищує 15 г/кг/добу, у віці 3 років — понад 200 г/добу [5].

У 2014 році Європейське товариство дитячої гастроентерології, гепатології та нутриціології (ESPGHAN) уточнило визначення гострого гастроентериту. Гострий гастроентерит визначається як розрідження консистенції випорожнень та/або збільшення частоти випорожнень до 3 і більше разів на добу, з лихоманкою або блюванням або без них. При цьому більш характерною вважається зміна консистенції випорожнень, а не

© Няньковська О.С., 2015

© «Здоров'я дитини», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

їх частоти, особливо це стосується дітей перших місяців життя. Гостра діарея зазвичай триває менше ніж 14 днів, персистуюча — від 14 до 30 днів [6].

У країнах, що розвиваються, діарея асоціюється зі стійкими кишковими інфекціями, що часто призводить до летального результату. У розвинених країнах діарея має більш сприятливий перебіг і різноманітні причини виникнення [4, 7].

Більша смертність від діареї в країнах, що розвиваються, ймовірно, пов'язана з такими важливими факторами ризику, як бідність, погане водопостачання, незадовільні санітарні умови, низька вага при народженні, раннє штучне вигодовування, невідповідне харчування, дефіцит мікронутрієнтів (особливо вітаміну А та цинку) [8].

Але чи достатньо забезпечені діти європейських країн та України необхідними мікронутрієнтами й вітамінами? У 2013 році в Україні за участю ДУ «ІПАГ НАМН України», Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького та Харківського національного медичного університету було проведено дослідження з визначення особливостей харчування дітей від 9 місяців до 3 років життя. Метою дослідження була оцінка харчового статусу дітей раннього віку, виявлення основних дефіцитів споживання макро- і мікронутрієнтів, порушень харчової поведінки в дітей раннього віку. У дослідження було залучено 350 дітей з центральних, східних і західних областей України. Згідно з отриманими дослідниками даними, дефіцит добового споживання мікронутрієнтів у дітей раннього віку зустрічався зі значною частотою. Так, 91 % дітей споживали недостатню добову кількість цинку, 68 % — заліза, 61 % — кальцію, 49 % — йоду і 37 % — фосфору (рис. 1).

Значний відсоток обстежених дітей споживав вітамінів менше від мінімальної добової потреби. Так, 99 % дітей мали недостатнє споживання з добовим харчовим раціоном вітаміну А, 97 % — вітаміну D, 89 % — вітаміну B₆, 71 % — вітаміну B₁₂, 70 % — вітаміну Е, 61 % — вітаміну B₁, 29 % — вітаміну С, 14 % — вітаміну B₂, 13 % — фолієвої кис-

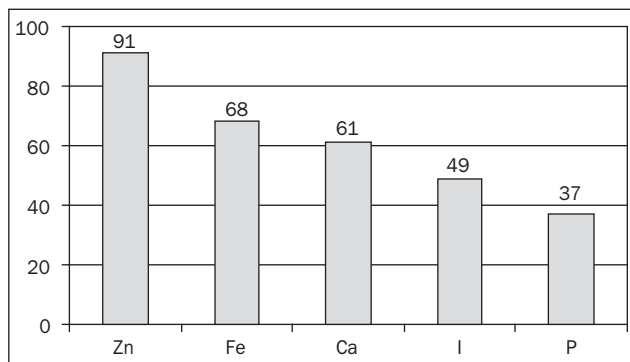


Рисунок 1. Частота добового дефіциту споживання мікронутрієнтів дітьми раннього віку за даними епідеміологічного дослідження в Україні (%)

лоти (рис. 2) [9]. Слід зазначити, що всі діти були з достатньо забезпечених родин.

Такий високий рівень дефіциту споживання цинку дітьми раннього віку в Україні вимагає особливої уваги до цієї проблеми при призначенні терапії дітям з діарейним синдромом.

Всесвітня гастроентерологічна організація (ВГО) у 2008 році виокремила такі важливі причини діареї (рис. 3).

З огляду на те, що діарея вважається небезпечним захворюванням, яке часто потребує інтенсивної терапії, у 2014 році були чітко визначені показання для госпіталізації дітей з такою патологією.

Показання до госпіталізації дітей з гострим гастроентеритом (ESPGHAN, 2014):

- шок;
- значне зневоднення (> 9 % від маси тіла);
- неврологічні порушення (м'якість, судоми, інше);
- виражене блювання або блювання з жовчю;
- відмова від пероральної регідратації або неможливість її проведення;

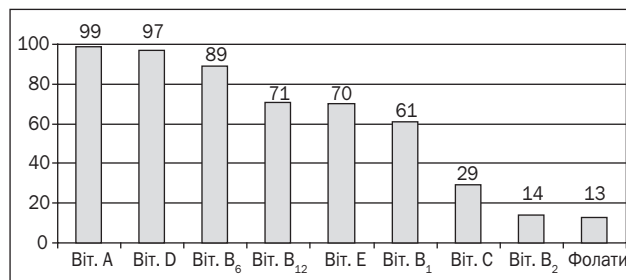


Рисунок 2. Частота добового дефіциту споживання вітамінів дітьми раннього віку за даними епідеміологічного дослідження в Україні (%)

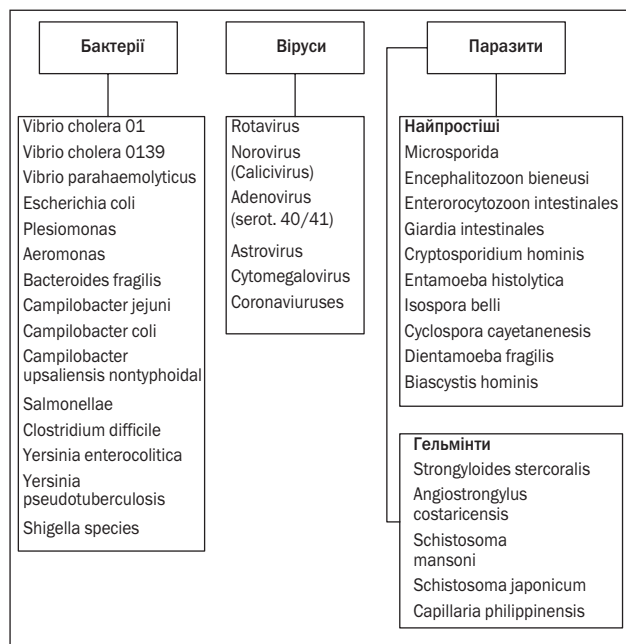


Рисунок 3. Найбільш поширені етіологічні фактори діареї [10]

— при підозрі на необхідність хірургічного втручання;

— при відсутності умов для безпечного спостереження й лікування вдома [6].

Лікування гострої діареї залежить від ступеня зневоднення та етіологічного фактора. У клініці доволі часто застосовують такі скринінгові принципи диференціальної діагностики (табл. 1).

Таблиця 1. Переважаюча клінічна симптоматика при вірусних та бактеріальних діареях [11]

Бактеріальна діарея	Вірусна діарея
— Висока температура, > 40 °C — Кров у випорожненнях — Біль у животі — Ураження центральної нервової системи	— Блювання — Респіраторні симптоми

Важливим елементом лікування діареї є дієтотерапія. Якщо дитина раннього віку перебуває на грудному вигодовуванні, доцільно його продовжити, але зменшити об'єм 1–2 годувань на 30–40 %, відповідно зменшуючи тривалість прикладання дитини до грудей. Враховуючи, що в більшості дітей раннього віку на фоні ротавірусної або інших вірусних інфекцій рееструються клініко-лабораторні ознаки вторинної лактазної недостатності, вже з перших днів захворювання доцільним є призначення ферменту лактази на 5 днів, під час кожного годування [12].

У разі штучного вигодовування слід продовжити годувати високоадаптованими сумішами, зменшивши об'єм 1–2 годувань на 30–40 %, при тяжкій діареї доцільно перевести дитину на 5–7 діб на низьколактозні/безлактозні молочні суміші [6]. Старші діти мають споживати легкі нежирні овочеві страви, 3-денний кефір, низьколактозні/безлактозні молочні суміші. Додатково можна призначити терті яблука, морквяний суп по 10–20 мл на прийом (100–200 мл на добу), що є природним джерелом калію та пектинів. Забороняються консервовані фруктові соки, солодкі газовані напої через їх гіперосмолярність, що може обумовити посилення діареї [10].

Наступний важливий крок у лікуванні діареї — регідратаційна терапія. При діареї відбувається посилення втрати води та електролітів (натрію, хлориду, калію і бікарбонату). Зневоднення настає тоді,

коли ці втрати адекватно не корегуються й виникає відповідний дефіцит води й електролітів [2, 13].

Регідратаційна терапія на сьогодні вважається першочерговою й найбільш важливою ланкою лікування гострої діареї в дітей. Цю рекомендацію підтримують усі міжнародні настанови та протоколи. При цьому з метою зменшення частоти побічних реакцій рекомендується уникати парентеральних інфузій у всіх випадках, коли можливе проведення пероральної регідратації [11, 13]. За даними більшості клінічних рекомендацій, регідратаційна терапія у 85–95 % випадків може здійснюватися перорально і лише в 5–15 % — внутрішньовенно.

Пероральна регідратаційна терапія (ПРТ) — це введення рідини через рот для профілактики чи корекції зневоднення, що настає внаслідок діареї. ПРТ є стандартним і ефективним методом ведення пацієнтів з гострим гастроентеритом в усіх країнах. Пероральні регідратаційні розчини (ПРР) за своїм складом спеціально розроблені для ПРТ. Більш ефективними вважають низкоосмолярні ПРР зі зниженим умістом натрію та глюкози (245 мОсм/л), оскільки вони менше викликають блювання, зменшують кількість і частоту випорожнень, зменшують необхідність у внутрішньовенній регідратаційній терапії порівняно із стандартними ПРР (311 мОсм/л) [2, 10].

Існують різноманітні методи оцінки ступеня тяжкості дегідратації в дітей. Довгий час педіатри користувалися ваговим методом. За шкалою Denis (діти до 1 року) 1-й ступінь зневоднення — зменшення маси тіла (МТ) до 5 % від вихідної, 2-й ступінь — зменшення МТ до 6–10 % від вихідної; 3-й ступінь — зменшення МТ до 11–15 % від вихідної, втрата понад 15 % — гіповолемічний шок. У дітей старше року використовували шкалу Winters, де 1-й ступінь зневоднення — зменшення МТ до 3 % від вихідної, 2-й ступінь — зменшення МТ до 6 % від вихідної, 3-й ступінь — зменшення МТ до 9 % від вихідної і втрата понад 12 % — гіповолемічний шок.

За останніми рекомендаціями ESPGHAN (2014) провідними клінічними ознаками зневоднення є збільшений час наповнення капілярів, порушення тургору шкіри й патологічний тип дихання. Для візуалізації ознак дегідратації була запропонована шкала, подана в табл. 2 [6].

Таблиця 2. Шкала клінічної оцінки ступеня дегідратації (кількість балів від 0 до 8), ESPGHAN (2014)

Симптоми	0 балів	1 бал	2 бали
Загальний вигляд	Нормальний	Спрага, неспокійна або летаргічна дитина, але збуджується при фізичному дотику	Сонливість, слабкість, коматозний стан
Очі	Нормальні	Злегка запалі	Сильно запалі
Слизові оболонки, язик	Вологі	Липкі	Сухі
Сльози	Є	Зменшення кількості сліз	Сльози відсутні

Примітка: кількість набраних балів 0 — немає зневоднення; кількість балів від 1 до 4 — помірно зневоднення; кількість балів від 5 до 8 — значне зневоднення.

При клінічній оцінці ступеня дегідратації доцільно звернути увагу на швидкість розправлення шкірної складки на животі. Якщо складка розправляється відразу — ознак дегідратації немає; якщо розправляється повільно, але менше ніж за 2 секунди, це свідчить про помірне зневоднення; коли шкірна складка розправляється дуже повільно, понад 2 секунди, це свідчить про тяжке зневоднення [10].

Для регідратації дитини доцільно використовувати стандартизовані розчини, такі як регідрон, регідрон оптим, ораліт, гастроліт та інші. Дитині треба забезпечити фізіологічні потреби в рідині в межах 800–1000 мл/добу. Додатково для профілактики зневоднення дитині до 2 років треба давати випити 50–100 мл рідини після кожного випорожнення. Дітям старше 2 років — 100–200 мл рідини після кожного випорожнення.

Якщо в дитини було блювання, доцільно зробити перерву на 10 хвилин, потім давати рідину по 1 чайній ложці кожні 2–3 хвилини, далі по 2–3 столові ложки кожні 15 хвилин. Крім того, можна давати трохи підсолені овочеві відвари чи рисовий відвар, підсолений курячий бульйон, німецький чай без цукру (краще зелений), відвар із сухофруктів, додаючи 3 г солі на літр рідини.

Якщо в дитини більш виражена дегідратація, вона знаходиться в стаціонарі й звичайна пероральна регідратація утруднена, доцільним є застосування ентеральної регідратації з використанням назогастрального зонду. Така ентеральна регідратація є більш фізіологічною, ніж внутрішньовенний шлях введення рідини, і має менше побічних ефектів. Рекомендований об'єм рідини 40–50 мл/кг протягом 3–6 годин (швидкий тип регідратації) або протягом 24 годин. При тяжкому зневодненні застосовують внутрішньовенний шлях введення рідини. Показаннями для в/в введення рідини є гіповолемічний шок, порушення свідомості, тяжкий ацидоз, відсутність ефекту від ентеральної регідратації, блювання, що не купірується, значне здуття живота, кишкова непрохідність.

Важливим моментом лікування діареї є призначення цинку. Позитивний вплив цинку при діарейному синдромі пов'язаний з тим, що він здатний регулювати процеси утворення цАМФ і цГМФ, які активують протеїнкіназу С, і за рахунок цього впливати на проникність слизової оболонки шлунково-кишкового тракту. При дефіциті цинку процеси фосфорилування протеїнкінази призводять до дефосфорилування легких ланцюгів міозину, що, у свою чергу, веде до скорочення в розмірах ентероциту й підвищення парацелюлярної проникності. Також цинк інгібує цАМФ-індуковану хлоридзалежну екскрецію рідини шляхом пригнічення калієвих каналців, тому при його дефіциті підвищується секреція хлоридів і води в просвіт кишок. У період загострення запального процесу в слизовій оболонці кишок підвищується потреба в цинку (відбувається мобі-

лізація мікроелемента з крові), чим забезпечується репарація й інтенсивне оновлення кишкового епітелію. Цікавим є також те, що при застосуванні цинку при діарейі підвищується рівень ферментів щіточкової кайми ентероцитів [14].

Некоригований дефіцит цинку є прогностично несприятливим фактором, оскільки пригнічує функцію імунної системи й збільшує ризик більшої тривалості діареї [10].

Згідно з сучасними рекомендаціями дітям до 6 міс. цинк призначається в дозі 10 мг/день, дітям старше 6 міс. — 20 мг/день протягом 10–14 діб. Призначення препарату скорочує тривалість діареї й запобігає розвитку ускладнень, він рекомендований ВООЗ, Всесвітньою гастроентерологічною організацією та ESPGHAN [2, 6, 10].

Ефективність використання цинку при діареях доводять численні рандомізовані клінічні дослідження (РКД). Так, за даними таких досліджень, застосування цинку знижує смертність від діареї на 23 % у дітей до 5 років. Крім того, застосування цинку має й профілактичний ефект — знижує вірогідність розвитку діареї в найближчі 2–3 місяці [14, 15].

На даний час опубліковано декілька метааналізів щодо призначення цинку при діареях. Так, в одному з них зібрано 18 РКД, які виконувались у країнах, що розвиваються, які мають, подібно до України, загальний дефіцит цинку. У цей метааналіз увійшло 11 180 учасників. Призначення цинку в дозі 15–40 мг/день залежно від віку вірогідно знижувало тривалість діареї і ризик продовження діареї > 7 днів [16]. У наступному метааналізі було показано, що призначення цинку зменшує тривалість гострої діареї на 19,7 %, тривалість персистоючої діареї — на 15–30 % (19 РКД, n = 8957) [17].

Проведені клінічні дослідження показали, що короткий курс додаткового призначення цинку (10–20 мг/день упродовж 10–14 днів) зменшує ризик повторної діареї протягом наступних 2–3 місяців. Проаналізувавши ряд клінічних досліджень, ВООЗ зробила висновок, що призначення цинку зменшує об'єм випорожнень при діареях на 30 %, знижує як тяжкість, так і тривалість захворювання. Грунтуючись на цих дослідженнях, ВООЗ рекомендувала усім дітям з діареєю призначати препарати цинку в дозі 10–20 мг/день протягом 10–14 днів [2, 11, 18].

Прикладом такого препарату цинку на ринку України є Цинкіт, який містить цинку сульфат у дозі 44 мг, що відповідає 10 мг цинку. Саме така доза й може використовуватися для лікування діареї в дітей.

Важливим моментом лікування діареї є антибіотикотерапія. За останнє десятиріччя значно змінились погляди щодо призначення антибіотиків при діарейі. ВООЗ і ESPGHAN не рекомендують рутинно проводити антибіотикотерапію при гострих кишкових інфекціях, і перелік показань для призначення антибіотиків при лікуванні діареї на

даний час є значно скороченим. Доцільність проведення системної антибактеріальної терапії повністю залежить від етіології діареї. При більшості кишкових інфекцій не вимагається проведення специфічної антибіотикотерапії. У той же час у дитини з групи ризику, при тяжкому перебігу хвороби, при холері, діареї мандрівників призначення антибіотикотерапії може бути обґрунтованим.

У дітей антибіотикотерапія призначається в таких випадках:

- 1) тяжкі форми інвазійної діареї;
- 2) кров у випорожненнях;
- 3) шигельоз у дітей віком до 6 місяців;
- 4) холера з тяжким ступенем дегідратації;
- 5) імунодефіцитні стани;

6) *Clostridium difficile*-асоційовані псевдомембранозні коліти [6, 11, 13].

Лікування діареї важко уявити без застосування пробіотиків. Пробиотики — це спеціально отримані живі мікроорганізми (у першу чергу *Lactobacillus GG*), що продемонстрували ефективність при застосуванні в людини. Контрольовані клінічні інтервенційні дослідження та метааналізи підтверджують користь використання специфічних пробіотичних штамів і продуктів у лікуванні та профілактиці діарей, особливо при ротавірусній інфекції в новонароджених. Проте всі їх ефекти залежать від штаму, що застосовується, і вимагають підтвердження ефективності кожного конкретного штаму в клінічних дослідженнях. Екстраполяція результатів навіть подібних штамів неможлива, і є повідомлення про абсолютно різні ефекти застосування близьких штамів пробіотиків [10].

ESPGHAN рекомендує призначення пробіотиків як допоміжної терапії при лікуванні дітей з гострими гастроентеритами, але наголошує, що на сьогодні тільки два пробіотичних штами показали достатній рівень ефективності та безпеки — це *Lactobacillus rhamnosus GG* і *Saccharomyces boulardii*, які призначаються в середньому на 5–7 днів. *Lactobacillus Reuteri DSM 17938*, *Lactobacillus acidophilus* також включені в число штамів пробіотиків, рекомендованих при діареях, але з більш слабким ступенем доказовості [6]. Зазначено, що пробіотики мають кращий ефект, якщо призначаються з першого дня захворювання [19].

Протиблювотні препарати, такі як ондансетрон, у вікових дозах доцільно призначити, якщо в дитини триває блювання, особливо це стосується раннього віку. Цікавим є той факт, що ESPGHAN не рекомендує використання інших протиблювотних препаратів, таких, наприклад, як метаклопрамід [6].

Протидіарейні/антисекреторні препарати. На сьогодні лоперамід не рекомендується для використання при гострій діареї в дітей.

У той же час з метою зменшення втрат рідини рекомендується використовувати антисекреторний препарат рацекадотрил у дозі 1,5 мг/кг на

прийом 3 рази на добу. Для дітей препарат випускається в гранулах для пероральної суспензії [6, 11].

Із сорбентів ESPGHAN рекомендує використовувати з метою дезінтоксикації діосмектит [6]. У той же час активоване вугілля, що часто використовується в клінічній практиці в дітей при діареях, не рекомендоване ВГО. Каолін-пектин також не рекомендують застосовувати при діареях [11].

Висновки

Діарея в дітей — це поширена проблема, з якою зустрічається практично кожна дитина, саме тому питання вчасної діагностики й адекватної терапії надзвичайно важливі в практиці педіатрів, сімейних лікарів, гастроентерологів та інфекціоністів. При підборі терапевтичної тактики необхідно врахувати велику кількість різноманітних факторів, таких як епідеміологічне оточення дитини, соціально-побутові умови, дефіцитні стани в дитини, тяжкість клінічного стану, особливо це стосується дегідратації, необхідність в госпіталізації тощо. Особливу увагу привертає необхідність проведення пероральної регідратації й призначення препаратів цинку, що зменшують об'єм випорожнень, тривалість діареї та ризик її повторного виникнення.

Список літератури

1. Гострий гастроентерит у дітей / Н.Ткаченко // Дитячий лікар. — № 5–6. — С. 45–55.
2. Реализация новых рекомендаций по клиническому ведению диареи / ВОЗ. — 2006. — 41 с. — http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241594217/ru/
3. Whyte L.A., Jenkins H.R. Pathophysiology of diarrhoea // *Pediatr. Child Health.* — 2012. — 10. — 443–447.
4. Pezzella V., De Martino L., Passariello A., Cosenza L., Terzin G., Berni Canani R. Investigation of chronic diarrhoea in infancy // *Early Hum. Dev.* — 2013. — 89. — 893–897.
5. World Gastroenterology Organisation practice guideline: Acute diarrhoea. — 2008. — 29 p.
6. Guarino A., Ashkenazi S., Gendrel D., Vecchio A., Shamir R., Szajewska H. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014 // *JPGN.* — 2014. — Vol. 59(1). — P. 132–152.
7. Yvan Vandeplass, Thomas Ludwig, Hania Szajewska. *Gut Health in Early Life: Implications and Management of Gastrointestinal Disorders.* — Wiley, 2015. — 114 p.
8. *Pediatric Nutrition in Practice* / Ed. by B. Koletzko. — Basel: Karger, 2008. — 305 p.
9. Харчові дефіцити у дітей перших 3 років життя за даними мультицентрового дослідження в Україні / С.Л. Нянковський, О.Г. Шадрін, В.А. Клименко [та ін.] // *Здоров'я ребенка.* — 2013. — № 5. — С. 89–97.
10. Острая диарея. Практические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации (ВГО), 2008. — <http://www.omge.org/globalguidelines/guide01/guideline1.htm>
11. Guarino A., Albano F., Ashkenazi S. et al.; Expert Working Group. The ESPGHAN/ESPID evidenced-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* — 2008. — 46 (Suppl. 2). — S. 81–122.
12. Усацова О.В. Місце лактазної недостатності в патогенезі ротавірусної інфекції та можливості її корекції / О.В. Усацова, Н.В. Тарасенко // *Запорожский медицинский журнал.* — 2014. — № 4(85). — С. 45–49.

13. ВОЗ. Лечение диареи. Учебное пособие. — Женева, 2006. — 57 с.

14. К вопросу о роли цинка в клинической педиатрии / А.П. Волосовец, С.П. Кривоустов, Е.Ф. Черний [та ін.] // Дитячий лікар. — 2012. — № 5. — С. 37-39.

15. Walker C.L., Black R.E. Zinc for the treatment of diarrhoea: effect on diarrhoea morbidity, mortality and incidence of future episodes // *Int. J. Epidemiol.* — 2010. — 39(1). — S. 163-169.

16. Patro B., Golicki D., Szajewska H. Meta-analysis: zinc supplementation for acute gastroenteritis in children // *Aliment. Pharmacol. Ther.* — 2008. — 28. — 713-23.

17. Patel A., Mamtani M., Dibley M.J., Badhoniya N., Kulkarni H. Therapeutic value of zinc supplementation in acute and persistent diarrhea: a systematic review // *PLoS One.* — 2010. — 5. — e10386.

18. WHO/UNICEF Joint Statement: Clinical Management of Acute Diarrhoea. — New York, NY, and Geneva, Switzerland: The United Nations Children's Fund/WHO, 2004.

19. Probiotics in Pediatric Medicine / Ed. by S. Michail, P. Sherman // Humana Press. — 2009. — 352 p.

Отримано 20.11.15 ■

Няньковская Е.С.
Львовская национальная медицинская академия имени
Данила Галицкого

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ

Резюме. В статье рассмотрены современные подходы к лечению острых диарей с учетом рекомендаций ESPGHAN (2014), что предусматривает использование пероральной регидратационной терапии, цинка в дозе 10 мг/день у детей до 6 мес., у детей старше 6 мес. — 20 мг/день в течение 10–14 дней, пробиотиков, антисекреторных и противорвотных препаратов, сорбентов и антибиотиков.

Ключевые слова: острая диарея, дети, регидратационная терапия, цинк, Цинкит.

Niankovska O.S.
Lviv National Medical University named after Danylo
Halyskyi, Lviv, Ukraine

CURRENT APPROACHES TO THE TREATMENT OF DIARRHEA IN CHILDREN

Summary. This article considers the current approaches to the treatment of acute diarrhea, taking into account the ESPGHAN guidelines (2014), which involves the use of oral rehydration therapy, zinc at a dose of 10 mg/day in children under 6 months, in children older than 6 months — 20 mg/day for 10–14 days, probiotics, antisecretory and antiemetic drugs, adsorbents and antibiotics.

Key words: acute diarrhea, children, rehydration therapy, zinc, Zinkit.