



TERMÉKINFORMÁCIÓK

HiPP ORS 200 Sárgarépa-rizs ital

fogyasztásra kész, orális rehidratációs oldat

Tartalom

Oldalszám

Gastroenteritisz csecsemőknél és kisgyermekeknél	3
Az akut gastroenteritis következtében kialakuló enyhe vagy közepes fokú kiszáradás jelenlegi kezelési irányelvei	5
Orális rehidráció HiPP ORS 200-zal	
Általános információk	6
A HiPP ORS 200 ajánlott adagolása	8
A sárgarépa- és rizsalapú rehidratálás előnyeit igazoló vizsgálatok	9
Hivatkozások	10

Rövidítések:

WHO (World Health Organization): Egészségügyi Világszervezet

ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition):
Európai Gyermekgastroenterológiai, Hepatológiai és Táplálkozási Társaság

GPGE (German Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition - Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie
und Ernährung): Német Gyermekgastroenterológiai és Táplálkozástudományi Társaság

Csecsemők és kisgyermekek gasztroenteritisze

Az akut gasztroenteritis epidemiológiája

Az akut gasztroenteritis (AGE) a széklet állagának megváltozásával (hígabbá válásával) és a székletürítések számának növekedésével (24 órán belül legalább 3 laza/vizes széklet), illetve hányással jár.^{1,2} Még a fejlett országokban is gyakran fordul elő, hogy a csecsemők és a kisgyermekek AGE-ben szenvednek. Az éves halálozási arány körülbelül 0,5–2 epizód gyermekenként a 3 év alatti korosztályban.^{1,2} A leggyakoribb kórokozók világszerte a vírusok. Öt éves kor alatt főként a vírusos hasmenések dominálnak, elsősorban a norovírusok és rotavírusok. A rotavírus elleni széles körű védőoltásnak köszönhetően a vírusos kórokozók szerepe visszaszorult, azonban az összes vírusos fertőzésen belül nőtt a norovírus-fertőzések aránya. A leggyakoribb bakteriális kórokozók a *Campylobacter* és a *Salmonella*, országonként eltérő gyakorisággal.

Az orális glükóz-rehidrááló oldatok működési elve

A felfedezés, miszerint a víz felszívódása a bélben összefügg a glükóz és a nátrium egyidejű szállításával, a felfedezésre adott gyakorlati válaszokkal kombinálva az orális rehidratáló oldatok (ORS) formájában, jelentős csökkenést eredményezett az akut gyomor-bélrendszeri fertőzések okozta halálozásban a gyermekek körében világszerte.³ A bélben működő nátrium-glükóz társszállító mechanizmus kihasználása, amely fertőző eredetű, fokozott folyadékkiválasztással járó hasmenés esetén is működőképes marad, lehetővé teszi a sikeres rehidrációt viszonylag rövid idő alatt. Számos kontrollált klinikai vizsgálat igazolta, hogy a javasolt orális rehidrááló oldatok valamelyikével végzett folyadékpótlás eredményei megfelelnek az intravénás folyadékpótlással elérhető eredményeknek.^{3,4,5} A GPGE 2024-es aktuális irányelve továbbra is a csökkent ozmolaritású orális rehidrááló oldatok (ORS) alkalmazását javasolja elsőként választandó kezelésként. Ezek ajánlott nátriumtartalma 50-60 mmol/l.²

Az akut gasztroenteritis és a kiszáradás kórleltana

Az AGE különösen veszélyes lehet a csecsemők és kisgyermekek számára, mert kiszáradást okoz, vagyis a szervezet egyszerre veszít vizet és elektrolitokat. A bélrendszeren keresztül történő folyadékvesztés hipovolémiához és elektrolit-egyensúlyzavarokhoz vezethet. A legsúlyosabb esetekben ez sokkhoz, szervi elégtelenséghez, sőt akár halálhoz is vezethet. A súlyos elektrolitzavarok érinthetik a nátrium-, klorid-, bikarbonát- és káliumszinteket. A hasmenéses széklet nátriumtartalmától, valamint a szájon át adott folyadékok összetételétől függően hyponatraemia vagy hypernatraemia alakulhat ki. A kiszáradás minden formájának központi eleme a szervezet összes nátriumtartalmának csökkenése, mivel a hasmenéses megbetegedések során testtömeg-kilogrammonként 100 ml vízzel 8-12 mmol nátrium is elveszhet. Emellett kloridvesztés is fellép (elsősorban hányás miatt), valamint bikarbonátvesztés, továbbá súlyos vese- vagy bélrendszeri veszteségek esetén káliumvesztés is jelentkezik. A széklettel vagy a vizelettel ilyenkor 50-90 mmol/liter kálium távozhat a szervezetből. Míg egy egészséges gyermek napi káliumszükséglete 1-2 mmol/testtömeg-kilogramm, addig hasmenés esetén a szükséglet jelentősen megnő, és elérheti a 4-6 mmol/testtömeg-kilogramm/nap mennyiséget.

Gyakorlati szempontok

Az akut hasmenést a széklet gyakoriságának és/vagy állagának megváltozása határozza meg, amely a széklet mennyiségének növekedésével jár és a széklet mennyisége napi 10 g/testtömeg-kilogramm vagy 200 g/nap felett van. Megjegyzés: A fiziológiás székletmennyiség napi 5-10 g/testtömeg-kilogramm vagy 100-200 g/nap. Különösen az élet első néhány hónapjában a széklet állagának megváltozása a korábban szokásos állaghoz képest jobban jelzi az AGE-t, mint a székletürítések számának pusztán növekedése. Az akut hasmenés rendszerint 7 napnál rövidebb ideig, de legfeljebb 14 napig tart. A fő tünetek a heveny hasmenés, hányással vagy lázzal vagy anélkül. Mivel a részletes kórtörténet elengedhetetlen a megfelelő diagnózishoz és kezeléshez, az ellátó orvosnak meg kell állapítania, hogy a gyermeknek lehetnek-e meglévő betegségei (anyagcsere- és krónikus bélbetegségek, immunhiányosságok), hogy vannak-e más esetek a gyermek családjában és környezetében, és hogy a gyermek szedett-e antibiotikumot vagy más gyógyszert. Figyelembe kell venni a bakteriális fertőzések további kockázati tényezőit, pl. a potenciálisan szennyezett élelmiszerek (nyers tej/hús stb.) fogyasztásából vagy az étrend változásából (pl. tápszerváltás vagy a csecsemőknél a hozzátáplálás megkezdése).

Az orvosoknak azt is meg kell állapítaniuk, hogy a gyermek fogyasztott-e olyan ételt, amely hasmenést okozhat.² A gyermek életkora, a betegség kezdete és a fő tünetek jellege (székletürítés gyakorisága és állaga, különösen az elmúlt 24 órában) szintén fontos a potenciálisan akut állapot diagnosztizálásában.

A csecsemőt/gyermecket a következő esetekben kell orvosnak megvizsgálnia: magas láz; tartós folyadékfogyasztási elutasítás; tartós hányás; véres vagy tartós hasmenés; súlyos hasfájás; tudatzavar; vagy súlyos alapbetegség.

A csecsemőt/gyermecket a következő esetekben kell kórházba utalni: 3,5 kg alatti vagy 2 hónaposnál fiatalabb csecsemők, akiknél az orális/nazogasztrikus rehidatáció sikertelen; súlyos kiszáradás $\geq 9\%$ testtömeg; sokk/súlyos acidózis ($\text{pH} < 7,1$); hipo-/hipernatrémia; neurológiai tünetek; súlyos (krónikus) betegség, veseelégtelenség, alultápláltság vagy fejlődési zavar; feltételezett ileus vagy passage zavar; tartós véres hasmenés.² A gyermek aktuális súlya (fogyás) és a becsült folyadékvesztesség határozza meg a következő lépéseket.

A folyadékvesztéséget a klinikai paraméterek alapján becsülik meg (**1. ábra**), és három súlyossági szint egyikébe sorolják.

A további diagnosztikai eljárásokat (laboratóriumban vagy máshol) elsősorban a kiszáradás mértéke és a gyermek klinikai állapota vezérli: minimális vagy közepes kiszáradás esetén vérgázelemzés vagy elektrolitmérésre nincs szükség, mivel az orális rehidatáció azonos és biztonságos mind izotóniás, mind hipo-/hipertóniás kiszáradás esetén.

Súlyos kiszáradás esetén ugyanaz az eljárás javasolt, mint más, sokkot fenyegető tünetek esetén. A fertőzés klinikai értékelésétől és „környezetétől” függően (pl. járványkitörés óvodában vagy iskolában, vagy kórházban szerzett fertőzés kimutatása vagy kizárása) virológiai, bakteriológiai vagy parazitológiai székletvizsgálat is indokolt lehet. Általánosságban kórokozó-diagnosztikát csak akkor kell végezni, ha ez várhatóan hatással van az orvosi kezelésre, a kórházi higiénia, a fertőzés megelőzésére vagy a jelentéstételre.²

1. ábra: A kiszáradás mértékének értékelése csecsemőknél és gyermekeknél (CDS, Friedman et al., 2004 alapján)²

Jellemző	0 pont	1 pont	2 pont
Általános állapot	Normál	Szomjas, nyugtalan vagy bágyadt, de érintésre ingerlékeny	Álmos, petyhüdt, hűvös vagy verejtékes, kómás vagy nem reagál
Szemek	Normál	Enyhén beesettek	Nagyon beesettek
Nyálkahártyák (nyelv)	Nedves	Tapadós	Száraz
Könnyezés	Tapaszthatók könnyek	Csökkent könnyezés	Nincs könnyezés

A négy jellemző mindegyikére pontszámot adnak a tünetek súlyossága alapján, majd a pontokat összeadják. 0 pont = nincs kiszáradás, 1-4 pont = enyhe kiszáradás, 5-8 pont = közepes/súlyos kiszáradás

Az akut gastroenteritis következtében kialakuló enyhe vagy közepes fokú kiszáradás jelenlegi kezelési irányelvei

Az akut gastroenteritis megfelelő kezelésének „kilenc alappillére”

I	Orális rehidráció oldat (ORS) alkalmazása
II	Hipotóniás oldat alkalmazása (Na 50-60 mmol/l, glükóz 74-111 mmol/l)
III	Gyors orális rehidráció körülbelül 4 óra alatt
IV	Ezt követően gyors visszatérés a normál, életkornak megfelelő étrendhez
V	Speciális tápszerek alkalmazása nem indokolt
VI	A csecsemőtápszer hígítása nem indokolt
VII	A szoptatás folytatása a betegség bármely szakaszában
VIII	A folyadékvesztés pótlása orális rehidráció oldattal
IX	Felesleges gyógyszeres kezelés kerülése

Megjegyzések néhány ponthoz

I Orális rehidráció oldat alkalmazása

A csirkehúsleves és az olyan italok, mint a tea, kóla, gyümölcslé vagy limonádé teljesen elégtelenek az akut gastroenteritis során fellépő folyadék- és elektrolitvesztés pótlására. Ezek gyakran nagy mennyiségű glükózt tartalmaznak, ezért hiperoszmolárisak, ami elősegítheti a hasmenést okozó zavart bélműködést, sőt bizonyos esetekben veszélyes is lehet. A gyermekgyógyászati szervezetek ezért speciális orális rehidráció oldatok használatát javasolják.^{1,2} A háziilag készített ORS-oldatok összetétele gyakran nem megfelelő, ezért nem ajánlottak. A gyógyszertárakban kapható kész ORS-termékek használata javasolt, mivel azok összetétele optimalizált.²

II Hipotóniás oldat (Na 50-60 mmol/l, glükóz 74-111 mmol/l)

Az Európában az AGE következtében kialakult kiszáradás kezelése során a fő cél a folyadék szájon át történő pótlása glükóz-elektrolit oldattal (nátrium 60 mmol/l, glükóz 74–111 mmol/l), illetve olyan kész oldatokkal, mint például a HiPP ORS 200 Sárgarépa-rizsital.

III Gyors orális rehidráció

A csecsemők és kisgyermekek akut gastroenteritisének kezelése alapvetően a kiszáradás kezelését jelenti, amely enyhe vagy közepes fokú kiszáradás esetén szájon át történő folyadékpótlással kezelhető. Orális folyadékpótlást hányás esetén is meg kell próbálni. A gyakorlatban általában hatékonyan bizonyul, ha a gyermek 1-2 percenként 5 ml ORS-oldatot kap, lehetőleg olyan személytől, akit ismer, kanállal vagy fecskendővel adagolva. Az orális rehidrációt naponta ideálisan 40–50 ml/testtömegkilogramm mennyiségben kell biztosítani 4 órán keresztül.² A szükséges folyadékmennyiség kiszámításakor a gyermek aktuális folyadékhiányán és táplálkozási szükségletén túl figyelembe kell venni a folyamatos veszteségeket is: 10 ml/testtömegkilogramm minden egyes hányás után, valamint 10 ml/testtömegkilogramm/24 óra minden, 37°C feletti 1°C-os testhőmérséklet-emelkedés esetén.² Súlyos kiszáradás esetén az intravénás folyadékpótlás általában elkerülhetetlen, és bizonyos körülmények között intenzív osztályos megfigyelés vagy kezelés is indokolt lehet.

IV Gyors visszatérés a normál, életkornak megfelelő étrendhez

A korábbi vizsgálatok már igazolták a korai visszatáplálás kedvező hatásait.^{6,7} Ezért a gyermekeket nem szabad éheztetni, hanem a kezdeti rehidratáció első 4-6 órája alatt vagy azt követően a lehető leghamarabb vissza kell térni a normál, életkornak megfelelő étrendhez.² A szoptatott csecsemőknél a szoptatást nem szükséges megszakítani, a szoptatás folytatása javasolt. Nincs szükség speciális diéták követésére.²

V-VI. Speciális és hígított csecsemőtápszerek alkalmazása nem indokolt

A laktózmentes tápszerek alkalmazása gyakran képezi szakmai viták tárgyát. Ugyanakkor jelenleg nem áll rendelkezésre egyértelmű bizonyíték arra, hogy a laktózmentes tápszerek rutinszerű használata kedvező hatással járna.² Az ESPGHAN jelenlegi irányelve sem fogalmaz meg ajánlást ezzel kapcsolatban.¹ A tápszer hígítása nem javasolt, mivel ennek nincs bizonyított előnye, ugyanakkor káros hatással lehet a gyermek egészségére.⁸

IX Felesleges gyógyszeres kezelés kerülése

A hányáscsillapítók rutinszerű alkalmazása nem javasolt az AGE kezelésében.^{1,2} Súlyos hányás esetén azonban az ondansetron alkalmazása megfontolható.² Az ESPGHAN jelenleg nem fogalmaz meg egyértelmű ajánlást ebben a kérdésben.¹

A loperamid alkalmazása csecsemők és gyermekek akut gastroenteritisének kezelésére nem javasolt, mivel nem áll rendelkezésre elegendő adat a biztonságosságának igazolására.² Az ESPGHAN szintén nem ajánlja a használatát.¹ Súlyos hasmenés esetén a Racecadotril alkalmazása megfontolható.^{1,2} Antibiotikum alkalmazására vonatkozó indikációk közé tartozik például a súlyos *Campylobacter*-fertőzés, a magas kockázatú betegeknél kialakuló akut *Salmonella*-fertőzés, az akut *Shigella*-fertőzés tüneti kezelése, valamint a *Clostridioides difficile* és *Vibrio cholerae* okozta fertőzések.²

Jelenleg nincs egységes ajánlás a probiotikumok rutinszerű alkalmazására az AGE kezelésében.² Bizonyos, specifikus probiotikus törzsek alkalmazása azonban megfontolható.^{1,9}

Orális rehidráció HiPP ORS 200-zal

Általános információk

Meghatározás:

Fogyasztásra kész rehidrááló oldat természetes összetevőkből, ásványi sókkal dúsítva. Táplálkozási összetételét kifejezetten a víz- és elektrolitháztartás egyensúlyának helyreállítására alakították ki az ESPGHAN ajánlásainak megfelelően.

Összetevők:

Víz, sárgarépa (26%), rizs (2%), glükózzsirup, jódozott só (étkezési só, kálium-jodát), nátrium-citrát, kálium-citrát, savanyúságot szabályozó anyag: citromsav. Gluténmentes.

Javallatok:

Speciális gyógyászati célra szánt élelmiszer (kiegyensúlyozott étrend). Orvosi felügyelet mellett alkalmazható 4 hónapos vagy annál idősebb csecsemők hasmenéses megbetegedéseinek étrendi kezelésére (korábbi életkorban csak orvosi javaslatra). Parenterális alkalmazásra nem alkalmas. Alkalmazható szájon át történő folyadékpótlásra, illetve a fokozatos visszatáplálás szakaszában. A kezelés a kiszáradás súlyosságától függ.

Ellenjavallatok:

Akut vagy krónikus veseelégtelenség, metabolikus alkalózis, nem kontrollálható hányás, eszméletvesztés/sokk, szénhidrát-felszívódási zavarok, bélelzáródás. A készítmény nem alkalmazható a termék bármely összetevőjével szembeni allergia vagy intolerancia esetén.

Ajánlások:

A HiPP ORS 200 összetétele a lehető legnagyobb mértékben megfelel az ESPGHAN ajánlásainak (**2. táblázat**).

Összetétel és tulajdonságok:

A HiPP ORS 200 szénhidrát- és elektrolittartalma kifejezetten a víz- és elektrolitháztartás zavarának rendezésére szolgál. A polimer alapú oldat sajátos tulajdonságai és jobb elfogadottsága csökkenthetik az intravénás folyadékpótlás szükségességét.

Nátrium:

Az ESPGHAN ajánlásai szerint olyan rehidrááló oldat alkalmazása javasolt, amely 50–60 mmol/l nátriumot tartalmaz. A HiPP ORS nátriumtartalma 55 mmol/l.

Kálium:

A 25 mmol/l káliumtartalom segít megelőzni a hypokalaemia kialakulását.

Szénhidrátok:

A HiPP ORS 200-ban található polimer szénhidrátok (sárgarépa-párból és rizsből származnak) kisebb ozmotikus hatással rendelkeznek, mint az egyszerű cukrok, ezért különösen hatékonyak a hasmenés kezelésében. A glükózalapú készítményekkel szembeni előnyeiket klinikai vizsgálatok is igazolták.¹⁰

Sárgarépa:

A sárgarépa úgynevezett antiadhéziós tulajdonságokkal rendelkezik, amelyek csökkentik a kórokozó mikroorganizmusok megtapadását a felső bélrendszerben. Ezek a kórokozók gyakran felelősek a hasmenés kialakulásáért.

Citrát:

Akut hasmenés kezelésében a citrát alkalmazása előnyösebb a bikarbonáthoz képest. Ennek okai: kedvezőbb ízű oldatot eredményez, ami javítja az elfogadottságot, csökkentheti a puffadás kialakulásának valószínűségét. Elkerülhető a bikarbonát és a glükóz reakciója miatt fellépő instabilitás. A HiPP ORS 200 citráttartalma 7 mmol/l, és nem tartalmaz bikarbonátot.

Összetétel:
HiPP ORS 200 (100 ml-ben)

Energia	kJ 88/kcal 21
Zsír ebből telített zsírsavak	0,1 g 0,01 g
Szénhidrát ebből cukrok	4,2 g 2,5 g
Rost	1,0 g
Fehérje	0,3 g
Só	0,3 g
Nátrium	120 mg
Kálium	98 mg
Ozmolaritás (mOsmol/l)	240



Kérjük, mindig ellenőrizze a csomagoláson található információkat. Ez fontos, mivel azok előzetes értesítés nélkül is változhatnak, például a receptúra rövid határidővel történő módosítása esetén.

A HiPP ORS 200 gluténmentes, és nem tartalmaz hozzáadott laktózt vagy tejfehérjét.

Információ cukorbetegek számára:

100 ml HiPP ORS 200 4,2 g szénhidrátot tartalmaz (0,35 BU). Felbontás után az üveg visszazárható, és hűtőszekrényben legfeljebb 24 órán át tárolható.

2. táblázat: A HiPP ORS 200 összetételének összehasonlítása az ESPGHAN európai gyermekek számára ajánlott orális rehidráció oldatának összetételével^{1,2}

		ESPGHAN ORS	HiPP ORS 200*
Nátrium	mmol/l	50–60	55
Kálium	mmol/l	20	25
Klorid	mmol/l	> 25	40
Bikarbonát	mmol/l	0	0
Citrát	mmol/l	10	7
Glükóz	g/l mmol/l	13,3–20,0 74–111	12 67
Ozmolaritás	mOsmol/l	200–250	240

*Az értékek elméleti számításokon alapulnak, és a természetes alapanyagok miatt kisebb eltérések előfordulhatnak.

A HiPP ORS 200 ajánlott adagolása

1. Rehidrációs szakasz (A folyadék- és elektrolitvesztés pótlása)

A csecsemőknek és gyermekeknek 4 óra alatt **testtömeg-kilogrammonként 40-50 ml ORS-t kell adni**. A gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy bizonyos esetekben célszerű a rehidrációs időszakot 4-6 órára meghosszabbítani.

A szoptatott csecsemőket a rehidráció kezdetétől fogva továbbra is igény szerint szoptatni kell, a HiPP ORS 200 adagolása mellett. A szoptatások között kis adagokban kell HiPP ORS 200-at adni.

A HiPP ORS 200-at több kisebb adagban a legjobb kínálni, szükség esetén kanállal. A tapasztalatok szerint az ORS hűtve jobban elfogadható a gyermekek számára. Ha a hasmenés javul, és a gyermek általános állapota megfelelő, a HiPP ORS 200 adagja fokozatosan csökkenthető, majd a hasmenés megszűnésével elhagyható. Ha az orális rehidráció sikertelen, a hasmenés továbbra is fennáll, vagy egyéb figyelmeztető klinikai tünetek jelentkeznek, a jelenlegi GPGÉ-irányelvek szerint a gyermek kórházi kezelést igényel.²

Megjegyzés: Ha a gyermek hány, a 4-8 °C-ra lehűtött HiPP ORS 200-at ismételt, kis mennyiségekben és rövid időközönként kell kínálni, lehetőleg kanállal: például 5 ml-t (körülbelül 1 teáskanálnyit), 1-2 percenként. A HiPP ORS 200 kizárólag a rehidrációs szakaszban alkalmazható önálló táplálékként.

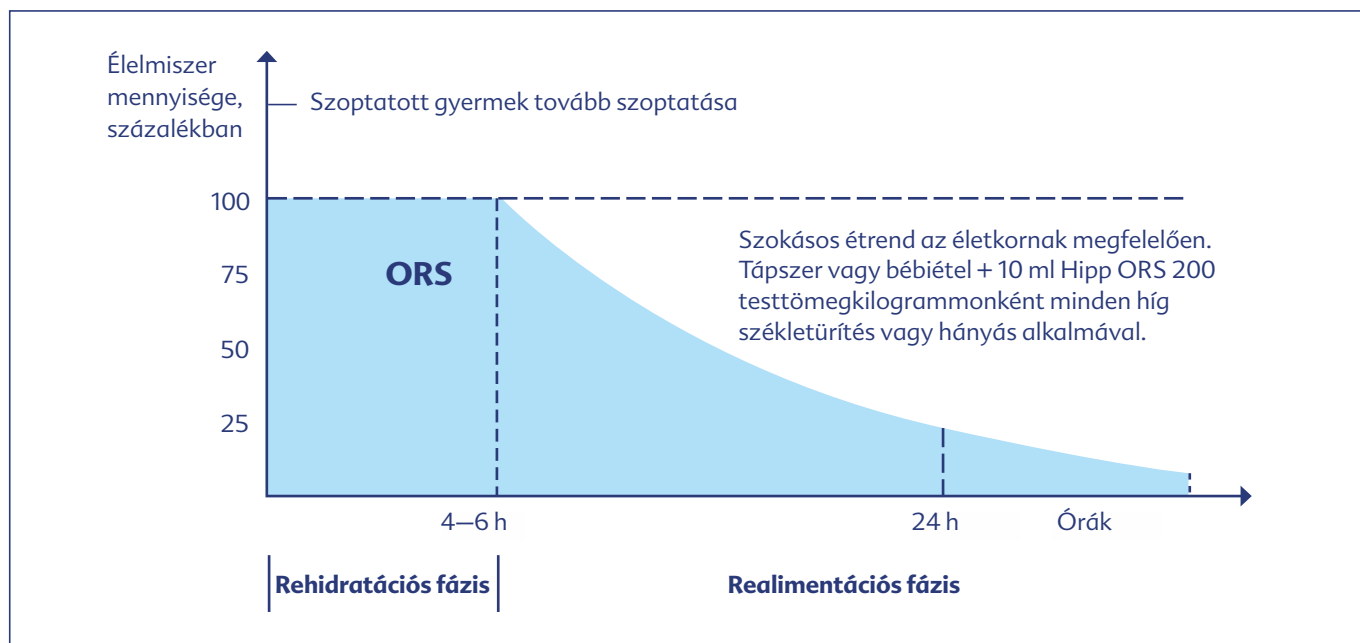
2. Realimentációs szakasz (Visszatérés a normál étrendhez)

A rehidráció megkezdése után legkésőbb 4-6 órával a gyermeknek ismét a megszokott, életkorának megfelelő étrendet kell kapnia.

- A szoptatott csecsemőket a teljes rehidrációs folyamat alatt továbbra is szoptatni kell.
- A nem szoptatott, 6 hónaposnál fiatalabb csecsemők a rehidráció után térjenek vissza a megszokott étrendjükhöz.
- Azok a csecsemők, akiknél már elkezdődött a hozzátáplálás, a rehidráció után a megszokott mennyiségben és koncentrációban kaphatják a tápszert és a hozzátáplálás során fogyasztott ételeket. Súlyosabb esetekben a csecsemő fokozatosan térjen vissza a normál étrendhez. Az idősebb gyermekek a rehidrációt követően általában gyorsan visszatérhetnek szokásos étrendjükhöz. Kezdetben olyan, összetett szénhidrátokat tartalmazó ételek ajánlottak, mint burgonyás vagy rizses ételek, sárgarépa leves, zabkása, tejbegríz, kenyér valamilyen feltéttel. Ha ezek elfogyasztása után nem jelentkezik hányás, a gyermek visszatérhet a megszokott étrendjéhez. Kerülni kell a magas cukortartalmú ételeket, például azokat, amelyek szacharózt, fruktózt, szorbitolt tartalmaznak.¹¹

A szokásos étrend mellett a HiPP ORS 200 segít pótolni a híg széklet és/vagy a hányás következtében fokozatosan elvesztett folyadékot is: 10 ml/testtömeg-kilogramm minden egyes híg széklet vagy hányás után. A HiPP ORS 200 sárgarépa és rizst tartalmaz, amelyek könnyen emészthető táplálékot biztosítanak. A bennük található polimer szénhidrátok már a betegség korai szakaszában energiával látják el a gyermeket.

Étrendi kezelés: orális rehidráció és az azt követő visszatáplálás (sematikus ábra)



Vizsgálatok igazolják a sárgarépa- és rizsalapú rehidratálás előnyeit

A HiPP ORS 200-at több tudományos vizsgálatban is tesztelték. A HiPP ORS 200 és egyéb sárgarépa- és rizsalapú orális rehidratáló oldatok alkalmazásáról kimutatták, hogy:

- jelentősen lerövidítik a hasmenés időtartamát,¹²
- csökkentik az átlagos székletürítési gyakoriságot,¹²
- az első 24-48 órában jelentősen csökkentik a székletürítések számát,¹²
- átlagosan egy nappal csökkentik a kórházi tartózkodás időtartamát¹³
- kellemes ízűek, ami javítja az elfogadottságukat,¹⁴
- hatékonyak és biztonságosak, bizonyítottan kedvező hatással vannak a bélrendszer mikrobiális egyensúlyának helyreállítására a glükóz-elektrolit oldatokhoz és a 6%-os rizsvízhez képest,¹⁵
- jelentősen csökkentik a kórházi kezelés időtartamát, és az intravénás folyadékpótláshoz képest jelentősen kevesebb mellékhatással járnak^{3,4}

Hivatkozások

- 1 Guarino A, et al. (2014). 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; 59: 132–152
- 2 Posovszky C., et al. (2024). S2k Leitlinie akute infektiöse Gastroenteritis im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter der Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE) Version 4.1 Juni 2024
- 3 Fonseca, B. K., et al. (2004). Enteral vs intravenous rehydration therapy for children with gastroenteritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. Arch Pediatr Adolesc Med, 158(5), 483–490. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.5.483>
- 4 Hartling, L., et al. (2006). Oral versus intravenous rehydration for treating dehydration due to gastroenteritis in children. Cochrane Database Syst Rev(3), CD004390. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004390.pub2>
- 5 Freedman, S. B., et al. (2013). Treatment of acute gastroenteritis in children: an overview of systematic reviews of interventions commonly used in developed countries. Evid Based Child Health, 8(4), 1123–1137. <https://doi.org/10.1002/ebch.1932>
- 6 Sandhu BK., et al. (1997). Early feeding in childhood gastroenteritis. J Paediatr Gastroenterol Nutr; 24: 522–7.
- 7 Sandhu BK. (2001). for the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Working Group on Acute Diarrhoea: Rationale for early feeding in childhood gastroenteritis. J Pediatr Gastroenterol Nutr; 33: 13–16.
- 8 Florez, I. D. et al. (2018). Comparative effectiveness and safety of interventions for acute diarrhea and gastroenteritis in children: A systematic review and network meta-analysis. PLoS One, 13(12), e0207701.
- 9 Szajewska, H., et al. (2023). Probiotics for the Management of Pediatric Gastrointestinal Disorders: Position Paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 76(2), 232–247.
- 10 Gregorio, G. V., et al. (2016). Polymer-based oral rehydration solution for treating acute watery diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev, 12, CD006519.
- 11 Zurek M., Richter T. (2014). Fortbildung Enteritis. Oberstes Ziel: Ersatz des Flüssigkeits- und Elektrolytverlustes
- 12 Pietschnig B, et al. (1992). Akute Durchfallerkrankungen. Behandlung mit Karotten-Reisschleim ist effektiver als ORS-Lösung. Monatsschr. Kinderheilkd, 140: 426–430.
- 13 Storr U, et al. (1993). Zur Therapie bei akuten Durchfallerkrankungen Vergleich einer intravenösen mit einer oralen Rehydration auf Karotten-Reisschleim-Basis. Sozialpädiatrie 1993; 15: 294–297.
- 14 Storr U, Guggenbichler JP (1995). Kann die bilanzierte Glukoseelektrolytlosung zur Behandlung akuter Durchfallerkrankungen noch verbessert werden? padiat prax. 49: 253–262.
- 15 Heine W, et al. (1993). Glukose-Elektrolyt-Lösung, Reisschleim oder Möhrensuppe? Mikrobiologische Aspekte der Diätbehandlung der Säuglingsenteritis. Akt Ern Med. 18: 380–384.

HiPP Kft. 1015 Budapest, Szabó Ilonka u. 32. hcp.hipp.hu info@hipp.hu
Azonosító: HIP/AL40118/26/08 Dokumentum lezárva: 2026.09.14.



A legértékesebbnek az életben.