

**INFATRINI  
- DEN OPTIMALE  
LØSNINGEN FOR  
INNHEFTINGS-  
VEKST**



**NUTRICIA**  
Advanced Medical Nutrition

# Dårlig tilvekst kan få konsekvenser både på kort og lang sikt<sup>1</sup>

## Årsaker til dårlig tilvekst:<sup>2</sup>



### VISSTE DU AT:

- Dårlig ernæringsstatus er vanlig hos barn som er innlagt på sykehus. Barn som er under 2 år, innlagt > 1 måned og har flere diagnoser er mest utsatt for underernæring.<sup>3</sup>
- Barns ernæringsstatus kan bli dårligere mens de ligger på sykehus.<sup>3</sup>
- 8- åringene som hadde dårlig tilvekst tidlig i livet var i gjennomsnitt 6 cm. kortere enn sine jevnaldrene som hadde vokst tilstrekkelig i spedbarnsalderen. ( $p > 0,001$ ).<sup>4</sup>

## INFATRINI BIDRAR TIL INNHENTINGSVEKST HOS BARN MED DÅRLIG TILVEKST<sup>6</sup>

**Sammenlignet med en morsmelkerstatning med tilsvarende energiinnhold, men kun 5,5 E% protein ga Infatrini:**

- Forbedret inntak av protein og mikronutrientier.\*
- Signifikant høyere serum ureanivåer ( $p=0,0001$ ) etter 6 uker. I kontrollgruppen falt S Urea under normalnivå, som tyder på et utilstrekkelig proteininntak.
- Gutter med dårlig tilvekst, som i 6 uker fikk Infatrini hadde en signifikant høyere lineær tilvekst ( $p= 0,02$ ).\*

\* Standardformula som ble energiberiket med glukosepolymerer og fettemulsjon.

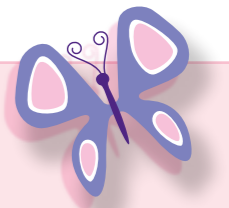
Effekten av ernæringsbehandlingen for barn med dårlig tilvekst, optimeres ved tidlig behandlingsstart<sup>5</sup>

# Infatrini – den optimale løsningen for innhentingsvekst<sup>6</sup>

- Energitetthet- 101 kcal/100 ml
- Optimal energiprosent fra protein- 10,3 E%<sup>7</sup>
- Inneholder 60% myse og 40% kasein
- Fullverdig fra fødsel opp til 18 måneder (9 kg)
- Inneholder LCP\*\* og nukleotider
- Unik blanding av prebiotiske kostfibre (GOS/FOS\*\*\*)<sup>8</sup>
- Ferdig flytende og klar til bruk
- Finnes i 500 ml pose og i en praktisk 125 ml plastflaske

## STUDIER VISER AT NUTRICIAS KOSTFIBERBLANDING GOS/FOS:

- Er sikker og tolereres godt<sup>8-11</sup>
  - Etterligner den prebiotiske effekten av brystmelkens oligosakkarider ved å:<sup>9</sup>
    - Fremme tilveksten av bifidobakterier
    - Senke tarmens pH
    - Mykgjøre avføringen
- Nutricias kostfiberblanding GOS/FOS bidrar dermed til en tarmflora som ligner den hos ammede barn.



### Praktisk 125 ml plastflaske:

- Passer til flaskesmokk og universalsett
- Gjennomsiktig gradering for å se hvor mye som er igjen i flasken.

\*\* LCP= langkjedede flerumettede fettsyrer  
\*\*\* GOS/FOS- kortkjedede galaktooligosakkarider (GOS) og langkjedede fruktooligosakkarider (FOS)

Infatrini – med støtte av kliniske studier<sup>5,6,12</sup>

# Infatrini Peptisorb – sammensatt for å gi bedre toleranse og innhentingsvekst

- Velegnet når ernæringsløsninger basert på helprotein ikke fungerer tilfredsstillende og det er et behov for innhentingsvekst
- Fullverdig ernæring for spedbarn fra fødselen opptil 9 kg (eller 18 måneder)

## ● Energitett

1 kcal/ ml (100 kcal/100 ml)

## ● Næringsmessig komplett

Tilpasset behovet hos barn med dårlig tilvekst

## ● Hydrolysert myseprotein

Kortkjedede peptider og aminosyrer for optimal absorpsjon<sup>13,14</sup>

Øker ventrikkeltømming<sup>15,16</sup>

Reduserer antall episoder med oppkast<sup>17</sup>

## ● Optimal balanse av fett

Inneholder 50 % MCT- fett for enklere absorpsjon<sup>18,19</sup>

## ● Lav osmolalitet (350 mOsm/kg)

Følger ESPGHANs anbefalinger<sup>20</sup>

## ● Optimal energiprosent fra protein- 10,4 E%

## ● Nukleotider som fordøyes på samme måte som man ser ved morsmelk<sup>21</sup>

## ● Optimal blanding av langkjedede fettsyrer<sup>22,23</sup>

AA 0,35 %

DHA 0,35 %

## ● Klar til bruk- enkelt og hygienisk

Reduserer risiko for kontaminasjon

Reduserer sjansen for tilberedningsfeil

Morsmelk er spedbarnets beste føde. Infatrini og Infatrini Peptisorb er næringsmidler for spesielle medisinske formål. Skal brukes under medisinsk tilsyn etter nøye vurdering av alle mulige former for næringstilførsel, inkludert amming.



Et optimalt næringsinntak muliggjør innhentingsvekst hos spedbarn med toleranseproblemer<sup>15</sup>

**Referanser:** 1. Krugman SD, Dubowitz H. Am Fam Physician 2003; 68(5): 879–884. 2. Gahagan S. Pediatr. Rev. 2006;27: e1-e11. 3. Pichler J et al European Journal of Clinical Nutrition 68, 730-735 (June 2014). 4. Black NM et al. Pediatrics 2007; 120(1): 59-6 5. van Waardenburg DA et al. Clin Nutr 2009; 28: 249-55. 6. Clarke SE et al. J Hum Nutr Diet 2007; 20(4): 329–339. Data on file. 7. World Health Organization. Report of a Joint WHO/ FAO/UNU Expert Consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2007; (935): 1–265. 8. Moro G et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002; 34(3): 291–295. 9. Knol J et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005; 40: 36-42. 10. Bruzzese E et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;42(5): E95. 11. Mihatsch Wa, et al. Acta Paediatrica 2006; 95:843-848. 12. de Betue CT et al. Arch Dis Child 2011; 96: 817-22. 13. Grimble GK. et al. Clin Sci 1986; 71: 65-69. 14. Zaloga GP. Nutr Clin Prac 1990; 5: 231-237. 15. Billeaud C. et al. Eur J Clin Nutr 1990;44:577-583. 16. Brun et al. Clin Nutr. 2012; 108-1216. Brun et al. Clin Nutr. 2012; 108-12. 17. Fried MD et al. J Pediatr 1992; 120: 569-72. 18. Bentley D et al. Paediatric Gastroenterology and Clinical Nutrition 2002, London UK; remedica Publishing. 19. Goulet O et al. J Pediatr gastroenterol Nutr 2004; 38:250-69. 20. Braegger C et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010; 51: 110-22. 21. Thorell L et al. Pediatr Res 1996; 40: 845-52. 22. Hoffman DR et al. prostaglandins Leukot Essent Fatty 2009;81:151-8. 23. Koletzko B et al. J Perinat Med 2008; 36:5-14