

УДК: 612.12–053:615.38.

Ю.В. МАРУШКО, д. мед. н., професор; Г.Г. ШЕФ, к. мед. н., доцент

/Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ/

Можливості терапії ацетонемічного синдрому у дітей із гострими респіраторними вірусними інфекціями

Резюме

У статті йдеться про застосування препарату Регідрон Оптим у складі комплексної терапії ацетонемічного синдрому у дітей із гострою респіраторною вірусною інфекцією. На основі даних проведеного дослідження показана його ефективність щодо швидкої регресії та ліквідації клінічних симптомів захворювання. Ефективність застосування пероральної регідратації з використанням препарату Регідрон Оптим дозволяє зменшити необхідність проведення інфузійної терапії. У 95% пацієнтів переносимість препарату була доброю.

Ключові слова: ацетонемічний синдром, пероральна регідратація, препарат Регідрон Оптим

Під ацетонемічним синдромом (АС) розуміють сукупність симптомів, зумовлених підвищеним вмістом у крові продуктів неповного окислення жирних кислот, що утворюються при розпаді кетогенних амінокислот – ацетону, ацетон-оцтової кислоти та гамма-оксимасляної кислоти, клінічними проявами чого найчастіше є багаторазове блювання, яке називають «ацетонемічним блюванням» [1, 3, 4]. У зарубіжних джерелах, а також у МКХ-10 цей синдром як окрему нозологічну одиницю не виділяють. Однак у XVIII розділі МКБ-10 під рубрикою R11 представлено синдром циклічного блювання (CVS). Патогенетично і клінічно ці два синдроми є близькими [3, 6, 9]. Синдром циклічного блювання фігурує під різними назвами як «періодичний синдром», «ацетонемічне блювання», «автономна епілепсія», «конвульсивний еквівалент», а також «мігрень, що супроводжується нудотою і блюванням».

Розрізняють первинний і вторинний ацетонемічний синдром. Первинний ацетонемічний синдром найчастіше пов'язують із нервово-артритичною аномалією конституції. Провокується він рядом факторів. Велике значення у розвитку ацетонемічного синдрому мають гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) [5]. Кетоз в цілому є неспецифічним синдромом. Його прояви (кетонацидоз, кетонурію) можна спостерігати різною мірою при багатьох захворюваннях: декомпенсованому цукровому діабеті, інсуліновій гіпоглікемії, ренальній глюкозурії, глікогенозах, тиреотоксикозі, інфекційному токсикозі, токсичному ураженні печінки, гіперінсулізмі, черепно-мозковій травмі, пухлинні мозку, хворобі Іценка-Кушинга, голодуванні. У всіх подібних ситуаціях клінічна картина визначається основним захворюванням, а кетонемія розцінюється як вторинний ацетонемічний синдром [1, 10].

У 62% дітей перший епізод ацетонемічного синдрому проявляється у віці до 3 років. Серед причин розвитку ацетонемічного синдрому виокремлюють респіраторні інфекції, які на сьогоднішній час займають важливе місце в структурі захворюваності [5]. Так, причинами першого епізоду ацетонемічного синдрому за частотою є гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – 36% випадків, порушення дієти – 32%, гострі кишкові інфек-

ції (ГКІ) – 7%, психоемоційний стрес – 2%. У 22% дітей виявляються водночас декілька етіологічних чинників виникнення першого епізоду ацетонемічного синдрому: ГРВІ з порушеннями дієти – 54,5%, ГКІ з порушеннями дієти – 45,5%.

Найбільш клінічно вираженим проявом обмінних порушень у дітей є ацетонемічний криз. Його розвитку можуть сприяти багато факторів, які в умовах підвищеної збудливості нервової системи діють стресогенно: переляк, біль, конфлікт, гіперінсоляція, фізичне чи психоемоційне перенапруження, зміна мікросоціального середовища, харчові погіршеності (велика кількість вмісту білків і жирів) і навіть позитивні емоції в «надлишку».

Зазвичай клінічна картина ацетонемічного кризу представлена таким чином:

- багаторазове блювання тривалістю 1–5 днів (спроба напоїти або нагодувати дитину провокує блювання);
- дегідратація та інтоксикація (блідість шкіри з характерним рум'янцем, гіподинамія, м'язова гіпотонія);
- неспокій і збудження на початку кризи змінюються кволістю, слабкістю, сонливістю, іноді можливі симптоми менінгізму і судоми;
- гемодинамічні порушення (гіповолемія, послаблення серцевих тонів, тахікардія, аритмія);
- спастичний абдомінальний синдром (нападopodobний або тривалий біль у ділянці червоної порожнини, нудота, затримка випорожнень з кишечника);
- збільшення печінки на 1–2 см, що зберігається до 5–7 днів після ліквідації кризи;
- підвищення температури тіла до 37,5–38,5°C;
- наявність у сечі, блювотних масах, повітрі, що видихається, запаху ацетону, а в крові – підвищення концентрації кетонів тіл;
- гіпохлоремія, метаболічний ацидоз, гіпоглікемія, гіперхолестеринемія, бета-ліпопротеїдемія.

В клінічній практиці для виявлення кетонів тіл застосовують переважно якісні і напівкількісні проби, які дозволяють швидко визначити

патологічне підвищення концентрації кетонів у сечі. Відповідно до цих методик наявність ацетоацетату в клінічному аналізі сечі може змінюватися від «одного плюса» (+) до «чотирьох плюсів» (++++). Визначення рівня кетонів у сечі – відносний показник кетонемії, оскільки вираженість ацетонурії в «+++» відповідає підвищенню рівня кетонів у крові в 400 разів, а в «++++» – у 600 разів [8, 13].

Кетоніві тіла належать до токсичних речовин і спричиняють в організмі метаболічний ацидоз, вазоконстрикцію, гіповолемію, гіпокапнію та гіпоглікемію. Надлишок кетонів подразнює слизову оболонку травного каналу, модулюючи спастичний абдомінальний біль і блювання, має наркотичну дію на центральну нервову систему (ЦНС), викликаючи порушення свідомості (аж до коми). Токсична дія кетонів тіл дестабілізує мембрани клітин тканин, порушуючи біоенергетичні процеси, електролітний баланс і білково-ліпідно-вуглеводні співвідношення. Однією з причин підвищеного утворення кетонів тіл у дітей можуть бути зниження концентрації глюкози і відносно високий рівень неетерифікованих жирних кислот [2]. Особливістю метаболізму у дітей є недостатність процесу кетолізу (утилізації кетонів тіл). Важливим показником схильності дітей до кетонемії вважають слабку відповідну реакцію на дію глюкагону під час голодування, а також меншу кількість глікогену при високому рівні метаболізму [2].

Лікування ацетонемічного синдрому у дітей – комплексне, проводиться в три етапи і спрямоване на зняття ацетонемічного кризу, профілактику рецидивів і поліпшення якості життя пацієнтів. На всіх етапах основними завданнями лікувальних заходів є елімінація кетонів із організму, ліквідація гіпоглікемічного кетоацидозу, метаболічна і водно-електролітна корекція [1]. За даними зарубіжних спеціалістів, практично 50% пацієнтів з ацетонемічним синдромом потребують внутрішньовенного введення рідини [12].

З урахуванням того, що при прогресуванні ацетонемічного синдрому наростання токсикозу і ексикозу у дітей може мати катастрофічні наслідки, їх нівелювання на фоні комплексної терапії як основного провокуючого захворювання, так і даного синдрому є важливим фактором досягнення успіху. Провідне місце у лікуванні ацетонемічного синдрому посідає регідратаційна терапія, яку треба розпочинати відразу після встановлення діагнозу ще на амбулаторному етапі лікування, до розвитку блювання (за наявності у хворої дитини в'ялості, нудоти, зниження апетиту, які свідчать про ацетонемічний синдром) [11].

Вибір методу регідратації проводять з урахуванням стану дитини (ступеня інтоксикації, ексикозу) та можливості засвоювати рідину внутрішньо (наявності та інтенсивності блювання). За тяжкого перебігу синдрому ацетонемічного блювання виникає потреба в застосуванні інфузійної терапії. Проте більш фізіологічним є введення рідини перорально, що має бути методом вибору регідратаційної терапії навіть у найтяжчих ситуаціях і мінімальній можливості її проведення. Тим більше за нетяжкого стану дитини (легкий або помірний ступінь інтоксикації та зневоднення) і можливості споживати рідину внутрішньо часто та малими порціями проводять пероральну регідратацію з урахуванням як власне стану дитини, так і її вікових можливостей.

Розчин для пероральної регідратації (РОР) Регідрон Оптим має такий склад (на 1 л розчину): натрію хлорид – 2,60 г, натрію цитрат – 2,90 г, калію хлорид – 1,5 г, глюкози безводної – 13,5 г, осмолярність – 245 мОсм/л, що відповідає встановленим вимогам ВООЗ і може

застосовуватися в педіатричній практиці [7, 11]. Регідрон Оптим має приємний лимонний смак, що особливо важливо при проведенні пероральної регідратації у пацієнтів дитячого віку.

Мета дослідження: вивчити клініко-лабораторну ефективність і можливість застосування препарату Регідрон Оптим у комплексній терапії ацетонемічного синдрому у дітей із гострими респіраторними вірусними інфекціями.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебували 40 дітей (22 хлопчики та 18 дівчаток) у віці від 2 до 9 років з ознаками ацетонемічного синдрому, що мали гостру респіраторну вірусну інфекцію (табл. 1).

Гострий ринофарингіт діагностовано у 14 (35%) дітей, гострий ларинготрахеїт – у 10 (25%), гострий бронхіт – у 16 (40%). Ознаки зневоднення (ексикозу) 1-го ступеня зафіксовані у 15 (37,5%) і 2-го ступеня – у 25 (62,5%) дітей.

Діагноз встановлювався на підставі скарг, даних анамнезу, клінічних проявів захворювання, результатів лабораторного та інструментального обстеження. Підтвердженням наявності ацетону в організмі дітей була ацетонурія з визначенням кетонів за допомогою якісної проби Ланге і оцінкою отриманих результатів в плюсах від 1 (+) до 4 (++++).

Прояви ацетонемічного синдрому виникали на фоні симптоматики гострого респіраторного вірусного захворювання: відмова від прийому їжі, блювання, нежить, кашель, підвищення температури тіла, гіперемія слизової оболонки ротоглотки. У переважній більшості випадків тяжкість стану хворих дітей була зумовлена кетоацидозом, а не проявами респіраторної інфекції, що і спричиняло необхідність звернення батьків до стаціонару. Діти, які були включені у дослідження, перебували на стаціонарному лікуванні в дитячих клінічних лікарнях №5 і №8 м. Києва.

Всім пацієнтам було призначено терапію основного захворювання та базисне лікування ацетонемічного синдрому, що включало дезінтоксикаційну та регідратаційну терапію, ентеросорбенти, протиблювотні засоби та спазмолітики за показаннями. Дотримувалися принципів ацетонемічної дієти.

Враховуючи те, що діти мали ознаки 1–2-го ступенів зневоднення, у всіх випадках проводилася пероральна регідратаційна терапія із застосуванням препарату Регідрон Оптим. Дітям з ексикозом 1-го ступеня об'єм пероральної регідратації за перші

Таблиця 1. Загальна характеристика хворих з ацетонемічним синдромом та ГРВІ

Показник	Значення	
	абс.	%
Вік, роки (M±m)	5,3±0,3	
Стать (хлопчики/дівчатка), n	22 / 18	
Гострий ринофарингіт	14	35
Гострий ларинготрахеїт	10	25
Гострий бронхіт	16	40
Ексикоз 1-го ступеня	15	37,5
Ексикоз 2-го ступеня	25	62,5

Примітка: n – кількість дітей.

Таблиця 2. Динаміка клініко-лабораторних симптомів у дітей з ацетонемічним синдромом на фоні ГРВІ в процесі терапії

Клінічні симптоми	До лікування	2-га доба	3-тя доба	4-та доба	5-та доба
Симптоми інтоксикації, n (%)					
Відсутні	–	9 (22,5)	20 (50)	38 (95)	39 (97,5)
Незначні	6 (15)	11 (27,5)	15 (37,5)	1 (2,5)	1 (2,5)
Помірні	31 (77,5)	20 (50)	5 (12,5)	1 (2,5)	–
Виражені	3 (7,5)	–	–	–	–
Температура тіла, n (%)					
Нормальна	–	10 (25)	23 (57,5)	39 (97,5)	39 (97,5)
37–38°C	8 (20)	17 (42,5)	12 (30)	1 (2,5)	1 (2,5)
38,1–39°C	25 (62,5)	13 (32,5)	5 (12,5)	–	–
Вище 39°C	7 (17,5)	–	–	–	–
Блювання, n (%)					
Відсутнє	–	13 (32,5)	39 (97,5)	40 (100)	40 (100)
Від 2 до 5 разів на добу	30 (75)	25 (62,5)	1 (2,5)	–	–
Від 5 до 10 разів на добу	9 (22,5)	2 (5)	–	–	–
10 і більше разів на добу	1 (2,5)	–	–	–	–
Біль у животі, n (%)					
Відсутній	–	10 (25)	33 (82,5)	39 (97,5)	40 (100)
Слабкий	7 (17,5)	25 (62,5)	6 (15)	1 (2,5)	–
Помірний	23 (57,5)	5 (12,5)	1 (2,5)	–	–
Сильний	10 (25)	–	–	–	–
Апетит, n (%)					
Збережений	–	1 (2,5)	10 (25)	37 (92,5)	38 (95)
Знижений	30 (75)	37 (92,5)	30 (75)	3 (7,5)	2 (5)
Різно знижений	10 (25)	2 (5)	–	–	–
Відсутній	–	–	–	–	–
Спрага, n (%)					
П'є нормально	–	5 (12,5)	28 (70)	38 (95)	40 (100)
П'є жадібно	25 (62,5)	32 (80)	12 (30)	2 (5)	–
П'є кволо	15 (37,5)	3 (7,5)	–	–	–
Не п'є	–	–	–	–	–
Запах ацетону у видихуваному повітрі, n (%)					
Відсутній	–	8 (20)	34 (85)	38 (95)	40 (100)
Слабкий	13 (32,5)	19 (47,5)	4 (10)	2 (5)	–
Різно виражений	27 (67,5)	13 (32,5)	2 (5)	–	–
Шкірна складка (розправлення), n (%)					
Менше 2 секунд	12 (30)	29 (72,5)	37 (92,5)	40 (100)	40 (100)
2–4 секунди	26 (65)	11 (27,5)	3 (7,5)	–	–
Більше 4 секунд	2 (5)	–	–	–	–
Ступінь ацетонурії, n (%)					
Відсутній (-)	–	2 (5)	25 (62,5)	38 (95)	40 (100)
Незначний (+, ++)	7 (17,5)	18 (45)	10 (25)	2 (5)	–
Помірний (+++)	28 (70)	18 (45)	5 (12,5)	–	–
Виражений (++++)	5 (12,5)	2 (5)	–	–	–

Примітка: n – кількість дітей.

4 години лікування розраховували за формулою: маса тіла дитини × 40 (мл). Добовий об'єм пероральної регідратації становив 90–100 мл/кг маси тіла пацієнта.

Дітям з ексікозом 2-го ступеня об'єм пероральної регідратації в перші 4 години терапії розраховували за формулою: маса тіла дитини × 75 (мл). Добовий об'єм розчинів для регідратаційної терапії становив до 150 мл/кг маси тіла хворого. Регідратацію із застосуванням препарату Регідрон Оптим доповнювали прийомом негазованої лужної мінеральної води. Тривалість пероральної регідратації визначалася ліквідацією симптомів ацетонемічного синдрому і кетонурії та становила до 3–4 днів.

Розчин Регідрон Оптим готували таким чином: порошок з 1 пакетика розчиняли в 0,5 л кип'яченої, охолодженої до кімнатної температури води. Готовий розчин діти отримували повторно невеликими порціями з поступовим збільшенням їх об'єму з урахуванням клінічної ситуації.

Ефективність терапії визначали шляхом оцінки динаміки регресу основних проявів ацетонемічного синдрому, таких як інтоксикація, зневоднення, запах ацетону у видихуваному повітрі, порушення апетиту, спрага, блювання, біль у ділянці черевної порожнини, швидкість розправлення шкірної складки, ступінь ацетонурії.

Результати та їх обговорення

На момент поступлення до стаціонару стан дітей був порушений. На фоні катаральних змін відмічалися помірні чи виражені симптоми інтоксикації у 34 (85%) дітей, у всіх – ознаки ексікозу 1-го чи 2-го ступеня, підвищення температури тіла і порушення апетиту, запах ацетону у видихуваному повітрі (табл. 1, 2). Ацетонемічне блювання з частотою від 2 до 5 разів за добу відмічено у 30 (75%) хворих, від 5 до 10 разів – у 9 (22,5%), 10 і більше разів – у 1 (2,5%). На біль у животі помірного характеру скаржилися 23 (57,5%) пацієнти, сильного – 10 (25%), слабого – 7 (17,5%). Спрага турбувала 25 (62,5%) дітей, у інших 15 (37,5%) спраги не було. Уповільнення розправлення шкірної складки було відмічено у 28 (70%) дітей. Помірний ступінь ацетонурії зафіксовано у 28 (70%) дітей, виражений – у 5 (12,5%), незначний – у 7 (17,5%).

У дітей із гострою респіраторною вірусною інфекцією при застосуванні в комплексній терапії препарату Регідрон Оптим відмічена можливість швидкого регресу симптоматики ацетонемічного синдрому. Особливо важливими в процесі проведення ефективної пероральної регідратаційної терапії були перші години і перші 2–3 доби лікування.

Вже до другої доби терапії із застосуванням препарату Регідрон Оптим у дітей не було виражених симптомів інтоксикації, високої температури тіла (вище 39°C), частого блювання (більше 10 разів на добу), сильного болю в животі. Значно покращився апетит, зменшилася спрага – діти більше пили рідини. Про зменшення ознак ексікозу також свідчила чітка тенденція до збільшення швидкості розправлення шкірної складки у дітей. Незважаючи на значне зниження ознак токсикоексікозу в цей період у 32 (80%) дітей зберігався запах ацетону у видихуваному повітрі, про що свідчило продовження визначення ацетонурії у 38 (95%) випадках.

Третя доба терапії мала вагоме значення для відновлення нормального гідробалансу у обстежених дітей. Так, у 20 (50%) дітей були відсутні ознаки інтоксикації, блювання – у 39 (97,5%), нормальна

температура тіла спостерігалася у 23 (57,5%). Покращився питний режим у дітей: 28 (70%) – активно пили, інші 12 (30%) – не мали проблем із вживанням достатнього об'єму рідини. Час розпрямлення шкірної складки нормалізувався у 37 (92,5%) дітей. Регресували й інші прояви ацетонемічного синдрому: запах ацетону у видихуваному повітрі був відсутнім вже у 34 (85%) дітей, слабким – у 4 (10%) і різко вираженим – тільки у 2 (5%) дітей; ступінь ацетонурії як незначний визначався у 10 (25%) і помірний – у 5 (12,5%) дітей, у інших 25 (62,5%) – ацетонурія була відсутня. На 4-ту і 5-ту добу, як правило, вже не було потреби у проведенні активної пероральної терапії. Практично всі ознаки кетоацидозу на фоні лікування, що проводилося, були ліквідовані. У поодиноких випадках (1–2 дітей) ще відчувався слабкий запах ацетону у видихуваному повітрі, незначна ацетонурія до 4-ї доби з повною ліквідацією цих ознак на 5-ту добу терапії.

Препарат Регідрон Оптим добре переносився дітьми (табл. 3). У двох випадках при застосуванні препарату виникли проблеми органолептичного характеру, які були вирішені більшим розведенням засобу і частішими прийомами малими порціями.

Висновки

1. Застосування препарату Регідрон Оптим у складі комплексної терапії ацетонемічного синдрому у дітей із гострою респіраторною вірусною інфекцією показало його ефективність щодо швидкої регресії та ліквідації клінічних симптомів захворювання.

2. У хворих на ГРВІ та ацетонемічний синдром проведення регідратаційної терапії з використанням лікарського препарату Регідрон Оптим демонструвало вірогідно нижчу тяжкість стану дітей, що спостерігалися, в кінці першої доби лікування. Ефективність застосування пероральної регідратації з використанням препарату Регідрон Оптим дозволяє зменшити необхідність проведення інфузійної терапії.

3. Препарат Регідрон Оптим добре переносився дітьми при проведенні пероральної регідратаційної терапії. У 95% пацієнтів переносимість препарату була доброю, незадовільних реакцій не спостерігалася.

4. Регідрон Оптим може бути рекомендованим для комплексного лікування ацетонемічного синдрому у дітей із гострою респіраторною вірусною інфекцією.

Резюме

Возможности терапии ацетонемического синдрома у детей с острыми респираторными вирусными инфекциями

Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

В статье идет речь о применении препарата Регидрон Оптим в составе комплексной терапии ацетонемического синдрома у детей с острой респираторной вирусной инфекцией. На основании данных проведенного исследования показана его эффективность относительно быстрого регресса и ликвидации клинических симптомов заболевания. Эффективность применения пероральной регидратации с использованием препарата Регидрон Оптим позволяет уменьшить необходимость проведения инфузионной терапии. У 95% пациентов переносимость препарата была хорошей.

Ключевые слова: ацетонемический синдром, пероральная регидратация, препарат Регидрон Оптим

Стаття надійшла в редакцію: 24.01.2018

Стаття пройшла рецензування: 16.02.2018

Стаття прийнята до друку: 22.02.2018

Таблиця 3. Переносимість препарату Регідрон Оптим при проведенні пероральної терапії у дітей з ацетонемічним синдромом на фоні ГРВІ

Переносимість	Критерії переносимості	Кількість хворих	
		абс.	%
Добра	Не відмічено побічних реакцій	38	95
Задовільна	Відмічені незначні побічні реакції не призводили до серйозних проблем та не потребували відміни препарату	2	5
Незадовільна	Серйозні побічні реакції, які мали значний негативний вплив на стан пацієнта, що вимагало відміни препарату та застосування медикаментозної корекції наслідків побічної реакції	–	–

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

1. Бережной В.В., Курило Л.В., Марушко Т.В., Капичена М.А. Эффективность метаболической коррекции ацетонемического синдрома у детей // Современная педиатрия. – 2009. – №5 (27). – С. 89–92.
2. Вельтищев Ю.Е. Обмен веществ у детей. – Москва: Медицина, 1983. – 462 с.
3. Волосовец А.П., Кривопустов С.П., Кожина А.Н., Щербинская Е.Н. Ацетонемический синдром у детей: современный взгляд на проблему // Здоровье ребенка. – 2009. – №6 (21). – С. 76–81.
4. Марушко Ю.В., Шеф Г.Г., Глумчер Ф.С., Ярославская С.М. Невідкладні стани в педіатричній практиці. – Київ: ВСВ «Медицина», 2016. – 400 с.
5. Марушко Ю.В. Профилактика та терапія респіраторних захворювань у дітей – актуальна проблема педіатрії // Современная педиатрия. – 2006. – №2 (11). – С. 32–36.
6. Майданик В.Г. Синдром циклічної блювоти у дітей // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2009. – №3. – С. 5–13.
7. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях ограниченных ресурсов: Карманный справочник. – Всемирная организация здравоохранения, 2006. – С. 179.
8. Руселевич М.В. Диагностика ацетонемического синдрома у детей с использованием тестов СИТОЛАВТМ // Дитячий лікар. – 2011. – №2 (9). – С. 24–25.
9. Сала Ю.С. Синдром циклической рвоты у детей: «terra incognita» или Золушка отечественной педиатрии // Medicus amicus. – 2006. – №2.
10. Сенаторова С., Осипенко Е.В. Ацетонемический синдром у детей // Здоровье ребенка. – 2007. – №5 (8). – С. 38–40.
11. Уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.01.2013 р. №59. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/docfiles/dod59_2_2013.pdf.
12. Li B.U., Bolint J.P. Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a brain-gut disorder // Adv. Pediatr. – 2000. – Vol. 47. – P. 117–126.

Summary

Capabilities of therapy of acetoneic syndrome in children with acute respiratory viral infections

Yu.V. Marushko, G.G. Shef

O.O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

The article provides the data about the use of the Regidron Optim drug in the complex therapy of acetoneic syndrome in children with acute respiratory viral infection. On the basis of the data of the conducted research, its efficiency in terms of rapid regression and the elimination of clinical symptoms of the disease is demonstrated. The effectiveness of oral rehydration with the use of Rehydron Optim drug reduces the need for infusion therapy. In the 95% of patients, the tolerability of the drug was good.

Key words: acetoneic syndrome, oral rehydration, Rehydron Optima drug.

Received: 24.01.2018

Reviewed: 16.02.2018

Published: 22.02.2018