Kliniczne zastosowania leku Viburcol w wybranych jednostkach chorobowych

Barbara Sieradzka, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", Poradnia Alergologiczna, al. Dzieci Polskich 20, Warszawa

Wprowadzenie

Lekarz pediatra często obserwuje negatywne skutki przeżywanych przez dziecko trudności. Dzieci, podobnie jak dorośli, są narażone na stresujące bodźce. Ważne jest, aby pediatra odpowiednio wcześnie rozpoznał, że maluch nie radzi sobie ze stresem. Zgodnie z definicją stres w psychologii określany jest jako sytuacja, w której wymagania stojące przed dzieckiem są niedostosowane do jego możliwości albo niemożliwe do spełnienia. Należy mieć na uwadze, że w przypadku dzieci stres to nierzadko nie tylko zbyt wysokie wymagania w stosunku do możliwości jednostki, lecz także wymagania zbyt niskie. Brak stymulacji oraz nieświadomość możliwości, kompetencji i umiejętności dziecka negatywnie wpływają na proces jego rozwoju.

Najczęstszą przyczyną nadmiernego stresu w okresie rozwojowym są gwałtowne zmiany, z którymi dziecko nie potrafi sobie poradzić, np.: pojawienie się rodzeństwa, przeprowadzka, zmiana przedszkola, szkoły, powtarzanie klasy, separacja czy rozwód rodziców, wypadek, śmierć w rodzinie, ale także nieprawidłowe relacje z rówieśnikami (nadmierna rywalizacja, odrzucenie, agresja), zmiana statusu ekonomicznego rodziny, strach przed zabiegami medycznymi czy nierealistyczne wymagania rodziców.

Warto podkreślić, że w przypadku dzieci młodszych przyczyną silnego stresu może być rozstanie z rodziną na okres dłuższy niż 2 tygodnie niezależnie od przyczyny, np. matka w szpitalu, zbyt długie wakacje u dziadków. Reakcje dziecka na stres mogą być bardzo różne, objawiają się zarówno w funkcjonowaniu **poznawczym** (m.in. roztargnienie, kłopoty z koncentracją, pamięcią, negatywne myśli) i na poziomie **emocji** (niepokój, lęk, nerwowość, bezradność, wrogość, przygnębienie, depresja, złe samopoczucie), jak i w **zachowaniu** (unikanie sytuacji, ludzi, zdarzeń, brak dbałości o wygląd, zmiana nawyków żywieniowych, sięganie po środki poprawiające nastrój). Czymś innym w kontekście stresu jest lęk. Reakcje lękowe mają silne podłoże biologiczne. W zależności od wieku występować mogą różne rodzaje nasilonego lęku[1].

Typowe dziecięce lęki

Wiek 8-9 miesięcy jest kluczowy z punktu widzenia procesu przywiązania, ponieważ na tym etapie rozwoju uwidacznia się lęk przed separacją i obcymi. Odczucia te osiągają punkt szczytowy w wieku 15 miesięcy i znikają przed ukończeniem przez dziecko 2. roku życia. Dla dzieci w wieku 2-3 lat typowy jest lęk przed ciemnością, małymi zwierzętami. Pomiędzy 3. a 5. rokiem życia myślenie symboliczne uzupełniane jest o coraz bardziej skomplikowane elementy związane z wyobraźnią. Maluchy często w tym okresie tworzą zmyślonych przyjaciół i powszechne jest występowanie koszmarnych snów i lęku przed potworami[2]. 5-latki boją się złych, niemiłych ludzi, fizycznego zranienia. Dzieci w wieku 6 lat odczuwają strach przed zasypianiem w samotności, obawiają się istot nadprzyrodzonych, piorunów, błyskawic. Uczucie wzmożonego lęku w pewnych okresach rozwojowych jest zjawiskiem typowym dla wielu dzieci i nie powinno budzić niepokoju. Jednak zbyt silna skłonność do reakcji lękowych może przerodzić się w stres. W przypadku gdy dziecko na trudne sytuacje reaguje nadmiernie, w sposób nieadekwatny, zaburza to jego normalne funkcjonowanie. Szczególną odmianą tego typu reakcji jest fobia społeczna, która w dzieciństwie występuje u kilku procent populacji i przejawia się nadmiernym lękiem w odniesieniu do nowych sytuacji i w stosunku do obcych osób[3].

- **Jak rozpoznać, że dziecko nie radzi sobie ze stresem?**

Dzieci mogą prezentować różne objawy związane ze stresem, poniżej przedstawiono typowe. Dziecko[4]:

- często miewa uczucie lęku,
- odczuwa lęk przed rzeczami, sytuacjami, które wcześniej nie budziły niepokoju,
- miewa bóle głowy i dolegliwości żołądkowo-jelitowe,
- bywa apatyczne, rozdrażnione, ma problemy z zaśnięciem, wybudza się w nocy z powodu koszmarów,
- łatwo przechodzi od płaczu do śmiechu,
- szybciej się męczy,
- ma obniżone łaknienie.

Częstym źródłem niepokoju i stanów lękowych u dzieci mogą być trudności adaptacyjne w przedszkolu. W codziennej praktyce pediatrycznej zgłaszają się rodzice z dziećmi prezentującymi objawy, takie jak: bóle głowy, biegunki, zaburzenia snu, brak apetytu, rozdrażnienie, moczenie nocne czy tiki. Nie zawsze mają one podłoże somatyczne. Zdarza się, że źródłem tych dolegliwości okazują się trudności adaptacyjne dziecka w przedszkolu, które mogą mieć charakter łagodny, przemijający, ale u niektórych maluchów rozwijać się może fobia przedszkolna. Zdaniem Tarkowskiego fobia przedszkolna pojawia się u dzieci 3-4-letnich, które mają poważne problemy z przystosowaniem się do warunków środowiska przedszkolnego. Trudności adaptacyjne najmłodszych przedszkolaków mogą wynikać z różnych czynników predysponujących, takich jak: zahamowanie rozwoju, niedojrzałość społeczna, wzmożona agresywność, mutyzm selektywny, nerwice dziecięce, natomiast zasadniczym czynnikiem wyzwalającym jest wysłanie dziecka do przedszkola[5].

Reakcje na sytuacje stresowe w wieku przedszkolnym, zwłaszcza do 5. roku życia, przejawiać się mogą między innymi płaczem, krzykiem, drżeniem, przywieraniem do rodzica/opiekuna. Dziecko może poruszać się bez celu bądź zamierać, zastygać bez ruchu. Reakcjami na silny stres mogą być ssanie kciuka, moczenie nocne, silny lęk przed ciemnością. Zdarzają się powroty do zachowań charakterystycznych dla wcześniejszych okresów rozwojowych. Reakcje malucha są bardzo silnie uzależnione od reakcji opiekunów, zwłaszcza matki[4].

Szczególnie częstym problemem w praktyce lekarskiej jest moczenie nocne. Może ono nasilić się z chwilą pójścia do przedszkola lub pojawić się u dziecka, u którego enureza wcześniej nie występowała. Definiuje się ją jako powtarzające się niekontrolowane oddawanie moczu w ciągu dnia oraz moczenie nocne u dziecka, którego wiek biologiczny i rozwojowy wynosi ponad 5 lat. Ten schemat oddawania moczu musi występować co najmniej 2 razy w tygodniu przez 3 miesiące. Enureza została przez Międzynarodowe Towarzystwo Pediatryczne podzielona na 2 kategorie: jednoobjawową i niejednoobjawową. Pierwsza to niepowikłana enureza nocna (ang. *noctural enuresis*, NE; moczenie nocne) występująca każdej nocy przez 6 miesięcy, bez niekontrolowanego oddawania moczu w ciągu dnia. Jest ona objawem zaburzenia rozwoju psychicznego, bez towarzyszących zaburzeń organicznych. Wiele dzieci z NE ma wyższy próg pobudzenia i nie jest w stanie obudzić się ze snu z powodu uczucia pełnego pęcherza. Enureza powikłana lub niejednoobjawowa również może obejmować NE wraz z dziennym nietrzymaniem moczu i często bywa objawem innej choroby. Rozpoznanie obu odmian tego zjawiska wymaga wzięcia pod uwagę zarówno medycznych, jak i psychologicznych aspektów powyższych zaburzeń[2].

Jeżeli NE ma podłoże psychogenne w związku z fobią przedszkolną, to charakterystyczne jest, że podobnie jak większość innych objawów związanych z tą fobią, np. tiki, bóle brzucha, wymioty, ustępuje samoczynnie w krótkim czasie, jeśli rodzice zaniechają posyłania malucha do przedszkola. Większość dzieci wstydzi się swojego problemu, a celem leczenia jest pomoc w uzyskaniu kontroli nad pęcherzem i odzyskaniu poczucia własnej wartości.

Skuteczna pomoc pediatryczna

Jak lekarz pediatra może pomóc dziecku przeżywającemu silny lub przewlekły stres? Należy:

- słuchać i dziecka, i jego rodzica/opiekuna,
- akceptować uczucia dziecka i nie zaprzeczać im,
- zasugerować konieczność skorzystania z pomocy profesjonalisty (psycholog, psychiatra) i wskazać miejsce, gdzie można ją uzyskać.

Zachowania, których należy przede wszystkim unikać w przypadku postępowania z dzieckiem przeżywającym silny stres:

- zmuszanie go do opowiadania o swojej trudnej historii,
- mówienie, że „wszystko będzie w porządku",
- sugerowanie, co maluch powinien czuć w takiej sytuacji,
- mówienie mu, jak powinien postąpić,
- składanie obietnic, których nie można spełnić.

Lekiem, który można zalecić celem złagodzenia objawów niepokoju, może być **Viburcol**. Kompozycja tego preparatu zawiera składniki, które pod wieloma względami mają pozytywny wpływ na samopoczucie psychosomatyczne dziecka. Szczególnie polecany małym dzieciom w stanach niepokoju z różnych przyczyn, także przy objawach związanych zarówno z krótkotrwałym, jak i przewlekłym stresem. Własne doświadczenia wskazują na pozytywne wyniki stosowania Viburcolu u niektórych pacjentów z moczeniem nocnym o podłożu psychogennym. Preparat powinien być podawany na noc przez co najmniej 2 tygodnie.

Kolka niemowlęca

Głównym jej objawem jest płacz u zdrowego, dobrze przybierającego na wadze niemowlęcia. Zwykle zaczyna się w 4. tygodniu życia i ustępuje około 4.-5. miesiąca. Zazwyczaj występuje wieczorem i trwa ponad 3 godziny dziennie. Należy wykluczyć inne przyczyny płaczu i bólu brzucha. U niektórych dzieci istnieje związek z nietole-

rancją/alergią pokarmową, najczęściej problem stanowi mleko krowie[6]. Epizody krzyku, niepokoju dominują u dziecka z naprzemiennym zwijaniem i rozciąganiem całego ciała oraz okresami z wzdętym brzuszkiem. Jest to częsty problem w pierwszych miesiącach życia. Objawy pojawiają się najczęściej między 3. a 8. tygodniem życia i trwają wiele tygodni, w pojedynczych przypadkach nawet do 2. półrocza życia. Kolka niemowlęca występuje u większości dzieci zazwyczaj w godzinach popołudniowych i wieczorowych. Dotyczy zarówno tych karmionych piersią, jak i sztucznie[7].

Zgodnie z opublikowanymi w 2006 r. kryteriami rzymskimi III, określającymi zasady rozpoznawania i leczenia czynnościowych zaburzeń przewodu pokarmowego, aby rozpoznać kolkę, muszą być spełnione równocześnie u niemowlęcia do 4. miesiąca życia przedstawione poniżej warunki[8]:

- napady grymaszenia, rozdrażnienia lub płaczu rozpoczynające się i kończące bez określonej przyczyny,
- napady trwające co najmniej 3 godziny w ciągu doby, pojawiające się minimum 3 dni w tygodniu, co najmniej przez 3 tygodnie,
- rozwój dziecka i jego wzrastanie są prawidłowe.

Mimo długoletnich badań naukowych nie zostały do końca wyjaśnione przyczyny powstawania kolek u niemowląt. W literaturze niemieckiej rozważane są 4 koncepcje.

1. Niedojrzałość układu pokarmowego, w tym neuroendokrynnego, prowadzi do zaburzeń perystaltyki jelit. Fizjologiczne bodźce w postaci rozciągania ściany jelita przez pokarm czy też przez gazy jelitowe oraz uczucie parcia na stolec odbierane są jako bolesne, co wynika z niedojrzałości układu nerwowego odpowiadającego za czucie trzewne. W związku z fizjologiczną nietolerancją laktozy dochodzi do nadmiernego wytwarzania gazów. Podgrupa dzieci (około 10-15 proc.) z nasilonym płaczem rozwija nasiloną perystaltykę jelit jako skutek nietolerancji mleka (sztucznego i matki) bez wskazań na enteropatię lub zaburzenia wzrostu.
2. Zaburzone relacje między matką a dzieckiem, ewentualnie rodzicami a dzieckiem, wynikające z temperamentu niemowlęcia, nieadekwatnego zachowania rodziców, przenoszenia niepokoju rodziców na dziecko.
3. Kolki niemowlęce są ekstremalnym zakończeniem normalnego nasilonego krzyku niemowlęcia.
4. Etiologicznie zupełnie różne, ale klinicznie trudne do odróżnienia przyczyny kolki jelitowej, które są ujęte w pojęciu kolki niemowlęcej.

Przy jednoczesnym nasilonym ulewaniu jako przyczynę nasilonego płaczu niemowląt należy wykluczyć zapalenie przełyku spowodowane refluksem, włączając odpowiednie postępowanie diagnostyczne. Pod maską kolki niemowlęcej mogą objawiać się bóle brzucha związane między innymi z przejściową nietolerancją laktozy czy alergią pokarmową.

Leczenie kolki niemowlęcej

- **Interwencje dietetyczne**

W przypadku podejrzenia alergii pokarmowej stosuje się mieszanki oparte na o hydrolizatach białkowych lub zawierające tylko aminokwasy (tzw. żywność lecznicza), które prowadzą do znacznego obniżenia nasilenia zachowań krzykliwych. Ocenia się, że około 10 do 15 proc. dotkniętych kolką jelitową niemowląt odnosi korzyści z takiego leczenia i wydaje się, że przyczyna ma u nich podłoże alergiczne. Przy łagodzeniu objawów należy na 1 do 2 tygodni przeprowadzić test prowokacji, żeby unikać niepotrzebnej diety. Mieszanki sztuczne na bazie soi w pierwszym półroczu życia nie powinny być stosowane.

Zaleca się mleko krowie bez laktozy lub o obniżonym poziomie laktozy albo formuły hypoalergiczne HA z dodatkiem lub bez dodatku błonnika (np. Enfamil, Beba sensitiv, Comformil). Aktualny stan wiedzy nie pozwala jednak w sposób jednoznaczny na wyciągnięcie wniosków co do ich skuteczności, wymagane są dalsze badania.

W odniesieniu do podawania herbaty z ziołami istnieje tylko jedno badanie kontrolowane z użyciem placebo, które wykazało znaczącą poprawę w porównaniu z grupą kontrolną. Do stosowania zalecane są herbatki z kopru włoskiego, kminku, anyżu. Przygotowanie taniej herbatki na wzdęcia: łyżeczkę do herbaty kminku/kopru włoskiego zagotować w wodzie, pozostawić na 10 min i odcedzić przez sitko.

- **Interwencje farmakologiczne**

Dimetikon, simetikon – w badaniach kontrolowanych nie mają żadnych zalet w porównaniu z placebo. Wobec licznych substancji obecnych w tych zawiesinach nie zaleca się ich ze względu na niedowiedzione korzyści u małych niemowląt z kolkami[7].

Alkoholowe wyciągi z ziół nie mają żadnego udowodnionego pozytywnego działania i są niewskazane z uwagi na wysoką zawartość alkoholu.

Antycholinergiczne preparaty, np. Dicloverin, wykazują w wielu badaniach kontrolowanych placebo znaczną skuteczność w obniżaniu zachowań krzykliwych. Jednak z uwagi na poważne działania niepożądane nie zostały dopuszczone do stosowania w Niemczech.

Doradztwo psychologiczne – należy uspokoić rodziców i przekazać im dobre prognozowanie odnośnie do choroby. Zalecać unikania nadmiernej stymulacji niemowlęcia. Jak wykazano w badaniach kontrolnych, noszenie dziecka, imitacja jazdy samochodem nie przynoszą oczekiwanych efektów. Należy wzmacniać kompetencje rodziców odnośnie do rozpoznawania potrzeb niemowlęcia i adekwatnego reagowania[7]. Można wykonywać masaż brzuszka i inne czynności kojące (przytulanie).
Częstymi przyczynami płaczu niemowlęcia są: głód, zmarznięcie, zbyt ciasna odzież, szczelina odbytu, przemoczone pieluchy – należy zawsze wykluczyć takie sytuacje.

- **Ważne wskazówki**

Należy unikać ciągłych zmian, bezcelowe jest niekontrolowane przestawianie dziecka na różne sztuczne mieszanki. Nie należy odstawiać dziecka od piersi, trzeba wprowadzić dietę hipoalergiczną u matki (bez mleka, jaj, orzechów, ryb, pszenicy przez okres od 7 do 10 dni), należy suplementować wapń, poniżej 1000 mg.
Wyniki aktualnych badań są niejednoznaczne w odniesieniu do korzyści z zastosowania herbatek ziołowych czy preparatów o obniżonej wartości laktozy w leczeniu kolek niemowlęcych[7].
Nie ma przekonujących badań na temat skuteczności simetikonu, aczkolwiek z relacji rodziców dzieci z kolką wynika, że po jego zastosowaniu uzyskiwano poprawę kliniczną przy zastosowaniu przed każdym karmieniem w dawce ok. 40 mg[9].
Preparatem od lat zalecanym w łagodzeniu objawów kolki niemowlęcej jest Viburcol Plus, którego skuteczność w łagodzeniu objawów stanów niepokoju w kolce niemowlęcej została potwierdzona nie tylko badaniami obserwacyjnymi, lecz także latami praktyki.

Zapalenia błony śluzowej gardła

Pacjenci z bólem gardła w praktyce pediatrycznej stanowią znaczny odsetek wizyt, szacowany nawet do 30%. Objawom tym często towarzyszą gorączka lub stany podgorączkowe. W wielu przypadkach zapalenie gardła wymaga leczenia wyłącznie objawowego, z uwagi na najczęstszy wirusowy charakter infekcji. W praktyce jednak często bywa ono przyczyną niepotrzebnej antybiotykoterapii. U dzieci za stany zapalne gardła z podwyższoną ciepłotą najczęściej w (70-85 proc. przypadków) odpowiadają wirusy, natomiast u pacjentów dorosłych odsetek ten jest jeszcze wyższy i wynosi ponad 90 proc.[10].
Infekcje wirusowe cechuje na ogół obecność objawów nieżytowych, takich jak katar, kaszel, oraz w większości przypadków niewystępowanie odczynu węzłowego. Najczęściej wywołują je takie wirusy, jak: koronawirusy, rynowirusy, wirusy RSV, metapneumowirusy. Niektóre zakażenia wirusowe mają charakterystyczne objawy, co ułatwia określenie z dużym prawdopodobieństwem sprawczego patogenu. Zapaleniu gardła o etiologii adenowirusowej towarzyszy ropne zapalenie spojówek i nierzadko odczyn węzłowy. Charakterystyczny, powszechnie znany jest przebieg zakażenia wirusem Epsteina-Barr (mononukleoza zakaźna), pierwotnego zakażenia *Herpes simplex* (opryszczkowe zapalenie jamy ustnej) czy nabytej cytomegalii. Dla zakażenia wywołanego przez wirusy Coxsackie A i B (herpangina) znamienne są drobne pęcherzyki na łukach podniebiennych, które szybko pękają, a ich zejściem są punktowe bolesne owrzodzenia. Infekcje wirusowe gardła mają nierzadko przebieg bezgorączkowy.
Zapalenia gardła o etiologii wirusowej wymagają jedynie postępowania objawowego. Przeciwzapalnego, przeciwgorączkowego, a w przypadku małych dzieci, które często reagują niepokojem na dyskomfort związany z bólem, przeciwbólowego i uspokajającego. Preparatem stosowanym powszechnie przez pediatrów z dobrym efektem terapeutycznym, który łączy w sobie składniki o działaniu uspokajającym, przeciwzapalnym, wspomagającym zwalczanie gorączki i dolegliwości bólowych, jest **Viburcol**. We własnej praktyce dodatkowo zalecam stosowanie w stanach zapalnych gardła syropu z cebuli. W roślinie tej występuje między innymi kwercetyna, substancja o silnym działaniu przeciwzapalnym, która ma pozytywny wpływ także na zapalenie alergiczne, co potwierdziły badania naukowe przeprowadzone w Niemczech w ostatnich latach. Zawiera ponadto dużo jodu, selenu i wielu innych cennych składników. Cebula została wybrana na roślinę roku 2015 r. przez N.H.V. Theophrastus, firmę oceniającą w Niemczech co roku właściwości lecznicze roślin pod kątem zwalczania różnych chorób. Syrop z tej znanej od wieków leczniczej rośliny można stosować od 10. miesiąca życia na cukrze, powyżej roku na miodzie (codziennie przygotowywać świeży), 2-3 x dziennie w dawce po 5-10 ml przez kilka dni. Zalecam także przepajanie maluchów rumiankiem oraz płukanie gardła szałwią bądź roztworem soli u starszych dzieci. Niezwykle istotne jest oczyszczanie nosa i stymulowanie procesów naprawczych błony śluzowej nosa przez stosowanie np. Euphorbium. Przez lata zalecana przez lekarzy przy katarze infekcyjnym maść majerankowa, ostatnio jakby zapomniana, jest według mnie także godna rekomendacji. Staram się unikać nadmiaru leków o działaniu przeciwgorączkowym, zwłaszcza w formie syropów, które niezależnie od substancji czynnej zawierają między innymi alergizujące aromaty i konserwanty. Praktyka dnia codziennego wskazuje, że paracetamol wy-

jątkowo często uczula, natomiast substancje poprawiające walory smakowe i konserwanty jeszcze częściej. W takich przypadkach zalecam podawanie np. paracetamolu w tabletkach w dawce odpowiedniej do wieku (rozgnieść tabletkę w moździerzu) i w formie proszku z wodą lub naturalnym sokiem w małej ilości podać do buzi, najlepiej strzykawką.
W wyniku wieloletnich badań i doświadczeń dawkowanie paracetamolu ustalono u dzieci na 15 mg/kg m.c./na dawkę i do 90 mg/kg na dobę. W przeciwieństwie do ibuprofenu nie ma on żadnego działania przeciwzapalnego. Konieczność zwalczania gorączki wciąż budzi kontrowersje. Ze względu na brak badań wskazujących na korzyści płynące z takiego postepowania w leczeniu zakażeń układu oddechowego nie zaleca się go w przypadku zakażeń układu oddechowego[11].

- **Jak odróżnić zapalenie wirusowe gardła od infekcji paciorkowcowej?**

Paciorkowcową anginę charakteryzują zwykle wysoka ciepłota ciała, intensywne malinowe przekrwienie gardła, obrzęk migdałków (powszechnie podkreślane naloty na migdałkach mają mniejsze znaczenie diagnostyczne). Charakterystyczna jest adenopatia w okolicy kąta żuchwy oraz brak objawów nieżytowych (katar, kaszel). Czułość szybkich testów w rozpoznaniu wynosi 70-90 proc., a swoistość > 95 proc. Czułość posiewu wynosi 90-95 proc., a swoistość 100 proc. [10].
W przypadku zapalenia gardła, zwłaszcza u małych dzieci z objawami niepokoju i rozdrażnienia, z gorączką lub o przebiegu bezgorączkowym, można zastosować Viburcol po wykluczeniu podłoża bakteryjnego.

- **Ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy u dzieci**

Na całym świecie występuje w ciągu roku u 3-8 dzieci na 10 ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy. Biegunka jest najczęstszą przyczyną hospitalizacji w grupie wiekowej od 6 do 24 miesięcy. Jest to ostra choroba zakaźna, najczęściej o etiologii wirusowej. Spośród wirusów biegunki wywołują najczęściej rotawirusy, w następnej kolejności adenowirusy, astrowirusy, kaliciwirusy i parwowirusy. Schorzenie dotyczy jelita cienkiego i prowadzi do uszkodzenia enterocytów. Zmniejsza się liczba biegunek bakteryjnych, w tym zatruć *Salmonellą*. W Polsce nadal znaczną rolę odgrywa zakażenie wywołane przez pałeczki jelitowe bakteryjne z rodzaju *Entrobacteriaceae*.
W przebiegu tej jednostki chorobowej występują nagłe wymioty, następnie biegunka, często z bólem brzucha, nierzadko gorączka. Okres wylęgania wynosi od 2 do 7 dni. Niezwykle istotna jest kliniczna ocena stanu odwodnienia – w przypadku łagodnego dochodzi do utraty masy ciała poniżej 5 proc. Dziecko, poza suchością błon śluzowych i wzmożonym pragnieniem, prezentuje dobry stan kliniczny. Z odwodnieniem średnim mamy do czynienia przy utracie masy ciała w granicach 5-10 proc. Dziecko jest apatyczne, w stanie klinicznym średnim, ma zapadnięte gałki oczne, a w przypadku niemowląt ciemiączko. Odwodnienie ciężkie występuje przy utracie masy ciała powyżej 10-15 proc. W obrazie klinicznym dominują objawy, charakterystyczne jest obniżone napięcie skóry, skąpomocz, niskie ciśnienie krwi. Za odwodnienie krytyczne przyjmuje się utratę masy ciała poniżej 15 proc. Dziecko prezentuje objawy kliniczne ciężkiego wstrząsu ze stanem bezpośredniego zagrożenia życia.

Postępowanie terapeutyczne

Należy stosować roztwory do nawadniania doustnego (woda, elektrolity, węglowodany), podawane w małych ilościach nawet co 15-30 min. Czasem konieczne jest użycie sondy nosowo-żołądkowej. Obecnie preferuje się nawadniane dojelitowe (doustne, sonda), jeśli tylko to możliwe, należy unikać nawadniania dożylnego. **Podawanie płynów dojelitowo stwarza znacznie mniejsze ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej.** Płyny doustne najlepiej przyswajane są bezpośrednio po wymiotach. Wskazane jest podawanie preparatów dostępnych komercyjnie[6]. Przy dobrej tolerancji kontynuuje się żywienie doustne. Staranne mycie rąk zapobiega rozszerzeniu się infekcji. Dzieciom podajemy 2-3 razy więcej płynów niż zwykle. Utrzymujemy karmienie piersią co 3 godziny.
Nawadnianie doustne obejmuje zwykle 2 fazy:

1. uzupełniania płynów oszacowanego niedoboru w ciągu pierwszych 4-6 godzin; podaż 50-100 ml/kg/4 h, średnio 75 ml/kg, a przy wymiotach 5 ml co 1-2 minuty;
2. leczenia podtrzymującego (> 4 h): zaspokojenie podstawowego zapotrzebowania na płyny i uzupełnianie bieżącej utraty.

Zalecana podaż płynu do sondy nosowo-żołądkowej wynosi 40-50 ml/kg w ciągu 3-6 godzin i standardowe nawadnianie w ciągu 24 godzin według wyliczonego zapotrzebowania. U dzieci < 10 kg: 100 ml/kg; 10-20 kg: 100 ml + 50 ml na każdy kilogram powyżej 10 kg; > 20 kg: 150 ml + 20 ml na każdy kilogram powyżej 20 kg.
W profilaktyce odwodnienia nie należy stosować soków owocowych, coca-coli lub innych napojów gazowanych, które ze względu na dużą zawartość sacharozy lub innych cukrów są hiperosmolarne i mogą spowodować biegunkę osmotyczną nasilającą utratę wody. Nawadnianie dożylne stosuje się w przypadku wstrząsu, ciężkiego odwodnienia z zaburzeniami świadomości lub kwasicą, uporczywych wymiotów, braku poprawy mimo nawadniania doustnego[13].
Pełne wyzdrowienie następuje zwykle w ciągu 24-36 go-

dzin, ale objawy mogą utrzymywać się nawet do 10-14 dni, a w przypadku dzieci z niedoborami odporności jeszcze dłużej. Pacjent może wydalać wirusy i zakażać nawet po klinicznym powrocie do zdrowia. W przypadku salmonellozy wydalanie pałeczek bakterii może trwać wiele miesięcy.

Zakażenie salmonellą

We wszystkich krajach dochodzi często do ognisk epidemicznych zatrucia pokarmowego, natomiast zakażenia endemiczne szerzą się głównie wśród małych dzieci i niemowląt. Czynnikami narażenia są karmienie sztuczne niemowlęcia, niedobór odporności z powodu innych chorób lub dysbakterioza układu pokarmowego po antybiotykach.

Okres wylęgania u niemowląt wynosi od 3 do 60 dni, najczęściej 7-14 dni. Po zakażeniu u 50 proc. niemowląt pozostaje kilkumiesięczne nosicielstwo, po roku wykrywane jest jeszcze u 1 proc. pacjentów.

Rozpoznanie ustala się na podstawie posiewu z kału, moczu, krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Odczyn Widala u niemowląt ma niskie miano lub jest ujemny i nie odgrywa decydującej roli w różnicowym rozpoznaniu określającym szczep wywołujący.

Nie stosuje się antybiotyków w niepowikłanej biegunce o lekkim przebiegu. Nosicielstwa nie leczy się antybiotykiem, gdyż antybiotyki znacznie przedłużają nosicielstwo.

W ciężkich postaciach septycznych uogólnionych i narządowych stosuje się cefalosporyny, aminoglikozydy oraz alternatywnie sulfonamidy.

Dowodem na wyleczenie serologiczne są 3 ujemne posiewy[12].

We wszystkich nieżytach żołądkowo-jelitowych poza nawodnianiem dojelitowym i/lub parenteralnym wskazane jest podawanie probiotyków. Zaburzenie mikrobioty jelit (dysbioza) rzutuje na przebieg ciężkości nieżytu żołądkowo-jelitowego.

W zakażeniach przewodu pokarmowego zastosowanie **Viburcolu** u niemowląt i małych dzieci jest bezpieczną opcją terapeutyczną, która przekłada się na zmniejszenie dolegliwości żołądkowo-jelitowych.

Piśmiennictwo

1. Śniegulska M., Jak się objawia przewlekły stres u dziecka – typowe i nietypowe obrazy kliniczne, Pediatria po Dyplomie, wydanie specjalne, 2014; (10): 11-16.
2. Goldson E., Reynolds A., Rozwój i zachowanie dziecka, [w:] Pediatria. Diagnostyka i leczenie, tom I, Jackowska T. (red.), Czelej, Lublin 2011: 71-110.
3. Bryńska A., Zaburzenia lekowe i zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, [w:] Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci, Wolańczyk T., Komender J. (red.), Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010.
4. Śniegulska M., Jak się objawia przewlekły stres u dziecka? Typowe i nietypowe objawy, XI Kogres Akademii po Dyplomie. Co każdy pediatra wiedzieć powinien?, Pediatria 2014; 145-151.
5. Tarkowski Z., Dziecko lękliwe, [w:] Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2016; 43-74.
6. Hill S., Gastroenterologia, [w:] Choroby wieku dziecięcego, Milanowski A. (red.), Wydawnictwo lekarskie PZWL 2007; 253-295.
7. Koletzko S., Funktionelle Störungen des Gastrointestinaltrakts, [w:] Therapie der Krankheiten im Kindes und Jugendalter, Reinhard T (red.), 8. Auflage, Springer, München 2007; 1145-1146.
8. Hyman P.E., Milla P.J., Benning M.A. et al., Childhood functional gastrointestinal disordes: neonate/toddler, Gastroenterology 2006; 130(5): 1519: 15-26.
9. Jastrzębska I., Kolka niemowlęca, Pediatria po Dyplomie, Co każdy pediatra wiedzieć powinien, 2013; 6(17): 40-45.
10. Schabowski J. et al., Przyłóżkowe szybkie testy laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej, Forum Medycyny Rodzinnej 2008; 2(5): 358-364.
11. Albrecht P., Radzikowski A., Ozorowski T., Leczenie objawowe zakażeń układu oddechowego w świetle medycyny opartej na faktach, Standardy Medyczne Pediatria 2010; (7): 217-233.
12. Rutkowski Z., Zakażenia wywołane przez pałeczki jelitowe (*Enterobacteriaceae*), [w:] Choroby zakaźne i pasożytnicze u dzieci, Biblioteka Pediatry, PZWL, 200: 43-57.
13. Bąk-Romaniszyn L., Postępowanie diagnostyczno-lecznicze w ostrych biegunkach, Pediatria po Dyplomie 2016; (2): 19-26.

Ekstrakty tych roślin wchodzą w skład leku Viburcol compositum