

Ostre zapalenie ucha środkowego: leczenie przeciwbakteryjne czy obserwacja?

Denia A. Varrasso, MD

Acute Otitis Media: Antimicrobial Treatment or the Observation Option?

Current Infectious Disease Reports 2009; 11: 190-197

Tłum. lek. Wojciech Grądalski

Wytyczne American Academy of Pediatrics i American Academy of Family Physicians z 2004 r. dotyczące rozpoznawania ostrego zapalenia ucha środkowego (OZUŚ) i postępowania w tej chorobie uwzględniają obserwację jako metodę postępowania. Przesłanką do wprowadzenia tej metody jest to, że w wybranych przypadkach niepowikłanego OZUŚ dzięki obserwacji można odroczyć włączenie leczenia przeciwbakteryjnego, pod warunkiem spełnienia określonych kryteriów, do których należą pewność rozpoznania oraz nasilenie objawów choroby. Pomimo pewnych kontrowersji związanych z tym zaleceniem wielu lekarzy uznaje je za pomocne, przeczując, że nie wszystkie przypadki OZUŚ wymagają zastosowania leku przeciwbakteryjnego. Badania określające praktyczność, przydatność i efektywność tego zalecenia oraz gotowość do jego zaakceptowania wypadły pozytywnie. Otrzymało ono także pełne poparcie Centers for Disease Control and Prevention (Centrum Monitorowania i Zapobiegania Chorobom). Zalecenie to wciąż budzi jednak wątpliwości i spotyka się z niechęcią ze strony środowiska medycznego. Dyskusja dotycząca słuszności tej metody toczy się w sytuacji narastającej oporności na leki przeciwbakteryjne.

Wprowadzenie

W USA obciążenie związane z ostrym zapaleniem ucha środkowego (OZUŚ) jest ogromne. Wśród dzieci w wieku szkolnym schorzenie to jest najczęstszym powodem wizyt u lekarza. Statystycznie 83% dzieci do 3. r.ż. przejdzie co najmniej jeden epizod OZUŚ. Przed 2000 r. (kiedy wprowadzono siedmiowalentną szczepionkę przeciwko pneumokokom) liczbę wizyt lekarskich spowodowanych OZUŚ szacowano na 24,5 mln, a ich roczny

koszt na 5 mld dol. OZUŚ jest zarazem najczęstszą w USA przyczyną przepisywania leków przeciwbakteryjnych dzieciom (ok. 15 mln recept rocznie) i z tego powodu stanowi istotny czynnik wpływający na narastanie oporności bakterii na te leki. Zjawisko to staje się ważnym problemem w praktyce klinicznej.¹ Obawy dotyczące wzrostu wskaźników oporności na leki przeciwbakteryjne oraz zwiększających się kosztów opieki zdrowotnej zwróciły uwagę środowiska medycznego i opinii publicznej na potrzebę rozważnego stosowania tej grupy leków. Ponadto rosnąca lekooporność wielu patogenów będących czynnikami etiologicznymi OZUŚ doprowadziła do częstszego wybierania leków przeciwbakteryjnych o szerokim spektrum działania, które są z reguły droższe.²

Niekiedy lekarze przepisują leki przeciwbakteryjne z altruistycznych pobudek, kierując się względami socjoekonomicznymi. Placówki dziennej opieki nad dziećmi nie przyjmują dzieci chorych ani z gorączką, więc jeśli oboje rodzice pracują, jeden z nich musi wziąć zwolnienie na opiekę nad dzieckiem, co wiąże się z utratą części wynagrodzenia.³ Należy jednak pamiętać, że zastosowanie leku przeciwbakteryjnego nie przynosi natychmiastowego efektu, korzyści obserwuje się nie wcześniej niż po upływie 24 h od rozpoczęcia terapii. Ponadto placówki dziennej opieki nad dziećmi nie przyjmują także dzieci z biegunką, a niezwłoczne włączenie leczenia przeciwbakteryjnego w OZUŚ zwiększa dwukrotnie częstość występowania biegunki w porównaniu z metodą wstępnej obserwacji.⁴ Większość objawów OZUŚ ustępuje samoistnie i niezależnie od zastosowanej terapii lekami przeciwbakteryjnymi.

Od 1998 r. New York State Department of Health Patient Safety Center zajmuje się zagad-

Tabela 1. Kryteria zastosowania leczenia przeciwbakteryjnego lub obserwacji u dzieci z OZUŚ

Wiek	Pewne rozpoznanie	Niepewne rozpoznanie
<6. m.ż.	Leczenie przeciwbakteryjne	Leczenie przeciwbakteryjne
6. m.ż.-2. r.ż.	Leczenie przeciwbakteryjne	Leczenie przeciwbakteryjne przy nasilonych objawach Obserwacja,* gdy objawy są łagodne
≥2. r.ż.	Leczenie przeciwbakteryjne przy nasilonych objawach Obserwacja,* gdy objawy są łagodne	Obserwacja*

* Obserwacja powinna być stosowana tylko wówczas, gdy możliwe jest zachowanie ciągłości opieki nad chorym dzieckiem i włączenie leczenia przeciwbakteryjnego w przypadku utrzymywania się objawów choroby lub ich zaostrzenia.
Łagodne objawy to nieznaczny ból ucha i gorączka <39°C w ciągu ostatnich 24 h. Nasilone objawy to ból ucha umiarkowany do silnego lub gorączka ≥39°C.
Rozpoznanie OZUŚ jest pewne, gdy spełnione są jednocześnie 3 kryteria: nagły początek choroby, objawy wysięku w uchu środkowym oraz przedmiotowe i podmiotowe objawy zapalenia ucha środkowego.
OZUŚ – ostre zapalenie ucha środkowego
(Niniejsza tabela została zmodyfikowana za zgodą New York State Department of Health oraz New York State Otitis Project Committee.⁶ Z: American Academy of Pediatrics and the American Academy of Family Physicians Clinical Practice Guideline Subcommittee on Management of Acute Otitis Media,² za zgodą ww. podmiotów).

nieniami takimi jak: trafność diagnostyczna, rozważne i oparte na dowodach stosowanie leków przeciwbakteryjnych oraz ich ostrzeżenie przez rodziców i lekarzy, a także edukacja.⁵ Efektem prac komitetu New York State Otitis Project było opracowanie Observation Option Toolkit – zestawu materiałów informacyjnych dotyczących metody obserwacji.⁶

Materiały te trafiły do 40 tys. pediatrów oraz lekarzy rodzinnych. Gdy lekarze dostrzegli problem lekooporności drobnoustrojów oraz niepewności stawianej diagnozy, działania komitetu spotkały się z powszechnym poparciem. Wielu lekarzy obawiało się jednak, że metoda ta nie zostanie zaakceptowana przez rodziców i opiekunów, jeśli nie będzie rekomendowana przez American Academy of Pediatrics (AAP) lub American Academy of Family Physicians (AAFP). Mimo że wymienione organizacje poparły stosowanie tej metody, wciąż budzi ona kontrowersje. Lekarze obawiają się, że rodzice nie zaakceptują takiego postępowania,^{7,8} ponieważ w przypadku rodzin, w których oboje rodzice pracują, rozwiązanie takie jest niepraktyczne i wiąże się z dodatkowymi kosztami.⁹ Przeprowadzone na dużą skalę badania naukowe dotyczące tych wytycznych poddano wnikliwej analizie.¹⁰ Z drugiej strony metoda obserwacji ma swoich zwolenników i zyskała akceptację wielu rodziców.^{11,12}

Definicje

W trakcie dyskusji dotyczącej ostrego zapalenia ucha środkowego pojęcia „czujne wyczekiwanie” (*watchful waiting*) oraz „obserwacja” (*observation*) były używane zamiennie. Od czasu opublikowania wytycznych praktyki klinicznej dotyczących rozpoznawania i leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego² oraz wysiękowego zapalenia ucha środkowego¹³ wspomniane terminy rozróżniono i nadano im odrębne znaczenie.

„Czujnym wyczekiwaniem” określa się trzymiesięczny okres monitorowania dziecka chorującego na wysiękowe zapalenie ucha środkowego (WZUŚ), bez stosowania leków przeciwbakteryjnych, rozpoczynający się w dniu pojawienia się wysięku (jeśli dzień ten jest znany) lub w dniu ustalenia rozpoznania (jeśli nie można określić początku wysięku).

„Obserwacja”, „wstępna obserwacja” lub „metoda obserwacji” u dziecka z OZUŚ to odroczenie włączenia leczenia przeciwbakteryjnego o 48-72 h, podczas których prowadzi się tylko leczenie objawowe.

Wytyczne praktyki klinicznej: Rozpoznawanie i leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego

W maju 2004 r. AAP i AAFP opublikowały wytyczne praktyki klinicznej dotyczące rozpoznawania i leczenia OZUŚ.² Oparte na dowodach naukowych wytyczne zawierały wskazówki dla lekarzy pierwszego kontaktu odnośnie postępowania z dziećmi w wieku od 2. m.ż. do 12. r.ż. chorującymi na niepowikłane OZUŚ.

W USA w leczeniu OZUŚ rutynowo stosuje się leki przeciwbakteryjne, natomiast w niektórych krajach europejskich w początkowym okresie choroby często podejmuje się leczenie objawowe, a leczenie przeciwbakteryjne włącza się w przypadku braku poprawy klinicznej.

Zalecenia AAP/AAFP można podsumować w poniższy sposób:²

Zalecenie 1: Aby rozpoznać OZUŚ, lekarz powinien stwierdzić nagły początek choroby i objawy wysięku w uchu środkowym oraz wykazać obecność objawów podmiotowych i przedmiotowych zapalenia ucha środkowego.

Zalecenie 2: Postępowanie w OZUŚ powinno uwzględniać ocenę nasilenia bólu i jego leczenie.

Zalecenie 3A: W przypadkach niepowikłanego OZUŚ u dziecka lekarz może zdecydować o niewłączeniu leku przeciwbakteryjnego; decyzja taka powinna opierać się na ocenie prawdopodobieństwa trafności diagnozy, wieku dziecka, stopnia nasilenia objawów oraz możliwości monitorowania stanu pacjenta.

Zalecenie 3B: Jeśli podjęto decyzję o włączeniu leku przeciwbakteryjnego, u większości dzieci zaleca się stosowanie amoksylicyny (80-90 mg/kg/d).

Zalecenie 4: Jeśli po upływie 48-72 h od rozpoczęcia leczenia stan pacjenta się nie poprawia, lekarz powinien dokonać ponownej oceny i, jeśli pacjent był dotąd obserwowany, włączyć leczenie przeciwbakteryjne lub zmienić stosowany lek przeciwbakteryjny na inny.

Zalecenie 5: Lekarz powinien zachęcać do zapobiegania OZUŚ przez ograniczanie czynników ryzyka, do których należą m.in.: karmienie w pozycji leżącej, stosowanie leków uspokajających u dzieci >6. m.ż., ekspozycja na dym tytoniowy.

Zalecenie 6: Nie sformułowano zaleceń odnośnie leczenia OZUŚ metodami medycyny komplementarnej i alternatywnej, ponieważ dostępne dane są niewystarczające i niejednoznaczne.

W zaleceniach podkreślono, że wdrożenie wytycznych, szczególnie jeśli rozważa się zastosowanie obserwacji, powinno być poprzedzone prawidłowym rozpoznaniem OZUŚ, potwierdzonym badaniem otoskopii pneumatycznej.² Do rozpoznania OZUŚ wymagane jest stwierdzenie wszystkich poniższych kryteriów: 1) nagle pojawienie się objawów podmiotowych i przedmiotowych zapalenia ucha środkowego oraz wysięku; 2) stwierdzenie wysięku w uchu środkowym, na co wskazuje obecność *co najmniej jednego* z poniższych objawów: uwypuklenie błony bębenkowej, ograniczenie ruchomości błony bębenkowej lub jej unieruchomienie, poziom płynu widoczny za błoną bębenkową, wyciek z kanału słuchowego zewnętrznego; oraz 3) objawy podmiotowe i przedmiotowe zapalenia ucha środkowego pod postacią albo wyraźnego zaczerwienienia błony bębenkowej, *albo* silnego bólu ucha (otalgia) – dyskomfortu jednoznacznie lokalizowanego w uchu, który upośledza normalną aktywność dziecka lub sen. Jeśli nie udaje stwierdzić któregoś z wymienionych elementów, oznacza to, że ustalona diagnoza jest niepewna.

Zalecenie 3A wytycznych praktyki klinicznej: Metoda obserwacji

Metoda obserwacji oznacza odroczenie leczenia przeciwbakteryjnego na 48-72 h w wybranych przypadkach OZUŚ u dzieci i ograniczenie postępowania w tym okresie do leczenia objawowego. Decyzję o wyborze metody obserwacji lub leczenia podejmuje się, biorąc pod uwagę wiek dziecka, pewność ustalonej diagnozy oraz nasilenie objawów choroby. W okresie obserwacji, gdy leczenie przeciwbakteryjne jest odroczone, rodzice powinni pozostawać w stałym kontakcie z lekarzem. Musi także istnieć możliwość ponownego zbadania dziecka. Rodzice powinni ponadto mieć łatwy dostęp do leku, na wypadek gdyby jego zastosowanie okazało się niezbędne.

Dzieci <6. m.ż. są w grupie zwiększonego ryzyka wystąpienia poważnego zakażenia, dlatego niezależnie od pewności rozpoznania należy w tym przypadku bezzwłocznie rozpocząć podawanie leku przeciwbakteryjnego. Dzieci od 6. m.ż. do 2. r.ż., u których rozpoznanie nie budzi wątpliwości, także znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka i powinny od razu otrzymać leczenie przeciwbakteryjne. Metodę obserwacji można zastosować tylko u ogólnie zdrowych dzieci z powyższego przedziału wiekowego, z łagodnymi objawami choroby podczas badania, u których rozpoznanie OZUŚ jest pewne, oraz u dzieci w wieku ≥ 2 lat z ostrym zapaleniem ucha o łagodnym przebiegu, gdy diagnoza jest pewna. W tych sytuacjach możliwe jest, że w czasie okresu obserwacji nastąpi poprawa bez stosowania leku przeciwbakteryjnego. W związku z tym AAP/AAFP² zalecają zróżnicowanie postępowania w za-

leżności od wieku pacjenta, nasilenia objawów choroby i pewności rozpoznania (tab. 1).

W wytycznych opracowanych przez AAP/AAFP omówiono dane odnoszące się do tej metody postępowania. Pochodzące z ostatnich 30 lat kontrolowane placebo badania nad OZUŚ pokazują, że u większości wyleczenie następuje bez podawania leku przeciwbakteryjnego. W ciągu pierwszych 24 h zmniejszenie nasilenia objawów notuje się u 61% dzieci, bez względu na to, czy przyjmują one placebo, czy lek przeciwbakteryjny. Po 7 dniach u 75% dzieci dochodzi do ustąpienia objawów.

Ryzyko wystąpienia zapalenia wyrostka sutkowatego (*mastoiditis*) w początkowym okresie obserwacji nie zwiększa się, pod warunkiem że dzieci pozostają pod baczna obserwacją, a w razie braku poprawy klinicznej włączane jest leczenie przeciwbakteryjne. Mimo możliwości wystąpienia bakteriemii w przebiegu OZUŚ brakuje przekonujących dowodów na to, że rutynowe włączanie leczenia przeciwbakteryjnego zapobiega bakteryjnemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.

Zgodnie z wytycznymi i w świetle dostępnych danych lekarze mogą rozważyć obserwację z towarzyszącym leczeniem objawowym jako opcję początkowego postępowania w wybranych przypadkach OZUŚ u dzieci. Obserwacja jest godną uwagi opcją tylko wówczas, gdy możliwe jest zachowanie ciągłości opieki nad chorym dzieckiem, a w przypadku utrzymywania się objawów choroby lub ich zaostrzenia można włączyć leczenie przeciwbakteryjne.

W podsumowaniu wytycznych jest zawarta informacja o możliwości wystawienia recepty na lek przeciwbakteryjny z zaleceniem jej zrealizowania w ciągu 48-72 h w razie braku poprawy. Lekarz powinien wybrać najodpowiedniejszą strategię postępowania, biorąc pod uwagę obecność i wiarygodność rodzica, możliwość wyznaczenia terminu kolejnej wizyty, koszt dla systemu opieki zdrowotnej i rodziny pacjenta, a także komfort rodziny.

Metoda obserwacji od czasu publikacji wytycznych

W środowisku medycznym poziom akceptacji metody obserwacji jest niski. Lekarze pozostali sceptyczni, mimo że przeprowadzone do tej pory badania wykazały, że metoda ta jest powszechnie dostępna, łatwa w zastosowaniu, akceptowana przez rodziców i zarazem potrzebna w praktyce klinicznej w postępowaniu w niepowikłanym OZUŚ (tab. 2).

Badanie przeprowadzone wkrótce po opublikowaniu wytycznych AAP/AAFP pokazało, że rodzice mogą zaakceptować metodę obserwacji wstępnej, gdy wyjaśni im się zasady takiego postępowania i jeśli mają możliwość włączenia się w proces podejmowania decyzji.¹¹ Spośród 160 udzielających odpowiedzi lekarzy 38% nigdy nie stosowało opcji obserwacji u dzieci >2. r.ż., 39% rzadko stosowało tę metodę, 17% czasem z niej korzystało, a 6% stosowało ją w większości przypadków.

Jednocześnie inne badanie wykazało, że u większości dzieci z OZUŚ o łagodnym przebiegu odnotowano poprawę bez stosowania leków przeciwbakteryjnych.¹⁴ Nie wykazano różnic w poziomie zadowolenia rodziców dzieci poddawanych obserwacji względem rodziców, których dzieci przyjmowały lek przeciwbakteryjny.

W żadnej z grup nie odnotowano także ciężkich powikłań w przebiegu OZUŚ. W grupie leczenia przeciwbakteryjnego wykazano jednak więcej działań niepożądanych związanych ze stosowaniem leku. W grupie obserwacji liczba recept na lek przeciwbakteryjny została zredukowana o 73%, co przyniosło wymierne oszczędności. Wnioski z przytaczanego badania są następujące: jeśli spełnione są warunki obserwacji, metoda ta jest akceptowalną alternatywą dla bezzwłocznego włączenia leków przeciwbakteryjnych u wybranych dzieci z OZUŚ o łagodnym przebiegu.

Wyniki ankiety rozesłanej do lekarzy po raz pierwszy w październiku 2004 r.,⁷ wkrótce po opublikowaniu wytycznych, a następnie w marcu 2006 r.⁸ pokazują stanowisko lekarzy wobec wytycznych oraz uwidaczniają panujące tendencje. Z pierwszej ankiety wynikało, że 90% lekarzy słyszało o wytycznych, lecz jedynie 16% stosowało otoskopię pneumatyczną do potwierdzenia rozpoznania OZUŚ; 88% uznało obserwację za racjonalną opcję postępowania w wybranych przypadkach OZUŚ, a wśród tej grupy 10% lekarzy stosowało wspomnianą metodę; 75% lekarzy nie obawiało się potencjalnych powikłań OZUŚ lub obawiało się ich w niewielkim stopniu.⁷ W drugiej ankiecie okazało się, że 83% lekarzy (różnica nieistotna statystycznie) uznało obserwację za rozsądną opcję postępowania, a stosowało ją 15%.⁸ Za czynniki utrudniające wprowadzenie powyższej metody lekarze uznali niechęć rodziców (83%) oraz trudności w odpowiednim monitorowaniu stanu dziecka (16%). To, że to właśnie stanowisko rodziców zostało uznane za przeszkodę we wprowadzeniu metody obserwacji, potwierdza istnienie w środowisku medycznym mitu na ten temat (patrz rozdz. „Akceptacja rodziców”).

Lekarze zwracali uwagę na to, że krótki czas przeznaczony na przyjęcie pacjenta uniemożliwia dostateczne wyjaśnienie rodzicom przyczyn zaniechania wypisania recepty, natomiast jej wypisanie i rozpoczęcie leczenia trwają krócej. Wyniki badania przeprowadzonego na grupie dzieci z wirusowymi zakażeniami górnych dróg oddechowych podważają jednak opinię, zgodnie z którą niewypisanie recepty trwa dłużej.¹⁵ Dowiedziono, że mimo częstego przepisywania leków przeciwbakteryjnych w przypadkach wirusowych zakażeń górnych dróg oddechowych u dzieci (39% czasu) procedura związana z zaniechaniem przepisania leku przeciwbakteryjnego nie trwa dłużej.

Ponownie przeanalizowano wiarygodne badania stanowiące podstawę sformułowania wytycznych. Analiza została ostatecznie wykonana na podstawie 12 badań obserwacyjnych prowadzonych od 1958 do 2005 r. oraz 13 badań retrospektywnych z lat 1968-2006. Ocenie poddano przyjęte w projektach badań kryteria diagnostyczne, kryteria włączenia oraz wyłączenia.¹⁰ Według badaczy różnorodność przyjętych rozwiązań metodologicznych sprawia, że wytyczne dotyczące obserwacji należy rozważyć ponownie, do czasu przeprowadzenia lepszych badań.

W 2003 r. agencja Centers for Disease Control and Prevention rozpoczęła kampanię pt. „Get Smart: Know When Antibiotics Work” („Bądź mądrzejszy! Dowiedz się, kiedy antybiotyk zadziała”). Jej celem było przekazanie pacjentom i pracownikom ochrony zdrowia wiedzy na temat racjonalnego stosowania leków prze-

Tabela 2. Podsumowanie badań nad metodą obserwacji

Badanie	Projekt	Populacja	Interwencja	Rezultaty	Wyniki	Wnioski
Finkelstein i wsp. ¹¹	Ankieta z randomizacją	292 pediatrów i lekarzy rodzinnych oraz 5129 rodziców dzieci w wieku 0-2. r.ż. przydzielonych do 16 podgrup	Grupa A: 8 podgrup zostało objętych szkoleniem dotyczącym racjonalnego stosowania leków przeciwbakteryjnych. Grupa B: 8 podgrup kontrolnych bez interwencji	Ankiety zwróciło 160 pediatrów i lekarzy rodzinnych oraz 2054 rodziców dzieci w wieku 0-2. r.ż.	Rodzice: nie wykazano różnic w odpowiedziach rodziców poddanych interwencji w porównaniu z grupą kontrolną: 34% byłoby zadowolonych z metody wstępnej obserwacji; 26% miałoby stosunek neutralny; 40% byłoby niezadowolonych. Lekarze z Grupy A byli bardziej skłonni do stosowania obserwacji (10% w porównaniu z 0% z Grupy B)	Większość lekarzy przyznała się do okazjonalnego stosowania metody obserwacji. Wielu rodziców zgłaszało wątpliwości, jednak poziom akceptacji zwiększał się w grupie edukowanej i u rodziców zaangażowanych w proces podejmowania decyzji medycznych. Aby wprowadzić metodę obserwacji do powszechnego użytku, konieczne jest dokonanie gruntownych przemian, zarówno wśród rodziców, jak i lekarzy
Siegel i wsp. ¹⁸	Prospektywne badanie obserwacyjne	194 dzieci z niepowikłanym OZUS (w wieku 1.-12. r.ż.) włączonych do programu badawczego realizowanego przez lekarzy pediatrów	Leki przeciwbólowe i recepta na leki przeciwbakteryjne do realizacji w przypadku braku poprawy po upływie 48h	175 ukończonych badań wraz raportami z wizyt kontrolnych po 5-10 dniach	Tylko 31% zrealizowanych recept. 78% rodziców uznało leczenie przeciwbólowe za wystarczająco skuteczne. 63% rodziców chciało by leczyć kolejne epizody choroby bez użycia leków przeciwbakteryjnych	Grupa rodziców uważa, że leczenie przeciwbólowe oraz możliwość wykupienia w razie potrzeby leku przeciwbakteryjnego jest akceptowalną formą postępowania w OZUS. Dzięki takim działaniom można ograniczyć stosowanie leków przeciwbakteryjnych
McCormick i wsp. ¹⁴	Prospektywne badanie z randomizacją	223 dzieci z OZUS (od 6. m.ż. do 12. r.ż.)	Grupa A (n=112) z przepisaniem lekiem przeciwbakteryjnym; Grupa B (n=111) poddanych obserwacji	Wizyta kontrolna na 12 i 30 dni później, w trakcie której badano błonę bębenkową, wykonano tympanogram oraz ustalono dawki leków przeciwbólowych	Grupa A: po 12 dniach u 69% prawidłowa błona bębenkowa, u 25% prawidłowy tympanogram. Mniej dawek leków przeciwbólowych. Zmniejszenie niepowodzeń leczenia przeciwbakteryjnego o 16%. Więcej działań niepożądanych leków przeciwbakteryjnych. Średni koszt leku przeciwbakteryjnego: 47,41 dol. na osobę. Grupa B: po 12 dniach u 51% prawidłowa błona bębenkowa, u 10% prawidłowy tympanogram. 66% badań zakończonych bez leczenia przeciwbakteryjnego. Redukcja przepisanych leków przeciwbakteryjnych o 73%. Średni koszt leku przeciwbakteryjnego: 11,43 dol. na osobę. Nie odnotowano różnic między grupami odnośnie ciężkich powikłań związanych z OZUS, częstości wizyt u lekarza lub na oddziale pomocy doraźnej, konsultacji telefonicznych ani liczby opuszczonych dni w pracy/szkole/przedszkolu	Obserwacja może stanowić akceptowalną alternatywę dla bezwłocznego podania leku przeciwbakteryjnego u wybranych dzieci z OZUS o łagodnym przebiegu

	Spirito i wsp. ¹⁹	Badanie kontrolowane z randomizacją	283 dzieci z OZUŚ (6. m.ż.-12. r.ż.) badanych na oddziale pomocy doraźnej	A (n=138): leczenie przeciwbólowe i wystawienie recepty na lek przeciwbakteryjny „na wszelki wypadek”. Grupa B (n=145): leczenie przeciwbólowe i standardowa recepta	Wizyty kontrolne po 4-6, 11-14 i 30-40 dniach	Grupa A: 62% niezrealizowanych recept. Recepty realizowano z powodu gorączki i bólu ucha. Grupa B: 13% niezrealizowanych recept. Nie wykazano różnic między grupami pod względem nawrotów (gorączka, ból ucha, wizyty lekarskie z innych przyczyn)	Observacja istotnie zmniejszyła niepotrzebne użycie leków przeciwbakteryjnych i może stanowić alternatywę dla standardowego postępowania
	Chao i wsp. ¹²	Prospektywne badanie z randomizacją	232 dzieci (2-12 lat) spełniających kryteria niepokwiklanego OZUŚ, badanych na oddziale pomocy doraźnej	Grupa A (n=100): leczenie przeciwbólowe i obserwacja. Grupa B (n=106): leczenie przeciwbólowe i obserwacja oraz wystawienie recepty z zaleceniem jej realizacji, gdy po 2-3 dniach nie nastąpi poprawa	2 wizyty kontrolne po 3 i 7 dniach	Grupa A: 87% a następnie 81% uczestników nie zastosowało leku przeciwbakteryjnego ani nie konsultowało się z innym lekarzem. 91% rodziców było zadowolonych. Grupa B: 62% a następnie 53% nie zastosowało leku przeciwbakteryjnego ani nie konsultowało się z innym lekarzem. 95% rodziców było zadowolonych. W żadnej z grup nie zgłoszono powikłań	Zastosowanie obserwacji zmniejszyło użycie leków przeciwbakteryjnych bez negatywnego wpływu na satysfakcję z wizyty na oddziale pomocy doraźnej
	Fischer i wsp. ²¹	Prospektywne badanie obserwacyjne	144 dzieci (≥ 2. r.ż.) spełniających kryteria niepokwiklanego OZUŚ, badanych na oddziale pomocy doraźnej	Leczenie przeciwbólowe i recepta na leki przeciwbakteryjne do realizacji w przypadku braku poprawy po upływie 48-72h	Codzienna wizyta kontrolna przez pierwsze 3 dni, następnie po 7 i 30 dniach	73% (n=105) osób wyzdrowiało bez stosowania leków przeciwbakteryjnych. U 6% (n=6) wystąpił co najmniej jeden epizod wymiotów lub biegunki. U 27% (n=39) osób zastosowano leki przeciwbakteryjne; spośród nich u 54% (n=21) kurację rozpoczęto w trakcie pierwszych 72 h bólu ucha. U 28% (n=11) wystąpił co najmniej jeden epizod wymiotów lub biegunki podczas przyjmowania leku przeciwbakteryjnego. W żadnej z grup nie odnotowano ropnych powikłań (zapalenie wyrostka sutkowatego czy zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych)	Metodę obserwacji można bezpiecznie zalecać na oddziale pomocy doraźnej; pozwala zredukować użycie leków przeciwbakteryjnych o ponad 70%. Taka strategia postępowania mogłaby znacząco ograniczyć ilość leków przeciwbakteryjnych przepisywanych z powodu OZUŚ.
	Pichichero i wsp. ¹⁰	Metaanaliza	12 badań obserwacyjnych obejmujących lata 1958-2005; 13 badań retrospektywnych z lat 1968-2006	Przeszukiwanie baz danych Medline oraz EMBASE	Postępowanie bez użycia leku przeciwbakteryjnego u dzieci z OZUŚ	Niespójności w rozpoznawaniu i kryteriach wykluczenia (różnice w wieku między grupami uczestników, oraz w nasileniu objawów choroby i w wywiadach)	Aktualne dane popierające metodę obserwacji u dzieci z OZUŚ powinny zostać ponownie rozważone do czasu przeprowadzenia lepszych badań

ciwbakteryjnych. Metoda obserwacji w OZUŚ spotkała się z poparciem Centers for Disease Control and Prevention; jej opis włączono do opublikowanych przez tę instytucję informacji dla lekarzy dotyczących zapalenia ucha środkowego u dzieci oraz do innych opracowań dotyczących leczenia dzieci.¹⁶

Zapasowa recepta

Z uwagi na to, że do tej pory OZUŚ leczono za pomocą leków przeciwbakteryjnych, rodzice chorych dzieci oczekują wypisania recepty na taki lek. Niektórzy lekarze ulegali naciskom rodziców, ponieważ nie czuli się pewnie, pozostawiając pacjenta bez takiej recepty nawet wówczas, gdy rozpoznanie nie było pewne. Gdyby stan dziecka nie poprawił się samoistnie bez podawania leków przeciwbakteryjnych, rodzice musieliby po kilku dniach ponownie pojawić się u lekarza, opuszczając dzień w pracy.

Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przez Catesa¹⁷ wykazało, że przepisując receptę w OZUŚ z zaleceniem zrealizowania jej w przypadku braku poprawy po 48 h obserwacji, możliwa jest 20% redukcja użycia leków przeciwbakteryjnych w leczeniu tej choroby. W trakcie opracowywania wytycznych jedno badanie przeprowadzone w USA analizowało możliwość zrealizowania wystawionych „na wszelki wypadek” recept, wraz z pouczeniem, że powinny one zostać wykupione przez rodziców jedynie w razie konieczności, tj. przy braku poprawy klinicznej po 2-3 dniach.¹⁸ W badaniu wykazano, że jedynie 31% rodziców, którzy przyszli na wizytę kontrolną, zrealizowało receptę na lek przeciwbakteryjny. Przeważająca większość rodziców wykazywała chęć leczenia OZUŚ tylko za pomocą leków przeciwbólowych.

W innym badaniu, przeprowadzonym na oddziale pomocy doraźnej, porównywano realizację recept z odroczone terminem realizacji recept standardowych.¹⁹ Wykazano istotną (62%) redukcję niepotrzebnego użycia leków przeciwbakteryjnych u badanych dzieci z OZUŚ. Nie wykazano różnic między grupami pod względem nawrotów (gorączka, ból ucha, potrzeba odbycia kolejnej wizyty lekarskiej).

W ostatnim czasie ukazało się inne badanie, przeprowadzone na grupie dzieci z populacji miejskiej przyjętych przez szpitalny pediatryczny oddział pomocy doraźnej, porównujące przestrzeganie zasad opóźnionego leczenia OZUŚ przez rodziców, którzy otrzymali receptę, i przez rodziców, którzy jej nie otrzymali.¹² Po trzech dniach w grupie leczenia zachowawczego (obserwacji) w 81% przypadków nie zastosowano leczenia przeciwbakteryjnego w porównaniu z 53% w grupie pacjentów z wypisaną wcześniej receptą. Między grupami nie było różnic w zadowoleniu z wizyty: 91% osób było bardzo zadowolonych, a 95% wyjątkowo zadowolonych. Nie zgłoszono także żadnych powikłań. Metoda obserwacji z wypisaną receptą lub bez niej były tak samo dobrze akceptowane przez rodziców. Dane te sugerują, że metoda obserwacji zalecana przez lekarzy z dziecięcych oddziałów pomocy doraźnej pozwala na redukcję zastosowania leczenia przeciwbakteryjnego bez negatywnego wpływu na poziom zadowolenia z wizyty lekarskiej.

Metoda obserwacji na oddziale pomocy doraźnej

Wprowadzaniu metody obserwacji na szpitalnych oddziałach pomocy doraźnej towarzyszyły obawy. W warunkach tych oddziałów nie można było zagwarantować wizyty kontrolnej, ponadto podawano w wątpliwość, czy rodzice zaakceptują takie postępowanie. Okazało się jednak, że metoda obserwacji z wypisaną „na zapas” receptą była stosowana z sukcesem, zgodnie z wynikami przeprowadzonych wcześniej badań, i przyniosła pozytywne wyniki w postaci redukcji użycia leków przeciwbakteryjnych bez zmniejszenia zadowolenia z porady lekarskiej.

Z drugiej strony retrospektywne badanie przeprowadzone przez National Hospital Ambulatory Medical Care Survey wykazało niewielki wzrost odsetka osób przyjmujących leki przeciwbakteryjne: 79,2% w 1996 r. wobec 91,3% w 2005 r.²⁰ Autorzy badania wskazali kilka powodów, dlaczego nie zaobserwowano spadku zużycia leków przeciwbakteryjnych w leczeniu OZUŚ na oddziałach pomocy doraźnej w objętym analizą okresie 10 lat. Po pierwsze, American College of Emergency Physicians nie popierało wówczas strategii odroczenia leczenia przeciwbakteryjnego. Po drugie, wytyczne AAP oraz AAFP zostały opublikowane w 2004 r., więc lekarze mogli jeszcze nie zapoznać się dostatecznie z metodą obserwacji. W końcu, nawet jeśli lekarze pracujący na oddziałach pomocy doraźnej znali ten sposób postępowania, mogli nie być przekonani co do jego skuteczności u pacjentów, u których nie można zagwarantować wizyt kontrolnych. Innym wyjaśnieniem może być to, że na oddziały pomocy doraźnej zgłaszają się z reguły pacjenci z bardziej nasilonymi objawami OZUŚ, niż to ma miejsce w przypadku pacjentów lekarzy rodzinnych; to spostrzeżenie tłumaczy ograniczone zainteresowanie metodą obserwacji wśród lekarzy z oddziałów pomocy doraźnej.

Wydaje się jednak, że metoda obserwacji może być stosowana na oddziałach pomocy doraźnej, pod warunkiem spełnienia kryteriów. Badanie przeprowadzone przez Spiro i wsp.¹⁹ wykazało, że 62% pacjentów wyzdrowiało bez zastosowania leku przeciwbakteryjnego i nie wystąpiły u nich żadne powikłania. U dzieci nieprzyjmujących leków przeciwbakteryjnych, których rodzice byli w stałym kontakcie z lekarzem podczas stosowania strategii odroczonego leczenia, nie zaobserwowano powikłań ropnych (tj. zapalenia wyrostka sutkowatego czy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych). Inne badanie ujawniło, że do wyleczenia bez powikłań dochodzi u 73% osób, które nie stosowały doustnego leku przeciwbakteryjnego.²¹

Akceptacja rodziców

Jedną z głównych trudności towarzyszących popularyzacji metody obserwacji był spodziewany sprzeciw rodziców. W środowisku medycznym uważano, że z powodu rutynowego już przepisywania leków przeciwbakteryjnych rodzice nie będą w stanie przekonać się do racjonalnego sposobu ich stosowania. Spodziewano się, że odmowa wystawienia recepty na lek przeciwbakteryjny spowoduje, że rodzice zgłoszą się do innego lekarza lub izby przyjęć, domagając się przepisania leku.

Zaskoczeniem były więc wyniki badań wskazujących na to, że po zapoznaniu się z zasadami wstępnej obserwacji rodzice byli

skłonni stosować tę metodę. Proste sposoby edukacyjne, takie jak broszury czy filmy, spowodowały zmiany w odbiorze metody i przyczyniły się do popularyzacji rozważnego stosowania leków przeciwbakteryjnych.²²

Gdy zapytano o poziom zadowolenia z zastosowania zgodnie z wytycznymi AAP/AAFP metody obserwacji w OZUŚ, 73% lekarzy i 67% rodziców odpowiedziało, że nie obawia się stosowania tej metody; dotyczyło to zarówno lekarzy rodzinnych, jak i oddziałów pomocy doraźnej.²³ Wysoki odsetek rodziców popierających wstępną obserwację może okazać się argumentem, który przekona do jej zalecania tych lekarzy, którzy dotąd unikali tej metody, obawiając się reakcji rodziców. Co niepokojące, zaobserwowano, że rozpoznanie OZUŚ ustalano zbyt pochopnie, a diagnozę rzadko potwierdzano na podstawie obecności wysięku w jamie bębenkowej. Biorąc pod uwagę niepewność rozpoznania, lekarze i rodzice powinni poczuć się bardziej komfortowo, stosując metodę wstępnej obserwacji.

W postępowaniu w OZUŚ zastosowano model podziału odpowiedzialności. W tym modelu opieki kontrolę nad przebiegiem leczenia sprawuje pacjent lub rodzic; aby zwiększyć ich udział w podejmowaniu dotyczących ich decyzji, należy przekazać im niezbędne informacje. System ochrony zdrowia powinien dostosowywać się do zmiennych potrzeb rodziców i zachęcać do wspólnego podejmowania decyzji.²⁴

Postępowanie propagowane w leczeniu OZUŚ jest wyrazem ogólnej tendencji w medycynie polegającej na odchodzeniu od centralnej roli lekarza w stronę modelu wspólnego podejmowania decyzji, i może przyczynić się do zmniejszenia stosowania leków przeciwbakteryjnych oraz zwiększenia zadowolenia rodziców.²⁵ Wykazano, że rodzice, którym przekazano informacje na temat stosowanych w OZUŚ opcji terapeutycznych i pozwolono samodzielnie podejmować decyzję co do wyboru metody leczenia, są mniej skłonni do stosowania leków przeciwbakteryjnych. Z badania przeprowadzonego przez Merensteina i wsp.²⁵ wynika wniosek, że zastosowanie modelu wspólnego podejmowania decyzji wraz z opóźnioną realizacją recepty może znacząco zmniejszyć częstość zastosowania leków przeciwbakteryjnych u dzieci z OZUŚ, wzmocnić pozycję rodziców w procesie aktywnego podejmowania decyzji dotyczących zdrowia dziecka i w konsekwencji zwiększyć ich zadowolenie ze sprawowanej nad dzieckiem opieki.

Mimo wspomnianych powyżej zachęcających wniosków wciąż utrzymuje się przeświadczenie o braku zgody rodziców na ograniczenie stosowania leków. W badaniach nad obniżeniem lekooporności bakterii wykazano, że na uniknięcie jednej kuracji lekiem przeciwbakteryjnym potrzeba 0,3-4 dni życia skorygowanych o jakość (*quality-adjusted life-days*), co z perspektywy społecznej wydaje się pożądane.⁹ Natomiast Meropol⁹ twierdzi, że taki kompromis może nie być pożądany z perspektywy rodziców oraz że nacisk rodziców na stosowanie leków przeciwbakteryjnych ma racjonalne uzasadnienie, biorąc pod uwagę wartość ich czasu. Odnosząc się do tej analizy, nie można jednak zapominać, że do złagodzenia objawów OZUŚ dochodzi najczęściej na drodze naturalnego przebiegu choroby i samoistnego wyleczenia, a nie za sprawą zastosowania leku przeciwbakteryjnego.

W gabinetach lekarzy rodzinnych są dostępne ulotki informacyjne opracowane przez APP zawierające wskazówki dla rodziców. Ulotka zatytułowana „Acute Ear Infections and Your Child” („Ostre zapalenie ucha środkowego u twojego dziecka”) ułatwia lekarzowi przeprowadzenie rozmowy z rodzicem.²⁶

Metoda obserwacji a medycyna komplementarna i alternatywna

Decyzja o zaniechaniu podawania leku przeciwbakteryjnego zwiększa prawdopodobieństwo skorzystania przez rodziców z metod medycyny komplementarnej i alternatywnej, by wspomóc naturalny proces powracania do zdrowia. Wytyczne dotyczące praktyki klinicznej stanowczo nie zalecają stosowania medycyny alternatywnej.

Ostatnio przedstawiony systematyczny przegląd piśmiennictwa wykazał, że skuteczność lub bezpieczeństwo technik medycyny naturalnej, homeopatii, chiropraktyki i praktyk kręglarskich w leczeniu OZUŚ oceniano w licznych badaniach, lecz niedostatki metodologiczne uniemożliwiają wyciągnięcie ostatecznych wniosków.²⁷ Przegląd ten sugerował, że ksylitol, probiotyki, ziołowe krople do ucha i zabiegi homeopatyczne mogą skracać czas występowania bólu i zmniejszać częstość stosowania leków przeciwbakteryjnych oraz stopień lekooporności bakterii. Wskazane jest przeprowadzenie dalszych badań.

Wnioski

W 2004 r. AAP i AFP, propagując racjonalne stosowanie leków przeciwbakteryjnych, opracowały wytyczne praktyki klinicznej dotyczące rozpoznawania i leczenia ostrego zapalenia ucha środkowego (*Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Otitis Media*). W wytycznych tych na podstawie analizy dowodów wysnuto wniosek, że metoda obserwacji jest godna rozważenia u wybranych dzieci chorujących za OZUŚ. Podejmując decyzję o wyborze tej metody, należy uwzględnić kryteria takie jak wiek pacjenta, trafność diagnozy i stopień nasilenia objawów; metoda ta jest ponadto wskazana w niepowikłanych przypadkach OZUŚ. Należy także przeprowadzić ponowną ocenę stanu dziecka podczas wizyty kontrolnej lub konsultacji telefonicznej. Rodzicom należy zapewnić dostęp do leku, jeśli zajdzie potrzeba jego zastosowania. Zazwyczaj pacjenci chętnie rezygnują z natychmiastowego włączenia leczenia przeciwbakteryjnego, jeśli udzieli im się informacji na temat lekooporności bakterii, racjonalnego stosowania leków przeciwbakteryjnych oraz zaleceń dotyczących zwalczania bólu.

Zalecanie metody obserwacji jest uzasadnione także na oddziałach pomocy doraźnej, gdzie metoda ta może być bezpiecznie i efektywnie zastosowana u pacjentów z łagodnymi zakażeniami, gdy istnieje możliwość monitorowania ich stanu. Można w ten sposób zmniejszyć liczbę przepisywanych leków przeciwbakteryjnych. Postępowanie takie nie wpływa negatywnie na poziom zadowolenia rodziców z wizyty.

Badania nie wykazały zwiększonego ryzyka ciężkich powikłań OZUŚ, np. zakażeń ropnych. Metoda obserwacji zmniejsza koszty leczenia oraz zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia dzia-

łań niepożądanych związanych ze stosowaniem leków przeciwbakteryjnych. Wyniki badań oceniających przydatność metody obserwacji są w większości pozytywne. Obserwacja jest praktyczną i ogólnie dostępną strategią postępowania ograniczającą zbędne użycie leków przeciwbakteryjnych u dzieci. Warunkiem jej zastosowania jest wystawienie recepty na lek przeciwbakteryjny na wypadek braku poprawy stanu dziecka w ciągu 2-3 kolejnych dni.

Podziękowania

Specjalne podziękowania dla New York State Department of Health Patient Safety Center oraz dla Edwarda Dombroskiego, RPh, MPA, PD; komitetów New York State Wise Antibiotic Information Team i New York State Otitis Project, a szczególnie dla Richarda Proppa, MD, byłego dyrektora medycznego i przewodniczącego komitetu.

Piśmiennictwo:

- Zhou F, Shefer A, Kong Y, Nuorti JP. Trends in acute otitis media-related health care utilization by privately insured young children in the United States, 1997–2004. *Pediatrics* 2008;121:253-260.
- American Academy of Pediatrics and the American Academy of Family Physicians Clinical Practice Guideline Subcommittee on Management of Acute Otitis Media: Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004;113:1451-1465.
- Liston SL. Socioeconomics and otitis media [letter]. *Pediatrics* 2004;114:898.
- Rosenfeld RM. Socioeconomics and otitis media [author reply]. *Pediatrics* 2004;114:898-899.
- Gurnaney H, Spor D, Propp R, et al.: Diagnostic accuracy and the observation option in acute otitis media: the Capital Region Otitis Project. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004;68:1315-1325.
- New York State Department of Health, New York State Otitis Project: Observation option toolkit for acute otitis media. Available at <http://health.state.ny.us/nysdoh/antibiotic/antibiotic.htm>. Accessed January 2008.
- Vernacchio L, Vezina RM, Mitchell AA: Knowledge and practices relating to the 2004 acute otitis media clinical practice guideline: a survey of practicing physicians. *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:385-962.
- Vernacchio L, Vezina RM, Mitchell AA: Management of acute otitis media by primary care physicians: trends since the release of the 2004 American Academy of Pediatrics/American Academy of Family Physicians Clinical Practice Guideline. *Pediatrics* 2007;120:281-287.
- Meropol SB: Valuing reduced antibiotic use for pediatric acute otitis media. *Pediatrics* 2008; 121:669-673.
- Pichichero ME, Casey JR: Diagnostic inaccuracy and subject exclusion render placebo and observational studies of acute otitis media inconclusive. *Pediatr Infect Dis J* 2008;27:958-962.
- Finkelstein JA, Stille CJ, Rifas-Shiman SL, et al.: Watchful waiting for acute otitis media: are parents and physicians ready? *Pediatrics* 2005;115:1466-1473.
- Chao JH, Kunkov S, Reyes LB, et al.: Comparison of two approaches to observation therapy for acute otitis media in the emergency department. *Pediatrics* 2008;121:e1352-e1356.
- American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, and American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media With Effusion: Otitis media with effusion. *Pediatrics* 2004;113:1412-1429.
- McCormick DP, Chonmaitree R, Pittman C, et al.: Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. *Pediatrics* 2005;115:1455-1465.
- Hare ME, Gaur AH, Simes GW, et al.: Does it really take longer not to prescribe antibiotics for viral respiratory tract infections in children? *Ambul Pediatr* 2006;6:152-156.
- Centers for Disease Control and Prevention: Get smart: know when antibiotics work. Available at <http://www.cdc.gov/drugresistance/community/healthcare-provider.htm>. Accessed January 2008.
- Cates C: An evidence based approach to reducing antibiotic use in children with acute otitis media; controlled before and after study. *BMJ* 1999;318:715-716.
- Siegel RM, Kiely M, Bien JP, et al.: Treatment of otitis media with observation and a safety-net antibiotic prescription. *Pediatrics* 2003;112:527-531.
- Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, et al.: Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media. *JAMA* 2006;296:1235-1241.
- Fischer T, Singer AJ, Lee C, Thode HC Jr: National trends in emergency department antibiotic prescribing for children with acute otitis media, 1996–2005. *Acad Emerg Med*. 2007;14:1172-1175.
- Fischer TFX, Singer AJ, Chale S: Observation option trial for acute otitis media in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2006;13(Suppl 1):S171-S172.
- Taylor JA, Kwan-Gett TSC, McMahon EM: Effectiveness of an educational intervention in modifying parental attitudes about antibiotic usage in children. *Pediatrics* 2003;111:e548-e554.
- Fischer TFX, Singer AJ, Gulla J, et al.: Reaction toward a new treatment paradigm for acute otitis media. *Pediatric Emergency Care* 2005;21:170-172.
- Berwick D: A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:80-90.
- Merenstein D, Diener-West M, Krist A, et al.: An assessment of the shared-decision model in parents of children with acute otitis media. *Pediatrics* 2005;116:1267-1275.
- American Academy of Pediatrics Parenting Guides: Acute Ear Infections and Your Child. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2004. [Publication no. HE-50193.]
- Bukutu C, Deol J, Vohra S: Complementary, holistic, and integrative medicine: therapies for acute otitis media. *Pediatr Rev* 2008;29:193-199

Oświadczenie

Nie zgłoszono konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Denia A. Varrasso, MD, 1214 Waring Avenue, Bronx, NY 10469-5432, USA.
E-mail: d.varrasso@att.net

© Copyright 2010 Current Medicine Group LLC, a division of Springer Science & Business Media LLC i Medical Tribune Polska Sp. z o.o. Wszystkie prawa zastrzeżone w języku polskim i angielskim. Żadna część niniejszej publikacji nie może być gdziekolwiek ani w jakikolwiek sposób wykorzystywana bez pisemnej zgody Current Science Inc. i Medical Tribune Polska Sp. z o.o. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in any information retrieval system, or transmitted in an electronic or other form without prior written permission of Current Medicine Group LLC and Medical Tribune Polska.



Komentarz:

dr hab. med. Beata Zielnik-
-Jurkiewicz
Szpital Dziecięcy
im. prof. dr. med.
J. Bogdanowicza w Warszawie,
Oddział Otolaryngologiczny

Wytyczne AAP/AAFP z 2004 r. dotyczące rozpoznawania ostrego zapalenia ucha środkowego (OZUŚ) i postępowania w tej chorobie zalecają wstrzymanie się od włączenia leczenia przeciwbakteryjnego w pierwszych godzinach od pojawienia się objawów. Stanowisko to wydaje się słuszne, a wdrożenie tych zaleceń byłoby wskazane również w Polsce. Ich zasadność potwierdza to, że najczęstszym czynnikiem etiologicznym OZUŚ u dzieci są wirusy.^{1,2,3} Leczenie zapalenia wirusowego polega na obserwacji chorego i stosowaniu leków przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych i przeciwbólowych. Wykazano, że w porównaniu z placebo paracetamol i ibuprofen skutecznie łagodzą ból ucha u dzieci chorych na OZUŚ.^{7,8}

Określanie czasu do momentu włączenia leczenia przeciwbakteryjnego jako „obserwacji” jest korzystniej przyjmowane przez rodziców niż posługiwanie się zwrotem „czujne wyczekiwanie”, które jest rozumiane jako czekanie na chorobę. Rodzice, spodziewając się dalszych objawów choroby, częściej widzą potrzebę włączenia leku przeciwbakteryjnego.

Niestety, środowisko medyczne w Polsce wyraża pewne wątpliwości co do zasadności stosowania obserwacji u dzieci chorych na OZUŚ. Może to wynikać z obawy przed powikłaniami oraz z niemożności poświęcenia dodatkowego czasu na wytłumaczenie rodzicom korzyści z takiego postępowania. Z drugiej strony w Polsce nie zawsze można zagwarantować pacjentowi wizytę kontrolną po kilku dniach. Oczywiście decyzja o obserwacji musi być podjęta przez dobrze wyszkolonego lekarza, który potrafi na podstawie objawów klinicznych i otoskopii ustalić prawidłową diagnozę. W tym celu należy prowadzić zakrojone na szeroką skalę szkolenia i kursy dotyczące rozpoznawania OZUŚ u dzieci oraz właściwego postępowania.

Prowadząc wykłady z laryngologii dziecięcej, zawsze spotykam się z pytaniami o terminy konferencji i sympozjów. Pediatrzy są wyposażeni w otoskopy i odczuwają potrzebę szkolenia. Niezwykle ważne jest uaktualnianie wiedzy na temat mikrobiologii lekarskiej i informowanie lekarzy POZ na temat przyczyn dramatycznie zwiększającej się lekooporności bakterii wywołujących zakażenia górnych dróg oddechowych i uszu u dzieci.¹² Należy również podkreślać, że wskazane jest stosowanie leków przeciwbakteryjnych „pierwszego rzutu”, a dopiero w przypadku ich nieskuteczności wdrażanie terapii skorygowanej (tzw. antybiotyków drugiego rzutu).¹¹ W Polsce dzięki danym Krajowego Ośrodka Referencyjnego ds. Lekowrażliwości Drobnoustrojów oceniana jest oporność *S. pneumoniae*, *H. influenzae* i *M. catarrhalis* na leki przeciwbakteryjne.^{9,10} Znajomość tych danych pozwala każdemu lekarzowi stosować optymalną terapię empiryczną w leczeniu OZUŚ.

Metoda obserwacji może być stosowana bezpiecznie i efektywnie. Rodzice pacjentów chętnie rezygnują z natychmiastowego włączenia leczenia przeciwbakteryjnego, jeśli tylko udzieli się im informacji na temat lekooporności bakterii, racjonalnego stosowania leków przeciwbakteryjnych oraz zaleceń dotyczących zwalczania bólu. Należy zwrócić uwagę lekarzy i rodziców, że stosując leczenie objawowe, leki powinno się podawać przez 2-3 doby, w regularnych odstępach czasu i w odpowiednich do wieku i masy ciała dawkach.

Odnośnie metod medycyny komplementarnej i alternatywnej należy zwracać uwagę na skład preparatów i informować rodziców, że nie zostały przeprowadzone odpowiednie badania kliniczne, aby móc je polecać.

Współpracując na co dzień z rodzicami chorych dzieci, od pewnego czasu obserwuję, że recepta przekazana rodzicom na wszelki wypadek bardzo często nie jest realizowana, ponieważ objawy kliniczne ustępują. Rodzice, otrzymując receptę, czują się komfortowo i po wyjaśnieniu, na czym polega obserwacja ich dziecka, chętnie wyrażają zgodę na takie postępowanie. Należy pamiętać, że niepowodzenie leczenia dotychczasowego, a także wysoka gorączka, wymioty oraz wyciek z ucha są wskazaniem do włączenia leczenia przeciwbakteryjnego, gdyż są to objawy, przy których najrzadziej dochodzi do samoistnego wyleczenia.⁴ Lekarze powinni ponadto prowadzić zakrojoną na szeroką skalę edukację rodziców dotyczącą czynników ryzyka wystąpienia OZUŚ u dzieci.^{5,6} Obserwując rodziców, uważam, że ich świadomość i wiedza na temat postępowania w przypadku rozpoznania OZUŚ są coraz większe. Ścisła współpraca z lekarzem w celu ograniczenia nieuzasadnionego podawania leków przeciwbakteryjnych na pewno ma szansę powodzenia. Jest też nadzieja na spowolnienie rozwoju oporności bakterii na leki.

Większość lekarzy stosuje metodę obserwacji okazjonalnie. Aby ją rozpowszechnić, konieczna jest zmiana podejścia zarówno rodziców, jak i lekarzy. Komentowany artykuł stanowi cenny przegląd problemów związanych z rozpoznawaniem OZUŚ u dzieci, jest także okazją do przeanalizowania zasad leczenia tej bardzo częstej w wieku rozwojowym choroby.¹¹

Piśmiennictwo:

1. Ruuskanen O, Arola M, Putto-Laurila A, et al. Acute otitis media and respiratory virus infections. *Pediatr Infect Dis J* 1989;8:94-9.
2. Klein B, Dollette F, Yolken R. The role of respiratory syncytial virus and other viral pathogens in acute otitis media. *J Pediatr* 1998;101:16-20.
3. Pitkaranta A, Virolainen A, Jero J, et al. Detection of rhinovirus, respiratory syncytial virus and coronavirus infections in acute otitis media by reverse transcriptase polymerase chain reaction. *Pediatrics* 1998;102:291-5.
4. Little P, Moore M, Warner G, et al. Predictors of poor outcome and benefits from antibiotics in children with acute otitis media: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2002;325:1-6.
5. Uhari M, Mantysaari K, Niemela M. A meta-analysis review of risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis J* 1996;22:1079-83.
6. Niemela M, Pihakari O, Pokka T, et al. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: A randomized, controlled trial of paraternal counseling. *Pediatrics* 2000;106:483-8.
7. Bertin L, Pons G, d'Athis P, et al. A randomized, double blind, multicentre trial on ibuprofen, acetaminophen and placebo for symptoms of acute otitis media. *Fundam Clin Pharmacol* 1996;10:387-92.
8. Goldman RD, Karen K, Linnet L, et al. Antipyretic efficacy and safety of ibuprofen and acetaminophen in children. *Ann Pharmacother* 2004;38:146-50.
9. Semczuk K, Dzierzanowska-Fangrat K, Łopaciuk U, et al. Antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* isolated from children with community acquired respiratory tract infections in Central Poland. *Int J Antimicrob Agents* 2004;23:39-43.
10. Skocznińska A, Kadłubowski M, Waśko I, et al. Resistance patterns of selected respiratory tract pathogens in Poland. *Clin Microbiol Infect* 2007;13:338-83.
11. Hryniewicz W, Radzikowski A, Zielonka T, et al. Narodowy Program Ochrony Antybiotyków. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego 2009. www.antybiotyki.edu.pl
12. Zieliński-Jurkiewicz B, Bielicka A. Profil oporności bakterii w ostrym zapaleniu ucha środkowego u dzieci po nieskutecznej antybiotykoterapii. *Otorynolaryngologia*. 2007;6(4): 189-193.