

Pytania do specjalisty



Prof. dr hab. n. med.
Elżbieta Hassmann-Poznańska

1. Stan zapalny ucha środkowego u dziecka z drenem błony bębenkowej – czy początkowo leczenie objawowe czy leczyć miejscowo?

Wyciek z ucha po założeniu drenów wentylacyjnych wymaga przede wszystkim leczenia miejscowego w postaci aspirowania wydzieliny i miejscowego stosowania kropli z antybiotykiem. Może to być antybiotyk celowany, bo łatwo pobrać materiał do badania. Do chwili uzyskania posiewu najbezpieczniej stosować krople z antybiotykiem z grupy chinolonów (cyprofloksacyna lub ofloksacyna – 0,3% roztwór), ponieważ nie mają one działania ototoksycznego.

2. Czy uzasadnione jest stosowanie w ostrym zapaleniu ucha środkowego leków miejscowo, np. kropli i kiedy je dołączyć do leczenia?

W ostrym zapaleniu ucha w leczeniu miejscowym można stosować leki przeciwbólowe, szczególnie u starszych dzieci, u których rzadko występuje gorączka, a więc konieczność podawania leków przeciwgorączkowych ogólnie. Leki te stosuje się przeciwbólowo, a więc tylko do czasu utrzymywania się tych dolegliwości. Nie należy ich podawać w przypadku perforacji błony bębenkowej. W Polsce dostępne są dwa preparaty przeciwbólowe występujące w postaci kropli do uszu – Otinum (salicylan cholicy) i Antotalgin (pochodna pirazolonu). Na podstawie przeglądu publikacji dotyczących leków stosowanych

miejscowo w zapaleniu ucha, zamieszczonym w Cochrane Database, stwierdzono, że dotychczasowe dowody nie są wystarczające do potwierdzenia skuteczności leków stosowanych miejscowo. Wśród czterech prac włączonych do oceny trzy dotyczyły leków roślinnych o prawdopodobnie znikomym działaniu, a tylko w jednej opisywane krople zawierały środek przeciwbólowy (antypiryna i benzokaina). W tej ostatniej pracy wykazano skuteczność tego typu leczenia, aczkolwiek rezultat nie był istotny. Należy pamiętać, że lek przed podaniem powinien być ogrzany do temperatury ciała lub nieznacznie powyżej.

Nie ma uzasadnienia stosowanie miejscowo, do przewodu słuchowego, kropli z antybiotykiem, ponieważ nie wchłaniają się one przez błonę bębenkową i nie mają żadnego wpływu na przebieg zapalenia ucha. Mogą natomiast doprowadzić do podrażnienia skóry przewodu słuchowego.

3. Po jakim czasie od zapalenia ucha z perforacją należy skierować dziecko do laryngologa?

Perforacje błony bębenkowej powstające w przebiegu ostrego zapalenia ucha zamykają się zwykle po kilku dniach w sytuacji wdrożenia odpowiedniego leczenia. Utrzymywanie się wycieku z ucha dłużej niż tydzień uważałabym za niepokojące i wymagające konsultacji laryngologicznej w celu wyjaśnienia przyczyny tak długiego utrzymywania się wycieku i wykrycia ewentualnej innej patologii, np. przewlekłego zapalenia ucha.

Ostre zapalenia ucha, w których dochodzi do perforacji błony bębenkowej, przebiegają zwykle ciężiej i wiążą się z większym ryzykiem długotrwałego zalegania wysięku. Stąd też powinny być skontrolowane przez laryngologa po zakończeniu leczenia, konsultacja powinna dotyczyć oceny wzniękowej i stanu słuchu.

4. Jak postępować z dzieckiem po samoistnej perforacji błony bębenkowej? Czy stosować jakieś działania miejscowe?

Do samoistnej perforacji błony bębenkowej dochodzi w przebiegu ostrego zapalenia ucha. Obserwuje się wtedy wyciek z ucha, początkowo surowiczko-krwisty, później ropny. Poza usuwaniem wydzieliny wypływającej na zewnątrz przewodu nie jest konieczne jej aspirowanie ani inne sposoby jej usuwania.

Obecność perforacji jest przeciwwskazaniem do stosowania miejscowych leków przeciwbólowych. Z chwilą perforacji dolegliwości bólowe zwykle i tak ustępują. Nie stosuje się również miejscowo kropli z antybiotykiem, ponieważ nie docierają one do jamy bębenkowej.

5. Lekarze POZ często stosują u dzieci z zapaleniem ucha azytromycynę przez 3 dni, zgodnie ze wskazaniami przekazywanymi przez przedstawicieli medycznych i ulotką. Nie ma tego leku w zaleceniach. Jak to interpretować?

Nowe makrolidy, azytromycyna i klarytromycyna, były początkowo uważane za skuteczne i bezpieczne w leczeniu ostrego zapalenia ucha, a nawet za alternatywne w stosunku do antybiotyków β -laktamowych stosowanych w drugim rzucie. Z powodu narastania lekooporności głównych patogenów zapalenia ucha skuteczność tych nowych makrolidów zmalała. W badaniach opartych na podwójnej tympanocentezie i badaniu bakteriologicznym stwierdzono, że w przypadku *S. pneumoniae* wrażliwego na azytromycynę terapia ta była pomyślna w 100%, ale w przypadkach lekooporności skuteczność była równa placebo. W dodatku wykazywała ona słabą skuteczność w stosunku do *H. influenzae*, około 50%. W badaniach opartych wyłącznie na ocenie klinicznej azytromycyna wykazuje

dobłą skuteczność i dlatego jest zalecana jako leczenie alternatywne w przypadku alergii natychmiastowej na β -laktamy.

Zalecane piśmiennictwo

Regal N, Leibovitz E, Dagan R, et al. Acute otitis media-diagnosis and treatment in the era of antibiotic resistant organisms: Updated clinical practice guidelines. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005;69:1311.

Dagan R. The use of pharmacokinetic/pharmacodynamic principles to predict clinical outcome in pediatric acute otitis media. *Int J Antimicrob Agents.* 2007;30S:S127.

Arrieta A, Arquedas A, Fernandez P, et al. High-dose azithromycin versus high-dose amoxicillin clavulanate for treatment of children with recurrent or persistent acute otitis media. *Antimicrob Agents Chemother.* 2003;47:3179.

6. Czy obustronny nagły wyciek płynu surowiczego z ustąpieniem bólu ucha u dziecka może wiązać się z pęknięciem błony bębenkowej?

Jeżeli do wycieku płynu surowiczego z ucha doszło w przebiegu jego ostrego zapalenia i równocześnie ustały dolegliwości bólowe, to można przypuszczać, że doszło do perforacji błony bębenkowej. Istnieje również możliwość, że nie był to wyciek surowiczego płynu, a zapuszczone krople lub woda, która dostała się do ucha podczas mycia.

7. Jakie są wskazania do leczenia operacyjnego wysiękowego zapalenia ucha?

Wskazaniem do założenia drenażu wentylacyjnego, bo takie jest leczenie operacyjne w wysiękowym zapaleniu ucha, jest obustronny wysięk utrzymujący się przez co najmniej 3 miesiące z towarzyszącym niedosłuchem przewodzeniowym powyżej 25 dB. Obecnie zaznacza się tendencja do wydłużania okresu oczekiwania na samoistną poprawę pod warunkiem, że nie stwierdza się ujemnego wpływu niedosłuchu na rozwój mowy czy postępy w nauce. Przy zmianach jednostronnych wskazaniem jest wysięk utrzymujący się ponad 6 miesięcy. Wskazaniem do wcześniejszego założenia drenażu jest obecność zmian strukturalnych błony bębenkowej świadczących o długotrwałym zaleganiu wysięku, jak również współistnienie niedosłuchu odbiorczego.

Zalecane piśmiennictwo

Subcommittee on Otitis media With Effusion: Otitis media with effusion. *Pediatrics.* 2004; 113:1412-1429.

8. Jakie są aktualne zalecenia odnośnie do stosowania pseudoefedryny w zapaleniu ucha i zatok, np. preparatu Actifed?

Pseudoefedryna występuje głównie jako składnik preparatów złożonych, np. wymionionego w pytaniu. Actifed, oprócz pseudoefedryny, zawiera dekstrometorfan, lek przeciwkaszlowy, który w tych schorzeniach nie ma znaczenia. Jedyny prosty preparat pseudoefedryny to Sudafed zarejestrowany od 12 roku życia. Nie wykazano, aby krople anemizujące błonę śluzową nosa lub leki o podobnym działaniu miały istotny wpływ na przebieg zapalenia ucha środkowego, tak więc tego rodzaju preparaty nie są zalecane jako rutynowe postępowanie. Mogą być zleczone w przypadku współistniejącego nieżytku nosa, ale raczej w postaci kropli z α -mimetykiem.

W zapaleniu zatok leki zmniejszające obrzęk błony śluzowej są pożądane, ale zlecamy je raczej jako prosty preparat lub w połączeniu z lekiem przeciwhistaminowym (Sudafed, Cirrus, Disophrol i inne) powyżej 12 roku życia lub krople z α -mimetykiem u młodszych dzieci.

Zalecane piśmiennictwo

Flynn CA, Griffin GH, Schulz JK. Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children. *The Cochrane Database of Systemic Reviews* 2004, Issue 3.

9. Jak długo może się utrzymywać wysięk po ostrym zapaleniu ucha? Jak powinno się go leczyć przed skierowaniem do laryngologa?

Wysięk po ostrym zapaleniu ucha może utrzymywać się różnie długo. Dłużej utrzymuje się u dzieci młodszych, z nawracającymi zapaleniami ucha, po obustronnym zapaleniu i w miesiącach zimowych. Stwierdza się go u około 70% dzieci po 2 tygodniach od przebytego OZUŚ, a u 40% po miesiącu. W około 90% przypadków dochodzi do samoistnej ewakuacji wysięku w ciągu trzech miesięcy, ale u pozostałych 10% schorzenie nabiera charakteru przewlekłego. Nie ma leków, których stosowanie istotnie skracaloby utrzymywanie się wysięku. Nie ma wskazań do kontynuacji antybiotykoterapii. Można jedynie zalecić unikanie ekspozycji na dym tytoniowy i narażenia na częste zakażenia górnych dróg oddechowych. Jeżeli wysięk nie ustępuje w ciągu miesiąca od przebytego zapalenia

ucha, dziecko powinno zostać skierowane do laryngologa w celu badania słuchu i oceny górnych dróg oddechowych pod kątem czynników sprzyjających, takich jak przerost migdałka gardłowego, zapalenia zatok.

10. Jak długo leczyć ostre zapalenie ucha?

Długość terapii zależy od wieku dziecka i stosowanego antybiotyku. Antybiotyk stosowany w pierwszym rzucie – amoksycylina – powinien być podawany przez pięć dni u dzieci powyżej 2 roku życia, a poniżej tego wieku przez 10 dni. W przypadku niepowodzenia zalecana jest amoksycylina z kwasem klawulanowym przez 10 dni. Ze względu na bardzo długi okres półtrwania ceftriaksone może być podawany jedynie przez trzy dni. Azytromycyna, zgodnie z zaleceniami producenta, stosowana jest przez 3 dni, co również wynika z bardzo długiego okresu półtrwania tego antybiotyku.

11. Czy w przypadku braku możliwości badania otoskopowego bólu ucha, bez gorączki, może być podstawą do rozpoznania zapalenia ucha i włączenia antybiotykoterapii (chodzi o dzieci zgłaszające się w nocy do szpitalnego oddziału ratunkowego)?

Lekarz pracujący w oddziale ratunkowym powinien posiadać umiejętność badania otoskopowego, tak więc nie powinno się mówić o braku takiej możliwości.

Rozumiem, że w tym pytaniu chodzi o dziecko starsze, które jest w stanie określić, że boli je ucho. Jeżeli dziecko ma powyżej 2 roku życia, nie gorączkuje, to nawet jeżeli ma ostre zapalenie ucha, nie jest to wskazaniem do natychmiastowej antybiotykoterapii, wystarczą leki przeciwbólowe i kontrola w poradni w dniu następnym, jeżeli objawy będą się utrzymywały. Ból ucha może być spowodowany innymi przyczynami niż zapalenie, np. zalegającą woszczyzną, bólem promieniującym z gardła czy zębów i wtedy antybiotykoterapia jest niepotrzebna.

12. Czy skrócona antybiotykoterapia w zapaleniu ucha (amoksycylina – 5 dni, cefalosporyna – 3 dni) nie sprzyja rozwojowi odpornej flory bakteryjnej?

Uważa się, że jest wręcz przeciwnie i skrócona terapia przy odpowiednich dawkach zmniejsza ryzyko lekooporności. Badania wy-

kazują, że u większości dzieci wysięk w uchu środkowym jest jałowy po 3-6 dniach terapii. Oczywiście dane dotyczące skrócenia terapii dotyczą dzieci bez dodatkowych obciążeń. Ponieważ brak jest dostatecznych danych odnośnie do dzieci poniżej 2 roku życia i tych z perforacją błony bębenkowej lub innymi współistniejącymi schorzeniami, stosuje się u nich terapię dziesięciodniową. Dotyczy to oczywiście amoksyliny i cefuroksymu. Jedyna cefalosporyna, w której zalecana jest terapia pozajelitowa przez trzy dni, to ceftriakson. Ze względu na bardzo długi okres półtrwania i dobrą penetrację do ucha środkowego odpowiednie stężenia tego antybiotyku w płynie ucha środkowego utrzymują się przez 4-5 dni nawet po jednorazowym podaniu.

Zalecane piśmiennictwo

Kozyrskij AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SEA, et al. Short course antibiotics for acute otitis media. Cochrane database of Systematic Reviews. 2000, Issue 2

Guay DRP. Short-course antimicrobial therapy for upper respiratory tract infections. *Clin Ther.* 2000;22:673-684.

Pichichero ME, Cohen R. Shortend course of antibiotic therapy for acute otitis media, sinusitis and tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J.* 1997;16:680-695.

13. Czy często się zdarza niedorozwój zatok przynosowych u dzieci i czy ma znaczenie patologiczne?

Niedorozwój czy asymetria rozwoju zatok najczęściej dotyczy zatok czołowych i w większości wypadków traktowana jest jak odmiana anatomiczna, a nie patologia. W niektórych chorobach wywołujących przewlekłe zapalenie zatok od wczesnego dzieciństwa, takich jak np. mukowiscydoza czy pierwotne dyskinezy rzęsek, zatoki czołowe są bardzo niewielkie lub ich brak. Niedorozwój zatok szczękowych może wynikać z wad twarzoczaszki lub przewlekłych zaburzeń oddychania przez nos. Zwykle obserwuje się wtedy bardzo wysoko wysklepione podniebienie. Jednostronny niedorozwój za-

toki szczękowej jest rzadki, czasem towarzyszy wadom twarzoczaszki, rzadziej występuje jako wada izolowana. Zwykle nie wiąże się z dodatkowymi dolegliwościami poza asymetrią twarzy.

14. Czy ceftriakson może (i powinien) być stosowany w leczeniu otwartym w leczeniu PZP lub ostrego zapalenia ucha środkowego po niepowodzeniu leczenia amoksyliną?

W wyjątkowych wypadkach mogą istnieć wskazania do leczenia ceftriaksonem niepowodzeń w leczeniu ostrego zapalenia ucha w warunkach pozaszpitalnych, np. w sytuacji, kiedy lek musi być podany pozajelitowo. Może to dotyczyć starszych dzieci, bo im można podać ceftriakson domięśniowo. U niemowląt podaje się raczej dożylnie, co w warunkach ambulatoryjnych jest utrudnione. Uważam jednak, że decyzja o terapii tego rodzaju powinna być podejmowana przez specjalistę otolaryngologa.

Dr hab. n. med.
Tomasz Szczepański

1. Czy należy zabezpieczać krew pępowinową jako źródło komórek macierzystych?

Krew pępowinowa może posłużyć jako źródło komórek macierzystych w sytuacji, gdy są u dziecka wskazania do wykonania przeszczepu hematopoetycznych komórek macierzystych (np. ciężka niedokrwistość aplastyczna, niektóre nowotwory złośliwe). Ponieważ uważa się, że większość ostrych białaczek u dzieci rozpoczyna się już *in utero*, przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej u takich dzieci nie jest wskazany, gdyż krew pępowinowa może już zawierać pojedyncze komórki białaczkowe lub w fazie transformacji białaczkowej. Generalnie prawdopodobieństwo wykorzystania krwi pępowinowej do autoprzeszczepu jest

względnie niewielkie i przechowywanie krwi pępowinowej należy traktować jako rodzaj ekskluzywnej polisy ubezpieczeniowej.

2. Dlaczego rodzice nie mogą być dawcami w przeszczepie allogenicznym?

Powodzenie przeszczepu hematopoetycznych komórek macierzystych jest zależne od zgodności w układzie HLA między dawcą i biorcą. Dąży się do pełnej zgodności głównych 6 antygenów HLA na obu allelach. Dziecko dziedziczy po jednym komplecie genów HLA od obojga rodziców. W związku z tym *a priori* występuje niezgodność jednego kompletu genów HLA z każdym z rodziców. Taka duża niezgodność w układzie HLA może spowodować odrzucenie przeszczepu albo bardzo nasiloną chorobę przeszczep przeciwko gospodarzowi.

3. Czy u niemowlęcia z małopłytkowością z prawidłowym rozmazem krwi obwodowej i prawidłowym OB można zastosować steroidy bez biopsji szpiku?

Choć część specjalistów nie widzi bezwzględnego wskazania do wykonania biopsji szpiku, moim zdaniem należy ją w takiej sytuacji wykonać. Zdarzały się przypadki ostrej białaczki limfoblastycznej, gdzie jedynym objawem wstępnym była małopłytkowość. U niemowlęcia poważnie wahałbym się z włączeniem steroidów w małopłytkowości, spróbowałbym najpierw dużych dawek immunoglobulin. Przy małej masie ciała niemowlęcia takie leczenie nie jest aż tak kosztowne, a przed podaniem immunoglobulin nie trzeba wykonywać biopsji szpiku.

Mgr Joanna Surowińska

1. Czy jeśli prawidłowo się rozwijające dziecko nie raczkuje, ale dość wcześnie zaczyna chodzić, można uznać za normę, czy też jest to patologia i dziecko wymaga dodatkowych ćwiczeń?

Ocena czy dziecko prawidłowo się rozwija, czy brak raczkowania jest tu patologią zależy od tego, jakie inne wzorce lokomocyjne dziecko osiągnęło na brzuchu. Drugim kryterium jest ocena wyprostu i rotacji kręgosłupa.

Trzecie kryterium to jakość chodu. Z punktu widzenia fizjoterapeuty, jakość wzorca raczkowania determinuje jakość wzorca chodu. Jeżeli dziecko nie przeszło stadium raczkowania, to wymaga obserwacji pod kątem zaburzeń postawy i wyprostu kręgosłupa. Po zbadaniu dziecka wg tych kryteriów można dopiero zdecydować, czy u danego dziecka brak raczkowania jest czymś nieprawidłowym, czy po prostu czynniki środowiskowe spowodowały, że dziecko nie osiągnęło tej fazy. Na przykład dzieci stale przebywające w kojcu lub w fotelikach w domu mogą tę fazę opuścić.

2. Do kiedy chodzenie na palcach można uznać za fizjologiczne?

W prawidłowym rozwoju dziecka nie ma fazy chodzenia na palcach. Ze względu jednak na regułę w rozwoju, że dziecko kosztem osiągnięcia każdej wyższej pozycji na około 3 tyg. traci jakość wzorców, możemy obserwować

czasami chodzenie na palcach. Może to być spowodowane właśnie spadkiem jakości wzorca postawy. A więc, jeżeli chodzenie na palcach rozpatrywać z punktu widzenia norm, to tak naprawdę po 3 tyg. samodzielnego chodzenia nie powinno już występować. Drugim kryterium przy ocenie tego wzorca jest sprawdzenie, czy dziecko potrafi zmienić ten wzorec na chodzenie na całych stopach i czasami chodzi na palcach, czy też nie potrafi tego zmienić. Jeżeli nie potrafi zmienić tego wzorca to z pewnością nie można potraktować tego jako normę, ale jako nieprawidłowość w rozwoju.

3. Jak traktować tzw. asymetrię ułożenia u dziecka, szczególnie w kontekście bardzo długiego okresu oczekiwania na konsultację rehabilitacyjną lub neurologiczną?

Przede wszystkim należy określić, jaka jest to asymetria (którego odcinka kręgosłupa dotyczy, w którą stronę, jaka jest zależność ustawienia tułowia od ustawienia głowy itd.). Nie może być to określone tylko jako skrócenie lub wydłużenie boku. Asymetria może wskazywać, że dziecko było nieprawidłowo ustawione w trakcie ciąży, ale może być także oznaką patologii, czyli np. rozwoju w kierunku niedowładu połowiczego czy też innych schorzeń. Bez pełnego badania nie można stwierdzić, co oznacza asymetria u danego dziecka. Jeżeli asymetria utrzymuje się, a proste wskazówki typu

zmiana ułożenia pozycji, czy też zmiana nawyków pielęgnacyjnych dziecka nie pomogły, niestety trzeba jak najszybciej zgłosić się do fizjoterapeuty. Nie ma żadnego stałego składu ćwiczeń czy stałego wzorca pielęgnacji, które pomagają na wszystkie asymetrie. Każde dziecko wymaga indywidualnego podejścia. Na przykład, jeżeli dziecko stale układa głowę w jedną stronę, a przy tym jego badanie neurologiczne jest prawidłowe, wymaga innego podejścia do pielęgnacji i do terapii niż dziecko, które przy asymetrii ma także nieprawidłowe badanie neurologiczne. Nie ma metod ogólnych i nie mam rozwiązania, co zrobić, jeśli wydłuża się czas oczekiwania na konsultację. Z pewnością może to spowodować w niektórych przypadkach utrwalenie się problemu, a w innych ze względu na np. bardzo dobre mechanizmy plastyczności ustąpienie problemu. Niestety, u małych dzieci czy też u niemowląt nie jesteśmy w stanie ocenić obiektywnie bez dokładnego badania i obserwacji dziecka, do której grupy należy je zaliczyć.

4. Gdzie można się nauczyć oceny i leczenia metodą Vojty, czy są organizowane jakieś kursy?

Informacja na temat kursów metody Vojty i oceny dziecka – ośrodek „Promyk Słońca” we Wrocławiu, ul. Swobodna 8 A, www.promykslonca.pl lub www.Vojta.com.pl

ciąg dalszy na str. 100