

# Pytania do specjalisty



Dr hab.  
n. med.  
Piotr Albrecht,  
Klinika

Gastroenterologii i Żywienia  
Dzieci WUM

## 1. Dlaczego w prospektach dołączanych do antybiotyku są zalecane niewłaściwe (nieadekwatne) dawki/kg masy ciała i wiek dziecka?

Najczęściej spowodowane jest to tym, że proces zatwierdzania nowej ulotki informacyjnej jest długotrwały, wymaga wielu uzgodnień i firmom produkującym leki, zwłaszcza tzw. generyczne, „nie opłaca się” i nie chce takiej biurokratycznej drogi rozpoczynać. Czasem także publikacje i badania dotyczące takiego nowego dawkowania są nieliczne lub niekiedy nie najwyższej jakości, co może budzić obawy producenta, czy na ich podstawie nowy sposób dawkowania uzyska rejestrację.

## 2. Kiedy istnieją wskazania do dołączenia w leczeniu do amoksyliny w dużych dawkach metronidazolu. Czy jest to sensowne w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych (w badaniu obrazowym, np. MR, zgrubienie błon śluzowych we wszystkich zatokach)?

W zasadzie nie ma wskazań do dodawania metronidazolu do amoksyliny w dużych dawkach w leczeniu np. zapalenia zatok, czyli zakażenia występującego powyżej przepony, gdyż działanie metronidazolu w tej lokalizacji jest bardzo ograniczone, a na beztlonowce w tej lokalizacji działa amoksylicyna z kwasem klawulanowym lub klindamycyna.

Ponadto należy zdawać sobie sprawę, że samo zgrubienie błon śluzowych we wszyst-

kich zatokach wcale nie musi być następstwem zakażenia, a nawet znacznie częściej jest spowodowane np. alergią.

## 3. Czy zapalenie ucha z ropnym wyciekaniem u dziecka leczyć w domu, czy lepiej w szpitalu?

Nie ma przeciwwskazań do leczenia takiego zapalenia w domu, niemniej ograniczeniem w takim podejściu może być wiek dziecka (np. poniżej 4 miesiąca życia z reguły konieczna jest terapia pozajelitowa cefalosporyną trzeciej generacji) oraz czy jest to pierwsze takie zapalenie, czy kolejne.

Przejściowy pobyt w szpitalu może być także konieczny wtedy, gdy planujemy przeprowadzenie prawidłowej diagnostyki mikrobiologicznej (odpowiednie pobranie materiału do badania).

## 4. Czy u dziecka chorego na ostre zapalenie ucha środkowego, ważącego 39 kg właściwe jest dawkowanie cefuroksymu 2 razy po 600 mg, a u dorosłych 2 razy po 500 mg? Czy jednak maksymalnie 2 razy po 500 mg u dzieci?

Jeśli dawkowanie wynikające z masy ciała dziecka przekracza dawkę stosowaną u dorosłych należy zastosować dawkowanie takie jak u dorosłych.

## 5. W jakich konkretnych sytuacjach i jak długo należy podawać glikokortykosteroidy do nosa przy katarze (ale nie alergicznym, tylko zakaźnym)?

Glikokortykoidy miejscowe zalecane są w terapii ostrego zapalenia zatok zarówno w monoterapii, jak i w terapii skojarzonej z antybiotykiem. Czas trwania terapii w dotychczas przeprowadzonych badaniach nie przekraczał zwykle 14 dni (maksymalnie 21 dni).

## Zalecane piśmiennictwo

Lund VJ. Therapeutic targets in rhinosinusitis: infection or inflammation? *Medscape J Med.* 2008; 10 (4): 105.

## 6. Skoro w bakteryjnych zakażeniach dróg oddechowych stosujemy antybiotyki w celu eradykacji patogenu, to jak właściwie wytłumaczyć stosowanie bakteriostatycznych makrolidów w etiologii atypowej?

Stosowanie antybiotyków o działaniu eradykacyjnym, czyli m.in.  $\beta$ -laktamów jest ogólną zasadą dotyczącą zakażeń wywołanych przez tzw. bakterie typowe (m. in. *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*).

Niestety, w zakażeniach wywołanych przez tzw. bakterie atypowe nie dysponujemy antybiotykami o działaniu eradykacyjnym – makrolidy, tetracykliny mają w tym przypadku jedynie działanie bakteriostatyczne (podobnie jak w zakażeniach typowych) i tylko pomagają siłom obronnym organizmu na szybsze opanowanie zakażenia, czyli skracają czas ich trwania. Antybiotyki  $\beta$ -laktamowe w zakażeniach bakteriami atypowymi nie wykazują nawet działania bakteriostatycznego, czyli są całkowicie nieskuteczne.

## 7. Jaka jest rola leków przeciwhistaminowych i pseudoefedryny w zapaleniu błony śluzowej nosa i (leków przeciwhistaminowych) w zapaleniu uszu?

Metaanalizy badań, co prawda często niedoskonałych, dotyczących wpływu tych leków na omawiane zakażenia wykazały albo ich słabą skuteczność, albo niekorzystny bilans zysków i strat (małe korzyści, dużo działań niepożądanych – senność, pobudzenie, nadciśnienie, wysuszenie błon śluzowych).

Nie znaczy to, że np. pseudoefedryna jest całkiem zakazana w objawowym leczeniu zakażeń górnych dróg oddechowych, ale stosować ją trzeba z wielką rozważą w myśl zasady, że leczenie nie powinno być nigdy gorsze niż sama choroba.

## Zalecane piśmiennictwo

Hryniewicz W, Ozorowski T, Radzikowski A, Zielonka TM, Albrecht P i wsp. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego – 2010. Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2010. ISBN 978-83-918989-3-2 lub [www.antybiotyki.pl](http://www.antybiotyki.pl)

Sutter AI, Lemiengre M, Campbell H, Mackinnon HF. Antihistamines for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(3): CD001267. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4): CD001267.

Taverner D, Latte J, Draper M. Nasal decongestants for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3): CD001953. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1): CD001953.

### 8. Czy badania CRP, PCT, leukocyty z rozmazem są wystarczające do wykluczenia zakażenia bakteryjnego układu oddechowego, jeśli są w normie?

W dużej mierze tak i w praktyce, nie mając lepszych rozwiązań, tymi badaniami powszechnie się posługujemy, jednak analiza dotychczas przeprowadzonych badań tak jednoznacznej odpowiedzi nie daje. Na przykład w pierwszej dobie ostrej biegunki rotawirusowej bardzo często obserwuje się wysoką leukocytozę z przesunięciem obrazu białokrwinkowego w lewo lub u niemowląt i małych dzieci przynajmniej w kierunku przewagi granulocytów. Podobnie może być w zakażeniach wywołanych przez wirusy Coxackie itp.

### 9. Kiedy podejrzewać zakażenie atypowe (mykoplazmowe, chlamydiowe i inne) układu oddechowego u małego dziecka (<3 r. ż.) w przypadku, gdy nie ma możliwości wykonania badań serologicznych? Czy w tych zakażeniach nieswoiste wskaźniki zapalne (OB, CRP, PCT) są prawidłowe?

W tej kwestii musimy kierować się raczej doświadczeniem klinicznym i różnicami w przebiegu zakażenia (też niejednoznaczny) niż wymienionymi wskaźnikami zapalnymi, gdyż nie są one w stanie różni-

cować zakażeń atypowych od typowych – i w jednych, i w drugich mogą być podwyższone i to często indywidualnie i w zróżnicowanym stopniu.

### 10. Pneumocystoza: kiedy podejrzewać, jakie są w niej wartości wykładników zapalnych: OB, CRP, PCT, jaka powinna zostać zastosowana dawka trimetoprimu i jak długo podawać, kiedy zdecydować się na terapię empiryczną?

Analiza tzw. wykładników stanu zapalnego ma znikome znaczenie w diagnostyce pneumocystozy. Decyduje obraz kliniczny i radiologiczny klatki piersiowej oraz szybko narastający spadek saturacji. Laboratoryjne potwierdzenie zakażenia wymaga badania materiału pobranego różnymi metodami z oskrzeli lub samych płuc. Leczenie kotrimoksazolem (15-20 mg trimetoprimu i 75-100 mg sulfometoksazolu/kg/24 h w czterech dawkach podzielonych dożylnie lub doustnie w zależności od stanu) powinno trwać 2 tygodnie, a u chorych na AIDS 3 tygodnie. Jeśli dane kliniczne wskazują na pneumocystozę, a nie mamy szans na szybkie rozpoznanie etiologiczne, leczenie empiryczne należy rozpocząć jak najszybciej.

### 11. Czy w każdym przypadku polipów nosa i zatok u dzieci wskazane jest wykonanie testu potowego (podejrzenie mukowiscydozy)?

Tak, polipowatość nosa i zatok nakazuje przeprowadzenie diagnostyki w kierunku mukowiscydozy.

### 12. Ostatnio na naszym oddziale pediatrycznym ordynator zalecił stosowanie salbutamolu w syropie w obturacyjnym zapaleniu oskrzeli. Proszę o komentarz.

Jest to pytanie z zakresu tzw. dyplomatycznych, ponieważ nie mam zwyczaju krytykować innych, sam bowiem także nie jestem nieomylny, jednak w tym przypadku muszę jednoznacznie stwierdzić, że taki sposób postępowania jest anachronizmem (kiedyś tę metodę terapii sam stosowałem), jednak w dobie powszechnie dostępnej terapii inhalacyjnej nie powinien być stosowany. Taki sposób leczenia niesie ze sobą znacznie większe ryzyko poważnych działań niepożądanych, np. w przypadku pomyłkowego przedawkowania (w warunkach domowych

szczególnie częstego z uwagi na znakomity smak syropu) lub nadmiernej wrażliwości indywidualnej. Poza tym chodzi nam o miejscowe działanie  $\beta$ -mimetyku w drzewie oskrzelowym, a nie w całym ustroju.

### 13. Proszę o wyjaśnienie, jak dzielić i czym się kierować, rozpoznając zapalenie płuc lekkie, średnie i ciężkie. Czy chodzi o stan kliniczny, gorączkę, objawy osłuchowe?

Głównie trzeba się kierować stanem klinicznym – częstością oddechów, tętna, stępaniem, wciąganiem międzyżebry, trudnościami w karmieniu, poruszaniu się. Ważna jest także, jeśli tylko jest możliwa, ocena saturacji ( $\text{PaO}_2 < 60$  mm Hg,  $\text{SaO}_2 < 92\%$  i  $\text{PaCO}_2 > 50$  mm Hg). Gorączka jest ważnym, ale nieswoistym objawem o bardzo indywidualnym charakterze.

### 14. Czy na oddziale dziecięcym można zamiast amoksyliny (leku I rzutu) podać ampicylinę domięśniowo w przypadku zapalenia ucha środkowego (dziecko 2-letnie przyjęte z cechami odwodnienia – wymioty), czy lepiej amoksylinę z kwasem klawulanowym lub ceftriakson?

W takich okolicznościach w warunkach polskich należy podać jako lek pierwszego rzutu ampicylinę dożylnie, a nie domięśniowo, zwłaszcza, że dziecko było odwodnione, zatem i tak wymagało uzyskania dostępu do żyły.

### 15. U chorego w 2-3 dobie podawania amoksyliny (w małych dawkach) z powodu zakażenia dróg oddechowych utrzymuje się gorączka. Czy ma sens zwiększenie dawki amoksyliny do 75-90 mg/kg/24 h w 3 dobie leczenia?

Teoretycznie może to być uzasadnione, ale istnieje ryzyko, że w tym przypadku znów nie uzyskamy rezultatu (bakteria oporna lub o zmniejszonej wrażliwości, która przez te trzy doby mogła już stać się oporna). W tym wypadku lepiej rozważyć zmianę, np. na cefalosporynę trzeciej generacji, jeśli oczywiście jest to zakażenie bakteryjne, a nie trzecia doba zakażenia wirusowego leczonego antybiotykiem. Trzy doby gorączki w zakażeniu wirusowym to „fizjologia” i „nieskuteczność” antybiotyku może wynikać z tego, że został podany niepotrzebnie.