

STRESZCZENIE

Wstęp. Rozpoznanie „zapalenie ucha środkowego” (ang. acute otitis media, AOM) jest pojęciem, które obejmuje zapalenie ucha środkowego niezależnie od etiologii i patogenezы i jest najczęstszą infekcją bakteryjną występującą u niemowląt i dzieci. Epizod AOM może przebiegać bez powikłań, z szybkim ustąpieniem objawów i cech ostrej infekcji. Najczęściej jednak objawy ulegają stopniowemu złagodzeniu, natomiast wysięk zwykle utrzymuje się kilka tygodni od początku infekcji. Obecność wysięku w uchu środkowym może spowodować u dziecka niedosłuch związany z wysiękiem wpływający na rozwój dziecka, może sprzyjać rozwojowi nawrotowego zapalenia ucha środkowego. Długotrwałe utrzymywanie się wysięku może prowadzić do powstania kieszonek retrakcyjnych błony bębenkowej, jej perforacji, erozji kosteczek słuchowych, a nawet do przewlekłego perlakowego zapalenia ucha środkowego. Czynniki ryzyka AOM są zbadane i dość dobrze udokumentowane, natomiast liczba prac dotyczących utrzymywania się wysięku w uchu środkowym po AOM, w szczególności opisujących ewentualne różnice w przebiegu tego schorzenia w krajach o różnym poziomie rozwoju oraz porównujących wpływ konkretnych schematów leczenia na czas utrzymywania się wysięku, jest niewielka.

Cel. Celem głównym badań była ocena czynników medycznych i socjoekonomicznych, sprzyjających utrzymywaniu się wysięku w uchu środkowym po AOM u dzieci. Dla zrealizowania celu głównego ustalono następujące cele szczegółowe:

1. Identyfikacja wybranych czynników w oparciu o anamnezę, przebieg choroby i metody leczenia, które mogą wpływać na czas ewakuacji wysięku z ucha środkowego.
2. Poszukiwanie różnic między tymi czynnikami w zależności od kraju zamieszkania pacjenta w Polsce lub na Ukrainie.

Materiał i metody. Badaniami objęto 119 dzieci z ostrym zapaleniem ucha środkowego, w tym 51 dzieci z Polski oraz 68 dzieci z Ukrainy. Średni wiek dzieci z Polski wynosił 4,7 lat, a z Ukrainy 4,9 lat. Każdy pacjent zgłosił się na 4 wizyty: wizyta nr 1 (W1 – dzień 0), wizyta nr 2 (W2 – dzień 7-10), wizyta nr 3 (W3 – dzień 30-32), wizyta nr 4 (W4 – dzień 60-62). Podczas każdej wizyty oceniano dane według ankiety własnego autorstwa, a na wizytach W2, W3 i W4 wykonywano badanie tympanometryczne. Porównano wyniki leczenia u dzieci z Polski i Ukrainy oraz oceniono wpływ wybranych czynników demograficznych, społecznych i zdrowotnych na uzyskiwane efekty leczenia. Materiał poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Ewakuację wysięku z ucha stwierdzono na wizycie 2. u 13%, na wizycie 3. u około 43% a, na wizycie 4. u około 54% dzieci. Na wizycie nr 2 w grupie polskiej nie było żadnego przypadku ewakuacji wysięku, a w grupie ukraińskiej fakt ten stwierdzono u niemal jednej czwartej dzieci. Nie obserwowano różnic w ewakuacji wysięku na wizycie nr 3 i 4 pomiędzy grupą polską i ukraińską. Płeć dziecka nie wpływała na częstość ewakuacji wysięku podczas ostatniej wizyty. Również wiek nie był czynnikiem wpływającym na efekty leczenia. W populacji polskiej więcej dzieci z ewakuacją wysięku mieszkało w miastach, czego nie wykazano w populacji ukraińskiej. Wśród dzieci z Polski czynnikiem wpływającym korzystnie na efekty leczenia było zamieszkiwanie w domu jednorodzinnym, podczas gdy czynnik ten nie miał znaczenia w przypadku dzieci z Ukrainy. Liczba dzieci w rodzinie wpływała na efekty leczenia w grupie dzieci z Polski. Korzystnie na efekty leczenia wpływał pobyt dzieci w przedszkolu lub szkole, ale tylko w grupach o mniejszej liczebności. Wysokość dochodu rodziny wpływała w bardzo znaczący sposób na efekty leczenia w populacji polskiej

i ukraińskiej. Palenie w pokoju dziecka nie wpływało na efekty leczenia. Posiadanie indywidualnego ogrzewania w domu było czynnikiem wpływającym korzystnie na efekty leczenia w obu populacjach badanych dzieci. W grupie dzieci z Polski stwierdzono statystycznie istotne różnice wpływu czasu trwania ciąży. Takiej zależności nie stwierdzono w grupie dzieci z Ukrainy. W grupie ukraińskiej nie występowała zależność pomiędzy czasem karmienia piersią a efektami leczenia, natomiast w grupie polskiej stwierdzono taką zależność. W grupie z Polski ewakuacja wysięku następowała w zdecydowanie większym stopniu u dzieci, które były szczepione przeciwko pneumokokom. W grupie dzieci z Ukrainy różnica ta nie była istotna statystycznie. Jednostronne AOM skuteczniej poddawało się leczeniu niż obustronne. Na wizycie 4. nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy faktem stosowania kropli do uszu a efektami leczenia (wartość prawdopodobieństwa testowego $p = 0,3172$). Stwierdzono również, że fakt leczenia antybiotykami oraz niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) nie wpływał statystycznie w istotny sposób na wyleczenie w grupie dzieci ukraińskich. Stosowanie pseudoefedryny w grupie dzieci z Polski nie wpływało na efekty leczenia.

Wniosek 1. Na ewakuację wysięku w uchu środkowym po jego ostrym zapaleniu korzystnie wpływa zamieszkanie dziecka w mieście, w domu jednorodzinnym, mniejsza liczba dzieci w rodzinie, pobyt dzieci w przedszkolu lub szkole (ale tylko w grupach o mniejszej liczności), wysokość dochodu w rodzinie, indywidualne ogrzewanie mieszkania/domu, wystąpienie jednostronnego AOM.

Wniosek 2. Na utrzymywanie się wysięku w uchu środkowym po jego ostrym zapaleniu niekorzystnie wpływa zamieszkanie dziecka na wsi, większa liczba dzieci w rodzinie, wystąpienie obustronnego AOM.

Wniosek 3. Nie stwierdzono wpływu płci i wieku dziecka, palenia tytoniu w pokoju dziecka, leczenia kroplami do uszu, antybiotykami i preparatami z pseudoefedryną na utrzymywanie się wysięku w uchu środkowym po AOM.

Wniosek 4. W polskiej grupie zamieszkanie w mieście, w domu jednorodzinnym, mniejsza liczba dzieci, pobyt w przedszkolu lub szkole w grupach o mniejszej liczności, wysokość dochodu w rodzinie, szczepienie przeciwko pneumokokom i jednostronność, były czynnikami korzystnymi, natomiast krótszy czas trwania ciąży i karmienia piersią oraz krótszy czas między nawrotami był czynnikiem niekorzystnym AOM.