SVEIKATOS MOKSLAI /
HEALTH SCIENCES IN EASTERN EUROPE
ISSN 1392-6373 print / 2335-867X online
2026, 36 tomas, Nr.7, p. 139-141
DOI: https://doi.org/10.35988/sm-hs.2026.303

ŪMINIO VIDURINĖS AUSIES UŽDEGIMO GYDYMO EVOLIUCIJA: STEBĖJIMO TAKTIKOS IR ANTIBIOTIKŲ VARTOJIMO MAŽINIMO STRATEGIJOS

Paulina Bartušytė[1], Vijonė Adomaitytė[1], Monika Kundrotaitė[2]
[1]Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas,
[2]Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos

Raktažodžiai: ūminis vidurinės ausies uždegimas, stebėjimo taktika, atidėtas antibiotikų skyrimas.

Santrauka

Tikslas. Apžvelgti naujausią literatūrą apie stebėjimo taktikos, atidėto antibakterinio gydymo ir sutrumpintų gydymo kursų efektyvumą bei saugumą valdant vaikų ūminį vidurinės ausies uždegimą (ŪVAU).

Metodika. Literatūros apžvalga atlikta naudojantis tarptautinėmis „PubMed“ ir „Google Scholar“ duomenų bazėmis. Į atranką įtraukta 11 naujausių tarptautinių gairių, metaanalizių, literatūros apžvalgų ir tyrimų.

Rezultatai. Literatūros duomenys rodo, kad stebėjimo taktika aiškiai rekomenduojama tarptautinėse gairėse lengvo ir vidutinio sunkumo ŪVAU gydymui vyresniems nei 6 mėnesių vaikams, nesant rizikos veiksnių. Sėkmingam stebėjimui būtina tiksli diagnostika ir adekvatus skausmo valdymas. Nekomplikuotais atvejais vyresniems nei 2 metų vaikams rekomenduojami trumpi 5 dienų antibiotikų kursai.

Išvados. Nors komplikacijų rizika taikant stebėjimo taktiką išlieka minimali, o antibiotikų suvartojimas reikšmingai sumažėja, reali klinikinė praktika vis dar atsilieka nuo gairių rekomendacijų. Būtina aktyvesnė medikų ir tėvų edukacija.

Įvadas

Ūminis vidurinės ausies uždegimas (ŪVAU) yra viena dažniausių vaikų infekcinių ligų ir pagrindinė ambulatorinio antibiotikų skyrimo priežastis. Nors pneumokokinės vakcinos įdiegimas pakeitė ligos epidemiologiją, vyraujančius sukėlėjus ir sumažino sergamumą, neracionalus antibiotikų vartojimas toliau skatina naujų serotipų įsitvirtinimą bei didina antimikrobinį atsparumą [1]. Siekiant spręsti šią problemą, požiūris į ŪVAU gydymą iš esmės pasikeitė: Amerikos pediatrų akademijos (AAP) gairės paskatino pereiti prie praktikos, kurioje vietoj skubaus ir rutininio gydymo antibiotikais prioritetas teikiamas tiksliai diagnostikai, stebėjimo taktikai bei atidėto gydymo strategijoms [2].

Tyrimo tikslas – įvertinti stebėjimo taktikos, atidėto antibiotikų skyrimo bei sutrumpintų kursų efektyvumą, saugumą ir pritaikomumą gydant vaikų ŪVAU realioje praktikoje.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Naudotos „PubMed“ ir „Google Scholar“ duomenų bazės (2013–2025 m.). Paieškos žodžiai anglų kalba: acute otitis media, watchful waiting, delayed antibiotic prescribing, clinical guidelines. Atrinkta 11 viso teksto straipsnių anglų kalba (gairės, sisteminės apžvalgos, metaanalizės, tyrimai) apie vaikų ŪVAU gydymo strategijas.

Tyrimo rezultatai

Tiksli diagnostika ir stebėjimo taktikos integracija į gaires. Saugiai stebėjimo taktikai taikyti būtina objektyvi diagnozė, pagrįsta aiškia ausies būgnelio pokyčių vizualizacija ir, idealiu atveju, pneumatinės otoskopijos radiniais [2–4]. Būgnelio išsipūtimas su drumstumu ir sumažėjusiu judrumu yra būdingiausias bakterinio ŪVAU požymis, patvirtinantis eksudatą vidurinėje ausyje [3]. Siekiant diagnostinio tikslumo, rekomenduojama atsisakyti tokių terminų kaip „neaiški“ ar „tikėtina“ diagnozė. Jei po otoskopinės apžiūros klinikinis vaizdas išlieka abejotinas, racionalu paciento būklę pakartotinai įvertinti po 48–72 val., prieš priimant sprendimą dėl antibiotikų [2, 3]. Daugumos šalių klinikinės gairės stebėjimo taktiką pripažįsta saugia alternatyva antibiotikų skyrimui lengvo, nekomplikuoto ŪVAU atveju [5]. Italijos ekspertų sutarimas rekomenduoja 48–72 val. stebėjimą vaikams be gretutinių ligų ar rizikos veiksnių, o būklei negerėjant – pirmuoju pasirinkimu skirti siauro spektro amoksiciliną [6]. Japonijos gairės siūlo ŪVAU sunkumo vertinimo balų sistemą (nuo 0 iki 12 balų), kurioje surinkus ≤ 5 balus (lengva forma), rekomenduojamas 3 dienų stebėjimas

Adresas susirašinėti: Paulina Bartušytė, el. p. paulina.bartusyte@gmail.com

be antimikrobinių vaistų [4]. Tyrimai rodo, kad sistemingas gairių taikymas sumažina nereikalingą antibiotikų išrašymą iki 12% bei reikšmingai apriboja plataus spektro preparatų vartojimą (nuo 53,2% iki 32,4%) [7].

Skausmo valdymas ir stebėjimo taktikos sėkmė. Taikant stebėjimo taktiką ir atidedant antibakterinį gydymą, adekvatus simptominis skausmo valdymas tampa būtinas. Skausmas yra pagrindinis ŪVAU simptomas, o neefektyvus jo valdymas tiesiogiai koreliuoja su padidėjusiu antibiotikų vartojimu, pakartotiniais vizitais pas gydytoją ir stebėjimo taktikos nesėkme [3]. Remiantis naujausiais duomenimis, antibiotikai skausmo per pirmąsias 24 val. nesumažina, todėl sisteminė analgezija paracetamoliu ar ibuprofenu yra esminė gydymo dalis nepriklausomai nuo pasirinktos taktikos, o stebėjimo atveju – tai veiksnys, leidžiantis saugiai išlaukti šį laikotarpį [2, 3, 6, 8].

Rizikos grupės, kurioms stebėjimo taktika netaikoma. Stebėjimo taktika skirta ne visiems. Neatidėliotinas antibakterinis gydymas turi būti skiriamas: kūdikiams iki 6 mėnesių amžiaus, vaikams, kuriems diagnozuota otorėja (ausies būgnelio perforacija su pūliavimu), 6–24 mėnesių vaikams, sergantiems abipusiu ŪVAU bei pacientams, kurių sunki ŪVAU eiga (karščiavimas ≥ 39 °C, stiprus, analgetikais sunkiai malšinamas ausies skausmas) [3]. Ši klinikinė praktika yra patvirtinta pasauliniu mastu ir atitinka tiek pamatines AAP gaires [2], tiek naujausią Italijos ekspertų sutarimą [6]. Šiuose dokumentuose sutartinai nurodoma iškart skirti antibiotikus ne tik minėtoms amžiaus ir ligos sunkumo grupėms, bet ir imunosupresuotiems pacientams arba tais atvejais, kai neįmanoma užtikrinti saugaus paciento stebėjimo ir pakartotinės apžiūros ambulatoriškai.

Savaiminis pasveikimas ir atidėto antibiotikų skyrimo strategija. Stebėjimo taktika remiasi natūralia ligos eiga: apie 80 % vaikų ŪVAU simptomai reikšmingai pagerėja per kelias dienas be antibakterinio gydymo [8]. Naujausia Cochrane metaanalizė rodo, kad nors antibiotikai šiek tiek sumažina skausmą po kelių dienų, jie padidina nepageidaujamų reiškinių riziką (pvz., viduriavimo, bėrimo) [8]. Todėl vis plačiau taikomas atidėtas antibiotikų skyrimas – vaistas išrašomas, bet pradedamas vartoti tik būklei nepagerėjus po 48–72 val. Cochrane apžvalgos duomenimis, tai saugi alternatyva, nepadidinanti komplikacijų rizikos ir nesumažinanti pacientų pasitenkinimo, palyginti su neatidėliotinu gydymu [9]. Ispanijos pediatrų ekspertų sutarimu ši strategija su tinkama tėvų edukacija sumažina antibiotikų suvartojimą 30–50 %, nepailgindama simptomų trukmės ir nepadidindama komplikacijų skaičiaus [3].

Trumpalaikiai antibiotikų vartojimo kursai ir pirmenybinis gydymas. Tais atvejais, kai antibakterinis gydymas yra būtinas, pirmojo pasirinkimo vaistas pacientams, netu-rintiems atsparumo rizikos veiksnių, išlieka amoksicilinas didelėmis dozėmis (80–90 mg/kg/d.). Tuo tarpu esant sunkiai ligos eigai ar rizikos veiksniams, rekomenduojama iškart skirti amoksicilino ir klavulano rūgšties derinį [3, 6]. Siekiant dar labiau sumažinti antibiotikų žalą ir antimikrobinį atsparumą, vyresniems nei 2 metų pacientams, neturintiems rizikos veiksnių ir sergantiems nekomplikuota liga, rekomenduojamas sutrumpintas 5 dienų antibiotikų kursas [3, 4, 6]. Jaunesniems nei 2 metų vaikams vis dar rekomenduojamas standartinis 7–10 dienų kursas.

Komplikacijų baimė ir reali praktika. Pagrindinė kliūtis, trukdanti plačiau taikyti stebėjimo taktiką, yra gydytojų ir tėvų baimė dėl intrakranijinių ir pūlingų komplikacijų [10]. Tačiau tyrimai rodo, kad šios komplikacijos yra ypač retos – pavyzdžiui, ūminio mastoidito rizika netaikant antibakterinio gydymo siekia vos 3,8 atvejo iš 10 000 [6]. Net ir išsivysčius šioms komplikacijoms, jos sėkmingai valdomos šiuolaikinėmis gydymo priemonėmis [11]. Nors moksliniai įrodymai ir gairės tai pagrindžia, kasdienėje praktikoje stebėjimo taktika vis dar taikoma pernelyg retai. Analizuojant JAV duomenis (per 2 mln. ŪVAU epizodų), stebėjimo taktikos adaptacija išlieka lėta – apie 80 % atvejų antibiotikai vis dar išrašomi iškart po diagnozės nustatymo [10]. Tai rodo, kad būtina aktyviai edukuoti medikų bei pacientų bendruomenę, gerinant komunikaciją ir bendrą sprendimų priėmimą [9, 10].

Išvados

1. Naujausios gairės, gydant lengvos ir vidutinio sunkumo formos ŪVAU sergančius vyresnius nei 6 mėn. vaikus, rekomenduoja stebėjimo taktiką ir atidėtą antibiotikų skyrimą, o šių priemonių sėkmei būtina tiksli diagnostika bei efektyvus simptominis skausmo malšinimas.

2. Neatidėliotinas antibakterinis gydymas skirtinas tik rizikos grupėms: jaunesniems nei 6 mėn. kūdikiams, esant otorėjai; jaunesniems nei 2 m. vaikams, sergantiems abipusiu ŪVAU, esant sunkiai ligos eigai, imunosupresijai ar negalint užtikrinti pakartotinės apžiūros. Prireikus antibiotikų, nekomplikuotais atvejais vyresniems nei 2 metų vaikams rekomenduojami trumpi 5 dienų kursai.

3. Nors taikant stebėjimo taktiką komplikacijų rizika minimali, reali praktika vis dar atsilieka nuo rekomendacijų, todėl būtina aktyvesnė medikų ir pacientų tėvų edukacija.

Literatūra

1. Pichichero M, Malley R, Kaur R, Zagursky R, Anderson P. Acute otitis media pneumococcal disease burden and nasopharyngeal colonization in children due to serotypes included and not included in current and new pneumococcal conjugate vaccines. Expert Rev Vaccines 2023;22(1):118-38.
https://doi.org/10.1080/14760584.2023.2162506

2. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, ir kt. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2013;131(3):e964-99.

https://doi.org/10.1542/peds.2012-3488

3. López Martín D, Piñeiro Pérez R, Martínez Campos L, Ares Álvarez J, De La Calle Cabrera T, Jiménez Huerta I, ir kt. Update of the consensus document on the aetiology, diagnosis and treatment of acute otitis media and sinusitis. An Pediatría Engl Ed 2023;98(5):362-72.

https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.03.003

4. Hayashi T, Kitamura K, Hashimoto S, Hotomi M, Kojima H, Kudo F, ir kt. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children-2018 update. Auris Nasus Larynx 2020;47(4):493-526.

https://doi.org/10.1016/j.anl.2020.05.019

5. Suzuki HG, Dewez JE, Nijman RG, Yeung S. Clinical practice guidelines for acute otitis media in children: a systematic review and appraisal of European national guidelines. BMJ Open 2020;10(5):e035343.

https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035343

6. Castelli Gattinara G, Bergamini M, Simeone G, Reggiani L, Doria M, Ghiglioni DG, ir kt. Antibiotic treatment of acute and recurrent otitis media in children: an Italian intersociety consensus. Ital J Pediatr 2025;51(1):50.

https://doi.org/10.1186/s13052-025-01894-z

7. Spoială EL, Stanciu GD, Bild V, Ababei DC, Gavrilovici C. From evidence to clinical guidelines in antibiotic treatment in acute otitis media in children. Antibiotics 2021;10(1):52.

https://doi.org/10.3390/antibiotics10010052

8. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database Syst Rev 2023;2023(12).

https://doi.org/10.1002/14651858.CD000219.pub5

9. Spurling GK, Dooley L, Clark J, Askew DA. Immediate versus delayed versus no antibiotics for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2023;2023(10).

https://doi.org/10.1002/14651858.CD004417.pub6

10. Smolinski NE, Antonelli PJ, Winterstein AG. Watchful waiting for acute otitis media. Pediatrics 2022;150(1):e2021055613.

https://doi.org/10.1542/peds.2021-055613

11. Duygu E, Şevik Eliçora S. Our experience on the management of acute mastoiditis in pediatric acute otitis media patients. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2020;138:110372.

https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110372

THE EVOLUTION OF ACUTE OTITIS MEDIA TREATMENT: WATCHFUL WAITING AND ANTIBIOTIC REDUCTION STRATEGIES. A LITERATURE REVIEW

P. Bartušytė, V. Adomaitytė, M. Kundrotaitė

Keywords: acute otitis media, watchful waiting, delayed antibiotic prescribing.

Summary

Aim: To review the recent literature regarding the efficacy and safety of the watchful waiting strategy, delayed antibiotic prescribing, and shortened treatment courses in the management of pediatric acute otitis media (AOM).

Methods: A literature review was conducted using the international PubMed and Google Scholar databases. Eleven recent international guidelines, meta-analyses, literature reviews, and studies were included in the selection.

Results: Literature data indicate that the watchful waiting strategy is clearly recommended by international guidelines for treating mild to moderate AOM in children older than 6 months without risk factors. Accurate diagnosis and adequate pain management are essential for successful observation. For uncomplicated cases in children older than 2 years, short 5-day antibiotic courses are recommended.

Conclusions: Although the risk of complications associated with watchful waiting remains minimal and antibiotic consumption is significantly reduced, real-world clinical practice remains inconsistent with guideline recommendations. More active education for both medical professionals and parents is necessary.

Correspondence to:paulina.bartusyte@gmail.com

Gauta 2026-03-04