

postać ibuprofenu oraz nalbufina (jeśli nie uwzględnić fentanyl i sufentanyl, który jak autorzy sami słusznie twierdzą, mogą być podawane jedynie w warunkach intensywnego nadzoru). W opracowaniu błędnie podano, że naproksen jest zarejestrowany dla dzieci powyżej 5. roku życia, gdyż w tej grupie wiekowej może być stosowany wyłącznie w młodzieńczym zapaleniu stawów, pozostałe wskazania (zatem i ból pooperacyjny) dopuszczają ten lek powyżej 16. roku życia. Dostępny w Polsce preparat tramadolu (Poltram®) do nie jest dopuszczony w żadnej formie u dzieci, które nie ukończyły 12 lat (można podawać jedynie preparat Tramal® produkcji Stada Arzneimittel, ale tylko dożylnie, dzieciom, które ukończyły pierwszy rok życia) [2]. Na tym arsenał leków się kończy, jeśli nie uwzględni się petydyny, dopuszczonej wprawdzie do stosowania w każdym wieku, ale obecnie niepolecanej z uwagi na drgawkorodne działanie metabolitu — norpetydyny [3].

W tej sytuacji zaskakujące jest całkowite pominięcie w zaleceniach leczenia ostrego bólu pooperacyjnego analgezji przewodowej, szczególnie omówionej w „dorosłej” części zaleceń, która jest powszechnie stosowana jak świat długi szeroki i dość dokładnie omówiona w cytowanych przez autorów opracowaniach [4, 5], jak też w ciekawym artykule Verghese i Hannallaha [6]. Blokady obwodowe i centralne są nieocenionym uzupełnieniem naszej praktyki, szczególnie od czasu wprowadzenia ich kontrolowanego ultrasonograficznie wykonywania i trudno sobie wyobrazić jakkolwiek nowoczesną praktykę anestezjologa dziecięcego bez ich stosowania w leczeniu bólu pooperacyjnego. Leki analgetyczne miejscowe (lidokaina, bupiwakaina i ropiwakaina) są dopuszczone, w odróżnieniu od analgetyków systemowych, do stosowania u dzieci, techniki są proste, a liczna powikłań znikoma.

Być może Redakcja uznałaby za wartościowe uzupełnienie następnej edycji zaleceń o pominiętą z nieznanym powodów część praktyki leczenia bólu pooperacyjnego u dzieci.

## PODZIĘKOWANIA

1. Praca nie była finansowana.
2. Autorzy zgłaszają brak konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo:

1. *Misiólek H, Cettler M, Woron J, Wordliczek J, Dobrogowski J, Mayzner-Zawadzka E*: The 2014 guidelines for post-operative pain management. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 221–244. doi: 10.5603/AIT.2014.0041.
2. [www.lekinfo24.pl](http://www.lekinfo24.pl)
3. *Buck ML*: Is meperidine the drug that just won't die? *J Pediatr Pharmacol Ther* 2011; 16: 167–169. doi: 10.5863/1551-6776-16.3.167.
4. *Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management*, 2<sup>nd</sup> Edition, 2012. A Guideline from the Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland. *Paediatr Anaesth* 2012; 22 (Suppl. 1): 1–79. doi: 10.1111/j.1460-9592.2012.03838.x.
5. *Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM*; APM: SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and

Faculty of Pain Medicine: acute pain management: scientific evidence. 3rd edition, ANZCA & FPM, Melbourne 2010.

6. *Verghese AT, Hannallah RS*: Acute pain management in children. *J Pain Res* 2010; 3: 105–123.
7. *Willschke H, Marhofer P, Machata AM, Lönngqvist PA*: Current trends in paediatric regional anaesthesia. *Anaesthesia* 2010; 65 (Suppl 1): 97–104. doi: 10.1111/j.1365-2044.2010.06242.x.

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Marcin Rawicz  
Warszawski Szpital dla Dzieci  
ul. Kopernika 43, 00–328 Warszawa  
e-mail: marcin.rawicz@wsdz.pl

## W odpowiedzi:

Hanna Misiólek<sup>1</sup>, Maciej Cettler<sup>2</sup>, Jarosław Woron<sup>3</sup>,  
Jerzy Wordliczek<sup>4</sup>, Jan Dobrogowski<sup>5</sup>,  
Ewa Mayzner-Zawadzka<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>2</sup>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, Wojewodzki Szpital Zespolony w Toruniu

<sup>3</sup>Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Zakład Farmakologii Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

<sup>4</sup>Klinika Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

<sup>5</sup>Zakład Badania i Leczenia Bólu, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

<sup>6</sup>Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Szanowny Panie Redaktorze,

W odpowiedzi na list Pana Doktora Marcina Rawicza chcielibyśmy złożyć podziękowania Panu Doktorowi zarówno za słowa uznania dla naszej pracy, jak i za cenne uwagi oraz słowa krytyki, świadczące o zainteresowaniu tym istotnym problemem klinicznym, jakim jest uśmierzenie bólu ostrego u dzieci. Ma ono, jak słusznie zauważa Autor listu, swoje ograniczenia, głównie z powodu braku dostępności wielu leków oraz obostrzeń co do ich stosowania, jeśli chcieć pozostać w zgodzie z charakterystyką produktu leczniczego.

„Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym 2014” to zaledwie drugie wydanie wytycznych, w których autorzy podjęli się niełatwego zadania uporządkowania postępowania przeciwbólowego u dzieci w okresie pooperacyjnym. W naszej, autorów zaleceń, opinii, biorąc pod uwagę liczbę zgromadzonego materiału publikacyjnego oraz nakład pracy włożony w jego adaptację w schematy zaleceń dla rodzimego odbiorcy (czytelnika), mieliśmy wrażenie poprawy jakości przygotowanego produktu. Nic tak obiektywnie nie weryfikuje jednak naszej pracy, jak opinie odbiorców, ponieważ są świadectwem poczytności z równoczesnym zagłębieniem się w szczegóły, których nie brakuje w wytycznych.

Odpowiadając na list Pana Doktora Rawicza, musimy jednak podjąć polemikę i pozwolić sobie nie zgodzić się z tak ostro postawionym zarzutem: „W tej sytuacji zaskakujące jest całkowite pominięcie w zaleceniach leczenia ostrego bólu pooperacyjnego analgezji przewodowej...” Z lektury zaleceń wyraźnie można wyczytać, że zalecamy blokady zarówno obwodowe, jak i centralne we wszystkich trzech kategoriach zabiegów, jako metodę uśmierzania bólu ostrego (ostrzykiwanie rany, blokady przykręgowce, zewnątrzoponowe i podpajęczynówkowe oraz blokady nerwów obwodowych). W części wytycznych poświęconej terapii bólu u dzieci nie omawialiśmy

szczegółowo działania poszczególnych leków czy zastosowanych metod, głównie z powodu unikania zbędnych powtórzeń. Sugestie Pana Doktora, aby rozszerzyć znacząco tematykę blokad regionalnych w terapii bólu ostrego u dzieci, będzie jednak uwzględniona w kolejnych wydaniach zaleceń.

Jeśli chodzi o uwagę Pana Doktora w sprawie dwóch leków ujętych w zaleceniach, a mianowicie naproksen i tramadol, to nie pozostaje nam nie zgodzić się, przyznać rację i przeprosić za błąd, który wkradł się do tekstu zaleceń. Zmiana ta będzie uwzględniona i poprawiona w następnej edycji wytycznych.