STRESZCZENIE

Wstęp:

Choroby układu oddechowego u dzieci stanowią dominujący problem wpraktyce pediatrycznej, są najczęstszą przyczyną porad ambulatoryjnych w podstawowej opiece zdrowotnej i w pomocy doraźnej oraz jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji. Wśród ostrych chorób istotnym zagrożeniem są przebiegające z obturacją zapalenia dolnych dróg oddechowych (zapalenia oskrzeli, zapalenia oskrzelików, zaostrzenia astmy) z uwagi na

ich częstość oraz wczesnei odległe następstwa.

Cel:

Celem rozprawy doktorskiej jest ocena postępowania diagnostycznego i leczniczego w wybranych chorobach obturacyjnych dolnych dróg oddechowych u dzieci w odniesieniu do aktualnych rekomendacji i wytycznych.

Materiały i metody:

Informacje na tematpostępowania diagnostycznego i terapeutycznego w obturacyjnych chorobach układu oddechowego uzyskano metodą ankietową. Badanie przeprowadzono w dwóch grupach –lekarzy (n=155) i rodziców (n=67) chorych dzieci.Badania prowadzono od stycznia do grudnia 2016 roku.

Wyniki:

Analiza postępowania lekarzy w diagnostyce i leczeniu dzieci z obturacyjnym zapaleniem oskrzeli (OZO)

i nawracającymi OZO wykazała, że oprócz preparatów zalecanych w związku z prawdopodobną infekcją (krople do nosa, aerozol wody morskiej), najczęściej proponowano leki rozszerzające oskrzela w nebulizacji i

glikokortykosteroidy wziewne (wGKS). Dla większości lekarzy uzasadnieniem do podania wymienionych

leków jest duże nasilenie objawów. Czas leczenia wziewnego jest zróżnicowany, zbliżony odsetek lekarzy prowadzi leczenie do ustąpienia objawów lub dłużej, około połowa lekarzy utrzymuje leczenie do 4 tygodni i połowa powyżej 4 tygodni. O przedłużonym leczeniu w porównywalnym stopniu decyduje ciężki przebieg, kolejny nawrót choroby i obciążenie alergią. Oceniono częstość zlecania przez lekarzy podstawowych badań

krwi, RTGklatki piersiowej i badania laryngologicznego. Tylkopojedynczy lekarze całkowicie rezygnują z jakiejkolwiek diagnostyki. Ponad połowa, a w odniesieniu do badań podstawowych krwi ponad 80%

deklaruje, że wykonuje badania zawsze lub często.

W analizie postępowania z pacjentem z astmą stwierdzono wysoki odsetek lekarzy deklarujących samodzielne rozpoznawanie astmy. Większość ankietowanych uważa, że rozpoznanie można postawić po 1 roku życia, wcześniejszą możliwość akceptuje 30%. Ponad 25% lekarzy wyraziło opinię o możliwości rozpoznawania astmy dopiero po ukończeniu 5 roku życia. Rozpoznawania astmy wczesnodziecięcej unika ponad 20% lekarzy. Objawy

najczęściej uznawane za charakterystyczne dla astmy to według ankietowanych (ponad 85%): kaszel po ekspozycji na alergen,kaszel po wysiłku, świszczący oddech, co najmniej 3 OZO i poprawa po beta 2 agonistach. Indeks Przewidywania Astmy jest uważany jako przydatny w rozpoznawaniu choroby przez prawie 70% ankietowanych.

W leczeniu wziewnym dzieci młodszych (poniżej 5 r.ż.) ankietowani najczęściej wybierali nebulizacje (69,2%), a prawie 20% mniej decyduje się na pMDI z komorą inhalacyjną. Leczenie wziewne dzieci starszych jest według ankietowanych oparte głównie na pMDI z komorą oraz inhalatorach proszkowych. Jednak w pytaniu podsumowującym preferencje lekarzy co do zalecanych metod inhalacji, zdecydowana większość wybrała

nebulizacje (71,24%).

Podsumowując leczenie wstępne w astmie, istotne różnice między grupą dzieci młodszych a starszych dotyczyły częstszego rozpoczynania leczenia przewlekłego lekiem antyleukotrienowym i zalecania wGKS w nebulizacji. Z kolei od 5 r.ż. częstsze było podawanie wGKS z pMDI bez komory lub w formie DPI, ponadto częściej zalecano LABA. W leczeniu zaostrzeń astmy ankietowani najczęściej wybierali salbutamol oraz zwiększenie dawki wGKS, chociażponad 20% lekarzy daje preferencje dla leku złożonego z fenoterolu i bromku ipratropium. Wśródinnych leków zalecanychwzaostrzeniach zwraca uwagę stosowanie montelukastu (20%) oraz soli hipertonicznej i

mukolityku, które wybrał co 10 ankietowany.

Wiedzęna temat choroby lekarze przekazują w dość szerokim zakresie, najbardziej zaniedbanym elementem jest informowanie o myciu i konieczności okresowej wymiany sprzętu oraz weryfikacja umiejętności pacjenta. Aż 95% lekarzy omawia zasady leczenia i proponowany sprzęt, ale tylko 67% demonstruje proponowany inhalator; weryfikacji umiejętności pacjenta dokonuje niewiele ponad połowa lekarzy.

Zapalenie oskrzelików, rozpoznajeniewiele ponad połowa lekarzy, przy czym najczęściej są to lekarze bez specjalizacji i lekarze pediatrzy oraz zaledwie 17,39% lekarzy rodzinnych. W leczeniu najczęściej wybierano krople do nosa i aerozol wody morskiej, prawie 40% lekarzy stosuje salbutamol w inhalacji, 10% mukolityk wziewnie, a prawie 30% lekarzy w GKS. Według ankiety przeprowadzonej w grupie rodziców, u dzieci hospitalizowanych z powodu chorób obturacyjnych dolnych dróg oddechowych, dominowało rozpoznanie astmy (lub obserwacji w kierunku astmy). U większości dzieci przed postawieniem rozpoznania wykonano badania dodatkowe. Informacje dotyczące specyfiki choroby rodzice najczęściej uzyskiwali od lekarzy specjalistów, 13,43% rodziców zgłosiło brak informacji; aż 82,09% rodziców potwierdziło, że konsultacje specjalistyczne odbywają się częściej niż raz na 6 miesięcy, a nieobjętych opieką specjalisty było jedynie 4,48% dzieci. Potencjalnie szkodliwe i wpływające na rozwój choroby czynniki zgłaszane przez rodziców to najczęściej: ekspozycja dzieci na dym tytoniowy (u 32,84% ankietowanych; do palenia w ciąży przyznało się 10,45% matek),

obecność w domu pleśni (u ok. 19%), nieprawidłowy przebieg ciąży(u ponad połowy ankietowanych), w tym najczęściej zagrożenie porodem przedwczesnym (35,82%) oraz obciążenie rodzinne chorobami alergicznymi (u 61,19%). Jako najczęstszą przyczynę zaostrzeń 83,56% rodziców zgłosiło infekcje, ponadto prawie połowa podała wysiłek fizyczny i niewiele mniej warunki atmosferyczne. Większość pacjentów była leczona w sposób przewlekły, najczęściej stosowano wGKS (łącznie z preparatami złożonymi 89,58%), z dużą częstością również

montelukast (60,42%) i LABA(łącznie z preparatami złożonymi 47,92%). Ponad połowa rodziców zadeklarowała, że nie otrzymała od lekarza pisemnej instrukcji jak postępować w razie zaostrzenia, mimo to w przypadku wystąpienia objawów oddechowych u dzieci jedynie 22,39% ankietowanych udaje się na natychmiastową konsultację lekarską, aż 37,31% zgłasza się na konsultację lekarską dopiero przy braku poprawy po zastosowanym samodzielnie leczeniu. Prawie połowa grupy badanej wymagała w ostatnim roku doraźnej

pomocy lekarskiej, w tym prawie ¼ ponad trzykrotnie, również ¼ pacjentów wymagała hospitalizacji z powodu zaostrzeń choroby podstawowej. Najpopularniejszą formą terapii inhalacyjnej jest inhalator pneumatyczny oraz forma podawania leków przez maskę (u74,19% pacjentów po 6 rż prowadzone są nebulizacje przez maskę). Wykazano brak dostatecznej wiedzy rodziców dotyczący sposobu mycia sprzętu do inhalacji i częstotliwości

jego wymiany, ze szkolenia przeprowadzonego przez personel medyczny mogła skorzystać mniej niż połowa ankietowanych (45,45%).Według rodziców zalecenie szczepień przeciwko pneumokokom i grypie otrzymała mniej niż połowa ankietowanych dzieci. Zaszczepionych przeciwko pneumokokom było 44,78%, a przeciwko grypie jedynie 7,46%.

WNIOSKI:

Diagnostyka chorób obturacyjnych opiera się głównie na ocenie klinicznej. Najbardziej niepokojącymi spostrzeżeniami związanym z diagnostyką są: często deklarowany problem nierozpoznawania zapalenia oskrzelików oraz unikanie rozpoznawania astmy, zwłaszcza wczesnodziecięcej i stosowanie rozpoznań zastępczych. Wybór klasycznych kryteriów rozpoznania astmy wskazuje na nieuwzględnianie specyfiki przebiegu choroby u dzieci, a wykonywanie badań dodatkowych (RTG, podstawowe badania krwi i badanie laryngologiczne) nie jest powszechne, mimo deklarowanej znajomości badań zalecanych.

Leczenie chorób obturacyjnych u dzieci jest zróżnicowane i zwraca uwagę stosowanie leków nieuwzględnionych w powszechne dostępnych wytycznych postępowania. Różnice w wyborze postępowania w analizowanych grupach lekarzy zróżnicowanych pod względem wieku, specjalizacji i miejsca pracy dotyczyły najczęściej samodzielności w podejmowaniu decyzji w rozpoznawaniu chorób obturacyjnych, częstszej rezygnacji z

badań dodatkowych i stosowania rozpoznań zastępczych, nieuzasadnionej preferencji wleczeniu zaostrzeń

leku złożonego zamiast salbutamolu.Główne wnioski nasuwające się po przeanalizowaniu ankiet wypełnionych przez rodziców to konieczność stałej edukacji pacjentów i ich rodziców. Lekarze powinni tłumaczyć działania niepożądane leczenia, przekazywać pacjentom pisemne plany postępowania w zaostrzeniu, podkreślać szkodliwość czynnego i biernego palenia papierosów oraz zwiększyć wyszczepialność populacji przeciwko grypie

i pneumokokom.