

Streszczenie

Przedłużające się bakteryjne zapalenie oskrzeli jest stanem klinicznym, którego przyczyny, przebieg jak i leczenie nadal są przedmiotem wielu badań klinicznych. Pomimo określonych standardów diagnostyczno terapeutycznych wciąż istnieje deficyt wiedzy na temat patomechanizmu jednostki, możliwości wytypowania grupy dzieci z PBZO obciążonych większym ryzykiem wystąpienia nawrotów czy niepowodzenia leczenia i ostatecznie powstania rozstrzeni oskrzeli. Do chwili obecnej najwięcej prac dotyczy populacji dzieci australijskich i chińskich.

Celem niniejszej retrospektywnej pracy była charakterystyka populacji dzieci diagnozowanych i leczonych w IGiChP OT w Rabce-Zdroju, z ustalonym rozpoznaniem PBZO. W pracy poddano analizie strukturę demograficzną, występowanie potencjalnych czynników ryzyka PBZO, obraz radiologiczny płuc i jego związek z długością utrzymywania się objawów. Porównano wartość diagnostyczną plwociny i treści oskrzelowej. Dokonano analizy częstości występowania drobnoustrojów bakteryjnych wyhodowanych z treści biologicznej z dolnych dróg oddechowych, a także przedstawiono zestawienie obrazu bronchoskopowego dolnych dróg oddechowych u pacjentów z PBZO. Zaprezentowano również możliwe czynniki zwiększające ryzyko nawrotu i niewyleczenia.

Na podstawie uzyskanych wyników wykazano, że w badanej populacji dziecięcej do 6 roku życia objawy PBZO częściej występowały u chłopców niż u dziewczynek. Czynnikiem środowiskowym istotnie korelującym z objawami PBZO były: kolektywizacja, nawrotowe zakażenia dróg oddechowych, obciążony wywiad rodzinny schorzeniami dolnych dróg oddechowych oraz zakażenie dolnych dróg oddechowych poprzedzające wystąpienie objawów PBZO. W obrazie rtg klatki piersiowej najczęściej nie obserwowano nieprawidłowości. Wykazano jednak zależność pomiędzy długością utrzymywania się objawów PBZO o obrazem radiologicznym płuc. U dzieci, u których kaszel utrzymywał się najdłużej (9,5 miesiąca) obserwowano pogrubienie ścian oskrzeli, wzmożenie rysunku okołoskrzelowego występowało u dzieci z objawami utrzymującymi się przez 4 miesiące. U dzieci z objawami utrzymującymi się przez 3 miesiące obraz radiologiczny płuc był prawidłowy. Treść oskrzelowa i plwocina wykazały przybliżoną wartość diagnostyczną w zakresie oceny liczby neutrofilów w polu widzenia. Pod względem mikrobiologicznym treść oskrzelowa charakteryzowała się wyższą wartością diagnostyczną niż plwocina. Najczęściej stwierdzanym patogenem w treści biologicznej u pacjentów z objawami PBZO była pałeczka grypy - 64,4%

przypadków, drugi co do częstości identyfikowania patogen stanowiła dwoinka zapalenia płuc (25,0%), trzeci *Moraxella catarrhalis* (4,5%). Zakażenia mieszane obserwowano w 9,6% przypadków, gdzie przeważała koincydencja pałeczki grypy i dwoinki zapalenia płuc (55,6% zakażeń mieszanych). Nasilenie stanu zapalnego w dolnych drogach u pacjentów z PBZO wykazywało stopień łagodny i niezależny od długości trwania objawów czy wieku pacjenta. Pacjenci ze stwierdzonym w treści oskrzelowej wzrostem dwoinki zapalenia płuc uzyskali wyższą wartość punktową w skali Thompsona niż pacjenci, u których w treści oskrzelowej stwierdzono wzrost pałeczki grypy. Nasilenie stanu zapalnego w badaniu bronchoskopowym nie wykazywało korelacji z ewentualnymi nawrotami PBZO. Czynnikiem istotnie wpływającym na zwiększone ryzyko nawrotu były: czas utrzymywania się objawów PBZO przed włączeniem leczenia, uwidocznienie zmian w obrazie radiologicznym płuc, identyfikacja drobnoustroju bakteryjnego w treści oskrzelowej. Nawroty objawów PBZO stanowiły istotny czynnik ryzyka niewyleczenia i rozwoju rozstrzeni oskrzeli. Rozstrzenie oskrzeli wystąpiły u 5,3% pacjentów z PBZO w czasie 36 miesięcy obserwacji.