



UNIwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej

Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Szkaradkiewicz

ul. Wieniawskiego 3
61-712 Poznań

tel. 61 8546 138
fax 61 8546 140
e-mail: szkaradkiewicza@poczta.onet.pl

Ocena

pracy doktorskiej mgr piel. Bożeny Nowaczyk

pt.: „Ocena nosicielstwa patogenów alarmowych i czynników ryzyka zakażeń szpitalnych w Oddziale Opieki Paliatywno-Hospicyjnej pod kątem optymalizacji opieki zdrowotnej”

wykonanej pod kierunkiem: Prof. dr hab. med. Jerzego T. Marcinkowskiego

Oceniana praca dotyczy występowania nosicielstwa bakteryjnych patogenów alarmowych u pacjentów w szpitalnym Oddziale Opieki Paliatywno-Hospicyjnej (OOP-H) i zagadnień ryzyka zakażeń szpitalnych. Zakażenia szpitalne to zakażenia nabyte w szpitalu. Podstawowym aktem prawnym w Polsce dotyczącym tych zagadnień jest ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, definiująca zakażenie szpitalne jako zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych; jest potwierdzone klinicznie i laboratoryjnie. Wiadomo dziś, że zakażeń szpitalnych nie można wyeliminować; mają znamienny udział w zachorowalności, śmiertelności oraz kosztach, przewyższających oczekiwania związane z podstawową chorobą pacjentów. Badania europejskie wskazują, że ogólna częstość zakażeń szpitalnych wynosi 5-10%. W Polsce ich częstość

szacowana jest na poziomie 7-10%, przy czym wartość wskaźnika śmiertelności wynosi 6,9%. Ocenia się, że rocznie z powodu zakażeń szpitalnych umiera w Polsce około 10 tys. pacjentów, zatem więcej, aniżeli w wypadkach drogowych. Bardzo poważne problemy w terapii zakażeń szpitalnych stanowią tzw. patogeny alarmowe – drobnoustroje chorobotwórcze o szczególnej zjadliwości lub oporności. Obecnie uważa się, że zakażenia szpitalne wywoływane patogenami alarmowymi należą do najważniejszych zagadnień zdrowia publicznego; wymagają szczególnych działań o charakterze monitorowania i pogłębiania badań nad uwarunkowaniami zagrożeń epidemicznych. W kontekście powyższych danych, temat pracy jest więc całkowicie uzasadniony, podejmuje bowiem aktualne i oryginalne zagadnienie. Jednak ze względu na prezentowane dane epidemiologiczne, w tytule pracy należało podać okres czasowy realizowanych badań.

Praca ma układ typowy dla rozprawy doktorskiej. Liczy 192 strony wydruku komputerowego, jest podzielona na wstęp, z wydzielonymi założeniami i celami pracy, część metodyczną, prezentację wyników i dyskusję z wnioskami. Autorka cytuje 129 pozycji piśmiennictwa, z czego około 80% stanowią pozycje z okresu ostatniej dekady. Praca jest ilustrowana 55 rycinami i 81 tabelami (w wykazie rycin nie uwzględniono nr. 55 ryciny).

We wstępie pracy przedstawiono aktualne dane dotyczące organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce. Jednocześnie, Autorka bardzo obszernie scharakteryzowała znaczenie bakterii lekoopornych w wywoływaniu zakażeń podając w tym zakresie obowiązujące i ujednolicone definicje lekooporności Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz Europejskiego Komitetu ds. Testowania Lekooporności (EUKAST): szczepów wielolekoopornych (MDR), szczepów o rozszerzonej oporności (XDR) i szczepów całkowicie opornych (PDR). Ponadto, Autorka przedstawiła bakteryjne patogeny alarmowe i skryningowe metody ich wykrywania, a także omówiła czynniki ryzyka i profilaktykę zakażeń szpitalnych. Część wstępna

stanowi szerokie studium wiedzy o organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce, występujących patogenach alarmowych wraz z ich udziałem w zakażeniach szpitalnych.

Autorka przedstawiła trzy cele pracy, którymi były: 1) zanalizowanie występowania nosicielstwa bakterii opornych na antybiotyki wśród pacjentów leczonych w OOP-H, 2) ocena wpływu czynników ryzyka zakażeń szpitalnych na występowanie nosicielstwa bakterii opornych na antybiotyki u pacjentów OOP-H, 3) określenie możliwości optymalizacji opieki zdrowotnej u pacjentów OOP-H. Jednak szkoda, że nie uwzględniono czwartego celu pracy, tj. oceny występowania zakażeń szpitalnych w OOP-H, co przecież realizowano i uzyskane dane przedstawiono w rozdz.: Wyniki Badań (IV.9). Z kolei, cel drugi powinien być klarowniej sformułowany, przecież, jak wynika z pracy dotyczył jedynie porównania częstości występowania patogenu alarmowego, jako jednego z czynników ryzyka wśród badanych pacjentów. Badania wykonano w OOP-H Szpitala im. prof. S. T. Dąbrowskiego w Puszczykowie u 799 pacjentów, w tym 382 mężczyzn i 417 kobiet w okresie lat 2014 – 2017. W celu wykrywania kolonizacji patologicznej drobnoustrojami lekoopornymi wykonano u każdego pacjenta, przy przyjęciu na OOP-H bakteriologiczne badania przesiewowe. Zastosowana metodyka odpowiada ogólnie przyjętym standardom międzynarodowym. Ponadto, Autorka przeprowadziła kompleksową ocenę ryzyka zakażenia w oparciu o przygotowany formularz zawierający 30 pytań, jak podano w Tab. V, natomiast w Tab. VI zestawiono 29 pytań. Jednak liczba pytań wydaje się zbyt wysoka i szeroka tematycznie, jak np. pytania dotyczące przewlekłego przerostu prostaty (Lp. 24), wad genetycznych (Lp. 27), zaburzeń psychicznych (Lp. 29) i innych (Lp. 30). Ryzyko oznaczano metodą punktową w skali 3-stopniowej: niskie (1-2 pkt.), średnie (3 pkt.) i wysokie (> 3 pkt.). W tym miejscu należy wyjaśnić, że ryzyko, czyli prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia szacuje się, wg. częstości stwierdzanego zagrożenia. Oznacza to, że dla właściwej interpretacji wyników

należało podać dla każdego punktu tej skali wartość procentową częstotliwości zakażenia i w oparciu o te dane określić kryteria ryzyka. Jednak, zastosowana w pracy metoda oceny ryzyka zakażenia szpitalnego, chociaż wymaga niewątpliwie modyfikacji, prezentuje ważny aspekt monitorowania zakażenia szpitalnego.

Uzyskane rezultaty zostały starannie opisane oraz udokumentowane w tabelach i na rycinach. Jednak szkoda, że w rozdz. Materiał i Metody (III) nie podano laboratoryjnych danych diagnostycznych, które uprawniały do rozpoznania zakażenia szpitalnego, a w rozdz.: Wyniki Badań (IV.9) tylko hasłowo wymieniono zespoły kliniczne powyższych zakażeń. Jednocześnie błędne są opisy zawarte w podrozdz. IV.9.2, a także na wcześniejszych rycinach; przecież Autorka prezentuje zestawienia dotyczące gatunków, a nie rodzajów bakterii. W pracy wykazano wysoki (37,4%) odsetek patogenów alarmowych wśród pacjentów OOP-H, przy czym najczęstszymi z nich były: *Enterococcus* spp. - VRE, *Klebsiella pneumoniae* ESBL(+), *Escherichia coli* ESBL(+) i *Staphylococcus aureus* - MRSA. Jednocześnie wykazano, że pacjenci OOP-H należą do wysokiego ryzyka zakażeń szpitalnych. Interesującą jest obserwacja, że wiek powyżej 75 lat, a także płeć nie zwiększa podatności na nosicielstwo patogenu alarmowego.

W dyskusji omówiono otrzymane wyniki własne i w odniesieniu do aktualnego piśmiennictwa. Dyskusja jest szczegółowa, dobrze przeprowadzona, podejmuje szereg aspektów zagadnienia. Świadczy to o dobrym teoretycznym przygotowaniu doktorantki, o jej dojrzałości naukowej.

Wnioski pracy wynikają z rezultatów przeprowadzonych badań i są merytorycznie uzasadnione.

W podsumowaniu pragnę podkreślić, że wymienione uwagi krytyczne nie obniżają istotnie wartości merytorycznej pracy, a mogą być przydatne Autorce w dalszych badaniach i przygotowaniu publikacji

Oceniana rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm).

Dlatego mam zaszczyt wnieść do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego I Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu o przyjęcie tej rozprawy doktorskiej i dopuszczenie jej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Poznań, dnia 18.09.2018r.

KIEROWNIK
Katedry i Zakładu Mikrobiologii Lekarskiej


Prof. dr hab. Andrzej Szkaradkiewicz