

dr hab. med. Szczepan Cofta  
Katedra i Klinika Pulmonologii,  
Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

Poznań, 31 grudnia 2018 roku

## **RECENZJA ROZPRAWY**

na stopień doktora nauk medycznych  
lek. Aleksandry Kamińskiej

**Postępowanie w wybranych stanach zapalnych układu oddechowego u  
dzieci w praktyce ambulatoryjnej – teoria i praktyka**

Promotor:

prof. dr hab. med. Anna Bręborowicz

Promotor pomocniczy:

dr n.med. Irena Wojsyk-Banaszak

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu

Jednym z ważnych nieustannych wyzwań medycyny jest optymalizacja postępowania dotyczącego pacjentów z infekcjami układu oddechowego, szczególnie u dzieci. Schorzenia te są najczęstszą przyczyną porad ambulatoryjnych w podstawowej opiece zdrowotnej i w pomocy doraźnej, a także 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 wczesne i odległe następstwa.

Stąd z uznaniem należy przyjąć podjęcie się przez Doktorantkę wspomnianej tematyki z uwzględnieniem jej aspektu ambulatoryjnego, z zaznaczeniem wymiaru zarówno teoretycznego, jak i praktycznego.

### Ocena rozprawy

Przedstawiona do oceny rozprawa ma postać wydruku komputerowego. W układzie typowym obejmuje: wstęp, określenie celu pracy, przedstawienie materiału oraz metodyki, wyniki, omówienie wyników i dyskusję. Zakończona jest przedstawieniem wniosków, streszczeniami w języku polskim i angielskim. Umieszczono również spis piśmiennictwa, załączniki. Korpus pracy poprzedza spis rycin, tabel oraz wykaz stosowanych skrótów. W spisie piśmiennictwa znajduje się 239 pozycji, w znaczącej mierze w języku angielskim.

Układ pracy jest typowy, konstrukcja przejrzysta, a poszczególne jej części wydają się pozostawać we właściwych proporcjach. Rozprawę zilustrowano 50 rycinami oraz 34 tabelami. Praca zawiera ponadto 4 załączniki. Napisana jest poprawnie stylistycznie, bez uchybień językowych, a tabele, ryciny oraz załączniki w istotny sposób przyczyniają się do łatwiejszego zrozumienia jej treści.

We wstępie Doktorantka ukazała choroby infekcyjne układu oddechowego jako dominujący problem w praktyce pediatrycznej.

Celem rozprawy doktorskiej – jasno sformułowanym – była ocena postępowania diagnostycznego i leczniczego w wybranych chorobach obturacyjnych dolnych dróg oddechowych u dzieci w odniesieniu do aktualnych rekomendacji i wytycznych. Autorka poprawnie sformułowała zarówno cel główny, jaki szczegółowe.

Materiał i metody stanowiły informacje na temat postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w obturacyjnych chorobach układu oddechowego uzyskane metodą ankietową. Badanie przeprowadzono w dwóch grupach: lekarzy (n=155) oraz rodziców (n=67) chorych dzieci. Badania prowadzono w roku 2016.

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 było duże nasilenie objawów. Czas leczenia wziewnego był zróżnicowany, zbliżony odsetek lekarzy prowadził 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 decydował ciężki przebieg, kolejny nawrót choroby i obciążenie alergią. Doktorantka oceniła częstość zlecenia przez lekarzy podstawowych badań krwi, zdjęć radiologicznych klatki piersiowej i badania laryngologicznego. Tylko pojedynczy lekarze całkowicie rezygnowali z jakiegokolwiek dalszej diagnostyki. Ponad połowa deklarowała wykonywanie badania zawsze lub często.

W analizie postępowania z pacjentem z astmą stwierdzono wysoki odsetek lekarzy deklarujących samodzielne rozpoznawanie astmy, natomiast rozpoznawania astmy wczesnodziecięcej unikało nieco ponad 1/5 lekarzy. W leczeniu wziewnym dzieci młodszych (poniżej 5 r.ż.) ankietowani najczęściej wybierali nebulizację (69,2%), a prawie 20% mniej decyduje się na pMDI z komorą inhalacyjną. Leczenie wziewne dzieci starszych było według ankietowanych oparte głównie na pMDI z komorą oraz inhalatorach proszkowych. W podsumowaniu leczenia wstępnego 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, chociaż ponad 20% lekarzy dawało preferencje dla leku złożonego z fenoterolu i bromku ipratropium. Wśród innych leków zalecanych w

zaostrzeniach zwracało uwagę stosowanie montelukastu (20%) oraz soli hipertonicznej i mukolityku, które wybierał co 10 ankietowany.

Wiedzę na temat choroby lekarze przekazywali w dość szerokim zakresie, najbardziej zaniedbanym elementem było informowanie o myciu i konieczności okresowej wymiany sprzętu oraz weryfikacja umiejętności pacjenta. Aż 95% lekarzy omawiało zasady leczenia i proponowany sprzęt, ale tylko 67% demonstrowało proponowany inhalator; weryfikacji umiejętności pacjenta dokonywało niewiele ponad połowa lekarzy.

Zapalenie oskrzelików, rozpoznawała niewiele ponad połowa lekarzy, przy czym najczęściej byli to lekarze bez specjalizacji i lekarze pediatri oraz zaledwie niewielka część 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 wGKS.

Według ankiety przeprowadzonej w grupie rodziców, u dzieci hospitalizowanych z powodu chorób obturacyjnych dolnych dróg oddechowych, dominowało rozpoznanie astmy (lub obserwacja 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

leczone 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, w jaki sposób postępować w razie zaostrzenia, mimo to w przypadku wystąpienia objawów oddechowych u dzieci jedynie 22,39% ankietowanych udawało się na natychmiastową konsultację lekarską, aż 37,31% zgłaszało się na konsultację lekarską dopiero przy braku poprawy po zastosowanym samodzielnie leczeniu. Prawie połowa grupy badanej wymagała w roku przed badaniem doraźnej pomocy lekarskiej, w tym prawie  $\frac{1}{4}$  ponad trzykrotnie, również  $\frac{1}{4}$  pacjentów wymagała hospitalizacji z powodu zaostrzeń choroby podstawowej. Najpopularniejszą formą terapii inhalacyjnej był inhalator pneumatyczny oraz forma podawania leków przez maskę (u 74,19% pacjentów po 6 rż prowadzone były 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 była mniej niż połowa, a przeciwko grypie poniżej 10% dzieci.

Doktorantka przedstawiła dziewięć wniosków. Podstawowym jest sugerujący, że 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, a także 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

niewzględzonych 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. Odnośnie wniosków nasuwających się po przeanalizowaniu ankiet wypełnionych przez rodziców należy wskazać na 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 uświadomić odnośnie konieczności szerszego stosowania szczepionek przeciwko grypie i pneumokokom.

Wnioski przedstawione przez Autorkę pracy na podstawie otrzymanych wyników popartych prawidłowo przeprowadzoną analizą odpowiadają wyznaczonym celom.

### **Uwagi recenzenta**

### **Uwagi recenzenta**

1. Sugeruję uwagę wyrażającą trudności interpretacyjne, związane z zastosowanym podziałem lekarzy poddanych ocenie ankietowej. Rozumiem, że przyjęcie jakichkolwiek kryteriów podziału mogłoby okazać się dyskusyjne, jednakże nieznaczna część lekarzy bez specjalizacji oraz specjalistów medycyny rodzinnej przy dominującej grupie pediatrów mogła utrudniać wnikliwą i konkluzywną interpretację. Podobnie stosunkowo mała reprezentatywność młodych lekarzy, także stanowiących o kształcie opieki medycznej nad pacjentami z infekcjami układu oddechowego, mogła utrudniać interpretację wyników badań.
2. Wątpliwość budzi brak sformułowania, odnośnie jakich stanowisk ekspertów oceniana była zgodność postępowania lekarskiego (patrz str.

- 160). Wobec braku takiego sformułowania uzyskane informacje mogą mieć charakter jedynie niezwykle ogólny.
3. Stosunkowo niewielka grupa ankietowanych rodziców uniemożliwiła pogłębioną analizę poruszanych aspektów, na przykład w kontekście wykształcenia czy miejsca zamieszkania opiekunów dzieci.
  4. Zwrócenia uwagi wymagają pojedyncze uchybienia formalne, nie umniejszające wartości przedstawianej pracy, np. 1/ użycie określenia saturacja, zamiast: saturacja tlenem – np. str.48,49; 2/ niezbyt precyzyjne opisy tzw. tabel zbiorczych (str. 215,216); 3/ pojedyncze uchybienia interpunkcyjne (np. str. 157, 171, 198, 217) przy zachowanej dużej staranności formalnej pracy.

Powyższe uwagi nie umniejszają wartości przedstawionej do recenzji pracy.

### **Podsumowanie recenzji**

W recenzowanej rozprawie doktorskiej na uwagę zasługuje kompleksowa konstrukcja pracy, łącząca podstawy teoretyczne z przeprowadzonymi badaniami. Należy nadmienić, że ocena poprawności formalnej, w tym językowej, pracy jest bardzo wysoka.

Omawiana rozprawa doktorska wpisuje się do niezwykle cennego - z punktu widzenia praktycznego - nurtu badań nad optymalizacją strategii rozpoznawania i leczenia infekcji układu oddechowego u dzieci.

Wyniki badań są niezwykle wartościowo osadzone w codziennej praktyce lekarskiej i z niej wynikają. Z lektury pracy wynosimy wiele wiadomości dotyczących aspektów praktycznych postępowania, a także różnorodności postaw lekarzy, a także rodziców.

Należy zwrócić uwagę na trud dokonanej ogromnej pracy przy przeprowadzaniu ankiet oraz ich analizie. Zwrócić ponadto uwagę należy na

przeprowadzoną niezwykle wnikliwie dyskusję z omówieniem wielowątkowym istotnych klinicznie elementów postępowania.

Rozprawa doktorska lek. Aleksandry Kamińskiej przygotowana została starannie i rzetelnie. Stanowi istotny wkład do zasobów wiedzy dotyczącej wielowymiarowych aspektów postępowania dotyczącego infekcji układu oddechowego u dzieci w praktyce ambulatoryjnej. Świadczy o dobrym przygotowaniu Doktorantki do dalszej pracy naukowo-badawczej.

Przedstawioną do recenzji pracę oceniam pozytywnie ze względu na przyjętą i zrealizowaną koncepcję tematu, dużą wartość merytoryczną i formalną. Rozprawa p. Aleksandry Kamińskiej odpowiada bez zastrzeżeń wymaganiom stawianym na stopień doktora nauk medycznych. **Wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego I Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu o dopuszczenie lek. Aleksandry Kamińskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego gratulując dokonanego dzieła i wnioskując o przyznanie wyróżnienia.**

Dr hab. med. Szczepan Colla  
LEKARZ  
CHOROBY WEWNĘTRZNYCH  
SPECJALISTA CHOROBY PŁUC  
POZNAŃ, ul. Wieżowa 43  
tel./fax 061 877 49 42