



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW



Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Warszawa 13.08.2018

Prof. dr hab. n. med. Maria Katarzyna Borszewska -Kornacka
Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Recenzja rozprawy doktorskiej
Mgr Grażyny Greczko

pt. "Obszary optymalizacji programów prozdrowotnych w oparciu o analizę Programu Powszechnych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce-komentarz do cyklu publikacji"

Badanie przesiewowe są strategicznymi badaniami w medycynie, które przeprowadza się wśród osób nieposiadających objawów choroby, w celu jej wykrycia i wczesnego leczenia, dla zapobieżenia poważnym następstwom w przyszłym rozwoju. Populacją w której te badania są kluczowe dla całego przyszłego osobniczego życia są noworodki i pierwsze dni życia każdego dziecka. W Polsce u wszystkich noworodków wykonuje się badania przesiewowe mające na celu wykrycie fenyloketonurii, wrodzonej niedoczynności, mukowiscydozy, wrodzonego przerostu nadnerczy i deficyty biotynidazy. Historia badań przesiewowych w Polsce rozpoczęła się od 1965 roku od wprowadzenia testów wykrywających fenyloketonurie, w 1983 roku wprowadzono badania w kierunku niedoczynności tarczycy, w 1999 w kierunku mukowiscydozy w 2016 w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy, a w 2108 w kierunku deficyty biotynidazy czyli mnogich niedoborów karboksylazy. U dzieci których występują kliniczne objawy sugerujące schorzenie metaboliczne, a więc w grupach ryzyka, aktualnie istnieją możliwości rozpoznania około 400 chorób. Badania przesiewowe noworodków koordynowane są przez Instytut Matki i Dziecka i finansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Natomiast powszechne i bezpłatne **badania przesiewowe słuchu u noworodków** zostały w Polsce zainicjowane dzięki Wielkiej Orkiestrze Świątecznej

str. 1

kl

Pomocy w 2002 roku i prowadzone są nieprzerwanie i regularnie we wszystkich 408 oddziałach noworodkowych od 2003 roku. Jak wiadomo fundacja Pana Jurka Owsiaaka wyposażyła wszystkie oddziały noworodkowe w sprzęt do otoemisji akustycznej (OAE) oraz sfinansowała także łącza internetowe do transmisji danych. Mimo, że wrodzone wady słuchu występują z częstotliwością 1:1000 żywo urodzonych noworodków to nie do przecenienia są efekty terapeutyczne oparte na wynikach badań przesiewowych umożliwiające wczesne zaaparaturowanie lub dokonanie w pierwszym roku życia wszczepów ślimakowych. Gwarantuje to prawidłowy rozwój mowy, która jest tak ważnym elementem prawidłowego rozwoju umysłowego. Program ten nie tylko z uwagi na jego absolutnie uniwersalny charakter, ale na perfekcyjną organizację wykonywania, zbierania i analizowania danych uznawany jest za fenomen światowy i może stanowić model dobrze zaprojektowanego projektu obejmującego całą populację. Wyniki programu stały się też podstawą kilku rozpraw doktorskiej, a ostatnio także rozprawy habilitacyjnej która powstała w poznańskim ośrodku neonatologicznym. Otrzymałam do recenzji rozprawę doktorską magister Grażyny Greczko, która jest inną niż wspomniane przeze mnie prace dotyczące tej samej tematyki. Inną z uwagi tak na formę jak i cel który analizuje Program Powszechnych Badań Słuchu u Noworodków jako przykład działania programu prozdrowotnego, dodam może wzorowy przykład. Założeniem pracy było wskazanie obszarów optymalizacji programów prozdrowotnych oraz możliwości poprawy ich funkcjonowania.

Rozprawa doktorska to zbiór 3 publikacji w tym jednej opublikowanej w bieżącym roku w renomowanym, indeksowanym (IF 1,864) czasopiśmie Journal of Medical Screening. We wszystkich pracach doktorantka jest oczywiście pierwszym autorem. Załączone jako rozprawa doktorska publikacje poprzedzone zostały ich omówieniem w początkowej części pracy. Pierwsza publikacja poglądowa, pochodząca z 2016 roku i zamieszczona w pediatrycznej edycji Standardów a, zatytułowana „Rola lekarza pediatry w Programie Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce” szczegółowo omawia założenia programu w oraz co ważniejsze przedstawia analizę czynników ryzyka nieprawidłowości słuchu w grupie 4 679 826 dzieci objętych programem. Bardzo czytelnie czynniki te zostały podzielone na 4 grupy : leki, niedosłuch w rodzinie, infekcje z grupy TORCH i inne. W każdej z tych grup uszeregowano czynniki zgodnie z częstością odpowiedzialną za wywoływanie zaburzeń słuchu. To ważne informacje dla lekarzy wielu specjalności medycyny dziecięcej ale przede wszystkim dla neonatologów. Oczywiście jest, że czynniki z grupy rodzinnego niedosłuchu mają największy udział i są zasadniczym czynnikiem

niepełnosprawności. W grupie leków zaskakującym wynikiem jest tak znaczny udział Furosemidu czy Erytromycyny, leków rzadko (jak Furosemid) i bardzo rzadko (jak Erytromycyna) stosowanych w okresie noworodkowym. Cenna jest dla neonatologii informacja, że antybiotyki z grupy aminoglikozydów zwłaszcza Gentamycyna mają swój mniejszy udział w ototoksyczności. Jest to lek pierwszego rzutu w terapii noworodków urodzonych przedwcześnie i z zakażeniem wewnątrzmacicznym jednak zgodnie ze światowymi jak i polskimi rekomendacjami stosowany najczęściej nie dłużej niż 48 godzin. Z uwagi na farmakokinetykę leku w okresie noworodkowym w praktyce oznacza to często podaż tylko dwóch dawek tego antybiotyku. Oczywiście niestety nie zawsze zalecane rekomendacje są przestrzegane. Cytomegalia-najczęstsze wrodzone zakażenie wirusowe- to aż prawie trzykrotnie częstszy czynnik ryzyka niż pozostałe infekcje z grupy TORCH. Ta informacja powinna szczególnie zainteresować lekarzy rodzinnych, a przede wszystkim położników, w których rękach leży edukacja kobiet ciężarnych w zakresie wykonywania badań przesiewowych w kierunku cytomegalii w ciąży. Niestety nie są to aktualnie badania obowiązujące u kobiet ciężarnych. Tak więc wyniki tej publikacji i to tabelaryczne podsumowanie dostarczają cennych klinicznie praktycznych wskazówek.

Druga publikacja zatytułowana „Analysis of follow-up at the diagnostic level in the Polish Universal Neonatal Hearing Screening Programme „ dotyczy zgłaszalności, a ściślej przyczyn braku zgłaszalności dzieci do ośrodków II stopnia diagnozowania zaburzeń słuchu zgodnie z referencyjnością obowiązującą w Programie Powszechnych Badań Słuchu u Noworodków. Analizę tę przeprowadzono w oparciu o 182 987 rekordów – noworodków- wysłanych do bazy danych z oddziałów neonatologicznych w określonym 6 miesięcznym przedziale czasowym. Z tej grupy 15 049 (8,2%) dzieci powinno zgłosić się do badań audiologicznych w ośrodkach II stopnia Jednak aż u 7888 tj. u 52,4% nie wykonano takich badań. Zasadniczym celem tej publikacji była analiza wyników kwestionariuszy- pytań- zadanych telefonicznie grupie 1950 rodziców z planowanej liczby 3239 którzy nie poddali swojego dziecka badaniu słuch mimo nieprawidłowego testu wykonanego w okresie noworodkowym. Niestety duża liczba rodziców nie odpowiedziała na zadawane pytania. Opracowane pytania pozwoliły na wykazanie wykonywania testu na oddziale noworodkowym w 94,4%. Jednak co ciekawe rodzice 5,6% tych dzieci, u których te badania nie były wykonane po urodzeniu także nie zgłaszają się do kolejnych badań specjalistycznych. Jednym z zasadniczych czynników wpływających na zgłaszalność do ośrodków II stopnia był długi czas oczekiwania a także ocena przez rodziców prawidłowości słuchu. Wyniki tej publikacji w sposób najbardziej adekwatny

potwierdza założenia rozprawy. Pokazuje bowiem te słabe punkty, programu które trzeba zoptymalizować Trzecia praca także w języku angielskim ale opublikowana w *Otolaryngologii Polskiej* analizuje 15 lat działania *Programu Powszechnych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce* i ewaluację tego programu na przestrzeni tego okresu. Wyniki tej publikacji wskazują na ogromną aktywność koordynatorów i sponsorów programu czego dowodem jest 13 dużych modyfikacji i 11 mniejszych zmian w okresie jego trwania. Jedną z tych zmian dotyczyła utworzenia Biura Koordynatora co nastąpiło 6 lat po rozpoczęciu programu. Jako neonatolog a więc osoba, która na co dzień zaangażowana jest w lokalną realizację programu na poziomie oddziału noworodkowego pragnę zauważyć, że wspomniana, zasadnicza moim zdaniem zmiana, ogromnie usprawniła działanie programu w sferze upowszechniania i raportowania czynników ryzyka. Neonatolodzy bardzo pozytywnie odbierają też stworzenie strony internetowej programu a także usprawnienie elektronicznej transmisji danych.


Rozprawa stanowi ważny wkład w rozpowszechnianiu wiedzy o Programie Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce tak dla odbiorców tak polskich jak i światowych gdyż wyniki opublikowane są w czasopiśmie o takim zasięgu. Program polski ,co jest unikalne, koordynowany jest przez organizację pozarządową.

Z obowiązku recenzenta pragnę wypunktować kilka uchybień jakie udało mi się zauważyć podczas pracy nad tekstem rozprawy.

1. Z przykrością muszę zauważyć, że w tytule pierwszej publikacji nie uwzględniono roli neonatologa czy neonatologii (myślę o pielęgniarkach zatrudnionych na oddziałach neonatologicznych) Dobrze jednak, że neonatolog dostrzeżony został we wnioskach. Sukces programu to w dużej mierze ofiarna praca zespołów neonatologicznych umożliwiającą spektakularne efekty leczenia specjalistycznego. Jednak zgadzam się, że koordynatorem terminowości zgłaszania się dzieci z nieprawidłowym badaniem przesiewowym powinien być pediatra pracujący w zespole lekarza rodzinnego. Jednak w pracy także to znaczenie pediatrii rodzinnego wymienia się rzadko.
2. W tytule tabeli 1 pracy zabrakło wyrażenia „zaburzenia słuchu” po wyrażeniu czynniki ryzyka. Mimo, że wiadomo czego dotyczy temat rozprawy i jakie są czynniki to jednak zabrakło doktorantce tu dokładności redakcyjnej.

3. Rycina 1 w publikacji drugiej -tak istotna dla pracy- jest bardzo mało czytelna z uwagi na szare tło poszczególnych ramek. Jednak uszło to jak widać uwadze recenzentów tak dobrego czasopisma jakim jest Journal of Medical . Screenig -

Mimo, że jak wspomniałam Program Powszechnych Badań Słuchu u Noworodków jest moim zdaniem programem zaprojektowanym i prowadzonym wzorowo to są obszary wymagające jego poprawy. I wskazanie tych obszarów może by wskazówką dla decydentów Służby Zdrowia w Polsce do tworzenia i realizacji programów prozdrowotnych, których tych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia mamy tylko 15. W tym upatruje największą wartość rozprawy doktorskiej mgr Grażyny Greczki, która spełnia wymogi rozprawy doktorskiej (zgodnie z Dz.U 2003 nr 65 poz.595 ze zm) W związku z tym wnoszę do Rady Wydziału I Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im.Karola Marcinkowskiego w Poznaniu o dopuszczyć nie Pani magister do dalszych etapów przewodu doktorskiego -

Kierownik Kliniki Neonatologii i
Intensywnej Terapii Noworodka

prof. dr hab. n. med. M.K. Kornacka