

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Rola lekarza rodzinnego w procesie wczesnej wykrywalności niedosłuchu u dzieci, realizowanej w ramach Powszechnego Programu Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków

The GP's role in the early detection of hearing loss process, realised by the Universal Neonatal Hearing Screenings of Infants Program

BARTOSZ POLSKI^{B, D-F}, JAROSŁAW SZYDŁOWSKI^A, BEATA PUCHER^{A, D}, JAKUB SROCYŃSKI^C

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

Streszczenie Wstęp. Wraz z wprowadzeniem Powszechnego Programu Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków (PPPBSuN) wzrosła wykrywalność wrodzonych wad słuchu.

Cel pracy. Realizowanie założeń Programu wymaga współpracy oddziałów noworodkowych, laryngologów i podstawowej opieki zdrowotnej, dlatego podkreśla się rolę lekarzy rodzinnych w tym procesie.

Materiał i metody. Przesiewowe badania słuchu bazujące na pomiarze otoemisji akustycznej stanowią proste, nieinwazyjne narzędzie wykrywania niedosłuchu u niemowląt.

Wyniki. W materiale z ostatnich 4 lat PPPBSuN poddano analizie grupę dzieci zgłaszających się celem diagnostyki i wynikający z tego odsetek dzieci, które nie zostały zdiagnozowane.

Wnioski. W pracy wskazano rolę lekarza rodzinnego, który pozostając w bliskim kontakcie z pacjentem, może wskazać rodzicom na konieczność diagnostyki dzieci, które nadal posiadają „żółty” certyfikat.

Słowa kluczowe: wczesna wykrywalność, niedosłuch, noworodek, czynniki ryzyka.

Summary Background. With the introduction of Universal Neonatal Hearing Screenings of Infants Program in Poland, significantly increased the detection of congenital hearing loss.

Objectives. Implementation of the Program's objectives requires the cooperation of neonatal, ENT and primary care, therefore GP's role in the process is emphasized.

Material and methods. Hearing screening based on the otoacoustic emissions measurement is a simple, non-invasive utility of hearing loss detection in the youngest group of patients.

Results. In the material from the last 4 years of the Program the authors analyzed the percentage of children referred for further audiological diagnostics and the resulting percentage of children who were not diagnosed.

Conclusions. From the perspective of the analyzed data an important role of the GP was indicated. His close contact with the patient should indicate the necessity of hearing diagnosis in these children, who still hold the yellow certificate.

Key words: early hearing loss detection, newborn, risk factors.

Wstęp

Badania naukowe dowodzą, że dla rozwoju słuchu i mowy istotne są dwa tzw. momenty sensorywne. Pierwsze 6 miesięcy życia najważniejsze dla rozwoju słuchu i kolejne 12 miesięcy najistotniejsze dla nauki rozumienia mowy. Drugi i trzeci rok życia dziecka to moment krytyczny w rozwoju mowy, kiedy wcześniej nabyte umiejętności przekładają się na dalszy rozwój komunikatywny. Szacuje się, że w grupie dzieci w wieku od 0, do 5. roku życia aż 90% permanentnych uszkodzeń słuchu to zaburzenia wrodzone, a w 50% przypadków stwierdza się obecność tzw. czynników ryzyka uszkodzenia słuchu [1]. Wychodząc temu problemowi naprzeciw, jesienią 2002 r. rozpoczęła w Polsce realizację swoich założeń PPPBSuN, dając bieg sukcesywnie wzrastającej wykrywalności głębokich wad słuchu u dzieci już w okresie noworodkowym [2–4]. Istotą programu jest objęcie każdego nowo narodzonego dziecka szybkim i nieinwazyjnym badaniem wykrywającym ewentualne wady słuchu oraz poddanie obserwacji pod kątem czynników predysponujących do utajonego pojawienia się niedosłuchu w okresie późniejszym [5, 6].

Cel pracy

Zgodnie z założeniami PPPBSuN, w Polsce każde dziecko (z wyjątkiem tych, które już od pierwszych minut życia wymagają interwencji chirurgicznych, zabiegów ratujących życie czy poddania intensywnej opiece medycznej niedysponującej czasem na wykonywanie badań przesiewowych) powinno już w drugiej dobie życia zostać poddane badaniu przesiewowemu słuchu. Badanie polega na pomiarze wywołanych otoemisji akustycznych, dzięki którym można ocenić poprawność reakcji ucha wewnętrznego na dźwięk. Brak rejestracji otoemisji (tzw. kontrolny wynik pomiaru otoemisji) nie musi, ale może zatem świadczyć o wrodzonej wadzie słuchu. Tym samym każde dziecko z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego czy też, u którego stwierdzono obecność czynników ryzyka uszkodzenia słuchu, w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych, kierowane jest do ośrodków specjalistycznych. Należy wspomnieć, że w tym celu wdrożono specjalny system informacyjny w postaci „niebieskich” (prawidłowych) i „żółtych” (ostrzegawczych o zagrożeniu wadą słuchu) certyfikatów, wklejanych na wewnętrznej stronie okładki książeczki

zdrowia dziecka. Mimo to pewien odsetek dzieci nie trafia na dalszą diagnostykę. Dlatego też każde dziecko z sygnalizowanym za pomocą żółtego certyfikatu podejrzeniem niedosłuchu powinno zostać skierowane na badania kontrolne, następnie zdiagnozowane i ewentualnie wdrożone w proces rehabilitacji. Jeśli do badania kontrolnego nie trafiło z oddziału noworodkowego, to powinno zostać skierowane przez lekarza POZ.

Materiał i metody

W przypadku dzieci z podejrzeniem obustronnej wady słuchu, powinno nastąpić to w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia [4, 7–9]. Natomiast dzieci, u których pomimo prawidłowych wyników badania przesiewowego stwierdzono występowanie czynników potencjalnego ryzyka ujawnienia się niedosłuchu w okresie późniejszym, pozostają pod okresową kontrolą tak długo, jak długo istnieje zagrożenie utajonego wystąpienia wady słuchu. Należy wskazać, że czynnikami ryzyka dla potencjalnej wady słuchu są: występowanie wady słuchu w rodzinie noworodka, występowanie wady wrodzonej w obrębie głowy i szyi, wcześniactwo poniżej 33. tygodnia ciąży, masa ciała urodzeniowa poniżej 1500 g, Apgar w pierwszej minucie poniżej 4 punktów lub w piątej minucie poniżej 6 punktów, żółtaczka wymagająca transfuzji wymiennej, infekcje TORCH, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, stosowanie intensywnej terapii dłużej niż 7 dni, stosowanie sztucznej wentylacji dłużej niż 5 dni, podawanie leków ototoksycznych, występowanie zespołu wad wrodzonych skojarzonych z niedosłuchem [10, 11].

Wyniki

Z danych GUS wynika, że w ciągu blisko 12 lat działania Programu urodziło się w Polsce ponad 4,2 mln dzieci, z czego 4,06 mln (95,6%) miało wykonane przesiewowe badanie słuchu. Skupiając się na ostatnich 3 latach działania Programu zauważyć można, że na 1,55 mln urodzeń, ponad 1,46 mln dzieci miało wykonane przesiewowe badanie słuchu, obejmując blisko 95% populacji. Z tej grupy 1,364 mln (91,27% urodzeń) dzieci otrzymało niebieski certyfikat, prawidłowo przechodząc badanie przesiewowe. 2,70% nie uzyskało prawidłowego wyniku badania prze-

siewowego, 3,74% objęto kontrolą ze względu na wystąpienie czynników ryzyka okresu ciąży i noworodkowego, 0,42% miało zarówno nieprawidłowe wyniki badań, jak i występujące czynniki ryzyka, a 1,87% nie miało przeprowadzonych badań słuchu. Wynika z tego, że ponad 130 tys. dzieci w latach 2010–2013 uzyskało „żółty” certyfikat i zostało skierowanych do kontrolnej diagnostyki audiologicznej w ośrodkach II poziomu referencyjnego. Tymczasem ostatecznie zgłosiło się do nich zaledwie 76,2% dzieci wymagających programowej obserwacji i tylko 64,5% z nich zakończyło swoją diagnostykę! Rodzą się zatem pytania, co się stało z 23,8% dzieci, które powinny, a nie zgłosiły się do ośrodków II poziomu referencyjnego i co z 35,5% dzieci, które nie ukończyły diagnostyki, wciąż posiadając wklejony w książeczce zdrowia „żółty” certyfikat? Z tego wynika, że ponad 46 358 dzieci, z tych które powinny zostać podane diagnostyce audiologicznej, nadal może mieć niezdiagnozowaną wadę słuchu.

Wnioski

O ile dzięki PPPBSuN udało się zidentyfikować dzieci z niedosłuchem na bardzo wczesnych etapach życia, tym niemniej ważna w Programie jest rola lekarza rodzinnego, który ma bezpośredni kontakt z dziećmi przy okazji szczepień, leczenia zachowawczego czy okresowych bilansów rozwoju. Lekarz rodzinny, pod opieką którego znajduje się dziecko, powinien weryfikować wszelkie sygnały i spostrzeżenia rodziców mogące świadczyć o wadzie słuchu dziecka. Szczególnie w przypadku dzieci, które ciągle posiadają wklejony w książeczce zdrowia dziecka „żółty” certyfikat. Powinien też zwrócić uwagę na kolor certyfikatu, nawet jeśli rodzice nie zgłaszają wątpliwości co do potencjalnych problemów ze słuchem. Wszystkie dzieci posiadające „żółty”, ostrzegawczy certyfikat bezwzględnie powinny zostać skierowane do najbliższych ośrodków II i III poziomu referencyjnego PPPBSuN, ze wskazaniem konieczności zakończenia diagnostyki audiologicznej.

Informacje statystyczne uzyskano z centralnej bazy danych Programu Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków, prowadzonej przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy; zaktualizowaną na grudzień 2013 r.

Piśmiennictwo

1. Pucher B, Szydłowski J, Jakubczak-Szymańska K, i wsp. Analiza czynników ryzyka uszkodzenia słuchu u niemowląt w materiale Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w latach 2008–2010. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(3): 379–380.
2. http://www.wosp.org.pl/medycyna/nasze_programy/badania_sluchu; 01.02.2014 r.
3. Wróbel M, Szyfter W. Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce. *Post Chir Głowy Szyi* 2011; 2: 56–59.
4. Kochanek K. Powszechne badania przesiewowe słuchu u noworodków. *Mag Otolaryngol* 2003; 6, II(2): 50–51.
5. Iwanicka-Pronicka K, Radziszewska-Konopka M. The 50-years' history of recommendations for organization of universal hearing screening. *Otolaryngol Pol* 2007; 61: 468–472.
6. Obrębski A. Dziecko niedosłyszające w praktyce lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7(3): 736–740.
7. Szyfter W, et al. Polish universal neonatal hearing screening program-4-year experience (2003–2006). *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008; 72: 1783–1787.
8. Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics* 2007; 120: 898–921.
9. The European consensus development conference on neonatal hearing screening (Milan, 15–16 May, 1998). *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255: 521–522.
10. Pośpiech I, Kuczkowska-Jeske K, Fuławka A. Wartość oceny czynników ryzyka w badaniu przesiewowym słuchu u noworodków. *Nowa Med* 2000; 7 (99): 11–13.
11. Radziszewska-Konopka M. Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków w Polsce organizowany przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. *Audiofonologia* 2002; 21: 107–119.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Jarosław Szydłowski
Klinika Otolaryngologii Dziecięcej UM, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
Tel.: 61 849-13-63, e-mail: jszydlow@umed.poznan.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 17.04.2014 r.