

Ocena dorobku dr n. med. Katarzyny Taranta-Janusz

Dr n. med. Katarzyna Taranta-Janusz ukończyła studia w 2005 r. na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku. Po odbyciu stażu podjęła pracę w Klinice Pediatrii i Nefrologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego. W 2010 roku uzyskuje tytuł dr nauk med. A w 2012 r na podstawie złożonych egzaminów uzyskuje stopień specjalisty z pediatrii. W 2014 rozpoczyna specjalizację z nefrologii dziecięcej. Od marca 2014 r. zatrudniona jest na stanowisku adiunkta w Klinice Pediatrii i Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wrodzone wady nerek i układu moczowego występują z częstotliwością 1 na 500 żywych urodzeń i odpowiadają za około 60% upośledzonej funkcji nerek w okresie dzieciństwa. Nieprawidłowości te mogą dotyczyć począwszy od przejścia miedniczkowo moczowodowego aż do cewki moczowej. Badania prenatalne i postnatalne w sposób istotny zmieniły wczesne rozpoznanie tych nieprawidłowości. Zmiany o charakterze morfotycznym jak poszerzenie miedniczki bądź kielichów nie zawsze muszą być spowodowane zaburzeniami w odpływie moczu jak to bywa we wrodzonej miedniczce olbrzymiej lub olbrzymich kielichach (megapelvis, megacalycosis). Do rozpoznania patologii w zakresie spływu moczu i rozpoznania np. wodonercza z jego konsekwencjami niezbędne jest stwierdzenie niekorzystnego wpływu tego stanu na funkcje nerki bądź nerek pod postacią postępującego uszkodzenia nefronów.

Niekiedy istnieje zasadniczy problem pomimo badań obrazowych i izotopowych czy istniejąca deformacja w zakresie układu zbiorczego i wyprowadzającego mocz uszkadza nerki i istnieje wskazanie do interwencji operacyjnej. Morfologiczne zmiany w obrębie nerek głównie zależą od miejscowych procesów immunologicznych. Nadal trwają poszukiwania markera łatwo oznaczalnego informującego o istniejącym procesie uszkadzającym funkcje nerki bądź nerek jak również o stopniu zaawansowania powyższego procesu. Również w naszej klinice wykonywano badania nad stężeniem w moczu TGF-beta 1 u dzieci z przeszkodą w odpływie moczu.

Kandydatka w cyklu prezentowanych publikacji przedstawia próby

znalezienia prostego i łatwego do oznaczenia wskaźnika wczesnego uszkodzenia tkanki nerkowej

Do oceny uszkodzenia tkanki nerkowej w wadach zaporowych (obstrukcyjnych u dzieci) autorka wykorzystała oznaczenie cząsteczki KIM (Sidney injury molecule-1) oraz NGAL (ludzka obojętnochłonna lipokalina związana z żelatyną) znaną już ze schorzeń przebiegających z uszkodzeniem cewek nerkowych. Uzyskane wyniki przy zastosowaniu analizy statystycznej odnośnie przydatności diagnostycznej za pomocą krzywej ROC wskazują, że mogą być one zastosowane jako nieinwazyjne markery uszkodzenia nerek we wrodzonych wadach utrudniających spływ moczu.

Kolejna praca zawiera analizę wydalania MCP-1 (monocyte chemoattractant protein-1), RANTES i OPN (osteopontin) w moczu u dzieci z wodonerczem. Wyniki wskazują, że jedynie wydalanie MCP-1 może odzwierciedlać miejscowe uszkodzenie nerek. Nie wykazano istotnej przydatności oceny wydalania RANTES i OPN z moczem u dzieci z wrodzonym zwężeniem podmiędniczkowym.

W kolejnym opracowaniu poddano analizie stężenie angiotensynogenu (AGT) u dzieci z jednostronnym wodonerczem. Analiza przydatności powyższego biomarkera wskazuje, że stężenie AGT w moczu wzrasta u dzieci z wodonerczem znacznego stopnia i koreluje z EPRF (efektywny nerkowy przepływ osocza) co może mieć znaczenie w monitorowaniu stopnia uszkodzenia nerek w następstwie wrodzonego zwężenia podmiędniczkowego moczowodu.

Wrodzone lub nabyte schorzenia układu moczowego uszkadzające nerki a tym samym prowadzą do zmniejszenia liczby prawidłowych nefronów i w konsekwencji do przewlekłej choroby nerek (PChN). Wczesne rozpoznanie postępującego upośledzenia funkcji nerek umożliwia zastosowanie prewencji a zatem spowolnienie postępu choroby. Stosowane w ocenie GFR endogennej kreatyniny jest obarczone dużym błędem i uzależnione od wielu czynników. Do oceny przesączania kłębuszkowego szczególnie przydatne w stadium początkowym bardziej przydatna jest ocena cystatyny C (Cys C) która wykazuje większą czułość od kreatyniny. Wprowadzono również symetryczną dimetyloargininę (SDMA) do oceny przesączania kłębuszkowego. Z powyższych

względów w następnym opracowaniu autorka podaje wyniki odnośnie przydatności SDMA jako wskaźnika wczesnych zmian w GFR u dzieci w pierwszych stadiach PChN w odniesieniu do stężenia kreatyniny i cystatyny C. Analiza przydatności diagnostycznej na podstawie analizy statystycznej wykazała, że stężenie SDMA w osoczu może być uznany za lepszy marker upośledzenia funkcji nerek niż stężenie kreatyniny i cystatyny C u dzieci we wczesnych stadiach upośledzenia GFR.

Pacjenci z jedną nerką jako wada wrodzona lub po przebytej nefrektomii częściej narażeni są na powikłania pod postacią białkomoczu, nadciśnienia oraz przewlekłej choroby nerek. Dlatego też poszukiwane jest znalezienie markerów celem wyodrębnienia pacjentów z jedną nerką zagrożonych wystąpieniem PChN.

Kolejne opracowanie zawiera ocenę SDMA oraz OPN (osteopontyna) w osoczu krwi. Uzyskane wyniki wykazały, że poziom obu markerów był istotnie wyższy u pacjentów z brakiem jednej nerki w porównaniu do grupy dzieci zdrowych. Jednak analiza statystyczna nie wykazała istotnej przydatności w porównaniu do specyficzności i czułości kreatyniny w ocenie upośledzonej funkcji nerki.

U pacjentów z jedną nerką a tym samym z redukcją liczby nefronów dochodzi do hiperfiltracji kompensacyjnej. Związany z tym jest również przerost kanalików nerkowych szczególnie komórek kanalika proksymalnego. Uznany markerem dysfunkcji cewek proksymalnych jest N-acetylo-beta-heksozoaminidaza (HEX) oraz jej izoenzymy HEX A i HEX B. Kolejna praca zawiera ocenę przydatności tych badań w diagnostyce upośledzenia funkcji nerek. Uzyskane wyniki wskazują na istotnie wyższą aktywność badanych egzoglikozydaz w moczu u pacjentów z brakiem nerki. Może to odzwierciedlać uszkodzenie proksymalnych cewek nerkowych a tym samym mogą one być nieinwazyjnym markerem w tego typu dysfunkcjach.

Prezentowane prace (6) wchodzące w skład szczególnego osiągnięcia w ocenie urologa posiadają walory interdyscyplinarne. Zawierają dane wielokrotnie mogące zadecydować o podjęciu leczenia operacyjnego w przypadku niepewnych wyników badań obrazowych. Przygotowanie nefrologiczne pacjenta może przyspieszyć interwencję zabiegową a tym samym

zminimalizować szkodę wywołaną przedłużonym procesem destrukcyjnym jakim jest upośledzenie prawidłowej ewakuacji moczu z układu zbiorczego nerek. Również praca związana z procesem włóknienia i uszkodzenia cewek nerkowych w przypadku odptywów pęcherzowo- moczowodowych może wyprzedzać obrazy uzyskiwane w badaniu scyntygraficznym (DMSA , MAG-3). Powyższy fakt może sprzyjać podjęciu decyzji odnośnie interwencji zabiegowej.

Knadydatka jest autorem 35 publikacji naukowych w tym 26 prac oryginalnych. Poza tym jest autorem lub współautorem 65 komunikatów prezentowanych na zjazdach i konferencjach krajowych i zagranicznych. Łączny dorobek naukowy wynosi 39,984 IF oraz MNiSW 539 punktów. Liczba cytowań wg Web of Science wynosi 131 a indeks Hirscha 6.

Kandydatka była członkiem zespołów badawczych uczestnicząc w realizacji projektów , brała udział w badaniach wieloośrodkowych we współpracy z ośrodkami zagranicznymi. Odbываła szkolenia zagraniczne uczestnicząc w warsztatach dotyczących zespołu Alporta w Nowym Jorku w Alport Syndrome Foundation.

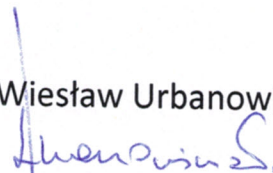
Kandydatka była wielokrotną laureatką nagród JM Rektora UMB zespołowych jak i indywidualnych. W 2010 roku otrzymała indywidualną nagrodę za prezentacje pracy na 15 kongresie pediatrów nefrologów w Nowym Jorku.

Od 2006r. prowadzi ćwiczenia i seminaria z zakresu pediatrii dla studentów IV roku. Od 2008 prowadzi ćwiczenia z pediatrii dla studentów anglojęzycznych. Brała udział w opracowywaniu materiałów dydaktycznych dla studentów polskich i anglojęzycznych. Jest opiekunem Studenckiego Koła Naukowego, lekarzy będących na stażach podyplomowych jak również pełniła funkcję promotora pomocniczego w realizacji rozprawy doktorskiej.

Kandydatka w ocenie ogólnej wykazuje wysoki poziom jako pracownik naukowy, lekarz praktyk oraz dydaktyk. Prezentowany dorobek posiada istotne walory praktyczne o znaczeniu nie tylko czysto nefrologicznym ale również wielce przydatny dla specjalizacji pokrewnych takich jak urologia dziecięca. Rozwój naukowy habilitanta oparty jest na systematycznym pogłębianiu wiedzy oraz rozpracowywaniu coraz trudniejszych dylematów.

W ogólnej ocenie dr med. Katarzyna Taranta Janusz wykazuje bardzo wysoki poziom zarówno jako lekarz praktyk, dydaktyk oraz pracownik naukowy. Na uwagę zasługuje szeroki zakres zainteresowań habilitanta oraz umiejętność łączenia pracy naukowej z zastosowaniem jej wyników w praktyce lekarskiej. W oparciu o prezentowane materiały przez habilitanta oraz dostępne piśmiennictwo obrazujące dorobek naukowy w pełni popieram kandydata w staraniach do tytułu naukowego doktora habilitowanego.

Z poważaniem: Wiesław Urbanowicz.



Prof. dr hab. Wiesław Urbanowicz
SPECJALISTA UROLOG
SPECJALISTA CHIRURG DZIECIĘCY
30-222 Kraków, ul. Dolina 4B
980614438