



dr hab. n. med. prof. nadzw. UM Wioletta Pietruszewska
I Katedra Otolaryngologii
Klinika Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Łódź 28.10.2016r.

07-11-2016 / 10028

Podpis

[Signature]

Ocena pracy doktorskiej lekarza dentysty Sabiny Herman
pt. „Halitoza – problem laryngologiczno-stomatologiczny”

Halitoza, czyli nieprzyjemny, cuchnący, nieświeży oddech, jest problemem wielu pacjentów szukających pomocy lekarzy różnych specjalności a głównie medycyny rodzinnej i stomatologii. Problematyka halitozy została uwypuklona zwłaszcza w ostatnim czasie nie tylko z powodów lekarskich i badawczych ale również wraz ze wzrostem zainteresowania publicznego oraz mediów. Jednak większość lekarzy medycyny i lekarzy dentystów wykazuje ubytki w wiedzy dotyczącej przyczyn a w konsekwencji prawidłowego diagnozowania i leczenia cuchnącego oddechu. Badania epidemiologiczne dotyczące halitozy są niewystarczające a dolegliwość niedoceniana w skali problemu i często stanowiąca temat tabu ze strony pacjentów. Obserwuje się zbyt małą liczbę badań naukowych uwzględniających różnice kulturowe i rasowe. Niewystarczająca jest również metodologia tych badań i w konsekwencji niedostatek powszechnie akceptowanych standardów rozpoznawania i leczenia cuchnącego oddechu. Problem w populacji ogólnej jest jednak znaczący, bowiem cuchnący oddech dokumentowany jest w przedziale od 6-50% przypadków w Stanach Zjednoczonych oraz między 6 a 23% całej populacji w Chinach.

W kierunku poszerzenia wiedzy w temacie halitozy idą zamierzenia lek. dent. Sabiny Herman, która podjęła to zagadnienie jako szeroko rozumiany problem laryngologiczno-stomatologiczny. Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie współczesnej medycyny na nowe aspekty badawcze i kliniczne tej dolegliwości oraz nie w pełni

wyjaśniony jej charakter, wybrany przez Doktorantkę temat pracy uważam za całkowicie uzasadniony i celowy.

Praca doktorska została przygotowana przez Doktorantkę dzięki zapewnieniu bardzo dobrego zaplecza klinicznego, diagnostycznego i naukowo-badawczego.

Praca doktorska lek. dent. Sabiny Herman ma łączną objętość 93 stron tekstu i zawiera 3 ryciny, 21 tabel oraz 114 pozycji piśmiennictwa w większości anglojęzycznego.

Praca ma typowy układ dla rozpraw doktorskich, zawiera dziesięć uporządkowanych rozdziałów.

Doktorantka w 22-stronicowym wstępie przedstawiła szczegółowo i wyczerpująco aktualny stan wiedzy z zakresu definicji, epidemiologii, etiopatogenezy i postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przypadkach halitozy.

Doktorantka szczegółowo i w poprawny sposób przedstawiła zagadnienie przykrego zapachu z ust z przypomnieniem aktualnie obowiązujących definicji i klasyfikacji oraz właściwej wielospecjalistycznej diagnostyki i leczenia, potwierdzając swoją szeroką wiedzę z zakresu tych zagadnień. W dalszej części wstępu Doktorantka kompetentnie wyjaśniła patogenezę dolegliwości jaką jest przykry zapach z ust i podzieliła podłoże tego schorzenia na: biologiczne, behawioralne oraz psychologiczne i psychiatryczne, co jest zgodne z obowiązującymi konsensusami dotyczącymi halitozy.

Podsumowując ocenę tej części pracy stwierdzam, że we wstępie Doktorantka czytelnie i wyczerpująco przedstawiła współczesne poglądy poświęcone problemowi halitozy. Autorka wykazała się znajomością zagadnienia, co świadczy o Jej dobrej orientacji w opracowywanym temacie, co poparła licznymi cytowaniami. Uważam, że wiadomości zawarte we wstępie rozprawy mogłyby stanowić wartościową pracę pogładową i przeglądową, zarówno dla lekarzy specjalistów jak i chorych z opisywanym problemem.

W dalszej części Autorka jasno precyzuje cele swoich badań, zestawiając je w czterech czytelnych punktach, które są konsekwentnie realizowane w dalszej części badań.

Celami pracy były następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje różnica w nasileniu halitozy powstałej na podłożu zmian stomatologicznych i zmian laryngologicznych?
2. Od jakich czynników – biologicznych, behawioralnych i psychologicznych – zależy nasilenie halitozy porannej i wieczornej?

3. Od jakich czynników – biologicznych, behawioralnych i psychologicznych – zależy redukcja nasilenia halitozy w ciągu dnia?
4. W jakim stopniu czynniki biologiczne, behawioralne i psychologiczne zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia halitozy?

Podkreślić należy, że Doktorantka przebadła dzienny przebieg halitozy, w większości nieuwzględniany w dostępnych publikacjach.

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej (nr uchwały 2013/01/17/4 z dnia 17.01.2013r.)

Badaniami objęto 125 osób z halitozą prawdziwą i 55 osób z pseudochalitozą.

Kolor i powierzchnię nalotu oceniano wg skali Miyazaki. Odwołania do publikacji, na którą wskazuje Doktorantka, nie znalazłam w dołączonej bibliografii, a pod wskazanym numerem 68 znajduje się książka pod redakcją Filippi z 2011r. Wskazany jest uzupełnienie publikacji przed drukiem pracy.

W metodach kwestionariuszowych zastosowała Doktorantka m.in. Szpitalną Skalę Lęku i Depresji wg Zigmonda i Snaitha z 1993r. Metoda ta jest prosta i łatwa do powszechnego zastosowania stąd, jak miemam, jej wybór do badań. Nasuwa się jednak pytanie do Doktorantki: czy istnieją skale badające nasilenie lęku i depresji opracowane bardziej współcześnie? Wskazany byłoby również doprecyzowanie pojęcia „nisza bakteriologiczna”, które Doktorantka używa kilkakrotnie w rozprawie.

Właściwie określono kryteria włączenia i wyłączenia do grupy głównej i kontrolnej.

Doktorantka w prawidłowy sposób zaplanowała badania, które poza oceną kliniczną (test Miyazaki, test Finkelsteina), uzyskaniem świadomej zgody chorego na udział w badaniu obejmowało: ustrukturalizowany wywiad, badanie organoleptyczne oraz za pomocą halimetru. Szczególnie ostatnie badanie oceniające stężenie lotnych związków siarki jest ciekawe i niepowszechne. Dodatkowo zastosowano kwestionariusze: Szpitalną Skalę Lęku i Depresji, Termometr Dystresu oraz arkusz zachowań zdrowotnych związanych z halitozą.

Opisano metody statystyczne zastosowane w rozprawie.

W uzyskanych wynikach stwierdzono, że słaba higiena jamy ustnej częściej towarzyszyła kserostomii i rzadszemu stosowaniu nitki dentystycznej. Nasilone zmiany w migdałkach podniebiennych częściej współwystępowały z większym zasięgiem nalotu na języku, wyższym wynikiem testu Filkensteina oraz częstszą konsumpcją alkoholu i rzadszym dbaniem o prawidłową higienę jamy istnej. Z kolei nasilone zmiany

przyzębia częściej łączyły się z występowaniem kserostomii, częstszym stosowaniem szczoteczek do przestrzeni międzyzębowych i rzadszym używaniem płukanek.

U chorych z halitozą obserwowano duże nasilenie stresu potwierdzonego badaniami ankietowymi.

Następnie wykazano, że u chorych laryngologicznych stopień nasilenia halitozy był istotnie większy w porównaniu do grupy stomatologicznej. Pacjenci z halitozą prawdziwą mieli istotnie wyższe stężenie lotnych związków siarki we wszystkich pomiarach w porównaniu do grupy kontrolnej.

Oceniono nasilenie halitozy w różnych porach dnia, co stanowi novum pracy. Wykazano dla przykładu, że do najbardziej znaczących predyktorów halitozy wieczornej należały zmiany w migdałkach podniebiennych oraz konsumpcja alkoholu. W godzinach rannych nasilenie halitozy korelowało ze stanami zapalnymi przyzębia, młodszy wiekiem oraz mniejszą ilością wypijanych płynów.

Doktorantka podkreśliła w dalszej części wyników, że zależności między czynnikami ryzyka halitozy są wielopłaszczyznowe. Dla przykładu: jeżeli chorzy z nasilonym łąkiem i depresją zachowują właściwą higienę jamy ustnej to nasilenie halitozy porannej i wieczornej jest istotnie mniejsze. U chorych ze zmianami w migdałkach podniebiennych i z dobrą higieną jamy ustnej, dodatkowo stosowanie płukanek i czyścików wiązało się z mniejszym nasileniem halitozy. Prawdopodobieństwo wysokiego porannego stężenia VSC wzrastało kilkunastokrotnie w przedniej części jamy ustnej u chorych z patologicznymi zmianami w jamie ustnej myjących zęby najwyżej jeden raz dziennie, niestosujących nitki dentystycznej oraz u pacjentów z chorobami przyzębia. Ryzyko wysokiego stężenia VSC w tylnej części jamy ustnej wiązało się natomiast z obecnymi zmianami ropnymi w migdałkach, z zaniedbaniami higienicznymi w jamie ustnej oraz u chorych z kserostomią.

W rozdziale dotyczącym omówienia wyników Doktorantka szczegółowo przedyskutowała je z wynikami innych autorów w dostępnej literaturze. Proponowałabym uwzględnienie również ostatnich prac główne przeglądowych z dziedziny badanej jak publikacja Dou i wsp. (2016), Kapoor i wsp. (2016) czy Outhouse i wsp. (2016) z bazy Cochrane. Autorka umiejętnie porównuje wyniki własne do uzyskanych przez innych autorów. Wykazuje się dużą wiedzą, logicznie próbuje interpretować uzyskane wyniki, odbiegające czasami od wyników przedstawianych

przez innych autorów. W dyskusji, jak i w pozostałych częściach pracy wykorzystuje i cytuje 114 pozycji piśmiennictwa, przeważnie anglojęzycznego.

Całość pracy kończy się sześcioma wnioskami, znajdującymi swoje uzasadnienie w uzyskanych wynikach.

Na podstawie wyników Doktorantka sformułowała następujące wnioski:

1. Pacjenci laryngologiczni mają większe nasilenie porannej halitozy w tylnej części jamy ustnej i gardle środkowym niż pacjenci stomatologiczni, natomiast pacjenci wykazują większe nasilenie halitozy wieczornej w przedniej części jamy ustnej niż pacjenci o laryngologicznym podłożu cuchnącego oddechu.
2. Istnieje różnica w układzie halitozy porannej i wieczornej pomiędzy pacjentami o stomatologicznym i laryngologicznym podłożu cuchnącego oddechu.
 - 2a. U pacjentów stomatologicznych poranne stężenie VSC w przedniej części jamy ustnej w największym stopniu tłumaczą czynniki biologiczne a w tylnej części jamy ustnej i gardle środkowym czynniki behawioralne. W przypadku pacjentów laryngologicznych układ predyktorów jest odwrotny.
 - 2b. Wieczorne nasilenie halitozy u pacjentów stomatologicznych zależy przede wszystkim od czynników behawioralnych, a u pacjentów laryngologicznych od nasilenia zmian w migdałkach podniebiennych.
3. Redukcja nasilenia halitozy w ciągu dnia zależy przede wszystkim od czynników biologicznych i behawioralnych.
4. Obecność zmian w obrębie błon śluzowych jamy ustnej, zapalenia przyzębia, kserostomii, nalotu na języku i ropnej wydzieliny w obrębie migdałków, niedostateczny stan higieny jamy ustnej, rzadkie stosowanie zabiegów oczyszczających jamę ustną i nasilony lęk zwiększają od 1,5 do 17,5 krotnie prawdopodobieństwo wystąpienia nasilonej halitozy.
5. Zależności pomiędzy czynnikami biologicznymi, a nasileniem halitozy są mediowane przez aktywności związane z oczyszczaniem jamy ustnej i moderowane stanem higieny jamy ustnej. U osób o wysokim poziomie higieny jamy ustnej czynności związane z oczyszczaniem jamy ustnej wiążą się z mniejszym nasileniem halitozy.
6. Zarówno u pacjentów stomatologicznych, jak i laryngologicznych konieczne jest zwrócenie uwagi na prawidłowe wykonywanie zabiegów mających na celu utrzymanie wysokiego poziomu higieny jamy ustnej.

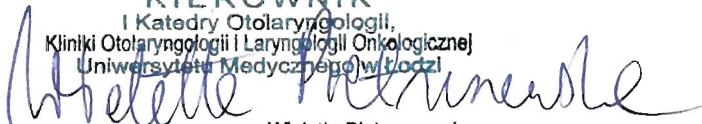
Wnioski, stanowiące podsumowanie przeprowadzonych badań są wyważone, co świadczy o dużej dojrzałości naukowej Doktorantki. W części są jednak powtórzeniem wyników. Rozważyłabym w związku z tym rezygnację z podpunktów do wniosku drugiego, w mojej opinii niepotrzebnie go uszczegółowiające. Ostatnie wnioski wskazują na konieczność dalszych poczynań lekarskich związanych z właściwą edukacją chorych i stanowią właściwe podsumowanie rozprawy.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przedłożoną rozprawą doktorską lekarz dentysty Sabiny Herman przedstawianą mi do recenzji z przyjemnością stwierdzam, że nie mam istotnych uwag krytycznych. Doktorantka nie ustrzegła się drobnych błędów edytorskich i nieścisłości, które przedstawiam z obowiązku recenzenta:

1. W spisie treści zabrakło rozdziału 3.2.3. Badanie ilości wydzielanej wydzieliny
2. Zarówno w spisie treści jak i w opisie podrozdziałów powtórzono numerację 3.2.4. z kolejnymi podrozdziałami. Należy zastąpić numerację rozdziałów 3.2.4. odpowiednio: 3.2.5 na stronach 31-32.
3. Proponuję zastąpić określenie „adolescent”, które jest zapożyczeniem z języka angielskiego

Powyższe nie wpływają jednak na wartość merytoryczną pracy, którą oceniam bardzo wysoko.

Podsumowując, w oparciu o przeprowadzone badania oraz wyniki uzyskane przy zastosowaniu nowoczesnych i wiarygodnych metod, ugruntowaną wiedzę Doktorantki, jej samodzielność i swobodę poruszania się w temacie będącym przedmiotem badań, stwierdzam, że przedstawiona rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust.1 ustawy z dnia 14 marca 2003r. o stopniach naukowych oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.). Wnoszę zatem do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach o dopuszczenie lekarz dentysty Sabiny Herman do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Biorąc pod uwagę wartość poznawczą przedstawionych wyników pracę można uznać za wyróżniającą się.

KIEROWNIK
I Katedry Otolaryngologii,
Kliniki Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

dr hab. n. med. prof. nadzw. Wioletta Pietruszewska

