

DZIEKANAT	
WYDZIAŁ LECYNSKO-STOMATOLOGICZNY	
Znak sprawy DS	1813
L. PZ. DS	
Wpłynęło dnia	29.08.16

Zamość, 22.07.2016

## Ocena rozprawy na stopień doktora nauk medycznych lekarza Małgorzaty Sikorskiej-Żuk: Badania nad halitozą u dzieci z przerostem migdałka gardłowego.

Przedstawiona do recenzji praca doktorska lekarza Małgorzaty Sikorskiej-Żuk: Badania nad halitozą u dzieci z przerostem migdałka gardłowego liczy 105 stron, z których 99 stanowi zasadniczy tekst oraz 221 pozycji cytowanego, przeważnie anglojęzycznego, piśmiennictwa. Pracę zamyka rozdział XI zawierający dwie ankiety wypełniane przez rodziców badanej grupy chorych dzieci.

Rozprawa składa się ze wstępu, w którym przedstawiono aktualne dane dotyczące definicji halitozy i jej przyczyn. Omówiono bardzo szczegółowo związki chemiczne znajdujące się w wydychanym powietrzu, mogące być przyczyną tej dolegliwości. Następnie przedstawiono panel drobnoustrojów, które poprzez swój metabolizm mogą uwalniać opisane związki chemiczne. W kolejnych podrozdziałach omówiono schorzenia przewodu pokarmowego i układu oddechowego powodujące fetor z ust. Kolejno omówiono diagnostykę, a na końcu leczenie halitozy. W kolejnym podrozdziale doktorantka przybliżyła zagadnienie przerostu migdałka gardłowego: epidemiologię, etiologię schorzenia, jego objawy, diagnostykę i metody leczenia. Cel pracy został przedstawiony jasno i jednoznacznie. W rozdziale materiał i metody przedstawiono charakterystykę małych pacjentów – dzieci z przerostem migdałka gardłowego zakwalifikowanych do zabiegu adenoidektomii z powodu występowania objawów obturacyjnych, infekcyjnych, otologicznych, foniatrycznych lub stomatologicznych. Na podstawie danych z ankiety wypełnianej przez rodziców, badania laryngologicznego i stomatologicznego wykluczających inne przyczyny halitozy - ograniczono badaną grupę z 502 do 136 dzieci. Bardzo szczegółowo omówiono metodykę badań –organoleptycznego i z użyciem halimetru przed zabiegiem adenoidektomii. Po okresie 2-miesięcznej rekonwalescencji, podczas badania kontrolnego wykonano ponownie badanie laryngologiczne, stomatologiczne, organoleptyczne oraz halimetryczne. Dyskusja, wnioski i streszczenia oraz cytowane piśmiennictwo były kolejnymi rozdziałami pracy.

Problem halitozy jako objawu wielu schorzeń jest szeroko omawiany w literaturze stomatologicznej, natomiast inni specjaliści, w tym laryngolodzy nie prowadzili tak dokładnych badań nad etiologią tej dolegliwości. Określenie częstości występowania halitozy w wieku dziecięcym napotyka na bardzo duże trudności – nieliczne badania epidemiologiczne dotyczą tego schorzenia, które najczęściej spowodowane jest nasiloną próchnicą, przewlekłym zapaleniem zatok czy refluksem żołądkowo- przełykowym. Doktorantka z wielką starannością omówiła

rodzaje drobnoustrojów, przede wszystkim bakterii, które podczas metabolizmu mogą wydzielać substancje powodujące foetor ex ore. Ponadto skupiono się na związkach chemicznych wydzielanych przez bakterie chorobotwórcze, które powodują, że wydychane powietrze ma nieprzyjemny zapach. Okazało się, że wiele szczepów patogennych drobnoustrojów może powodować halitozę. Godnym podkreślenia jest wpływ diety i stosowanych leków na pojawianie się tego objawu. Najczęstszą przyczyną halitozy są infekcje dotyczące zarówno układu oddechowego jak i pokarmowego powodowane przez bakterie beztlenowe jak i tlenowe. Również w niektórych chorobach ogólnoustrojowych takich jak nieleczona cukrzyca, niewydolność wątroby, nerek z mocznicą, zaburzeniach pracy trzustki czy chorobach metabolicznych jednym z objawów jest foetor z ust.

Dlatego też spośród 502 małych pacjentów przyjętych do adenoidektomii w Klinice Otorinolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi we Wrocławiu oraz w Oddziale Otolaryngologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy w ciągu trzech lat do analizy wybrano jedynie 136 dzieci z przewlekłym przerostowym zapaleniem migdałków podniebiennych bez innych odchyień od normy w stanie laryngologicznym. Badaniem stomatologicznym u wszystkich stwierdzono prawidłowy stan przyzębia i wykluczono próchnicę zębów. U pacjentów tych wykluczono również inne schorzenia internistyczne, które mogłyby spowodować halitozę.

W grupie tej przeprowadzono badanie organoleptyczne stwierdzając u 30 dzieci halitozę; nasilenie tej dolegliwości stopniowano w skali Rosenberga. W celu obiektywnego potwierdzenia obecności fetoru z ust każdy mały pacjent przed adenoidektomią został poddany badaniu z zastosowaniem halimetru. Na podstawie tych badań wyodrębniono grupę trzydzieścioro dzieci z halitozą. W tej grupie oraz w reprezentatywnie wybranej grupie 30 dzieci bez halitozy wykonano badanie histopatologiczne i mikrobiologiczne usuniętego migdałka gardłowego na obecność bakterii tlenowych, beztlenowych oraz *H. pylori*. Opisano procedurę badań mikrobiologicznych fragmentu usuniętego migdałka gardłowego oraz kału. Wpływ przerostu migdałka gardłowego na występowanie halitozy został potwierdzony poprzez znaczne, istotne statystycznie obniżenie stężenia VSC w badaniu halimetrycznym i organoleptycznym w badaniu kontrolnym po zabiegu. Ponadto u dzieci z halitożą w badaniu mikrobiologicznym stwierdzano częściej bakterie beztlenowe i gronkowiec złocisty w porównaniu z grupą kontrolną, w której dominowała fizjologiczna flora bakteryjna. Dysproporcja w częstości występowania zakażeń promieniowcami w porównywanych grupach dzieci jest bardzo ciekawym spostrzeżeniem nie opisywanym w literaturze przedmiotu.

Doktorantka omówiła bardzo szczegółowo wyniki analiz umiejętnie nawiązując do najnowszej literatury przedmiotu. Dyskusja nad rezultatami badań jest wszechstronna, wyważona i krytyczna. Wyniki własne zostały umiejętnie porównane z danymi z piśmiennictwa, co świadczy o dojrzałości naukowo-badawczej, wiedzy i zdolności do logicznego formułowania ocen. Na podstawie ostrożnej oceny wyciągnięto wnioski, które całkowicie spełniają przyjęty cel pracy.

Za oryginalne i nowatorskie uznaję wniosek sformułowany przez doktorantkę, iż halitoza może być uznana jako jeden z objawów przerostu migdałka gardłowego z nadkażeniem bakteriami beztlenowymi lub gronkowcem złocistym i ten objaw może być wymieniany jako jedno ze wskazań do zabiegu adenoidektomii. Ponadto sugestia doktorantki aby u dzieci z halitożą przed zabiegiem zastosować antybiotykoterapię jest praktycznym wykładnikiem wniosków z dysertacji. Praca jest napisana poprawną polszczyzną, zrozumiała dla czytelnika i charakteryzuje się przejrzystym przedstawieniem materiału.

Z obowiązku recenzenta zmuszona jestem zwrócić uwagę na uchybienie.

W tabeli 2 oraz w komentarzu tych danych na stronie 43 doktorantka uznaje istotną statystycznie różnicę w liczbie dzieci w złym stanie ogólnym na podstawie populacji jednego i trojga dzieci w porównywanych grupach. Uważam, że przy tak małej liczbie chorych należy wstrzymać się z opracowaniem statystycznym uzyskanych wyników, a tylko przedstawić je opisowo.

Całość recenzowanej dysertacji oceniam bardzo wysoko. Pełna realizacja postawionego celu pracy oparta na analizie własnego materiału, zastosowanie właściwego instrumentarium merytorycznego i statystycznego, a także swobodne poruszanie się przez Autorkę w temacie badań pozwalają mi z pełnym przekonaniem stwierdzić, że przedstawiona do recenzji dysertacja doktorska lekarza Małgorzaty Sikorskiej- Żuk spełnia w całości kryteria wymagane przez Ustawę o Stopniach i Tytule Naukowym. Kieruję do Wysokiej Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wniosek o dopuszczenie lekarza Małgorzaty Sikorskiej- Żuk do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Ponadto wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego o wyróżnienie pracy i przyznanie nagrody.

