



Zakład Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej
Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierownik: *prof. dr hab. Małgorzata Pietruska*
ul. Waszyngtona 13
15 – 269 Białystok

Białystok, dnia 25. 07. 2016

OCENA

rozprawy doktorskiej lek. Małgorzaty Sikorskiej - Żuk pt.:
„Badania nad halitozą u dzieci z przerostem migdałka gardłowego”.

Promotor: dr hab. Marek Bochnia

Halitoza, czyli nieprzyjemny zapach z ust jest stanem obserwowanym w dość dużych odsetkach badanych populacji. Podstawową przyczyną powstawania tego problemu są nieprawidłowości i choroby narządu żucia, które stwierdzone są w 80 – 90% przypadków. W około 5% przypadków źródłem halitozy są schorzenia jamy nosa, zatok przynosowych, gardła, krtani i uszu. W pozostałej części przypadków są to choroby dolnych dróg oddechowych, układu pokarmowego, ogólnoustrojowe, przyjmowane leki, używki i dieta. W aktualnym piśmiennictwie niewiele jest badań dotyczących halitozy u dzieci, a szczególnie znaczenia przerostu migdałka gardłowego w powstawaniu tego problemu. Dlatego też, wybór tematu pracy doktorskiej przez lek. Małgorzatę Sikorską – Żuk był, w moim odczuciu, w pełni uzasadniony zarówno z naukowego jak i klinicznego punktu widzenia.

Przedstawiona mi do oceny praca doktorska liczy 105 stron i ma typowy układ dla rozpraw na stopień doktora nauk medycznych. W obszernym, liczącym 33 strony **Wstępie** Doktorantka zaprezentowała dane literaturowe dotyczące meritum rozprawy, a więc halitozy i przerostu migdałka gardłowego. Szczegółowo opisała epidemiologię, etiologię, podział i diagnostykę obu nieprawidłowości oraz ogólne zasady ich leczenia. **Cel** badań zakładał wielokierunkową ocenę występowania halitozy u dzieci z przerostem migdałka gardłowego. Cel ten Doktorantka zrealizowała wykonując badania w grupie 136 dzieci w wieku 3-13 lat hospitalizowanych w Oddziale Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy oraz Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi we Wrocławiu. Do badań włączono dzieci z przerostem migdałka gardłowego zakwalifikowane do zabiegu adenoidektomii z powodu wystąpienia objawów obturacyjnych, infekcyjnych, otologicznych, foniatrycznych lub stomatologicznych. Z badań wyłączono dzieci z:

- chorobami innych układów lub ogólnoustrojowymi mającymi potencjalny związek z rozwojem halitozy,

- nieprawidłową higieną jamy ustnej

- nalotem na języku

- objawami zapalenia dziąsła

- nieleczoną próchnicą.

Powyższe kryteria kwalifikacji/dyskwalifikacji z badań oparte były na wykonaniu badań diagnostycznych:

- ankietowego, w celu oceny ogólnego stanu zdrowia dzieci oraz ich nawyków higienicznych

- stomatologicznego, polegającego na ocenie krwawienia dziąsła oraz wskaźników API i PUW.

Halitozę badano w wystandaryzowanych warunkach dwiema metodami:

- organoleptycznie (wąchanie przez badacza wydychanego przez dziecko powietrza) z wykorzystaniem sześciostopniowej skali Rosenberga

- z użyciem Halimetru pozwalającego na detekcję wolnych związków siarki VSC; odczyt powyżej 160ppb był podstawą do rozpoznania halitozy.

Dodatkowo, w materiale pobranym podczas adenoidektomii od 30 pacjentów z rozpoznaną halitozą oraz 30 bez halitozy, wykonane zostały badania histopatologiczne i mikrobiologiczne na obecność bakterii i grzybów. Badania kontrolne wykonano 2 miesiące po zabiegu chirurgicznym.

Uzyskane z badań dane zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica.

Wyniki opisano w liczącym 28 stron rozdziale i umieszczono 20 tabelach i na 19 rycinach. Halitozę stwierdzono u 30 na 136 pacjentów, u których średnia wartość stężenia VSC w wydychanym powietrzu wynosiła $205,7 \pm 61,3$ ppb. W pozostałej grupie przebadanych dzieci średnia wartość VCH wyniosła $87,8 \pm 20,5$ ppb. W skali Rosenberga średnie natężenie nieprzyjemnego zapachu z ust osiągnęło wartość $3,17 \pm 0,79$. Badania mikrobiologiczne wykazały istotnie większy odsetek bakterii beztlenowych w materiale pobranym z migdałków dzieci z halitozą w porównaniu z dziećmi nieobarczonymi tą nieprawidłowością. Po zabiegu chirurgicznym średnie stężenie VCH w wydychanym powietrzu zmniejszyło się istotnie do wartości $114,9 \pm 63,6$ ppb, podobnie jak nieprzyjemny zapach wg skali Rosenberga do $1,37 \pm 1,13$. Zaskakującą wydaje się znamienna statystycznie zmiana wskaźnika PUW po

leczeniu. W grupie pacjentów bez ognisk próchnicowych, a tylko takie dzieci zostały zakwalifikowane do badań, wskaźnik ten nie powinien ulec praktycznie żadnym zmianom w przeciągu tak krótkiej obserwacji.

W rozdziale **Dyskusja** lek. Małgorzata Sikorska – Żuk przedstawiła dokonania naukowe innych autorów zajmujących się tymi samymi zagadnieniami i porównała je z wynikami badań własnych. Sposób analizy wyników własnych i danych z piśmiennictwa potwierdza przygotowanie Doktorantki do planowania i prowadzenia badań naukowych.

Piśmiennictwo zostało starannie dobrane i poprzez umiejętne cytowanie pozwoliło Doktorantce na przedstawienie rozległej wiedzy dotyczącej omawianego tematu w obszernym Wstępie rozprawy i przeprowadzenie interesującej dyskusji nad wynikami badań własnych.

Uzyskane przez Doktorantkę wyniki pozwoliły na wyciągnięcie 4 wniosków, z których dwa pierwsze stanowią szczególną wartość wykonanych badań, gdyż podkreślają związek halitozy z przerostem migdałka gardłowego oraz możliwym nadkażeniem bakteriami beztlenowymi lub gronkowcem złocistym.

Z obowiązku Recenzenta muszę zwrócić uwagę na kilka drobnych błędów. Dotyczą one:

- nomenklatury; powinno być kieszonka przyzębna a nie dziąsłowa; *Tanerella forsythia* a nie *T. fothyiensis*
- sposobu cytowania piśmiennictwa, który powinien być ujednolicony
- układu pracy; opis metod statystycznych powinien znajdować się w rozdziale Materiał i metody a nie w rozdziale Wyniki.

Powyższe niedociągnięcia nie mają jednak żadnego wpływu na merytoryczną wartość rozprawy, którą oceniam pozytywnie. Na szczególne podkreślenie zasługuje wyjątkowa wartość praktyczna rozprawy. Wykonane badania wykazały istotny związek pomiędzy obecnością halitozy a przerostem migdałka gardłowego, a więc zwróciły uwagę na obecność kolejnego potencjalnego czynnika w etiologii halitozy. Przede wszystkim jednak, uwypukliły rzadko poruszany problem halitozy u dzieci, który niedostrzegany lub lekceważony może generować różnego typu zaburzenia psychologiczne, również w życiu dorosłym.

Stwierdzam zatem, że przedstawiona mi do oceny dysertacja lek. Małgorzaty Sikorskiej - Żuk spełnia wszystkie wymagania stawiane pracom doktorskim, co obliguje mnie do zwrócenia się z prośbą do Wysokiej Rady Wydziału Lekarsko - Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o dopuszczenie lek. Małgorzaty Sikorskiej - Żuk do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Małgorzata PoChubie