



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Lek. Małgorzata Sikorska- Żuk

Lekarz rezydent Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w
Legnicy

**Badania nad halitozą u dzieci z przerostem migdałka
gardłowego**

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych w
zakresie medycyny**

Promotor:

dr hab. Marek Bochnia,
Zakład Otolaryngologii Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Recenzenci:

dr hab. n. med. Iwona Gisterek, prof. nadzw.
Nu-Med Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej w Zamościu
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Pietruska,
Zakład Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersytetu
Medycznego w Białymstoku

Wrocław 2016

Życiorys

Data i miejsce urodzenia

14.06.1986 r., Wrocław

Miejsce pracy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, Oddział
Otolaryngologiczny, stanowisko: lekarz rezydent

Wykształcenie

2011 r. - ukończenie studiów na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu
Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

2011 - 2012 r. - realizacja stażu podyplomowego w Dolnośląskim
Centrum Onkologii we Wrocławiu

2012r. - rozpoczęcie studiów doktoranckich w Zakładzie
Otolaryngologii Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu
Medycznego we Wrocławiu

Praca zawodowa

2012 r. - rozpoczęcie specjalizacji z otolaryngologii w ramach
rezydentury w Oddziale Otolaryngologicznym Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego w Legnicy

Dorobek naukowy

Roszkowska A, Morawska- Kochman M, Temporale H, Sikorska-Zuk
M, Kręcicki T. Bilateral Facial Palsy in Rapidly Progressive Course of
Wegener's Granulomatosis: A Case Report. Case Reports in
Otolaryngology, vol. 2013, Article ID 875108, 5 pages, 2013.

Zalewska A., Sikorska M., Morawska- Kochman M.:
Refluks pozaprzełykowy i halitoza. W: Bochnia M. [red.]. Problemy
diagnostyczne i terapeutyczne w chorobie refleksowej o zasięgu
pozaprzełykowym. Wyd. 1. Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe
Atla 2, Wrocław, ss. 91- 106, 2014.

Streszczenie:

Wstęp

Halitoza zwana inaczej fetor ex ore, malodor czy bad breath, jest stosunkowo częstym schorzeniem tak u dorosłych, jak i u dzieci. Uważa się, iż halitoza może mieć znaczący wpływ na życie człowieka, prowadzić do ograniczenia kontaktów międzyludzkich, niskiej samooceny, obniżenia nastroju, a nawet depresji.

Celem mojej pracy było poszukiwanie i ewentualne wykazanie obecności halitozy u dzieci z przerostem migdałka gardłowego oraz ocena flory mikrobiologicznej wraz z ustaleniem rozpoznania histopatologicznego materiału pobranego podczas zabiegu adenoidektomii.

Materiał i metody

Projektem badawczym objęto małoletnich pacjentów z przerostem migdałka gardłowego zakwalifikowanych do adenoidektomii z powodów obturacyjnych, infekcyjnych, otologicznych, foniatrycznych lub stomatologicznych w okresie od maja 2013 do lutego 2015 roku w Oddziale Otolaryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy oraz między październikiem a grudniem 2014 roku w Klinice Otorynolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi we Wrocławiu. Spośród 502 chorych ostatecznie wybrano 136 dzieci, w tym 64 dziewczynek i 72 chłopców w wieku 3-13 lat.

Z badań wykluczono chorych z ewentualnie inną możliwą przyczyną halitozy niż spodziewana, tj. ze złym stanem higieny jamy ustnej stwierdzonym na podstawie badania stomatologicznego, obecnością chorób układu oddechowego, pokarmowego oraz ogólnoustrojowych, wykrytych podczas szczegółowego badania otorynologicznego oraz podmiotowego z wykorzystaniem ankiety wypełnianej przez przedstawiciela ustawowego. Następnie, u wyselekcjonowanej grupy dzieci wykonywano badanie organoleptyczne oraz halimetryczne, które przyjęto za różnicujące względem rozpoznania fetoru z ust. Pacjentów ze stężeniem lotnych związków siarki w jamie ustnej równym lub powyżej 160 ppb zgodnie z zaleceniami producenta Halimetru kwalifikowano do grupy z halitozą. Kał pacjentów badano na obecność bakterii *H. Pylori*. Wynik dodatni powodował wykluczenie z udziału w eksperymencie. Materiał uzyskany w czasie adenoidektomii 30 dzieci z halitozą oraz reprezentatywnie wybranej grupy 30 dzieci bez halitozy poddawano badaniu histopatologicznemu i mikrobiologicznemu na obecność bakterii tlenowych, beztlenowych oraz *H. pylori*. Po okresie 2-miesięcznej rekonwalescencji, podczas badania kontrolnego wykonywano ponowne badanie otorynologiczne, stomatologiczne, organoleptyczne oraz halimetryczne.

Wyniki

Obecność halitozy wykryto u 30 spośród 136 dzieci, co stanowiło 22,1% pacjentów objętych badaniem. Wpływ przerostu migdałka gardłowego na występowanie halitozy został potwierdzony przez znaczne obniżenia stężeń VSC (średnio o 84 ppb) oraz punktacji w skali Rosenberga (średnio o 2 stopnie) po adenoidektomii, w porównaniu do pomiarów przed zabiegiem. Ogółem u 90% pacjentów doszło do istotnego statystycznie obniżenia wyżej wymienionych wartości. Stwierdzono, iż u dzieci z halitozą, w porównaniu do pacjentów bez nieprzyjemnego zapachu z ust, w tkance migdałka gardłowego znamienne częściej bytowały bakterie beztlenowe oraz gronkowiec złocisty. Przeciwnie, w materiale pobranym w trakcie adenoidektomii u dzieci bez dolegliwości fetoru stwierdzano istotnie częściej florę fizjologiczną.

Wnioski

1. Halitoza może być wymieniana jako jeden z objawów przerostu migdałka gardłowego.
2. Obecność halitozy u dziecka z przerostem adenoidu świadczy o prawdopodobnym nadkażeniu bakteriami beztlenowymi lub gronkowcem złocistym.
3. U dzieci z przerostem migdałka gardłowego, w przypadku stwierdzenia halitozy, należy rozważyć zastosowanie antybiotykoterapii o spektrum obejmującym bakterie beztlenowe oraz gronkowiec złocisty w okresie poprzedzającym zabieg operacyjny.
4. Halitoza współistniejąca z przerostem migdałka gardłowego, po wykluczeniu innych możliwych przyczyn jej występowania, może być wymieniana jako wskazanie do adenoidektomii.

Wnioski

Przeprowadzone badania wykazały, iż halitoza występuje u 22% dzieci z przerostem migdałka gardłowego, u których wykluczono występowanie innych możliwych przyczyn nieprzyjemnego zapachu z ust, a zatem może być wymieniana w grupie objawów przerostu adenoidu. Świadczy ona o prawdopodobnym nadkażeniu bakteriami beztlenowymi lub gronkowcem złocistym, gdyż patogeny te występują statystycznie częściej w migdałkach gardłowych dzieci z halitozą w porównaniu do małych dzieci bez tej dolegliwości. Należy zatem rozważyć zastosowanie antybiotykoterapii o spektrum obejmującym bakterie beztlenowe oraz gronkowiec złocisty w okresie poprzedzającym zabieg operacyjny, gdyż postępowanie takie nie tylko może przyczynić się do eradykacji patogennych drobnoustrojów, ale także eliminacji halitozy. Nieprzyjemny zapach z ust współistniejący z przerostem migdałka gardłowego, może być wymieniany jako wskazanie do adenoidektomii u pacjentów, u których wykluczono inne możliwe przyczyny jego występowania, gdyż zabieg ten w 90% powoduje eliminację halitozy u tych dzieci.