

## Recenzja

### rozprawy doktorskiej lek. Krzysztofa Zuba pt.: „ Ocena skuteczności laryngologicznej diagnostyki pozaprzyłykowych objawów choroby refluksowej. „

W ostatnich kilkunastu latach choroba refluksowa przełyku budzi coraz większe interdyscyplinarne zainteresowanie tak gastrologów jak i laryngologów, foniatorów i audiologów.

We wstępie szeroko przedstawiono chorobę refluksową żołądkowo- przełykową tzw GERD i refluks krtaniowo- gardłowy – LPR , jakkolwiek LPR jest fragmentem GERD-u ograniczonym do określonego morfologicznie obszaru. Nawet izolowany refluks krtaniowo- gardłowy ma związek przyczynowy z refluksiem żołądkowo- przełykowym. Czy dysfunkcja czynności kompleksu zwieracza przełyku górnego ma znaczenie w patogenezie LPR ?. Próba wyjaśnienia teorii odruchowej powstawania choroby refluksowej jest nie przekonywująca przypuszczalnie na skutek nieprecyzyjnego przedstawienia czynnościowej struktury nerwu błędnego. Warto uporządkować złożoną budowę tego nerwu biorąc pod uwagę różny charakter włókien wchodzących w jego skład. Ryc. 2 niczego nie wyjaśnia w odniesieniu do patofizjologii objawów pozaprzyłykowych.

Subiektywne objawy refluksu są bogate : od suchości w gardle do otalgii i dysfagii. Autor podkreśla, że opisany przez Koufmana „pseudosulcus vocalis „ jest patognomiczny dla refluksu krtaniowo- gardłowego podobnie jak zamknięcie wejścia do kieszonki krtaniowej na skutek obrzęku fałdu głosowego i fałdu kieszonki.

Autor przedstawia nowe metody diagnostyczne refluksu krtaniowo- gardłowego takie jak pomiar pepsyny w ślinie przy użyciu przeciwciał monoklonalnych j pH-metria gardła za pomocą systemu Dx- pH.

Omówiono zasady leczenia refluksu krtaniowo- gardłowego podkreślając znaczenie edukacji chorego w kierunku zmiany niewłaściwych nawyków. Przedstawiono zasady farmakoterapii wg schematu leczenia empirycznego inhibitorami pompy protonowej.

Ponieważ w diagnostyce refluksu krtaniowo- gardłowego brakuje złotego standardu, a pH-metria jest uciążliwa dla pacjenta, lek Krzysztof Zub postanowił

1. ocenić skuteczność wykrywania LPR ankietą RSI ( Reflux Symptom, Index) jak też endoskopowym badaniem krtani zgodnie z kryteriami RFS ( Reflux Finding Score )

2,porównać skuteczność wykrywania refluksu krtaniowo- gardłowego powyższymi metodami z wynikami uzyskanymi za pomocą pH-metrii gardłowej.

Badania przeprowadzono u 154 chorych zgłaszających się do Pracowni Endoskopowej Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi we Wrocławiu z dolegliwościami ze strony gardła i krtani .

Byli to chorzy w wieku 19- 77 lat ( średnia wieku 49,6) w tym 63% mężczyźni In 37 % kobiety.

Każdy wypełniał najpierw ankietę RSI dotyczącą częstości występowania w czasie ostatniego miesiąca objawów refluksu, a następnie poddany był badaniu laryngologicznemu z endoskopową



oceną gardła i krtani przy wykorzystaniu toru wizyjnego. W kolejnym etapie przeprowadzono 24 godzinną pH-metrię gardła z zastosowaniem systemu Dx- pH firmy Restech. Dodatni wynik pH-metrii był kryterium włączenia do badań.

Ostatnim etapem była ocena badania pH-metrycznego oraz skali RFS ujmującej zmiany endoskopowe sugerujące refluks.

Osoby z wcześniej rozpoznany GERD-em musiały odstawić leczenie przeciwrefleksyjne na tydzień przed planowanym badaniem

Grupę kontrolną stanowiło 72 ochotników zdrowych bez dolegliwości gardłowo- krtaniowych.

Wyniki poddano szerokiej analizie statystycznej wykorzystując pakiet STATISTICA v.10.

Stwierdzono statystycznie istotne odchylenia parametrów pH-metrii tak w pozycji stojącej jak i leżącej.

Najczęstsze dolegliwości wg ankiety RSI to : chrząkanie ( 61%), zgaga ( 55,8%) i uczucie ściśniętego gardła ( 53,9% ). Spośród objawów endoskopowych ocenianych skalą RFS przekrwienie fałdów głosowych obserwowano we wszystkich przypadkach, obrzęk fałdów głosowych w 99,4%, przerost spoidła tylnego w 99,4%.

Doktorant przeprowadził szeroką analizę statystyczną wzajemnych powiązań pomiędzy wynikami pH-metrii a wynikami skali RSI i RFS,

W dyskusji przypomniano, że zgodnie z konsensusem ustalonym w Montrealu w 2006 r zapalenie krtani włączono do grupy schorzeń związanych z GERD. Natomiast zapalenie gardła, zatok przynosowych, nawracające zapalenia ucha środkowego i idiopatyczne włóknienie płuc mają prawdopodobny związek z chorobą refleksyjną żołądkowo- przełykową. Refluksowi krtaniowo- gardłowemu przypisuje się związek przyczynowy ze zwężeniem podgłośnia, owrzodzeniem kontaktowym, guzkami głosowymi a nawet z rakiem krtani.

Zastosowana przez Doktoranta pH-metria gardłowa należy do nowatorskich metod w diagnostyce refluksu krtaniowo- gardłowego

Doktorant logicznie konfrontuje swoje wyniki z danymi literaturowymi, Przypomina prace, które wyszły z Kliniki Wrocławskiej , a zwłaszcza Zalesskiej-Kręcickiej i wsp. dotyczącą objawów refluksu krtaniowo- gardłowego u dzieci.

Zdaniem Autora w ocenie endoskopowej krtani więcej zalet ma sztywny endoskop używany w Pracowni Endoskopowej Kliniki , jakkolwiek nie wspomina czy porównywał jego praktyczne zalety z giętkim fiberoskopem.

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułował Autor 4 wnioski, które podsumowują przeprowadzone badania i w zasadzie odpowiadają postawionym celom. W 4-tym wniosku wysunięto sugestię, aby w praktyce laryngologicznej przy podejrzeniu o refluks krtaniowo- gardłowy wykorzystywać ankietę RSI i skalę RFS, które są tak samo efektywne jak pH-metria gardłowa.

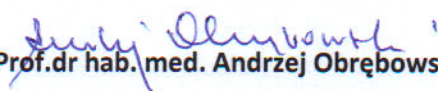
Praca napisana jest ładnym językiem, logiczna metodycznie z właściwym wykorzystaniem bogatego piśmiennictwa i umiejętnością wyciągnięcia podsumowujących wniosków.

Piśmiennictwo obejmuje 103 pozycje zestawione zgodnie z zasadami bibliograficznymi w kolejności cytowań.

Streszczenia w pełni oddają cele pracy i uzyskane wyniki

W czasie czytania pracy nasunęła mi się uwaga dyskusyjna, czy pojęcie spoidła tylnego w jamie krtani znajduje morfologiczne odniesienie, czy też jest tylko tradycyjnie powtarzaniem tylnej ściany krtani? Nie ma tu żadnej analogii w odniesieniu do spoidła przedniego, które jest bezdyskusyjne i posiada oryginalną budowę.

Uważam, że praca lek. Krzysztofa Zuba pr.: „Ocena skuteczności laryngologicznej diagnostyki pozaprzetykowych objawów choroby refleksowej”, odpowiada wymogom stawianym rozprawom doktorskim i wnoszę do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego o dopuszczenie jej do dalszych etapów postępowania promocyjnego.

  
Prof. dr hab. med. Andrzej Obrębowski

20.12.16.