

Recenzja

rozprawy doktorskiej lek. Hanny Temporale pt.: "Ocena wybranych parametrów diagnostyki klinicznej oraz wyników leczenia i jakości życia pacjentów z zawrotami głowy na materiale Kliniki Otolaryngologii i Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zawroty głowy należą do najczęstszych dolegliwości spotykanych w praktyce otolaryngologicznej i audiologiczno-foniatrycznej. Pomimo licznych badań klinicznych i doświadczalnych nad mechanizmami działania układu równowagi i zalecanych procedur diagnostycznych i leczniczych, uzyskiwane wyniki nie satysfakcjonują lekarzy jak i chorych. Uważam, że każda próba wielostronnej oceny diagnostyki, wyników leczenia i jakości życia chorych z zawrotami głowy jest zasadna.

Lek. Hanna Temporale zaplanowała szeroką ocenę stanu klinicznego chorych z zawrotami głowy hospitalizowanych w trybie nagłym w Klinice Otolaryngologii i Chirurgii Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu obejmującą:

1. porównanie wyników badania podmiotowego, diagnostyki oto-neurologicznej i audiologicznej w zależności od rozpoznanej przyczyny objawów;
2. ocenę wartości badań w ramach diagnostyki różnicowej;
3. ocenę wyników farmakoterapii i kinezyterapii u chorych z zawrotami głowy.

We wstępie podano bardzo ogólne informacje o budowie i funkcji układu równowagi.

Wspomniano o dwóch zwojach przedsionkowych, jakkolwiek w anatomii opisowej mówi się o jednym zwoju, w którym wyróżnia się część górną i dolną.

Omówiono epidemiologię i patofizjologię zawrotów głowy. Wśród przyczyn otologicznych wskazane byłoby szczególnie podkreślenie znaczenia tych objawów w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego, które świadczą o zajęciu ucha wewnętrznego i sygnalizują duże prawdopodobieństwo powikłań wewnątrzczaszkowych. Szerzej omówiono zasady leczenia farmakologicznego i operacyjnego. Słusznie podkreślono, że „rehabilitacja przedsionkowa jest najważniejszym elementem leczenia pacjentów z zawrotami głowy”. Przecież w Klinice Wrocławskiej pod kierunkiem Pani prof.dr Lucyny Pośpiech opracowano modelowe programy takiej rehabilitacji.

W kolejnym podrozdziale Wstępu omówiono zasady badania jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia wskazując na zalety specyficznych kwestionariuszy pozwalających na dokładniejszą ocenę wpływu objawów chorobowych na jakość życia. Szczegółowo omówiono strukturę testu SF-36, który jest jednym z szeroko stosowanych w pomiarze jakości życia, jak też kwestionariusza DHI (Dizziness Handicap Inventory) praktycznego instrumentu dla oceny wpływu zawrotów głowy i zaburzeń równowagi na codzienne życie pacjenta.

Ostatnia część Wstępu omawia lęk i depresję u chorych z zawrotami głowy. Szczegółowo przedstawiono skalę Becka wykorzystywaną w pomiarze nasilenia depresji.

Materiał obejmuje 99 chorych, w tym 57 kobiet i 42 mężczyzn, w wieku 17 – 83 lat (średnia wieku 45,3) hospitalizowanych w trybie dyżurowym w Klinice Otolaryngologii i Chirurgii Głowy i Szyi. Ze względu na charakter zawrotów głowy wydzielono 4 grupy chorych: błędnikowe (37,4%), pozabłędnikowe (24,2%), mieszane (10,1%), czynnościowe (20,2%). Czy kryterium tego zasadniczego podziału oparte było tylko na badaniu elektronystagmograficznym, skoro do 5-tej grupy zaliczono chorych, u których ze względu na brak współpracy wynik ENG nie miał wartości diagnostycznej?

Do badania kontrolnego po 5-20 miesiącach zgłosiło się 52 chorych, w tym 33 kobiety i 19

mężczyzn.

W 23 osobowej grupie kontrolnej bez zawrotów głowy i zaburzeń równowagi w wywiadach, badano jakość życia oraz poziom lęku i depresji.

Poza badaniem podmiotowym wykonywano badanie oto neurologiczne (oczopląs samoistny, próby położeniowe z manewrem Hallpike'a, testy kaloryczne, próby śledzenia ciągłego), audiologiczne (audiometria tonalna, impedancyjna, OAEs, ABR), badanie obrazowe głowy (TK , MR), badanie radiologiczne , czynnościowe kręgosłupa szyjnego, usg naczyń dogłowych.

Z badań laboratoryjnych: oznaczano poziom lipidów i glukozy oraz badano układ krzepnięcia. Jakość życia oceniano kwestionariuszami SF- 36 v.2 i DHI.

W analizie statystycznej wyników wykorzystano program Statistica v.10 i arkusz kalkulacyjny Excel.

W grupie zawrotów błędniowych rozpoznano w 42,3% przypadków chorobę Meniere'a, w 17,3% neuronitis vestibularis, w 11,5% zapalenie ucha, w 28,8% pozostałe zaburzenia błędnika.

W grupie chorych z zawrotami pozabłędniowymi dominowały zespoły podstawno- kręgowo i zaburzenia naczyniowe. Charakterystycznym objawem było odczucie „przechylenia się otoczenia”, a czynnikiem wywołującym zawroty był kaszel. W grupie tej częściej występowały zaburzenia czynności tarczycy.

W grupie zawrotów mieszanych istotnie częściej występowała nietolerancja na światło i dźwięki.

W grupie zawrotów czynnościowych : w 3% agorafobia i zaburzenia lękowe, w 2% depresja. W 8% przypadków ze względu na trudny do oceny wynik eng lub brak współpracy pacjenta w czasie badania nie udało się ustalić przyczyny zawrotów.

We wszystkich grupach chorych najczęściej subiektywnie oceniano zawroty głowy jako wirowanie otoczenia co jest charakterystyczne dla zaburzeń obwodowych. Jak można je zinterpretować ?

Nie stwierdzono związku występowania zawrotów z chorobami przewlekłymi : nadciśnieniem, cukrzycą, padaczką, zaburzeniami menopauzalnymi i hormonalnymi.

Nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami w badaniach audiometrycznych.

Oczopląs spontaniczny istotnie częściej występował u chorych z zawrotami błędniowymi.

Nie było istotnych różnic pomiędzy grupami w wynikach prób położeniowych

W badaniu elektronystagmograficznym statystycznie istotne osłabienie reakcji kalorycznej występowało w zawrotach błędniowych i mieszanych.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy porównując wyniki badań wstępnych z badaniami kontrolnymi.

Chorzy przyjmowani byli do Kliniki w trybie pilnym na okres 5-6 dni i podawani i farmakoterapii (84%), kinezyterapii (41%), leczeniu operacyjnemu (4% , antromastoidektomia, dexametason do jamy bębnekowej), fizykoterapii (4%), psychoterapii (2%), tlenoterapii (2%). Czy odsetek 30% chorych, którzy w czasie hospitalizacji nie otrzymywali żadnych leków w tym kontekście nie jest błędnie podany ?

W leczeniu szpitalnym w 88% przypadków stosowano betahistynę.

Pacjenci z zawrotami czynnościowymi stosujący betahistynę uzyskiwali lepsze wyniki w ocenie jakości życia aniżeli chorzy bez tego preparatu.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w ocenie jakości życia mierzonej kwestionariuszem DHI pomiędzy chorymi stosującymi kinezyterapię i nie kwalifikowanych do tego leczenia.. Kinezyterapia natomiast istotnie poprawiała jakość życia (kwestionariusz SF-36) u chorych z mieszanymi zawrotami głowy.

Nie stwierdzono różnic w ocenie jakości życia mierzonej kwestionariuszem DHI u chorych stosujących leki i kinezyterapię w porównaniu z chorymi stosującymi tylko leki. Pacjenci ze wszystkich grup oceniali swoje zdrowie bardziej negatywnie aniżeli w grupie kontrolnej, szczególnie w grupie pozabłędnikowej. Wyższe wartości poziomu lęku (kwestionariusz MFQ) obserwowano w grupie zawrotów mieszanych, a najwyższy poziom nasilenia depresji (skala Becka) u chorych z zawrotami pozabłędnikowymi.

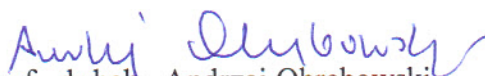
W dyskusji omówiono uzyskane wyniki w odniesieniu do 111 pozycji piśmiennictwa. Słusznie podkreślono, że dobrze zebrane wywiady pozwalają na wstępne rozpoznanie etiologiczne zawrotów głowy. Zaburzenia w gospodarce lipidowej obserwowane w 75% przypadków zawrotów pozabłędnikowych i w 50% przypadków z zawrotami mieszanymi sugerują na ich znaczenie w patomechanizmie zawrotów. Podobnie zaburzenia czynności tarczycy u chorych z zawrotami pozabłędnikowymi powinny być przesłanką do pogłębionej diagnostyki etiologicznej.

Podsumowaniem badań są 4 zbyt rozbudowane wnioski, w których Doktorantka odpowiada na postawione w celu pracy zagadnienia. Podkreśla, że najważniejszymi parametrami w diagnostyce różnicowej zawrotów głowy są wywiady, badanie elektronystagmograficzne, badanie obrazowe głowy i badanie przepływu w tętnicach dogłównych. W leczeniu chorych z zawrotami szczególną wartość ma kinezyterapia, podczas gdy długotrwała farmakoterapia nie wpływa na jakość życia niezależnie od etiologii zawrotów. Skuteczność leczenia powinna być monitorowana badaniem jakości życia tak w sferze fizycznej jak i psychicznej. Zawroty pozabłędnikowe podobnie jak choroba Meniere'a i zespół przedsionkowo-ślimakowy najbardziej pogarszają jakość życia, a gorsza samoocena stanu zdrowia może sprzyjać zaburzeniom lękowym i depresji.

Praca napisana jest ładnym stylem, tabelaryczne zestawienia wyników z oceną statystyczną czytelne i przekonujące, piśmiennictwo zestawione według kolejności cytowania zgodnie z wymogami bibliograficznymi, streszczenia w języku polskim i angielskim w sposób zwięzły ujmują cele, metodykę i uzyskane wyniki.

Uważam, że rozprawa doktorska lek. Hanny Temporale odpowiada wymogom ustawowym i zwracam się do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego z wnioskiem o dopuszczenie jej do dalszych etapów postępowania promocyjnego.

Poznań, dnia 22.07.2015 r.


Prof., dr hab. Andrzej Obębowski

Prof. dr hab. med. Andrzej Obębowski
SPECJALISTA W ZAKRESIE OTOLARYNGOLOGII
AUDIOLOGII I FONIATRII
ul. Garbary 12, n. 4, tel. (0-61) 852 53 07
61-867 POZNAŃ
REGON 632177657; NIP 778-110-73-91