

Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej



Warszawa, 20.09.2023 r.

dr hab. n. med. Andrzej Wojdas, prof. WIML
Klinika Otolaryngologii
ul. Krasińskiego 54, 01-755 Warszawa
tel.: 261 852 341
e-mail: awojdas@wiml.waw.pl

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Wojciecha Zjawionego

pt. „Retrospektywna ocena zastosowania hyperbarii tlenowej w leczeniu nagłej głuchoty idiopatycznej”.

Nagła idiopatyczna głuchota jest objawem dysfunkcji działania ucha wewnętrznego.

Opisuje się ją jako odbiorcze upośledzenie słuchu powyżej 30 dB, powstające w ciągu 72 godzin, obejmujące przynajmniej 3 sąsiednie częstotliwości. W 10% występuje obuusznie i tylko w około 10% znana jest przyczyna głuchoty - stąd też często nazywa się to schorzenie nagłą głuchotą idiopatyczną.

Częstość występowania nagłej głuchoty idiopatycznej wynosi 5–20 przypadków na 100 tys. ludzi w ciągu roku. Wielu autorów przypuszcza, że rzeczywista liczba zachorowań jest większa, a spotykane w tym schorzeniu samoistne, spontaniczne powroty słuchu do normy, bez jakiegokolwiek leczenia, których częstość ocenia się na 32–65% zachorowań, są powodem niezgłaszania się do lekarzy.

Im wyższy ubytek słuchu tym gorsze rokowanie co do poprawy słuchu. Jedne z badań wykazały, że utrata słuchu powyżej 50-60dB, nawet pomimo dobrego leczenia i wczesnej interwencji ulegała poprawie co najwyżej o 20-30dB. Wielu pacjentów nie uzyskuje poprawy wcale. Czynnikiem rokowniczym jest także kształt krzywej audiometrycznej. Krzywa nachylona ku górze i pogorszenie

słuchu na średnich częstotliwościach ma lepszą prognozę poprawy i odpowiedzi na leczenie w przeciwieństwie do pogorszeń słuchu, którego krzywa audiometryczna jest nachylona ku dołowi lub jest płasko obniżona.

Część prac donosi, że bardzo młodzi pacjenci oraz chorzy powyżej 50 roku życia mają gorsze rokowania co do powrotu słuchu. Nie ma jednoznacznych wniosków co do rokowania powrotu słuchu związanego z pęcią. Większość badań wskazuje na to, że im późniejszy czas interwencji tym gorsze odpowiedź na leczenie.

Wiodącym obecnie sposobem leczenia nagłego niedosłuchu jest leczenie skojarzone: sterydoterapia uzupełniona leczeniem hiperbarią tlenową, która daje najlepsze rokowanie.

Nie ma ostrego dyżuru, aby na oddział nie trafił kolejny pacjent, często bardzo młody, z nagłą głuchotą idiopatyczną, któremu nadal nie możemy zagwarantować w pełni skutecznego leczenia. Dlatego też z wielkim zainteresowaniem zapoznałem się z przedstawioną mi do recenzji rozprawę doktorską mgr Wojciecha Zjawionego, a wybór tematu będącego przedmiotem dyzertacji należy uznać za niezwykle aktualny, ważny, praktyczny i istotny dla codziennej pracy laryngologa.

Koncepcja badania uzyskała aprobatę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zarejestrowaną pod numerem RNN/69/19/KE z 15 stycznia 2019 roku.

Przedstawiony mi manuskrypt rozprawy doktorskiej liczy 93 stron tekstu. Praca ma typowy układ dla rozprawy doktorskiej, zawiera 12 uporządkowanych rozdziałów. Podział na w/w rozdziały jest zasadny i tak:

Spis treści: zawiera dokładny wykaz rozdziałów i podrozdziałów pracy.

Wstęp: Doktorant w pierwszej części szczegółowo opisał rozwój medycyny hiperbarycznej, podstawy medycyny hiperbarycznej, zasady tlenoterapii hiperbarycznej. Natomiast druga część wstępu poświęcona jest nagłej głuchocie idiopatycznej. W pododdziale diagnostyki nagłej głuchoty idiopatycznej, w której opisywana jest ocena kliniczna, na końcu zdania powinna być dopisana „i audiometrią impendancyjną”. Tym bardziej, że autor zdanie wcześniej zwraca szczególną uwagę na możliwość współistnienia wysiękowego zapalenia ucha środkowego. Badanie tympanometryczne jest też istotne przy kwalifikacjach do terapii HBO.

Głównym celem pracy była retrospektywna ocena zastosowania hiperbarii tlenowej w leczeniu nagłej głuchoty idiopatycznej, a w szczególności w tym ocena:

1. Częstości występowania nagłej głuchoty ze względu na wiek i płeć,
2. Rodzaju niedosłuchu (prawy/lewostronny, obustronny),

3. Częstość występowania szumów usznych,
4. Współwystępowania innych chorób,
5. Ubytku słuchu dla częstotliwości 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz i 4000 Hz,
6. Poprawy słuchu u pacjentów leczonych steroidoterapią i tlenem hiperbarycznym, i bez hiperbarii tlenowej

Materiał i metody: badaniem objęto 150 osób leczonych w Klinice Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi z powodu nagłej głuchoty idiopatycznej. Z tego 119 osób leczono sterydoterapią doustną i tlenem hiperbarycznym, natomiast grupę 31 pacjentów leczono tylko sterydami. Sterydoterapia doustna trwała 10 dni. Pacjenci przebywali w Klinice 5 dni i potem kontynuowali leczenie w domu. Międzyczasie, ale nie później niż 14 dni od pierwszych objawów choroby pacjenci byli leczeni tlenem hiperbarycznym. Rutynowo wykonywano 15 zabiegów i większość pacjentów była leczona na pełnym dystansie.

Co prawda w rozprawie brak jest informacji o powodach, dla których druga grupa chorych była leczona tylko sterydami, przypuszczam jednak, że są to osoby które zostały zdyskwalifikowane z tzw. „sprężania”.

Badanie miało charakter retrospektywny i dotyczyło pacjentów leczonych w latach 2018-2020.

W podrozdziale „Metody”, podobnie jak we wstępie, po raz kolejny brak jest wyszczególnienia tak ważnego badania dodatkowego jakim jest tympanometria, bo jak sądzę było ono wykonywane. Wśród badań wykonanych przed wizytą kwalifikacyjną do terapii HBO oprócz EKG i rtg klatki piersiowej wykonuje się badania audiologiczne, a w szczególności audiogram tonalny dla potwierdzenia choroby oraz badanie tympanometryczne dla oceny drożności trąbki słuchowej. Tzw. „sprężenie” pacjenta do 2,5 ATA znaczy nic innego jak zanurkowanie na głębokość 15 metrów. Pacjent z niedrożną trąbką słuchową, a nawet upośledzoną drożnością trąbki słuchowej nie jest w stanie wyrównać ciśnienia w uchu środkowym, a w trakcie „sprężania” dostanie barotraumy ucha. Aby tego uniknąć musimy takich pacjentów dokładnie zdiagnozować.

Wyniki: zostały przedstawione w postaci 14 wykresów, 7 tabel opatrzonych komentarzami, które zwięźle i trafnie podsumowują zaprezentowane dane. Dominowała głuchota jednostronna w obu grupach chorych, szumy uszne dominowały w I grupie chorych. Najczęściej szum występował po stronie chorej. Wśród przewlekłych schorzeń towarzyszących dominowało nadciśnienie tętnicze i miażdżyca naczyń. W I grupie chorych stwierdzono dwukrotnie większą poprawę słuchu w stosunku do pacjentów leczonych tylko sterydoterapią.

Wszystkie obliczenia przeprowadzono przy użyciu programu Statistica, wersja 14. Za statystycznie istotny uznawano wynik na poziomie $p < 0.05$.

Dyskusja: Doktorant w bardzo wyważony sposób przeprowadził dyskusję z autorami referencyjnych publikacji, co świadczy o dokładnym zgłębieniu zagadnienia i znajomości najnowszej literatury. Sposób przedstawienia dyskusji świadczy o dużej dojrzałości Autora.

Tylko w jednym przypadku, moim zdaniem, Doktorant „prześlizgnął” się po temacie. Autor, jak słusznie zaznaczył, potwierdził, że skuteczność hyperbarii tlenowej współzależny od czasu jej zastosowania i podał, iż najlepiej zapoczątkować ją w ciągu 72 godzin. Nie wyjaśnił jednak dlaczego u badanych pacjentów terapię HBO rozpoczynano we wszystkich przypadkach dopiero pomiędzy 12-14 dniem wystąpienia nagłej głuchoty idiopatycznej.

Wnioski: odpowiadają uprzednio sformułowanym celom pracy i ściśle wynikają z uzyskanych wyników badań. Z klinicznego punktu widzenia Doktorant dowiódł, że nagłą głuchotę idiopatyczną należy leczyć terapią skojarzoną, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych do jej zastosowania.

Piśmiennictwo: w załączonym wykazie zawarto 167 pozycji piśmiennictwa anglojęzycznego, z wyjątkiem kilku publikacji w języku polskim, z których ponad 60% została opublikowana w ciągu ostatnich 10 lat. Wszystkie pozycje piśmiennictwa są prawidłowo dobrane i właściwie cytowane.

Praca stanowi wyczerpujące, staranne i oryginalne opracowanie naukowe zagadnienia, którego rezultaty mogą stać się przydatnym narzędziem w codziennej pracy klinicznej.

Podsumowując, stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Wojciecha Zjawionego z Kliniki Otolaryngologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, napisana pod kierunkiem dr hab. n. med., prof. uczelni Hanny Zielińskiej-Bliźniewskiej **spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. nr 65 poz. 595 z późn. zm.) w związku z art. 179 ust. 1 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018r. poz. 1669 z późn. zm.).**

Zatem przedkładam wniosek Radzie Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczeniu mgr Wojciecha Zjawionego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK
KLINIKI OTOLARYNGOLOGII
Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej
płk rez. dr hab. n. med. Andrzej WOJDAS
prof. WIML