

*Prof. dr hab. n. med. K. Wieczorowska-Tobis*  
Pracownia Geriatrii  
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej  
Uniwersytet Medycznej w Poznaniu  
Oś. Rusa 55  
61-245 Poznań  
tel./fax: 061 8738303  
e-mail: kwt@tobis.pl

Poznań, 12.12.2019

**Ocena rozprawy doktorskiej lek. med. Michała Lubszczyka**  
**pod tytułem:**  
***Łagodne napadowe położeniowe zawroty głowy u pacjentów po 65. roku życia***

Zawroty głowy występują często u osób starszych i stanowią zagrożenie dla ich sprawności funkcjonalnej. Do łagodnych napadowych położeniowych zawrotów głowy (ang. Benign Paroxysmal Positional Vertigo - BPPV) nie przywiązuje się należytej wagi w geriatrii i stąd podjęcie tematu przez Doktoranta w recenzowanej pracy uważam za bardzo ważne zarówno z punktu widzenia naukowego, jak i organizacji opieki nad starzejącym się społeczeństwem.

Oceniana rozprawa doktorska jest opracowaniem liczącym 141 stron maszynopisu. Praca ma układ klasyczny i obejmuje prezentację stanu wiedzy w dziedzinie podejmowanych badań zakończoną przedstawieniem celów i założeń badań, materiał i metody badawcze, wyniki oraz dyskusję wraz z podsumowaniem, wnioski i spis piśmiennictwa. Wyniki zaprezentowano na 50 rycinach i w 35 tabelach. Kończącą część pracy stanowią aneks zawierający zastosowane w pracy ankiety i narzędzia oraz kopie zgód na prowadzenie badań (komisji bioetycznej i zgoda poradni, w której prowadzono badania). Praca nie zawiera streszczeń.

Wstęp składa się z 3 części, które odnoszą się do zagadnień poruszanych w pracy tj. BPPV oraz ich wpływie na jakość życia i związanych z nimi upadkami.

W części poświęconej BPPV Doktorant przedstawia rys historyczny wiedzy z dziedziny poczynając od pierwszego opisu problemu na początku XX w. aż do najnowszego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego. Następnie prezentuje anatomie i fizjologię narządu równowagi, w tym prawa Ewalda stosowane w interpretacji oczopląsu występującego u chorych z BPPV – i dalej patofizjologiczne przyczyny BPPV obejmujące przede wszystkim kamice osklepka i kamice kanałów półkolistych. W części poświęconej diagnostyce przedstawiono szczegółowo testy, które powinny być wykonane dla potwierdzenia BPPV oraz

kryteria diagnostyczne poszczególnych patologii prowadzących do BPPV, a w części poświęconej leczeniu – szczegóły stosowanych manewrów repozycyjnych. W pracy umieszczono ryciny dobrze uzupełniające tekst. Są one zaczerpnięte z dostępnego piśmiennictwa, niemniej jednak autor uzyskał zgodę na ich wykorzystanie, co niewątpliwie jest warte podkreślenia.

W kontekście jakości życia Doktorant skupił się na przedstawieniu kwestionariuszy rekomendowanych do oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia, a w przypadku upadków – na dostępnych metodach oceny ryzyka upadków.

Wstęp kończy podrozdział zatytułowany „Uzasadnienie podjęcia badań” w którym Doktorant zwraca uwagę na brak wiedzy na temat BPPV wśród lekarzy, co powoduje, że pacjenci nie są właściwie diagnozowani lub są diagnozowani późno. Wskazuje również na małą liczbę prac z dziedziny, zwłaszcza w języku polskim. Wykonane badania wpisują się w wypełnienie istniejącej luki.

Celem pracy było określenie częstości występowania BPPV oraz ich związku z wiekiem i płcią pacjentów, a także ich wpływu na jakość życia chorych i ryzyko upadków. Część poświęcona założeniom i celom pracy kończy uzasadnienie celu pracy zwracające z jednej strony uwagę na to, że BPPV są najłatwiejszą w diagnostyce i leczeniu przyczyną zawrotów głowy, a z drugiej – że manewry repozycyjne przynoszą poprawę lub prowadzą do usunięcia dolegliwości nawet u 80% chorych. Stąd zwrócenie uwagi na problem powinno mieć wyraźne przełożenie na jakość sprawowanej opieki nad chorymi starszymi. Szczególnego podkreślenia wymaga przytaczany przez Doktoranta fakt, że według PBL w Polsce dotychczas nie prowadzono badań nad BPPV u osób starszych. Podkreśla to pionierski charakter badań.

Badaniem objęto 200 pacjentów Kliniki Geriatrii Uniwersyteckiego Szpitala we Wrocławiu oraz Poradni Geriatrycznej w Nysie. Jasno przedstawiono kryteria wykluczenia z badań. Wszyscy pacjenci, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu, otrzymywali do wypełnienia ankietę dotyczącą ewentualnego występowania zawrotów głowy, ich charakterystyki i współistniejących chorób oraz wystandaryzowany kwestionariusz jakości życia dedykowany osobom starszym opracowany przez WHO (WHOQOL-AGE). Podkreślenia wymaga znaleziony przez Doktoranta błąd w opracowaniu polskiej wersji kwestionariusza, który wyjaśnił z autorką opracowania.

Następnie pacjentów poddawano badaniu przedmiotowemu obejmującemu skrócony test Tinetti, próbe Romberga z oczami otwartymi i zamkniętymi oraz manewry stosowane w diagnostyce BPPV (manewr Dix-Hallpike oraz *supine roll test*).

W wyniku wykonanych analiz chorych podzielono na 3 grupy:

- BPPV pozytywnych – 21 osób
- BPPV negatywnych – 171 osób
- Z subiektywnymi BPPV – BPPV(s)

Na zakończenie metodyki szczegółowo przedstawiono zastosowane testy statystyczne. Trudno się jedynie zgodzić ze stwierdzeniem, że zastosowanie testu t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych wymaga równolicznych grup.

Wyniki szczegółowo przedstawiają przeprowadzone przez Doktoranta rozumowanie. Przedstawiono w nich niezależnie wyniki dla całej grupy, następnie wyniki dla grupy pacjentów BPPV pozytywnych odnosząc je do wyników pacjentów BPPV negatywnych, a na koniec zaprezentowano wyniki osób z subiektywnym BPPV odnosząc je najpierw do pacjentów BPPV negatywnych, a potem również BPPV pozytywnych. Takie analizy przeprowadzono dla kwestionariusza WHOQOL-AGE oraz dla skróconego testu Tinetti. Nie jest jasne, dlaczego wyniki dla próby Romberga pokazano tylko dla wszystkich badanych i statystycznie porównano osoby z dodatnią i ujemną próbą Romberga. W tekście jedynie wspomniano, że występowanie BPPV nie miało znaczenia dla wyników; nie uzasadnia to jednak braku prezentacji wyników, zwłaszcza że w innych częściach pracy zaprezentowano wyniki bez istotności statystycznej.

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, że co 10 osoba badana miała BPPV, częściej były to kobiety. Pokazano, że BPPV wpływają na zwiększone ryzyko upadków, ale nie na gorszą jakość życia chorych. Szczególnie ciekawe jest stwierdzenie, że „w opinii autora uzyskane wyniki świadczą o tym, iż wśród pacjentów z wysokim ryzykiem upadku, zgłaszających zaburzenia równowagi lub doznających upadków zasadne jest badanie występowania BPPV jako składowa całościowej oceny geriatrycznej”. Podkreślić należy ponownie, że są to pierwsze tego typu badania u osób starszych w Polsce i pierwsze analizujące ewentualny związek BPPV z jakością życia i upadkami u osób starszych.

Porównując wyniki skróconego testu Tinetti Doktorant zastosował test Manna-Whitneya. Tymczasem we wnioskowaniu pokazał, częstość występowania BPPV w poszczególnych grupach i stwierdził, np. że „pacjenci z BPPV upadają częściej (33,34% vs 26,5%), ale różnica nie jest istotna statystycznie”. Do porównania częstości powinien być zastosowany test  $\chi^2$  (a nie test Manna-Whitneya), który z pewnością wykazałby różnice w częstości występowania upadków pomiędzy grupami. Jednak zauważyć należy, że wobec dużej różnicy częstości doktorant podkreślił to w dyskusji. Podobną uwagę mam w przypadku grupy

z subiektywnym BPPV i częstością upadków w stosunku do grupy BPPV negatywnej (50% vs. 26,5%). Być może też warto by rozważyć wspólną analizę wyników wszystkich trzech grup.

Dyskusję poprzedza rozdział poświęcony ograniczeniom badań. Doktorant zwraca tu uwagę na brak reprezentatywności próby. Pokazuje też jednak, że warunki w jakich prowadzono badania mogły wpłynąć na zmniejszenie rozpoznawalności BPPV. W tej części również Doktorant wyjaśnia pojęcie subiektywnego BPPV i zasadność jego wprowadzenia w pracy.

Dyskusja jest bardzo rozbudowana i dowodzi dobrej znajomości przez Doktoranta aktualnego stanu wiedzy w dziedzinie dotyczącej pracy. Każdorazowo Doktorant odnosi swoje wyniki do dostępnych danych literaturowych, szczegółowo omawiając plusy poszczególnych prac, ale też zwracając uwagę na ich ograniczenia metodologiczne. Można jedynie dyskutować, czy podrozdział poświęcony nielicznym polskim badaniom nie powinien raczej być częścią wstępu, niemniej rozumiem, że został on przedstawiony w dyskusji, aby pokazać, jak szeroka jest wykonana analiza na tle szczupłości polskich danych, nie tylko pod kątem rodzaju wykonanych analiz, ale też liczby przebadanych przypadków. Podobną uwagę mam do podrozdziału poświęconego nowoczesnym metodom terapeutycznym – w tym przypadku z kolei wydaje się, że Doktorant wykonał zabieg pokazania go na końcu dyskusji, aby uzmysłowić czytelnikowi jak ważne jest właściwe diagnozowanie problemu wobec możliwości nawet wdrażania samoleczenia przez chorych.

Dyskusję kończy podsumowanie, w którym Doktorant pokazuje potencjalną skalę zjawiska w Polsce biorąc pod uwagę, że rzeczywiście co dziesiąta osoba starsza miałaby BPPV. Nawet jeśli uwzględnić, że pacjenci poradni geriatrycznej czy kliniki geriatrycznej nie reprezentują przeciętnej populacji osób starszych (co Doktorant sam podkreśla w ograniczeniach modelu) to rzeczywiście grupa chorych z BPPV może być znaczna. Duża liczba chorych niezdiagnozowanych – przy niskiej świadomości lekarzy co do istnienia problemu – ma szczególne znaczenie wobec dobrze opisanych manewrów repozycyjnych.

Wnioski odpowiadają celom i hipotezom badawczym.

Piśmiennictwo jest obszerne - liczy 233 pozycje i jest dobrze dobrane do prezentowanych zagadnień. W przypadku ocenianej rozprawy cytowanie pozycji sprzed wielu lat (np. pozycji 7 z 1921 roku czy pozycji 10 z 1952 roku) jest w pełni uzasadnione.

Z obowiązku recenzenta zwracam uwagę na potrzebę korekty redakcyjnej, gdyż np. niektóre cytowane prace będące opracowaniami wieloautorскими przywoływane są tylko z nazwiska pierwszego autora, co sugeruje, że są to prace jednoautorские (np. na str. 98 jest „Alvarenga przeanalizowała...” powinno być „Alvarenga i wsp. przeanalizowali ...” – pozycja

158 literatury – czy na str. 100 jest „Maciejewska donosiła...”, a powinno być „Maciejewska i wsp. donosili ...” – pozycja literatury: 70).

Co do pytań – proszę o wyjaśnienie, co Doktorant miał na myśli używając sformułowania na str. 90 dotyczącego starzenia, że „największe nasilenie tego zjawiska obserwuje się w Europie Zachodniej i Ameryce Północnej”, skoro w ostatnim czasie wskazuje się przede wszystkim na Japonię jako państwo z największym odsetkiem osób starszych.

Podsumowując, powyższe uwagi nie wpływają na moją wysoką ocenę pracy. Doktorant podjął się bowiem niełatwego zadania wypełnienia luki w polskojęzycznych badaniach naukowych dotyczących BPPV u osób starszych. Praca ma szczególne znaczenie ponieważ – co podkreśla Doktorant – osoby starsze mogą nie mieć charakterystycznych objawów klinicznych BPPV, a zatem w ich przypadku diagnostyka może być utrudniona. Tym bardziej więc ważna jest dobra znajomość tego zagadnienia wśród lekarzy. W tym kontekście Doktorant również zwraca uwagę na słowa jednego z badaczy BPPV Michaela von Brevern, który stwierdził, że „choroba nie jest tak łagodna jak się wydaje”.

Oceniana rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003r. o stopniach i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U Nr 65 poz. 595 z późn. zm.). W związku z powyższym wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o dopuszczenie lek. med. Michała Lubszczyka do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Spoglądając całościowo na wartość pracy – wobec pionierskiego charakteru badań w dziedzinie i skrupulatności w prezentowaniu danych i prowadzonych analizach wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału o wyróżnienie ocenianej pracy.

prof. dr hab. Katarzyna Włoczerowska-Tobis  
specjalista geriatry i medycyny paliatywnej  
tel. 600-596333  
2040617

