

Wpła. Nr. 06-2022
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
RADA DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE
zastępca przewodniczącego
M. Podhorska-Okolow
prof. dr hab. Marzena Podhorska-Okolow

Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu



RPW/8517/2022 P
Data: 2022-06-06

Prof. dr hab. n. med. Marzena Wyganowska-Świątkowska
Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Stomatologicznej i Periodontologii
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu BIURO RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE	
wpl. dnia	06-06-2022
L. dz. RN-BM/	942/2022

Poznań, 26 maja 2022 roku.

OCENA

ROZPRAWY NA STOPIEŃ DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH

Lek. Dent. Magdalena Drzystek

TYTUŁ ROZPRAWY: „Ocena potrzeb leczenia ortodontycznego wśród pacjentów z zapaleniem przyzębia”

PROMOTOR: prof. dr hab. n. med. Beata Kawala

Promotor pomocniczy: dr n. med. Liwia Minch

Przesłana mi do oceny praca doktorska lek. dent. Magdaleny Drzystek pt.: „Ocena potrzeb leczenia ortodontycznego wśród pacjentów z zapaleniem przyzębia” z Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu ma typowy układ redakcyjny. Składa się z 7 rozdziałów o wyważonej objętościowo proporcji każdego z nich; wydruk rozprawy doktorskiej zawiera także Spis zastosowanych skrótów, Spis tabel, Spis rycin, Streszczenie w języku polskim i angielskim, Piśmiennictwo oraz Załączniki obejmujące Kartę badań i zgodę Uniwersyteckiej Komisji Bioetycznej.

Doktorantka podjęła temat wpisujący się w aktualny, multidyscyplinarny sposób leczenia tkanek przyzębia i poprawy estetyki biało-czerwonej. Właściwości biomechaniczne kości wyrostka zębodołowego są nierozdzielnie związane z jej przebudową w czasie działania naprężeń funkcjonalnych, które wywołując w kości efekt osteogeny, nie powodują przerwania ciągłości tkanki kostnej. Pojedyncze naprężenia stymulują nieczynne komórki okostnej do syntezy kolagenu. Stosowanie naprężeń funkcjonalnych u osób ze zdrowym przyzębiem powoduje, że w czasie ruchu zęba wszystkie komponenty przyzębia podążają za zębem. Tak samo dzieje się w przypadku osób ze zredukowanym przyzębiem bez objawów zapalenia. Ponadto zastosowanie biomechanicznych sił w kierunku dojęzykowym zgodnie z raportem American Academy of

Periodontology z 2015 roku jest skuteczną niechirurgiczną metodą leczenia recesji dziąsłowych sprzyjającą odbudowie kości, grubości tkanki dziąsła oraz wysokości dziąsła zębodołowego. Zgodnie z najnowszymi badaniami takie działanie sił zwiększa grubość kości i tkanki dziąsła w stopniu zabezpieczającym przed koniecznością wykonania zabiegu augmentacji tkanki miękkiej. Efekty odbudowy cementu korzeniowego oraz włókien ożębnej podczas stosowania odpowiednich sił biomechanicznych w warunkach dobrej higieny zostały potwierdzone w badaniach histologicznych. Podobnie jak zwiększenie wymiarów dziąsła bez jakichkolwiek objawów zapalenia. Badania Doktorantki uzupełniają aktualny stan wiedzy.

We Wstępie, będącym typowym przeglądem piśmiennictwa Doktorantka skupiła się na anatomii i podziale chorób przyzębia. Niestety w tej części pojawia się najwięcej błędów dotyczących podziału dziąsła na dziąsło wolne i zębodołowe, etiologii chorób przyzębia, oceny stopnia nasilenia choroby będącej efektem zaburzenia równowagi między biofilmem a tkankami gospodarza modyfikowanej czynnikami wewnątrz i zewnątrzpochodnymi oraz definicji ubytków pionowych kości wyrostka zębodołowego żuchwy lub części zębodołowej szczęki. W dobrej wierze ufam, że są one spowodowane błędami stylistycznymi choć powodują odczucie braku pełnego zrozumienia fizjologii i patologii przyzębia przez Doktorantkę.

Za cel badania Doktorantka postawiła sobie ocenę ortodontycznych potrzeb leczniczych u dorosłych pacjentów z rozpoznaniem zapaleniem przyzębia. Oceny dokonała z zastosowaniem wskaźnika IOTN (wskaźnika ortodontycznych potrzeb leczniczych). W badaniu wykorzystała również ankietę pozwalającą ocenić motywację i chęć pacjentów do podjęcia leczenia ortodontycznego.

Doktorantka poddała analizie 250 pacjentów, z których grupę badaną stanowiło 200 osób z zapaleniem przyzębia. Osoby z grupy badanej podzieliła na 4 podgrupy przyjmując jako kryterium różnicujące procentowy wskaźnik utraty kości, poziom przyczepu łącznotkankowego oraz pomiarową głębokość kieszonek przyzębnych i obecność krwawienia podczas zgłębnikowania. Doktorantka dołożyła starań, żeby badane podgrupy były liczebnie jednakowe. Zachowana jest również proporcja wieku w badanych

podgrupach co szczególnie niepokoi w odniesieniu do podgrupy z ciężkim zapaleniem przyzębia. Pacjenci zostali również zbadani ortodontycznie zgodnie z klasyfikacją Angle'a, Orlik-Grzybowskiej oraz klasy kłowej. Pozwoliło to na ustalenie komponenty zdrowia uzębienia (DHE) oraz komponenty estetycznej (AE) wskaźnika IOTN. Wyniki zostały poddane analizie statystycznej. Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, co dowodzi, że projekt podlegał wielopłaszczyznowej ocenie wstępnej. Z obowiązku recenzenta wspomnę, że ryc. 2 i 4 są jednakowe. Przydatnym byłoby również określenie czy dopuszczone w kryterium kwalifikacji do grupy badanej braki zębowe u pacjentów były klasyfikowane jako międzyzębowe czy wolnoskrzydłowe.

Opis wyników zawarty w rozdziale 4 jest wzbogacony tabelami i rycinami. Doktorantka wykazała statystyczną istotność między chorobami serca, tarczycy, osteoporozą i zmianami nastroju a zapaleniem przyzębia. Analiza wyników związanych z ogólnym stanem zdrowia badanych skłania do postawienia przede mną 3 pytań. Pierwsze związane jest z diagnostyką osteoporozy. Na jakiej podstawie Doktorantka oceniała jej obecność, zważywszy na fakt, że nie jest to standardowe badanie zwłaszcza w młodszej wiekowo grupie pacjentów. Drugie z interpretacją tak niskiej procentowo obecności cukrzycy wśród pacjentów z zapaleniem przyzębia. I trzecie z oceną depresji.

Doktorantka wykazała również wpływ palenia tytoniu oraz częstości wizyt w gabinecie stomatologicznym na stan przyzębia. Choć ta część wyników nie jest bezpośrednio związana z tematem dysertacji uważam ją za interesującą.

W części poświęconej analizie ortodontycznej Doktorantka wykazała, że osoby z zaawansowanym zapaleniem przyzębia częściej mają niesymetryczną twarz i diastemę. Co ciekawe wykazała, że pacjenci palący i z klinicznie widoczną diastemą mają lepsze wartości pomiarowe nagryzu pionowego nie zmieniającego się wraz z wiekiem. Wskazała, że diastema wpływa również na mniejszą asymetrię nagryzu poziomego.

Zasadniczą część wyników badań Doktorantki stanowi jednak ocena ortodontycznych potrzeb leczniczych w badanej grupie. Pacjenci z zapaleniem przyzębia bagatelizują potrzeby ortodontyczne, podczas gdy tylko 2,2% badanych nie wymaga leczenia zgodnie ze wskaźnikiem IOTN, a 7,5% wymaga bezwzględnej potrzeby leczniczej. Jednak subiektywna ocena samej estetyki uśmiechu motywuje pacjentów do podjęcia

działania, w większym stopniu im mniejsze jest zaawansowanie choroby. Doktorantka stwierdziła brak statystycznych zależności między wadami zgryzu i wadami zębowymi a stopniem zaawansowania zapalenia przyzębia.

Osiągnięte wyniki poddała Doktorantka analizie w rozdziale 5, Dyskusji. Niestety, mimo że ta część rozprawy została napisana w sposób przejrzysty i umiejętny nie koreluje z osiągniętymi przez Doktorantkę wynikami. Dotyczy to w szczególności zależności pomiędzy chorobami tarczycy a stopniem zaawansowania zapalenia przyzębia oraz nagryzu pionowego w odniesieniu do wieku i palenia papierosów. W dyskusji Doktorantka przytacza również wyniki ilustrujące statystykę braków zębowych w badanej grupie, której zabrakło w części Wyniki.

A przecież wyniki pozwoliły Doktorantce sformułować wnioski potwierdzające postawione w badaniu cele. Niestety i na osi cele-wnioski panuje pewien chaos. Nie zmienia to faktu, że Doktorantka przeprowadziła w sposób umiejętny i prawidłowy zaplanowane badanie. Wykazała ponad wszelką wątpliwość celowość leczenia ortodontycznego wśród pacjentów z zapaleniem przyzębia. Wykazała również najczęstsze występowanie zgryzów krzyżowych jednostronnych lub obustronnych w grupie badanej, co wiązało się z występowaniem niesymetrycznych łuków zębowych. Z wad zębowych najczęściej odnotowała mezjo i dystorotacje i choć nie wykazały one statystycznie istotnego wpływu na zaawansowanie zmian w przyzębiu to jednak w obserwacjach klinicznych pozwoliły Doktorantce zauważyć zmniejszoną lokalnie higienę i częstszy udział zrotowanych zębów w zgryzie urazowym.

Piśmiennictwo obejmuje 103 pozycje. Z ostatnich 10 lat jest niestety tylko 9 pozycji, ale za to najnowsze rozpatrują efektywność leczenia periodontologiczno-ortodontycznego. Świadczyć to może o zasadności podjęcia przez Doktorantkę tematu badań i jego znaczenia we współczesnej stomatologii.

Dysertację doktorską oceniam pozytywnie, a wskazane uchybienia mają na celu pomoc w toku publikowania wyników do czego bardzo zachęcam. Pracę lek. dent. Magdaleny Drzystek uznaję w pełni za spełniającą ustawowe wymogi stawiane pracom na

stopień doktora nauk medycznych (Dz. U. z 2003r. Nr 65 poz. 595, z późn. zm oraz Dz. U. Z 2018r., poz. 1669 z późn. zm.).

Zwracam się zatem do Rady Naukowej Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu o dopuszczenie lek. dent. Magdaleny Drzystek do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

prof. dr hab. Marzena Wyganowska-Świątkowska

prof. dr hab. n. med. Marzena
Wyganowska-Świątkowska
specjalista periodontolog
8172095