



UNIwersytet  
MEDYCZNY  
W ŁODZI

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Pawłowska

Zakład Ortodontycji w Łodzi

Uniwersytet Medyczny

Pomorska 251,

92-216 Łódź

tel. ~~(42)~~ 607913633

e-mail: elzbieta.pawlowska@umed.lodz.pl

**UNIwersytet MEDYCZNY W ŁODZI**  
Katedra Stomatologii Wieków Rozwojowych  
Zakład Ortodontycji  
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251  
tel 42-675-75-80  
fax 42-675-75-16

Łódź , 14.03.2020

## OCENA

### ROZPRAWY NA STOPIEŃ DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH

**lek. dent. Edyta Kalina**

#### PT. „OCENA WPŁYWU LECZENIA ORTODONTYCZNEGO NA WYSTĘPOWANIE RECESJI DZIAŚEŁ ZĘBÓW SIECZNYCH I KLÓW W ŻUCHWIE”

Recesja dziąseł to wada śluzówkowo-dziąsłowa, która niezależnie od przeprowadzania leczenia ortodontycznego może dotyczyć pacjentów we wszystkich grupach wiekowych. Recesję dziąseł najczęściej diagnozuje się na przedsionkowej powierzchni korzeni zębów, przeważająco u dorosłych pacjentów, ale u dzieci i młodzieży również obserwowane są recesje dziąseł najczęściej na powierzchni wargowej zębów dolnych przyśrodkowych według przyjętej klasyfikacji Millera w postaci II klasy. Etiologia jest wieloczynnikowa, wymienia się takie czynniki, jak traumatyczny głęboki nadzgrzyz, wysoki przyczep dziąsła, nagromadzenie płytki przy nieprawidłowo upozycjonowanym zębie, poślizg z relacji centralnej w dążeniu do maksymalnego zaguzkowania często z przesunięciem linii pośrodkowej. Przy poślizgu tego typu na zębach nierzadko ujawnia się przeciążenie

pośrodkowej. Przy poślizgu tego typu na zębach nierzadko ujawnia się przeciążenie śluzówkowo-dziąsłowe zlokalizowane na pojedynczym zębie, co powoduje recesję. Wykluczenie akumulacji płytki, kamienia nazębnego, niewłaściwego przyczepu wędzidełka pozostawia niewłaściwe warunki zgryzowe jako jedyne przyczynowe dla recesji, a nawet fenestracji.

Słusznie przytaczane przez Autorkę niniejszej rozprawy z piśmiennictwa czynniki niezwiązane z terapią poprawy zgryzu, a predysponujące do wystąpienia recesji dziąseł i dehiscencji, jak również będące ryzykiem wymienionych powikłań w leczeniu ortodontycznym, to m.in. cienki fenotyp dziąsła, wąska strefa dziąsła zrogowaciałego, szerokość wyrostka zębodołowego, szerokość spojenia żuchwy, szkieletowy wzorzec wzrostu, ponownie nieprawidłowy przyczep wędzidełka wargi, ektopowe położenie zębów. Możliwe jest ustąpienie recesji dziąseł zębów żuchwy po leczeniu ortodontycznym w określonych przypadkach lub po leczeniu niezgodności relacji centralnej żuchwy i maksymalnego zaguzkowania. Powikłania recesji wymagają wielodyscyplinarnego leczenia. Należy jednak z wyboru jako pierwsze rozpatrywać ortodontyczno-periodontologiczne lub ortodontyczno-chirurgiczno-periodontologiczne.

Takie podejście jest nowatorskie w literaturze światowej, ponieważ to leczenie ortodontyczne z reguły obwinia się jako przyczynę jatrogennej utraty tkanek dziąsłowo-śluzówkowych. Natomiast lek. dent. Edyta Kalina wprowadziła zasadę i podkreśliła w swojej rozprawie, że leczenie ortodontyczne powinno być dostosowane do warunków fenotypu dziąsła oraz morfotypu kości i przy poprawnej terapii w większości przyniesie poprawę w zakresie estetyki i zdrowia przyzębia.

Umieszczenie streszczenia na początku rozprawy w historii recenzowanych przeze mnie doktoratów jest nowe, ale w strukturze wstępu wykraczającego poza ścisłą nomenklaturę specjalizacji z ortodoncji uzasadnia tę kolejność. Ponadto esencjonalnie wprowadza w obiektywnie uzyskane, naukowe dobre wyniki oparte na postępowaniu lege artis w tej dziedzinie, opartej na dowodach jako obronę przeciwko oskarżeniom jatrogennych powikłań generowanych terapią ortodontyczną wypowiedzianych przez stomatologów innych specjalizacji, a także niespecjalistów. Autorka przytacza popularne mniemanie, że u pacjentów leczonych ortodontycznie w przeszłości, częściej występują i większym rozmiarze recesje dziąseł niż u pacjentów nieleczonych ortodontycznie. Należy jednak wskazać na doświadczenie wzrastające z upływem lat leczenia aparatami cienkołukowymi w Polsce, a również podkreślić, że sukces tkwi w szczegółach, nie jest dziełem przypadku i trzeba go starannie wypracować. Takie podejście wzbudza szczególną uwagę czytelnika i nie pozwala

oderwać się od lektury tej ciekawej tematycznie rozprawy. Zatem tytuł rozprawy jest całkowicie uzasadniony, a podjęcie badań w zakreślonym obszarze niezwykle ważne.

We wstępie Kandydatka na stopień Doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu wyczerpująco omówiła definicje, klasyfikacje i ich wady i zalety, epidemiologię i etiologię. W tej ostatniej wyjawiała przyczyny niepowodzeń w postaci wytworzenia czynników ryzyka lub samych jatrogennych powikłań nieprawidłowo zaplanowanego leczenia ortodontycznego zawartych w ostatnim akapicie na stronie 22.

Bardzo dobrej jakości zdjęcia i ich omówienie ujawniają obok cech morfotycznych, fenotypowych również podłoże genetyczne jak i sposób szczotkowania jako przyczyny wpływające na powstawanie recesji dziąsłowo-śluzówkowych. Taka dokumentacja ukazywana pacjentom z pewnością obniży częstość niepowodzeń w zakresie poziomu girlandy dziąsłowej.

Cennym by było podjęcie decyzji przez odpowiednią krajową komisję o wprowadzeniu oceny fenotypu dziąsła według schematu przedstawionego w rozprawie do rutynowego badania ortodontycznego na wizycie poprzedzającej leczenie i następnych oraz na końcowej. W szczególności oceny szerokości dziąsła skeratynizowanego metodami akceptowalnymi przez lekarzy periodontologów (promotora pomocniczego), a wyszczególnionymi przez lek. dent. Edytę Kalinę oraz badanie grubości dziąsła według kryteriów podanych w rozprawie i odpowiednie klasyfikacje.

Niezwykle odważnym przedsięwzięciem Kandydatki na stopień Doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu, ale moim zdaniem niezbędnym jest wprowadzenie do badań oceny grubości blaszki zbitnej przed i po leczeniu ortodontycznym przy każdym zębie metodą CBCT. Niewątpliwie takie podejście wpływa na planowanie leczenia ortodontycznego i jakość tego leczenia. W dyskusji Autorka omawia również stosowanie zabiegów kortykotomii z augmentacją kości, co również jest niezwykle ważne w wynikach uzyskanego leczenia. Wartość takiego zabiegu pacjent winien poznać w fazie planowania, czy przedstawiania modelu leczenia i podjąć decyzję o zgodzie na odpowiednie postępowanie. Przedstawienie mechanizmów molekularnych ortodontycznego ruchu zębów jest ciekawym zagadnieniem, w aspekcie możliwego zaangażowania się Autorki we wdrożenie w przyszłości niektórych czynników wzrostu do leczenia.

Na szczególne uznanie zasługuje prospektywny charakter badań, choć nierandomizowany, ale wyjaśnienie Autorki w tym zakresie jest celujące. Rozwinięciem celu głównego są 3 cele szczegółowe, które zostały celnie sformułowane. Kryteria włączenia i wyłączenia pacjentów z badania zostały poprawnie i wyczerpująco opisane, dobrane.

Parametry periodontologiczne opisane zostały bardzo dokładnie i jasno. Określanie fenotypu dziąsła jako cienkie, czy grube również zostało przytoczone zgodnie ze standardami. Duży walor pracy dodają kolorowe, wysokiej rozdzielczości ryciny we wszystkich rozdziałach.

Metoda badań została wyczerpująco zakreślona, obejmując parametry periodontologiczne, które warto włączyć do każdego przypadku leczenia ortodontycznego pacjentów w praktykach uczelnianych i prywatnych. Podkreślają one znajomość i świadomość lekarza o zależnościach oraz przebiegu zmian jakie powoduje leczenie ortodontyczne w zakresie kości i innych tkanek okołozębowych. Ponadto włączenie tych danych odrębnym opisem (poza wydrukiem danych z analizy cefalometrycznej) świadczy o nowatorskim podejściu do leczenia ortodontycznego, tym samym nowoczesnej, pionierskiej wartości rozprawy doktorskiej i nieuleganiu rutynie. Celnie wyselekcjonowane dane ze zdjęcia odległościowego bocznego czaszki, wymieniając za Autorką zarówno te standardowe, czyli klasa szkieletowa (ANB, WITS), kąt międzyszczękowy, czyli pomiędzy podstawą szczęki i żuchwy, inklinacja zęba siecznego żuchwy mierzona do podstawy żuchwy, jaki niestandardowe, takie jak długość i szerokość spojenia żuchwy przyjmuję za niezbędne w opisie wstępnym do planowania leczenia ortodontycznego. Wyszczególnienie tych mierzalnych wartości i wdrożenie do codziennej praktyki uważam za cenny wkład do nauki światowej, potwierdzonej publikacją w Journal of Orofacial Orthopedics posiadającej Impact Factor.

Autorka posługiwała się w rozprawie dobrym językiem, stylowym i nowoczesnym. Wdrożyła zastąpienie określenia biotyp, słowem fenotyp dla opisu cech tkanek organizmu, według rekomendacji światowych Towarzystw Periodontologów. Połączenie i użycie określeń fenotypu dziąsła z morfotypem kości dla całościowego ujęcia fenotypu przyzębia jest warte podkreślenia i wprowadzenia do słownictwa w diagnostyce i planowaniu leczenia ortodontycznego. Pomiar szerokości międzykłowej w żuchwie i inne wartości odczytywane na modelach gipsowych odwzorowujących warunki przed i po leczeniu ortodontycznym nie są często tak dokładnie rozpatrywane i decyzyjnie wpływające na postępowanie terapeutyczne, jak to zastosowała w rozprawie lek. dent. Edyta Kalina. A zatem podkreślam ponownie sumienność i bardzo dobry warsztat badawczy Autorki.

Autorka wybrała poprawne testy statystyczne. Liczba i wiek pacjentów zostały również dobrane zgodnie ze standardami. Wynikami o dużym znaczeniu praktycznym są m.in. zawarte w tabeli 9. Niezależnie, czy zęby po leczeniu wykazywały ustawienie w retruzji, protruzji lub przeciętne, wartości średnie pomiarów wysokości (GRH) oraz szerokości (GRW) recesji dziąsła nie różniły się, co świadczy o tym, że lekarz dentysta Edyta

Kalina zastosowała cenny choć trudny schemat postępowania ortodontycznego. Szczególnym osiągnięciem Kandydatki na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu obok badania klinicznego jest oparte na dowodach wyleczenie recesji dziąseł leczeniem ortodontycznym w 8,33% przypadkach zębów oraz takim samym odsetku zębów, przy których nastąpiło zmniejszenie tj. 2,22% jak i zwiększenie wymiarów, a zatem ewentualnym nieznacznym oddziaływaniu jatrogennym leczenia ortodontycznego. Należy jednak zwrócić uwagę, że ząb sieczny, przy którym powstały nieznaczące recesje, to przypadek pacjenta wady klasy III (Ryc.14a i 14b), u którego zwiększyła się inklinacja zębów, ponieważ zęby sieczne były mocno przechylone. A zatem pomimo nieznacznie gorszych parametrów periodontologicznych ząb uzyskał znacznie lepszą pozycję w wyrostku zębodołowym, poprawiony został kąt międzysieczny- lepsza relacja w stosunku do zębów siecznych szczęki. Jednocześnie u pacjenta zilustrowanego na ryc. 15 pomimo kilkukrotnie większego wzrostu inklinacji dolnych zębów siecznych po leczeniu z przechylonej pozycji, recesje nie powstały.

Praca stanowi dobry przykład jakościowych i ilościowych badań klinicznych, radiologicznych (bardzo dobra baza CBCT), zrealizowanych zgodnie z dobrze dobraną i bogato ilustrowaną metodologią, a także w oparciu o badania ankietowe umożliwiające ocenę szkodliwie działających niewłaściwych nawyków, a wpływających niezależnie od leczenia ortodontycznego na efekt końcowy. Uzyskane rezultaty mają wysokie naukowe i praktyczne znaczenie w planowaniu i przeprowadzaniu leczenia ortodontycznego. Dyskusja została przeprowadzona na wysokim poziomie naukowym jest wysoce wiarygodna i skonfrontowane zostały badania z ostatnich lat przytoczone z wysoko punktowanych czasopism.

#### Podsumowanie

Autorka zrealizowała Cel główny pracy oraz cele szczegółowe wyczerpująco. Kandydatka na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu zastosowała wnikliwe podejście do diagnostyki i planowania leczenia w ortodoncji, znalazła i zrealizowała sposób na nowoczesne podejście do leczenia uwzględniając morfologię tkanek twardych i fenotyp miękkich. Sformułowała temat potrzebny i rozwiązała ciekawe zagadnienia kliniczne.

Autorka zdawała sobie sprawę ze złożoności tematu, zależności nie tylko od uwarunkowań genetycznych, ale wpływu środowiskowego, w tym złych nawyków powstawania recesji i ich ewentualnej progresji podczas leczenia ortodontycznego.

Stwierdzam, że „Rozprawa doktorska 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 2018r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018r. poz. 1669 z późn.zm.)”.

Zatem wnioskuję do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie lek. dent. Edyty Kaliny do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Biorąc pod uwagę prospektywny charakter badań naukowych, kliniczne osiągnięcia, znajomość zjawisk biologicznych m.in. przebudowy kostnej i tkanek miękkich przebiegających i niezależnie, a jednak w sposób uwarunkowany wnioskuję o wyróżnienie rozprawy doktorskiej autorstwa lekarza dentysty Edyty Kaliny.

Z wyrazami szacunku

Elżbieta Pawłowska

4715427 | Prof. dr hab. n. med.  
Elżbieta Pawłowska  
lekarz dentysta  
specjalista ortodoncji  
spec. stomatolog dziecięcej