


Akceptuję


Łódź, 30.08.2023 r.

dr hab. n. med. Konrad Małkiewicz

Kierownik

Zakładu Ortodoncji

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Recenzja rozprawy doktorskiej pt.

“Ocena periodontologiczna i radiologiczna gojenia zębów przedtrzonowych autotransplantowanych do przedniego odcinka szczęki”

lek. dent. Wiolety Bojarczuk

Promotor pracy: dr hab. n. med. Paweł Plakwicz

Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Jedną z najczęstszych przyczyn utraty zębów przez osoby w wieku rozwojowym są urazy prowadzące do ich całkowitego zwichnięcia. Dane publikowane w dostępnej literaturze wskazują, że urazowe uszkodzenia zębów dotyczą około 30% dzieci z uzębieniem mlecznym oraz ponad 20% populacji z wczesnym uzębieniem stałym, w tym dwa razy częściej chłopców niż dziewczęta. Zwiększenie częstości występowania traumatycznego uszkodzenia uzębienia obserwuje się w przedziałach wiekowych od 2 do 4 lat oraz od 8 do 12 lat, co związane jest ze wzrostem aktywności ruchowej, a w wieku późniejszym z uczestniczeniem w zajęciach sportowych. Utrata zębów związane jest najczęściej z upadkami, uprawianiem sportu oraz wypadkami komunikacyjnymi. Często towarzyszy jej uszkodzenie wyrostka zębodołowego, a w niektórych przypadkach złamania w obrębie szkieletu twarzoczaszki. Zębami, które najczęściej ulegają utracie na skutek urazów, są najczęściej siekacze szczęki. Ze względu na rozległość urazu, warunki przechowywania utraconego zęba oraz dostępność do opieki medycznej bezpośrednio po wypadku, przeprowadzenie zabiegu replantacji często nie jest możliwe.

Czynnikiem dodatkowo predysponującym do powstania urazu uzębienia i jego następstwa w postaci całkowitego zwichnięcia jest ich wychylenie towarzyszące wadom zgryzu klasy II. Wśród subpopulacji szczególnie narażonych na utratę zębów na drodze wspomnianego

mechanizmu są pacjenci w wieku rozwojowym o zwiększonej pobudliwości psychoruchowej oraz chorzy na padaczkę i porażenie mózgowe.

Należy podkreślić, że niezależnie od rodzaju i stopnia urazowego uszkodzenia zęba lub grupy zębów, wymagane jest przeprowadzenie wnikliwej diagnostyki, a następnie wdrożenie terapii adekwatnej do stanu pacjenta. Jednocześnie należy pamiętać o prowadzeniu długotrwałej obserwacji klinicznej, ponieważ niektóre ze skutków urazowego uszkodzenia zębów mogą manifestować się w odległej perspektywie czasowej.

Kolejną przyczyną braku pojedynczego lub kilku zębów może być wrodzona agenezja ich zawiązków

Wrodzony brak zębów jest jedną z najczęściej występujących nieprawidłowości zębowych. W ocenie częstości występowania wspomnianego zaburzenia rozwojowego nie bierze się pod uwagę nieobecności trzecich trzonowców.

W praktyce klinicznej, w zależności od ilości brakujących zębów wyróżniamy hipodoncję, oligodoncję oraz anodoncję. Inny podział uwzględnia łagodną, umiarkowaną oraz ciężką postać agenezji. Wrodzonemu brakowi zawiązków często towarzyszą inne nieprawidłowości zębowe, takie jak mikrodoncja, zaburzenia kształtu koron zębów, taurodontyzm czy też nieprawidłowa budowa oraz położenie zębów sąsiednich w odniesieniu do miejsca występowania braku. Agenezja zębów dotyczy najczęściej zębów siecznych bocznych szczęki oraz drugich zębów przedtrzonowych w górnym lub dolnym łuku zębowym.

Przypuszcza się, że wrodzony brak zawiązków zębów jest następstwem nieprawidłowości rozwojowych występujących na etapie formowania się zawiązków. Pod uwagę brane jest zarówno tło genetyczne jak i środowiskowe.

Agenezja zawiązków zębów zwykle przyczynia się do powstania i rozwoju wady zgryzu o podłożu wyrostkowo – zębowym. W przypadku umiejscowienia wspomnianego zaburzenia rozwojowego w przednim odcinku łuku zębowego powoduje powstanie istotnych defektów estetycznych. W razie znacznego ich nasilenia prowadzi do konieczności prowadzenia rehabilitacji narządu żucia w toku wielospecjalistycznego leczenia obejmującego zabiegi z zakresu ortodoncji, leczenia zachowawczego, chirurgicznego, periodontologicznego oraz protetycznego.

W przypadku terapii braków zębowych u pacjentów dorosłych często stosowanym rozwiązaniem o potwierdzonej skuteczności jest leczenie implantoprotetyczne, często

poprzedzone przygotowaniem ortodontycznym. W przypadku występowania ograniczeń co do jego przeprowadzenia do dyspozycji zespołu stomatologicznego pozostają stałe i ruchome uzupełnienia protetyczne takie jak mosty, protezy szkieletowe czy uzupełnienia osiadające. O wiele więcej trudności sprawia uzupełnienie brakujących zębów u pacjentów w wieku rozwojowym. Procesy wzrostowe zachodzące z obrębie kości twarzoczaszki, w tym części zębodołowej żuchwy i wyrostka zębodołowego szczęki uniemożliwiają, poza nielicznymi wyjątkami, przeprowadzenie leczenia implantoprotetycznego. W przypadku dzieci i młodzieży nie zalecane jest również stosowanie stałych uzupełnień protetycznych ograniczających wzrost wyrostka zębodołowego. Perspektywa oczekiwania do zakończenia wzrostu, w celu przeprowadzenia leczenia implantoprotetycznego, wiąże się z koniecznością długoletniego stosowania ruchomych uzupełnień protetycznych lub też aparato – protez ortodontycznych, których komfort użytkowania oraz właściwości estetyczne odbiegają od optymalnych.

Zamknięcie luki po brakującym zębie w odcinku przednim w toku leczenia ortodontycznego nie zawsze jest najlepszym rozwiązaniem ze względu na czas terapii oraz konieczność korekty kształtu korony zęba, odtwarzającego ciągłość łuku oraz zębów sąsiednich. Warunki zgryzowe również nie zawsze pozwalają na zastosowanie powyższego rozwiązania.

Długotrwały brak korzenia zęba w miejscu jego utraty przyczynia się do powstawania postępującego zaniku wyrostka zębodołowego, co w perspektywie zabiegu chirurgicznego oznacza konieczność odbudowy tkanki kostnej oraz przywrócenia pożądanego stanu tkanek miękkich przed przeprowadzeniem zabiegu wszczepienia implantu protetycznego. Jednocześnie należy pamiętać, że leczenie implantoprotetyczne nie jest wolne od ryzyka powikłań, takich jak utrata wszczepu, zanik otaczającej kości czy rozwój defektów periodontologicznych.

Autotransplantacja zębów z niezakończonym rozwojem korzenia w miejsce ich braku może być właściwym rozwiązaniem terapeutycznym dla pacjentów rosnących. Skuteczność wspomnianej metody została oceniona w badaniach, których wyniki zostały opublikowane w dostępnej literaturze, a opisywane okresy utrzymania się transplantów sięgają w pojedynczych przypadkach nawet do 40 lat. Niektóre z badań opisują ponad 90 procentowy odsetek utrzymywania się transplantowanych zębów w perspektywie obserwacji trwających od około 10 do około 20 lat.

W związku z powyższym tematyka przekazanej do recenzji pracy doktorskiej jest szczególnie interesująca odniesieniu do praktyki klinicznej.

Opracowanie badawcze Pani Doktor Wiolety Bojarczuk ma typowy układ redakcyjny. Składa się z 8 części ujętych na 106 stronach, poprzedzonych spisami tabel i rycin, wykazem stosowanych w pracy skrótów oraz streszczeniami języku polskim i angielskim.

Praca została napisana z uwzględnieniem wymagającej podkreślenia poprawności językowej, a drobne błędy stylistyczne i edycyjne nie wpływają na jej pozytywny odbiór przez czytającego.

We **Wstępie** opracowania Doktorantka opisuje autogenne przeszczepiania zębów jako metodę leczenia uwzględniając przy tym zarówno podział rodzajów transplantacji jak i wskazania do zabiegu. Następnie omawia przyczyny braków zębowych w przednim odcinku wyrostka zębodołowego szczęki u pacjentów wieku rozwojowym oraz opisuje metody ich leczenia uwzględniające terapię ortodontyczną, protetyczną oraz chirurgiczną. Szczególnie obszernie omawia metodę uzupełniania braków zębowych z wykorzystaniem techniki autotransplantacji.

W kolejnej części opracowania Autorka w sposób syntetyczny i czytelny przedstawia założenia i cele badawcze pracy, zaprezentowane w postaci czterech punktów.

Metody badawcze opisane zostały w sposób klarowny i są właściwie dobrane pod kątem realizacji badań własnych.

W opinii recenzenta rozdziale poświęconym materiałowi i metodom zabrakło informacji o ośrodku lub ośrodkach, w którym / w których leczonych było ocenianych przez Autorkę 84 pacjentów.

Należy zaznaczyć, że Doktorantka zamieściła w rozdziale staranny opis procedury chirurgicznej. Wspomniana część pracy została w sposób ciekawy zilustrowana zdjęciami radiologicznymi i fotografiami obrazującymi opis wybranego przypadku.

Autorka oceniała zęby transplantowane u pacjentów w wieku od 8 do 14 lat. Cenna byłaby w takim przypadku próba zbadania istnienia korelacji pomiędzy wiekiem pacjenta, a długoterminowym powodzeniem zabiegu.

Wyjaśnienia wymaga również podejście Autorki do przyjętego okresu obserwacji transplantów. Ponieważ Doktorantka założyła różne okresy obserwacji, o czym wspomina w rozdziale poświęconym metodyce badań, wspominając dodatkowo w rozdziale dotyczącym omówieniu wyników, że „średni okres obserwacji pozabiegowej w badaniu wynosił 4 lata”, warto byłoby potrzeb analizy materiału badawczego wyodrębnić poszczególne grupy pacjentów w zależności od czasu, który upłynął od zabiegu. Postępowanie takie pozwoliłoby

na podjęcie próby oceny korelacji pomiędzy czasem obserwacji a stopniem powodzenia przyjętej procedury leczniczej.

Mimo powyższych uwag należy zaznaczyć, że rozdział poświęcony materiałowi i metodom badawczym został opracowany bardzo starannie, a umieszczone w nim liczne fotografie znacząco wzbogacają wspomnianą część opracowania.

Sposób prezentacji wyników badań własnych nie budzi zastrzeżeń. Przedstawione zostały w sposób bardzo czytelny, za pomocą 17 tabel oraz 13 rycin uzupełnionych częścią opisową. W opinii recenzenta wyniki badań ankietowego pacjentów przedstawione w formie graficznej powinny zostać potraktowane jako kolejna rycina.

W następnej części rozprawy Doktorantka w sposób krytyczny omawia wyniki pracy własnej w odniesieniu do wyników badań uzyskanych przez innych autorów.

Rozdział poświęcony prezentacji wyników zakończony jest podrozdziałem zatytułowanym „Mocne strony badania”. W opinii recenzenta wspomniana część jest zbędna, na uznanie zasługuje natomiast fakt odniesienia się Autorki do ograniczeń badania własnego w kolejnym podrozdziale.

Wnioski wynikające z krytycznej oceny wyników pracy własnej zostały przedstawione przez Autorkę w postaci czterech punktów. Forma ich przedstawienia przypomina prezentację kluczowych wyników badania i jako takie powinny zostać przeformatowane przed ewentualną publikacją materiału. Ponadto punkty 1. oraz 3. powinny zostać przedstawione w sposób bardziej syntetyczny.

Piśmiennictwo cytowane w pracy jest adekwatne do tematyki opracowania. Obejmuje 171 pozycji cytowanych w tekście rozprawy, z których 56 pochodzi z ostatnich 10 lat.

Przedstawione powyżej uwagi wynikają z obowiązków recenzenta, nie umniejszają jednak wysokiej wartości opracowania, które w przypadku kontynuowania badania i wnikliwej oceny jego wyników może przyczynić się do znacznego rozszerzenia wiedzy na temat autotransplantacji zębów jako metody leczenia ich wrodzonych lub nabytych braków. Rozprawa doktorska lek. dent. Wiolety Bojarczuk zawiera bardzo cenne informacje nie tylko w aspekcie naukowym, ale również klinicznym.

Jednocześnie należy podkreślić, że przedstawiona przez Doktorantkę praca bazowała na analizie parametrów zdrowotnych relatywnie szerokiej grupy pacjentów, mimo, że zabieg autotransplantacji zębów nie jest wykonywany rutynowo. Po opracowaniu i wdrożeniu

odpowiednich standardów postępowania klinicznego mógłby jednak zostać spopularyzowany, co potwierdza wskazania do kontynuacji i rozszerzenia badań poświęconych wspomnianej tematyce.

Wnioski końcowe

Przedstawiona do recenzji praca doktorska pt. „Ocena periodontologiczna i radiologiczna gojenia zębów przedtrzonowych autotransplantowanych do przedniego odcinka szczęki” Pani Doktor Wiolety Bojarczuk spełnia warunki określone w artykule 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 2018 r. poz. 1669 z późn. zm.).

W związku z powyższym zwracam się do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie lek. dent. Wiolety Bojarczuk do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z wyrazami szacunku,

KIEROWNIK
Zakładu Ortodontji
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
dr hab. n. med. Konrad Małkiewicz