

Akceptuję
JFM



UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI

Łódź, 24.06.2024

Dr hab. n. med. Natalia Lewkowicz
Zakład Chorób Błony Śluzowej
Jamy Ustnej i Przyzębia
Katedra Stomatologii Odtwórczej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

OCENA

**rozprawy doktorskiej lekarza dentysty Daniela Poszytka
„Wpływ trzecich zębów trzonowych na obecność patologii w obrębie drugich zębów
trzonowych i tkanek okolicznych w populacji polskiej”**

Trzecie zęby trzonowe (M3) ze względu na dystalną lokalizację w łukach zębowych często są przyczyną stanów patologicznych w jamie ustnej, związanych zwykle z ich nieprawidłowym ustawieniem i utrudnionym wyrzynaniem. Sprzyjają one kumulacji płytki nazębnej, co ma niewątpliwy wpływ na sąsiadujące z nimi drugie zęby trzonowe (M2). Nieprawidłowe położenie M3 przyczynia się ponadto do występowania resorpcji zewnętrznej w M2. Trzecie zęby trzonowe są z tego względu często kwalifikowane do ekstrakcji, natomiast brakuje jednolitych wytycznych opartych na dowodach naukowych określających potencjalne korzyści płynące z ich profilaktycznego usunięcia. Biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, wybór tematu badania naukowego podjętego przez Doktoranta należy uznać za trafny zarówno w sferze poznawczej, jak i klinicznej.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska liczy 74 strony. Praca składa się ze spisu rycin i tabel, wykazu skrótów, streszczenia w języku polskim i angielskim, wprowadzenia, celu pracy, materiału i metod, wyników, dyskusji, wniosków i bibliografii. Do pracy dołączono opinię Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

We wstępie Doktorant bardzo obszernie omawia problematykę zębów zatrzymanych, w szczególności skupia się na trzecich zębach trzonowych. Opisuje epidemiologię, najczęściej stosowane klasyfikacje charakteryzujące zatrzymane M3, a także najczęstsze patologie związane z M3 i ich wykrywanie w badaniu klinicznym i radiologicznym. Szczególnie dużo miejsca

Doktorant poświęca metodom radiologicznym stosowanym w diagnostyce zatrzymanych M3. Dodatkowo wstęp jest wzbogacony tabelami i rycinami, które ułatwiają wprowadzenie w temat badawczy. Prezentowane treści świadczą o dobrym przygotowaniu merytorycznym do przeprowadzenia badań. Jednakże niektóre fragmenty wstępu są zbyt obszerne i nie mają bezpośredniego związku z przeprowadzonymi badaniami (np. fragment o antybiotykoterapii).

W kolejnym rozdziale Autor sformułował cztery cele badawcze przejrzycie określając zakres zaplanowanych badań.

Badania zostały zaplanowane w formie retrospektywnej oceny zdjęć pantomograficznych pacjentów Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia WUM z lat 2020-2022. Doktorant szczegółowo i trafnie określił kryteria włączenia i wyłączenia z badań. Analiza wybranych patologii w obrębie M2, tj. próchnica na powierzchni dystalnej M2, resorpcja zewnętrzna lub ubytek kości wyrostka była przeprowadzona biorąc pod uwagę stopień zatrzymania M3 oraz kąta ustawienia M3 względem osi M2. Na końcu rozdziału przedstawiono metody analizy statystycznej. Wybrane metody badawcze były odpowiednio dobrane i pozwalały na prawidłowe przeprowadzenie badań.

Wyniki badań Doktorant przedstawił w formie opisowej oraz w postaci 9. tabel. Do badania włączono zdjęcia pantomograficzne 2488 osób (1055 mężczyzn i 1433 kobiety). W pierwszej kolejności Doktorant przeanalizował bezwzględne liczby i odsetek badanych patologii w zakresie M2 w zależności od obecności czy braku M3. Wykazał, że próchnica dystalnej powierzchni M2 występuje częściej w przypadku braku M3 (25,21%) niż w przypadku, gdy M3 był obecny (20,38%). Natomiast resorpcja zewnętrzna M2 i ubytek kości występowały częściej w przypadku obecności M3. Następnie oceniono częstość występowania ww. patologii w zależności od tego czy M3 był wyrznięty czy zatrzymany (częściowo/całkowicie).

W dalszej części Doktorant przeanalizował iloraz szans (OR) dla próchnicy, resorpcji korzenia i ubytku kości wyrostka występujących w M2 w sytuacji braku lub obecności sąsiedniego trzeciego zęba trzonowego. Każda patologia została oceniona oddzielnie dla zębów szczęki, żuchwy oraz łącznie dla obydwu łuków zębowych. Wykazano, że dla drugich zębów trzonowych szczęki iloraz szans występowania próchnicy, resorpcji zewnętrznej i ubytku kości na dystalnej powierzchni M2 wynosi odpowiednio 1,45, 3,91 i 0,90. OR dla ubytku kości nie był istotny statystycznie. Dla żuchwy iloraz szans dla wspomnianych patologii oszacowano na odpowiednio 1,89, 4,36 oraz 1,53, a wszystkie wartości były istotne statystycznie. Podobne zależności zaobserwowano dla OR obliczonego dla szczęki i żuchwy łącznie (1,65, 4,46 i 1,56).

Kolejno Doktorant przeprowadził analizę OR dla patologii przy M2 w zależności od tego czy M3 był wyrznięty czy zatrzymany (częściowo/całkowicie) oraz w zależności od kąta ustawienia M3 względem M2. Częściowo zatrzymane M3 zwiększały szansę wystąpienia próchnicy oraz ubytku kości na dystalnej powierzchni drugiego zęba trzonowego, a całkowicie zatrzymane M3 zwiększały ryzyko resorpcji zewnętrznej korzenia dystalnego drugiego zęba trzonowego. M3 położone mezjalno-kątowo oraz pionowo zwiększały szansę wystąpienia próchnicy, resorpcji zewnętrznej i ubytku kości na dystalnej powierzchni drugiego zęba trzonowego.

Na końcu Doktorant przeprowadził analizę OR dla patologii przy M2 w zależności od wieku i płci pacjentów. Wykazał, że ryzyko występowania próchnicy oraz ubytku kości na dystalnej powierzchni M2 rosła wraz z wiekiem pacjenta. Ponadto iloraz szans dla próchnicy u pacjentów płci męskiej był niższy niż płci żeńskiej. Odwrotną tendencję zaobserwowano dla ubytku kości na dystalnej powierzchni M2.

Po zapoznaniu się z wynikami badań nasunęły mi się następujące uwagi:

- średnia wieku pacjentów i odsetki ocenianych patologii są podane bez SD;
- dlaczego odsetek M2 z próchnicą przy obecności M3 jest niższy (20,38%), niż przy braku M3 (25,21%), ale OR dla próchnicy przy obecności M3 wyniósł 1.65;
- ciekawa może być analiza wpływu palenia na badane patologie M2;
- w tabeli 16 umieszczono błędny opis: zapalenie przyzębia zamiast ubytek kości.

Kolejny rozdział zawiera omówienie wyników i dyskusję otrzymanych wyników w zestawieniu z danymi z piśmiennictwa. Doktorant w sposób dojrzały i wyczerpujący ocenia uzyskane wyniki z analizy radiologicznej i konfrontuje je z wynikami pochodzącymi z badań radiologicznych i klinicznych innych autorów. Wybrane do dyskusji pozycje piśmiennictwa trafnie odzwierciedlają współczesny stan wiedzy w badanym zagadnieniu. Na szczególną uwagę zasługuje podrozdział „Ograniczenia pracy”, w którym Autor wykazuje się krytycznym a przez to bardziej obiektywnym spojrzeniem na przeprowadzone badania. Słusznie zauważa, że przyjęta metodologia badania nie jest pozbawiona wad (brak oceny klinicznej pacjentów, analiza zdjęć pantomograficznych). Z drugiej strony dostępność dużej liczby zdjęć pantomograficznych do analizy pozwoliła na przeprowadzenie badania na dużej grupie pacjentów, co zwiększa siłę statystyczną analizy.

W kolejnym rozdziale Autor formułuje cztery wnioski, które znajdują oparcie w wynikach przeprowadzonych badań własnych.

Spis piśmiennictwa liczy 119 pozycji zgodnych z tematyką pracy oraz trafnie przytoczonych w pracy. Cytowane prace są aktualne, w przeważającej większości z ostatnich 10 lat.

Pracę doktorską lek. dent. Daniela Poszytka oceniam bardzo pozytywnie. Badania zostały prawidłowo zaplanowane i przeprowadzone na dużym materiale badawczym. Odpowiednio dobrane metody badawcze są zgodne ze światowymi publikacjami o podobnej tematyce i sprawiają, że uzyskane wyniki z takiego badania są dobrej jakości. Uzyskane wyniki mają walory zarówno poznawcze, jak i praktyczne.

Przedstawiona mi do recenzji rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2018 poz. 1668). Zwracam się zatem do Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego o dopuszczenie lek. dent. Daniela Poszytka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Natalia Jankowicz