

**Recenzja rozprawy doktorskiej lek. dent. Anny Olborskiej**  
**pt. „Aspekt kliniczny wczesnego wykrywania anomalii zębowych”**

Obecność zębów nadliczbowych w uzębieniu człowieka stanowi duży problem terapeutyczny. Pomimo, że wielu specjalistów w dziedzinie ortodoncji postuluje aby diagnostyką radiologiczną obejmować wszystkie dzieci w wieku dziewięciu lat kiedy już powstały zęby i zawiązki zębów stałych nie zawsze jest możliwe ustalić okres życia, w którym rozwijają się zęby nadliczbowe. Mogą się one tworzyć zarówno w uzębieniu mlecznym jak i po wyrżnięciu zębów stałych.

Rozprawa doktorska lekarz dentysty Anny Olborskiej, której promotorem jest dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Janas została zrealizowana w Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Praca licząca 92 strony została podzielona na jedenaście rozdziałów: wstęp, część pogładową, cel pracy, materiał własny, podsumowanie i dyskusja, wnioski, streszczenie w języku polskim i angielskim, spis tabel, spis rycin oraz piśmiennictwo. Zawiera XXXI tabel oraz 27 rycin wśród, których są fotografie przypadków klinicznych oraz wykonane śródzabiegowo. Piśmiennictwo obcojęzyczne oraz polskie liczy 90 pozycji.

We wstępie Doktorantka szczegółowo omawia na podstawie piśmiennictwa embrionalny rozwój zębów mlecznych i stałych.

W pierwszych dwóch podrozdziałach części pogładowej opisała powstawanie zębów nadliczbowych.

Następnie zamieszczone zostało kilka teorii powstawania zębów nadliczbowych co jest tym ciekawsze, że nadal trudno jednoznacznie ustalić przyczynę i czas ich tworzenia się. W trzecim podrozdziale Autorka

przedstawiła stosowane klasyfikacje zębów nadliczbowych w zależności od kształtu, wielkości i lokalizacji w kościach szczękowych.

W podrozdziale pt. „Diagnostyka radiologiczna zębów nadliczbowych” opisała podstawowe metody diagnostyczne, którymi przede wszystkim są zdjęcia pantomograficzne oraz wykonane w projekcji zgryzowej. W uzasadnionych przypadkach zlecana jest tomografia komputerowa. Zwróciła też uwagę, że w ostatnich latach w ręce stomatologów oddana została komputerowa tomografia z wiązką promieniowania w kształcie stożka (Cone Beam Computed Tomography – CBCT). Stwarza ona doskonałe możliwości diagnostyczne co jest w wielu przypadkach konieczne w planowaniu techniki operacyjnej i przewidywaniu ewentualnych pozabiegowych powikłań. Zaletą CBCT jest mniejsze obciążenie badanego promieniowaniem jonizującym. W zależności od wykorzystywanej aparatury oraz badanego obiektu jest ono porównywalne do obciążenia podczas pantomografii.

Doktorantka założyła cztery cele badawcze. W pierwszej kolejności określenie położenia i kształtu zębów w rozpoznanych przypadkach zaburzeń w liczbie zębów oraz ich wpływ na wyrzynanie zębów stałych i powstawanie powikłań zapalnych.

Materiał kliniczny liczył 287 pacjentów leczonych w Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z powodu rozpoznanych zębów nadliczbowych. Dane kliniczne z lat 2008 do 2014 pochodziły z kart ambulatoryjnych, historii chorób, wyników badań dodatkowych oraz diagnostyki obrazowej i ksiąg operacyjnych.

Pacjenci do leczenia chirurgicznego kierowani byli w przede wszystkim przez specjalistów ortodoncji.

Stwierdzone zaburzenia zębowe podzielono na następujące grupy: zęby nadliczbowe, mezjodensy, zęby nadliczbowe i mezjodensy, zęby przytrzonowe i zęby zatrzonowe.

Interesujące jest, że rodzice 49 dzieci z nieprawidłową liczbą zębów zgłaszali w wywiadzie urazy twarzoczaszki przebyte we wczesnym okresie życia dziecka.



Do leczenia zgłosiło się ośmioro dzieci z dysplazją obojczykowo – czaszkową, stanem po rozszczepie podniebienia (11 przypadków) oraz niedoczynnością przysadki mózgowej (6 przypadków).

W podrozdziale „Metody statystyczne” Doktorantka opisała dokładnie metody statystyczne zastosowane do analizy przypadków klinicznych.

Wyniki badań diagnostycznych pacjentów oraz przeprowadzone leczenie chirurgiczne i jego odległe wyniki omawiano osobno w każdej grupie wymienionych wcześniej anomalii zębowych.

Analiza najliczniejszej grupy czyli pacjentów z zębami środkowymi ujawniła głównie obecność górnych mezjodensów i jedynie dwóch w dolnym łuku zębowym. Dokonano również oceny kształtu koron i korzeni usuniętych zębów środkowych.

Podobnie analizowano pozostałe grupy zaburzeń w liczbie zębów.

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska porusza bardzo istotny dla kilku specjalności stomatologicznych problem. Dotyczy on przecież nie tylko chirurgii stomatologicznej, ale również chirurgii szczękowo – twarzowej i ortodoncji. Obecność zębów nadliczbowych jest czasem przyczyną wielu powikłań jak zaburzenia wyrzynania zębów stałych, sprzyja powstawaniu wad układu stomatognatycznego, torbieli zawiązkowych, resorpcji korzeni sąsiednich zębów, powoduje bóle neuralgiczne i stany zapalne.

Kazuistykę stanowią nadliczbowe zęby obecne w świetle zatok szczękowych, gałęziach i wyrostkach kłykciowych żuchwy, wpuklające się do jamy nosowej.

Wydaje się, że nie osiągnięto konsensusu co do kwalifikacji do zabiegów chirurgicznego usuwania zębów nadliczbowych.

Pojawienie się powikłań zapalnych, dolegliwości neuralgicznych, wad zgryzu sugeruje kwalifikację do zabiegu usunięcia zębów nadliczbowych. W przypadkach braku dolegliwości zwłaszcza u pacjentów, u których zabieg chirurgiczny może się wiązać z możliwością powikłań często sugerowana jest długofalowa obserwacja.

W trudnych przypadkach przed kwalifikacją do zabiegu i zaplanowaniem jego techniki wskazane jest przeprowadzenie szczegółowej diagnostyki obrazowej. Obecnie zaleca się przeprowadzenie badania tomografią stożkową.

Założone cele rozprawy doktorskiej zostały osiągnięte. Materiał kliniczny liczył aż 287 pacjentów, których leczono z powodu nadliczbowych zębów. Wyniki zaplanowanej jego analizy są zgodne z danymi w cytowanym przez Autorkę piśmiennictwie.

W podziale rozpoznanych anomalii zębowych może korzystniej byłoby grupę 104 „zębów nadliczbowych” (tab.II str.18) określić na przykład jako „inne zęby nadliczbowe” lub „pozostałe zęby nadliczbowe”, ponieważ mezjodensy, zęby przytrzonowe i zatrzonowe są również zębami nadliczbowymi.

Przed złożeniem artykułu do druku proponuję zmianę nierównych przedziałów wiekowych leczonych pacjentów (tab.IV. str.19, tab.XII str.32, tab.XVIII str.45, tab. XXV str.52, tab. XXIX str. 57).

Grupa ośmiu pacjentów z dysplazją obojczykowo – czaszkową została szczegółowo zaprezentowana pod względem zaburzeń w budowie szkieletu i czaszki. Brak jest jednak omówienia rodzaju rozpoznanych u nich anomalii zębowych. W schorzeniu tym spotykane są mnogie zaburzenia. Bardzo często dotyczą one obecności wielu zębów nadliczbowych zarówno w uzębieniu mlecznym jak i stałym.

Korzystniej byłoby dokładnie podać na czym polegało powikłanie określane jako „stan ropny”, gdyż być może był to ropień, owrzodzenie.

W przypadkach rzeczowników policzalnych jakimi są zęby należy używać słowa liczba zamiast ilość.

Wszystkie wymienione nieścisłości, do których można również zaliczyć brak tytułu źródła piśmiennictwa oraz użyte niejednolite skróty nazw czasopism nie umniejszają walorów przedstawionej pracy doktorskiej.

Porusza ona ważny pod względem terapii stomatologiczny problem, oparta jest na dużym materiale klinicznym, uwzględnia bogate i wartościowe piśmiennictwo.

Zwracam się z uprzejmą prośbą do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie lekarz dentysty Anny Olborskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK  
Zakładu Chirurgii Stomatologicznej  
Instytutu Stomatologii UJ CM

dr hab. n. med. Małgorzata Zaleska