

Dr hab. Joanna Antoszevska-Smith, prof. nadzw. Wrocław, 07.04.2015 r.
Katedra i Zakład Ortopedii Szcękowej i Ortodoncji
UM we Wrocławiu

OCENA

ROZPRAWY NA STOPIEŃ DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH
LEK. STOM. AGATY MARCINKOWSKIEJ-MITUŚ PT.
“ROLA RELACJI PIERWSZYCH ZĘBÓW TRZONOWYCH STAŁYCH
W ROZPOZNANIU SZKIELETOWEGO CHARAKTERU WAD KLASY II”
Z ZAKŁADU ORTODONCJI
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W ŁODZI
PROMOTOR: DR HAB. N. MED. ELŻBIETA PAWŁOWSKA, PROF.
NADZW.
PROMOTOR POMOCNICZY: DR N. MED. MARIA MITUŚ-KENIG

Przesłana mi do oceny rozprawa doktorska Lek. stom. Agaty Marcinkowskiej-Mituś: „Rola relacji pierwszych zębów trzonowych stałych w rozpoznaniu szkieletowego charakteru wad klasy II” to typowo zredagowana dysertacja, złożona z 10 rozdziałów zaprezentowanych na 95 stronach.

Dążenie do uproszczenia metod diagnostycznych, jak i do ochrony radiologicznej pacjenta, to niewątpliwie ważne argumenty dla podjęcia badań w takim kierunku. Skupienie się na rozpoznawaniu wad dotylnych jest również uzasadnione dominacją tych nieprawidłowości w Polsce i Europie, co zostało sprawnie dowiedzione przez Autorkę we WSTĘPIE – klasę II stanowi niekiedy ponad 60% rozpoznanych zaburzeń zgryzu. Wprowadzeniem do pracy jest przedstawienie metod diagnostycznych i sposobu leczenia klasy II, czyli zgodnie z polskim mianownictwem: wad dotylnych. Czytanie tego rozdziału jest trochę utrudnione miejscowymi brakami ciągów myślowych. Autorka rozpoczyna od podziału wad dotylnych z podaniem współistniejących z nimi klas, a dopiero potem podaje definicje klas Angle'a i kluczy Andrews'a, które stanowią wewnątrzustną podstawę rozpoznania II klasy. Doktorantka rozpoczyna pracę od klasyfikacji wad

zgryzu wg Orlik-Grzybowskiej, a potem sama wyróżnia podrozdział „Wady klasy II – nazewnictwo”, w którym to właśnie te informacje powinny się znaleźć. Skoro o mianownictwie mowa: obowiązująca w Polsce zbiorcza nazwa tyłozgryzów i tyłożuchwia, których cechą może być obecność szkieletowej klasy II, brzmi wady dotylne, nie tyłozgryzy. Te ostatnie stanowią jedynie część wad i nie obejmują deformacji szkieletowych czy też zaburzeń czynnościowych. Ponadto wady dotylne nie dzielą się na podgrupy, ale na grupy i to numerowane cyframi arabskimi – to jest zgodne z mianownictwem polskim i międzynarodowym i musi być przestrzegane w celu ujednoczenia komunikacji lekarzy ortodontów. Płaszczyzna frankfurcka przechodzi przez dwa punkty porion i lewy orbitale, a nie oba – położenie lewego punktu orbitale jest najmniej zróżnicowane w białej populacji; warga dolna leży 2 ± 3 mm w stosunku do linii E co znaczy, że normą jest cofnięcie wargi o 5 mm aż do wysunięcia o 1 mm – Autorka podaje inne wartości, ale nie znalazłam przy nich cytowania. Co dla mnie najistotniejsze: cały WSTĘP jest powtórką z diagnostyki i metod leczenia wad dotylnych, ale niestety nie w pełni uzasadnia cel badań – skoro zamierzeniem Autorki jest dowiedzenie, że II klasę szkieletową można wiarygodnie rozpoznać analizując modele i ograniczając wskazania do wykonywania z tego powodu cefalogramu, to należałoby powiedzieć, w jaki sposób cefalogram wpływa negatywnie na proces diagnostyczny (np. ze względu na mnogość metod analiz, a może ze względu na brak powtarzalności niektórych punktów, czy też ze względu na brak wpływu na plan leczenia – np. parametru takiego jak kąt NSeBa) lub na samego pacjenta (ochrona radiologiczna).

CELE PRACY są jasno sformułowane i – jak zaznaczyłam wcześniej: ważne dla potrzeb rutynowej diagnostyki. Zastrzeżenie budzi jedynie sformułowanie, które znalazło się w założeniach pracy. Chodzi o „możliwości przewidywania, czy procesy wzrostowe mogą spowodować samoregulację nieprawidłowości czy niezbędne jest podjęcie leczenia interceptywnego lub pełnego dla zharmonizowania wzrostu czy też wykluczenia działania elementu zaburzającego”. Tak postawiony cel realizowany jest w badaniach longitudinalnych, a nie retrospektywnych, które przeprowadziła Autorka.

MATERIAŁ I METODY stanowiły modele gipsowe 150 pacjentów, na których rozpoznawano różne formy II klasy Angle'a oraz stosunki zwarciove od strony podniebiennej odnoszące się do 1 klucza okluzji wg Andrews'a (podpunkt

C). II klasę szkieletową rozpoznawano analizując cefalogramy metodą Segnera i Hasunda, na podstawie parametru WITS i kąta ANB. Sam pomysł uzupełnienia rozpoznania na podstawie klasyfikacji Angle'a o klucze okluzji Andrewsa uważam za ciekawy, choć aż prosiłoby się żeby badania przeprowadzić na modelach cyfrowych. Niemniej jednak paradygmat tkanek twardych już ustąpił miejsca paradygmatowi tkanek miękkich, więc poszukiwanie metod identyfikacji klasy szkieletowej za pomocą stosunków zwarciovych nawiązuje do starszych założeń ortodoncji. Co więcej, nawet rozpoznanie klasy szkieletowej w oparciu o klucze Andrewsa nie wyklucza konieczności wykonania cefalogramu, bowiem dziś już wiemy – potwierdza to choćby klasyfikacja Ackermanna i Proffita – że zaburzenia zgryzu o charakterze jednej i tylko jednej wady praktycznie nie istnieją. Samo zatem stwierdzenie obecności II klasy szkieletowej na podstawie warunków zgryzowych i tak nie może wyeliminować cefalogramu z diagnostyki, bowiem plan leczenia wymaga podania listy wszystkich problemów pacjenta. Taki wątek Autorka mogłaby podjąć w dyskusji.

Rozdział WYNIKI jest przedstawiony przez Doktorantkę w formie opisowej, a zilustrowany za pomocą adekwatnych rycin i tabel jest bardzo czytelny i spójny. Podkreślam, że wyniki odpowiadają celowi pracy. Niestety, nie znalazłam rozpoznania II klasy szkieletowej w uzębieniu stałym i mieszanym w podgrupie z prawidłową relacją KAC1, a byłaby to informacja bardzo ciekawa, jeszcze mocniej podkreślająca rolę oceny zwarcia od strony podniebiennej. Tym bardziej, że tą wiedzą Doktorantka dysponuje – posiada cefalogramy wszystkich pacjentów. Szkoda również, że ta podgrupa pacjentów z i inną od II klasą szkieletową składała się tylko z 8 pacjentów. W badaniach retrospektywnych można było śmiało zwiększyć jej liczebność, a to znacznie podwyższyłoby wiarygodność wyniku – jednego z ważniejszych w tej pracy.

DYSKUSJA jest dość sprawnie przeprowadzonym wywodem Lek. stom. Agaty Marcinkowskiej-Mituś, dowodzącym znajomości literatury dotyczącej prowadzonych przez Nią badań, choć nieprawdą jest że klasyfikacja Angle'a ma 200 lat. Nie zgadzam się z autorytatywnym twierdzeniem, dotyczącym niezbędności prawidłowej okluzji do funkcjonowania stawów – nie znalazłam metaanaliz na temat, a i ich doktorantka nie cytuje. Troszkę razi brak precyzji – Autorka niekiedy mówi o zębach trzonowych, ale nie jest jasne czy mlecznych czy stałych (str. 60); cytując badania Foresmana nie napisała konkretnie o jaką rotację

zęba chodzi – naturalnie można się tego domyślać, ale język naukowy musi być precyzyjny. Duża część dyskusji to nie polemika z własnymi wynikami – czego dotyczy np. fragment o rotacji płaszczyzny zgryzu? Jak rozumiem – informacje dodatkowe (bardzo zresztą ciekawe) podawane są ze względu na ograniczoną liczbę publikacji stricte związanych z badaniami Autorki.

Z pracy Doktorantka wysnuła WNIOSKI, które są podsumowaniem celów pracy:

1. Zdolność predykcyjna wykrywania II klasy szkieletowej jedynie na podstawie stwierdzonej pełnej, obustronnej relacji dotylnej pierwszych, stałych zębów trzonowych od strony podniebiennej jest większa niż w przypadku brania pod uwagę pełnej, obustronnej II klasy Angle'a. Wykrycie tylko jednostronne pełnej relacji dotylnej pierwszych zębów trzonowych od strony przedśionkowej i podniebiennej jest dobrym testem diagnostycznym w określaniu II klasy szkieletowej, jednak mniej swoistym niż w przypadku zdiagnozowania pełnych dotylnych relacji pierwszych zębów trzonowych obustronnie. □

2. Rozpoznanie obustronnie pełnej klasy II Angle'a i pełnej relacji dotylnej pierwszych, stałych zębów trzonowych od strony podniebiennej jest bardzo dobrym testem diagnostycznym dla postawienia wstępnego rozpoznania II klasy szkieletowej. □

3. U pacjentów z uzębieniem stałym rozpoznanie obustronnie pełnej II klasy Angle'a i pełnej relacji dotylnej pierwszych, stałych zębów trzonowych od strony podniebiennej jest bardzo dobrym testem diagnostycznym wykrywającym II klasę szkieletową. Badanie to wykazuje się czułością 70% dla pomiaru kąta ANB, a 72% dla pomiaru Wits. Stwierdzono bardzo dobrą swoistość wynoszącą odpowiednio dla pomiaru kąta ANB i Wits 90% i 100%. W przypadku pacjentów z uzębieniem mieszanym rozpoznanie II klasy szkieletowej na podstawie określenia obustronnie pełnej klasy II Angle'a i pełnej relacji dotylnej pierwszych stałych zębów trzonowych od strony podniebiennej jest testem diagnostycznym o średniej wartości predykcyjnej. Jednakże cechuje go bardzo duża swoistość. □

Piśmiennictwo w liczbie 89 pozycji, w przeważającej części zagranicznych jest dobrane dobrze i w pełni przez Doktorantkę wykorzystane; streszczenie rozprawy w języku polskim i języku angielskim jest zwarte i zawiera najważniejsze elementy pracy.

Rozprawę doktorską Lek. stom. Agaty Marcinkowskiej-Mituś oceniam

dobrze i uważam, że stanowi ona wskazówkę do badań diagnostycznych, zwracając uwagę na istotność rozpoznawania wady zgryzu nie tylko od strony przedstonkowej – co jest wykonywane rutynowo – ale i od podniebiennej.

Z obowiązku recenzenta i z nawyku edytorskiego wytykam fakt, że podpisy pod rycinami są podpisami, a nie „nadpisami”, więc w publikacji sugerowałabym umieszczenie podpisów poniżej rycin; w publikacjach nie stosuje się tytułów naukowych przy cytowaniach. Błędy literowe są nieliczne, więc Autorka niewątpliwie poddała pracę starannej korekcie. Ostatnie drobne słowo krytyki dotyczy niektórych sformułowań w rozprawie: nagryz między siekaczami – to nie jest terminologia ortodontyczna i nie jest precyzyjna – chodzi o nagryz poziomy. Szczęka ma wyrostek zębodołowy, a nie zębowy. Opisując II klucz Andrews’a Autorka mówi, że przydziąsłowa część korony jest odchylona w stosunku do części brzeżnej – odchylenie jest od normy, zatem trafniej byłoby mówić o cofnięciu, co daje mezjoinklinację całego zęba. W terminologii fachowej nie ma pojęcia zdjęcie rtg: są radiogramy, czyli pantomogramy i cefalogramy. Zastrzeżenia zawarte w ocenie dysertacji mają charakter uwag, które powinny być uwzględnione podczas publikacji uzyskanych wyników.

Rozprawa Lek. stom. Agaty Mrcinkowskiej-Mituś spełnia wymogi stawiane przez Centralną Komisję w przewodzie doktorskim pracom na stopień doktora nauk medycznych, dlatego też zwracam się do Wielce Szanownych Członków Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi z wnioskiem o dopuszczenie Lek. stom. Agaty Mrcinkowskiej-Mituś do dalszych etapów przewodu doktorskiego oraz o kontynuowanie procedur związanych z nadaniem tytułu doktora nauk medycznych z dziedziny stomatologii.



Dr hab. n. med. Joanna Antoszevska-Smith, prof. nadzw.