



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Zakład Stomatologii Zachowawczej Przedklinicznej i Endodoncji Przedklinicznej
kierownik: prof. dr hab. n. med. Mariusz Lipski

RECENZJA

rozprawy doktorskiej lekarz dentysty Agaty Magdaleny Barczyk
pt.: STAN JAMY USTNEJ ORAZ STOMATOLOGICZNE POTRZEBY LECZNICZE U PACJENTÓW Z
ŁUSZCZYCĄ ZWYCZAJNĄ

Recenzję sporządziłem na wniosek Przewodniczącego Rady Dyscypliny Nauki Medyczne UM w Łodzi (pismo z dnia 23 marca 2023 r.). Promotorem rozprawy jest p. dr hab. n. med. Sebastian Kłosek, prof. uczelni. Praca powstała w Zakładzie Patologii Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Materiałem źródłowym do opracowania niniejszej recenzji jest manuskrypt dysertacji doktorskiej pt.: „Stan jamy ustnej oraz stomatologiczne potrzeby lecznicze u pacjentów z łuszczycą zwyczajną”. Praca została napisana zgodnie z wymaganiami odnośnie prac doktorskich i składa się z 12 rozdziałów. Poza tekstem praca zawiera 12 tabel, 44 ryciny zawartych w tekście, 241 pozycji piśmiennictwa oraz streszczenie w języku polskim i angielskim, a także spis tabel i spis rycin oraz załączniki. Zajmuje 142 strony.

Praca doktorska lek. dent. Agaty Barczyk stanowi próbę oceny stanu jamy ustnej w zakresie błony śluzowej, przyzębia i uzębienia u pacjentów z łuszczycą zwyczajną, wskazania stomatologicznych potrzeb leczniczych w tej grupie pacjentów oraz wypracowania algorytmu interdyscyplinarnej opieki lekarsko-stomatologicznej. Podjęcie przez Doktorantkę tego tematu uważam za w pełni zasadne. Łuszczyca jest chorobą ciała i duszy, chorobą ciężką i właściwie niewyleczalną, bywa przyczyną stygmatyzacji społecznej, więc zajęcie się tym trudnym zagadnieniem i ostatecznie wypracowanie algorytmu interdyscyplinarnej opieki lekarsko-stomatologicznej jak najbardziej jest godne pochwały.

We wstępie obejmującym 22 strony Doktorantka omówiła epidemiologię, obraz kliniczny, genetykę oraz immunologię łuszczycy. Opisała diagnozowanie tej jednostki chorobowej oraz jej leczenie, a także omówiła zmiany patologiczne w jamie ustnej towarzyszące łuszczycy. Opisała między innymi język geograficzny i pobruzdowany oraz zapalenie przyzębia. Rozdział wzbogaciła w piękne zdjęcia kliniczne obrazujące ww. patologie. **Z zainteresowaniem przeczytałem ten rozdział rozprawy. Czytelnika niezaznajomionego z łuszczycą, a należy przypuszczać, że po rozprawę będą sięgać głównie lekarze dentyści, z całą pewnością zapozna z tą jednostką chorobową.**

Celem pracy było:

- (1) opisanie stanu jamy ustnej w zakresie błony śluzowej, przyzębia i uzębienia u pacjentów z łuszczycą zwyczajną,
- (2) wskazanie stomatologicznych potrzeb leczniczych w tej grupie pacjentów oraz
- (3) wypracowanie algorytmu interdyscyplinarnej opieki lekarsko-stomatologicznej.

W tym celu Doktorantka utworzyła grupę pacjentów z łuszczycą, do której włączyła 52 dorosłych pacjentów z łuszczycą zwyczajną - 30 mężczyzn i 22 kobiety, w przedziale wiekowym 18-84 lata oraz grupę porównawczą, którą stanowiło 48 osób bez łuszczycy, w tym 30 mężczyzn oraz 18 kobiet, w wieku 21 do 70 lat. Obydwie grupy nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku, płci jak również wykształcenia. U badanych pacjentów z łuszczycą zwyczajną przeprowadzono wywiad chorobowy, z uwzględnieniem okresu, który upłynął od pojawienia się pierwszych objawów oraz postawienia rozpoznania, a także czynników wpływających na przebieg choroby. Dokonano oceny klinicznej stanu ogólnego, w tym współchorobowości, jak również oceniono rozległość i nasilenie zmian skórnych. Odnotowano wynik podstawowego biochemicznego markera stanu zapalnego – CRP; oceny nasilenia zmian skórnych dokonano posługując się wskaźnikiem PASI. Nasilenie objawów oceniono w skali od 0 (brak) do 4 (bardzo nasilone), a zajęta powierzchnię w przedziale 0-100%, w skali od 0 (brak) do 6 ($\geq 90\%$). Do oceny jakości życia w odniesieniu do dolegliwości skórnych użyto wskaźnika wpływu dolegliwości skórnych na jakość życia. Pacjenci odpowiadali na 10 pytań dotyczących korelacji choroby w różnych sferach życia. Odpowiedzi: „bardzo mocno”, „bardzo”, „trochę”, „wcale” odpowiednio punktowano. Ostateczną wartość otrzymano poprzez sumowanie punktów. W celu oceny jakości życia w odniesieniu

do jamy ustnej posłużono się kwestionariuszem uwzględniającym okres ostatnich 3 miesięcy. Pytania dotyczyły między innymi: potencjalnych problemów podczas spożywania posiłków, przełykania, mówienia, obaw o stan jamy ustnej, unikanie kontaktów itp.

Ocenę uzupełniono badaniem stomatologicznym. Zbadano błonę śluzową dziąseł, podniebienia twardego i miękkiego, policzków, warg, dna jamy ustnej i języka. Zwrócono uwagę na występowanie ewentualnych wykwitów, a także obecność języka geograficznego oraz pobruzdowanego. W przypadku uzębienia określono PUW, a w przypadku przyzębia oceniono położenie przyczepu CAL i głębokość sondowania PD. Dodatkowo określono wskaźnik krwawienia podczas sondowania BoP, a za pomocą wskaźnika CPITN oceniono zarówno zaawansowanie *gingivitis* i *periodontitis*, jak i określono periodontologiczne potrzeby lecznicze i ich zakres. Inne poddane ocenie wskaźniki to: API i OHI. Nieświeży oddech został oceniany metodą organoleptyczną; objętość śliny stymulowanej, a wydzielanie śliny określono poprzez pomiar objętości śliny stymulowanej, po wcześniejszym żuciu kostki parafinowej. Za normę przyjęto 1-2 ml/min. Po badaniu został również przeprowadzony dokładny instruktaż higieny jamy ustnej oraz przedstawione zalecenia lekarskie. Celem określenia prawidłowej wagi ciała u badanych posłużono się wskaźnikiem masy ciała BMI. Oceny poziomu stresu dokonał samodzielnie pacjent na podstawie subiektywnego odczucia wg 10-stopniowej skali.

Wyniki opisano na 39 stronach i przedstawiono w 5 tabelach oraz na 32 wykresach. Ocena wydzielania śliny wykazała jej mniejsze ilości u pacjentów z łuszczycą w porównaniu z pacjentami z grupy kontrolnej. Istotnie częściej w grupie badanej spotykano się z nadmiernym ciężarem ciała, w relacji do grupy porównawczej jak i subiektywnym odczuciem nasilenia stresu. Badanie stomatologiczne pacjentów wykazało występowanie różnych nieprawidłowości. Między innymi stwierdzono: nalot nazębny - 14,00% (bez znamiennej statystycznie różnicy według występowania łuszczycy), język geograficzny - 12,00%, język pobruzdowany - 7,00% i w przypadku tych patologii nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupą badaną, a kontrolną oraz romboidalne zapalenie języka – tylko u 7,69% badanych z rozpoznaną łuszczycą, chorobę Delbanco – tylko u 5,77% badanych z łuszczycą, linea alba – tylko u 5,77% badanych z łuszczycą, protetyczne zapalenie jamy ustnej – tylko u 3,85% badanych z łuszczycą, nikotynowe zapalenie błony śluzowej – tylko u 3,85% badanych

z łuszczycą, zapalenie migdałków – tylko u 3,85% badanych z łuszczycą, brodawki grzybowate – tylko u 3,85% badanych z łuszczycą, zapalenie kącików ust – tylko u 4,17% badanych bez łuszczycy. Wskaźnik PUW dla badanych ogółem wynosił średnio 14,40 i był statystycznie istotnie wyższy wśród badanych z łuszczycą niż w grupie porównawczej, tj. 15,88 versus 12,79. Średnia wartość PD ogółem wynosiła 0,96 mm, bez statystycznie znamiennej różnicy według występowania łuszczycy. Średnia wartość CAL ogółem wynosiła 1,00 mm i była istotnie niższa u badanych z łuszczycą niż w grupie porównawczej, tj. 0,80 mm versus 1,21 mm. Wartość wskaźników diagnostycznych BoP, API i OHI wykazywały wysoce istotne różnice według występowania łuszczycy: średnia BoP ogółem wynosiła 16,37%, w tym 21,08% (SD = 18,65%) versus 11,34% (SD = 13,80%), odpowiednio ($p < 0,001$); średnia API 27,05% , w tym 34,58% versus 19,03%; średnia OHI wynosiła 1,94 punktów ogółem, w tym 2,29 versus 1,57 punktów. Ocena przyzębia za pomocą wskaźnika CPITN wykazała znamienne większe nasilenie zmian zapalnych u pacjentów z łuszczycą w porównaniu do badanych bez łuszczycy. Badani z łuszczycą istotnie częściej niż badani bez łuszczycy wymagali kompleksowych zabiegów higienizacyjnych, z kompleksowym leczeniem pod nadzorem specjalisty periodontologii włącznie. Ocena stanu higieny jamy ustnej – w oparciu o API – uwidoczniała wysoce istotne różnice między badanymi z łuszczycą, a osobami w grupie porównawczej. Szczotkowanie zębów w większości odbywało się dwa razy w ciągu dnia, co dotyczyło 2/3 badanych ogółem, w tym połowy badanych z łuszczycą i prawie 80% badanych w grupie odniesienia; raz dziennie zęby szczotkowało 20% ogółem, w tym prawie 27% i 12,5%, odpowiednio; trzy razy dziennie lub częściej zabieg ten wykonywało 9% ogółem, w tym 9,6% i 8,3%, odpowiednio. Uwagę należy zwrócić na odsetek chorych na łuszczycę, którzy nie szczotkowali codziennie zębów (prawie 12%). W ogólnej ocenie, badani z łuszczycą wykazywali mniej zadowolającą częstość szczotkowania zębów. Nitkowanie zębów istotnie rzadziej wykonywali badani z łuszczycą niż badani bez łuszczycy, również rzadziej używali szczoteczek międzyzębowych. Natomiast nie wykazano różnic odnośnie używania irygatora. Z kolei profesjonalny instruktaż dotyczący higieny jamy ustnej otrzymało znacznie mniej badanych z łuszczycą: również mniej pacjentów z łuszczycą objęto opieką periodontologiczną.

Wśród badanych z rozpoznaną łuszczycą w większości przypadków nie stwierdzono statystycznie znamiennej korelacji pomiędzy wynikami oceny w oparciu o takie walidowane narzędzia, jak PASI i DLQI, a wybranymi wskaźnikami stanu jamy ustnej i jakości życia.

Kolejny rozdział to 17-stronicowe OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA. Dyskusja uzyskanych wyników jest wnikliwa i dowodzi erudycji Doktorantki świadcząc o znajomości tematu. Na zakończenie tego rozdziału Doktorantka prezentuje algorytm wielodyscyplinarnego postępowania w zakresie stomatologicznych potrzeb profilaktycznych, a także leczniczych dla pacjentów chorujących na łuszczycę, który wg Niej powinien obejmować:

- zalecanie lekarzom dermatologom zbierania wywiadu w kierunku leczenia stomatologicznego oraz podkreślanie istoty profilaktyki jamy ustnej,
- uświadomienie lekarzom denty stom powiązania stanów zapalnych w obrębie jamy ustnej z występowaniem objawów łuszczycy,
- zapewnienie pacjentom z łuszczycą dostępności do regularnej opieki stomatologicznej, - uwrażliwienie lekarza prowadzącego na potrzebę skierowania na wizytę stomatologiczną, zwłaszcza jeśli pacjent nie był u denty w ciągu ostatnich 6 miesięcy,
- wizyty kontrolne w gabinecie stomatologicznym z co najmniej 6-miesięcznym interwałem wraz z higienizacją jamy ustnej oraz eliminowaniem stanów zapalnych,
- stworzenie programów edukacyjnych na temat opieki nad jamą ustną dla pacjentów z łuszczycą np. opracowanie ulotek, plakatów, filmów instruktażowych, które byłyby dostępne w gabinecie lekarza dermatologa,
- wdrażanie kompleksowych szkoleń dla personelu medycznego, w celu wyczulenia na działania prewencyjne u pacjentów w zakresie zdrowia jamy ustnej,
- stworzenie paradygmatów współpracy interdyscyplinarnej lekarzy denty z lekarzami rodzinnymi, dermatologami, diabetologami, kardiologami, psychiatrami, psychologami, dietetykami i pielęgniarkami oraz utworzenie zespołów wielodyscyplinarnej opieki zdrowotnej, działającymi zgodnie z zasadami opieki koordynowanej,

- stworzenie skali oceny i możliwości wykrywania dolegliwości w jamie ustnej, celem kontroli i wdrażania koniecznych działań, a także skalkulowania zapotrzebowania na opiekę stomatologiczną.

Opracowanie takiego algorytmu uważam za wartościowe i godne pochwały.

Na podstawie wyników badań ostatecznie wyciągnięto 3 wnioski:

(1) Stan zdrowia jamy ustnej u pacjentów z łuszczycą zwyczajną jest gorszy niż u pacjentów z grupy porównawczej. Problem dotyczy w szczególności braku świadomości prawidłowej higieny oraz podejmowania niewystarczających działań związanych z zabiegami higienicznymi, (2) Pacjenci z łuszczycą zwyczajną wymagają szczególnej opieki stomatologicznej. Rozwijanie i utrzymywanie dobrych praktyk w zakresie higieny jamy ustnej może przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia tych osób oraz poprawy ich jakości życia. Niezbędny jest zwłaszcza nacisk na profilaktykę, edukację oraz motywację w zakresie prawidłowej higieny jamy ustnej. Należy również wdrażać minimalną interwencję nikotynową w tej grupie pacjentów; (3) Opieka stomatologiczna nad pacjentem z łuszczycą zwyczajną wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Konieczne jest stworzenie procedur współpracy pomiędzy dermatologami, lekarzami dentystami, lekarzami rodzinnymi, kardiologami, diabetologami, psychiatrami, psychologami, dietetykami i innymi specjalistami. Niezbędne jest również wdrożenie programów edukacyjnych w zakresie zdrowia i higieny jamy ustnej. Wnioski te są zgodne z celem pracy.

Piśmiennictwo starannie dobrane i niezwykle starannie przygotowane, liczy 241 pozycji, głównie anglojęzycznych i z ostatnich lat.

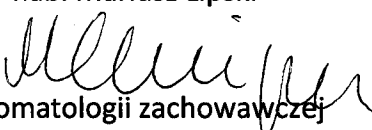
Na zakończenie mam kilka uwag, które jednak nie umniejszają jakości pracy:

- W w sumarycznym wskaźniku próchnicy PUW to liczba zębów z wypełnieniem lub wypełnieniami, a nie liczba wypełnień (str. 9)
- rycina 15 i 16 zawiera inne dane niż tabela IX (str. 50 i 51)
- w pracy analizowano m. in. szczotkowanie, nitkowanie i używanie szczoteczek międzyzębowych. Raczej należało to odnieść tylko do pacjentów posiadających własne

uzębienie. Jeśli pacjent posiadał protezę całkowitą (w rozprawie jest tylko informacja, że 20% pacjentów posiadało protezy, ale nie podano jakiego typu), to powinno się go wykluczyć z badania.

Rozprawa doktorska lekarz dentysty **Agaty Barczyk** pt.: „**STAN JAMY USTNEJ ORAZ STOMATOLOGICZNE POTRZEBY LECZNICZE U PACJENTÓW Z ŁUSZCZYCĄ ZWYCZAJNĄ**” jest pracą oryginalną i samodzielną, zaplanowaną w przemyślany sposób i dobrze wykonaną stanowiąc oryginalne rozwiązanie problemu naukowego. Ma bardzo duże wartości poznawcze i praktyczne. Uważam, że Doktorantka wykazała się ogólną wiedzą teoretyczną oraz posiadała umiejętność prowadzenia pracy naukowej. W związku z powyższym uważam, że spełnia warunki określone w art. 13 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65 poz. 595 z późniejszymi zmianami). Na tej podstawie przedkładam Radzie Naukowej Dyscypliny Nauki Medyczne UM w Łodzi wniosek, o dopuszczenie lek. dent. **Agaty Barczyk** do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Jednocześnie, ze względu na wartości praktyczne uzyskanych wyników, które pozwoliły na stworzenie algorytmu interdyscyplinarnej opieki lekarsko-stomatologicznej u pacjenta z łuszczycą oraz staranne przygotowanie manuskryptu rozprawy wnioskuję o jej **wyróżnienie**.

prof. dr hab. Mariusz Lipski


specjalista stomatologii zachowawczej

Szczecin, dnia 12 kwietnia 2023 r.