

**SAMODZIELNY PUBLICZNY DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY
W WARSZAWIE**

00-576 Warszawa
Filia: 01-184 Warszawa
REGON: 000288969

ul. Marszałkowska 24
ul. Działkowska 1
NIP: 526-025-15-98

Oddział Kliniczny Endokrynologii i Pediatrii

Kierownik: dr hab. n. med. Beata Pyrzak

tel.: (0 22) 522 74 35

fax: (0 22) 621 46 17

e-mail: endokrynologia@itewska.edu.pl

Warszawa 29.04.2015 r.

Recenzja rozprawy doktorskiej lekarz dentysty Marty Podoleckiej
pt. „Analiza stanu uzębienia i błony śluzowej jamy ustnej u dziewcząt z jadłowstrętem
psychicznym ”

W dzisiejszych czasach anoreksja i bulimia stały się tak niepokojącym zjawiskiem, że można je uznać za choroby cywilizacyjne. Narastanie częstości występowania AN w populacji dziewcząt i młodych kobiet ocenia się na ok. 1% i w ostatnich latach obserwuje się wyraźną tendencję wzrostową (w ostatnich 40 latach ponad pięciokrotną). Choroba staje się zatem coraz częstszą przyczyną hospitalizacji w oddziałach psychiatrycznych oraz poważnym problemem medycznym i społecznym. Na uwagę zasługuje fakt, że największa zapadalność na jadłowstręt psychiczny przypada w okresach 13–14 i 17–25 lat z coraz częstszym występowaniem w coraz młodszej grupie wiekowej. Anoreksja charakteryzuje się odmową utrzymania masy ciała minimalnej dla wieku i wzrostu, a także awersją do jedzenia spowodowaną silnym lękiem przed zwiększeniem masy ciała przy jednocześnie istniejącym niedoborze wagi. Powikłania groźne dla życia to zaburzenia czynności tarczycy, podwzgórze (obniżenie temperatury ciała), zmiany w układzie sercowo–naczyniowym (bradykardia, niedociśnienie, arytmie), zaburzenia funkcji nerek (zmniejszona filtracja kłębkowa, kamica nerkowa, obrzęki), niedobory elektrolitów (głównie sodu, potasu), zaburzenia hematologiczne (niedokrwistość, leukopenia, trombocytopenia) i enzymatyczne (enzymy wątrobowe). Najbardziej charakterystyczny jest w przebiegu AN wtórny brak miesiączki. Wszystkie te objawy mogą mieć pośredni i bezpośredni wpływ na występowanie schorzeń w obrębie

zarówno skóry, jak i jamy ustnej. Leczenie anoreksji powinno być interdyscyplinarne, prowadzone równolegle przez zespół specjalistów; lekarza, endokrynologa, psychiatrę, dietetyka oraz – ze względu na objawy występujące w obrębie jamy ustnej – przez lekarza stomatologa.

Z tego powodu należy z uznaniem przyjąć wybór tematu rozprawy doktorskiej, w której dentysta Marta Podolecka podjęła się próby oceny wpływu zaburzeń odżywiania na stan jamy ustnej u dziewcząt z AN i porównała je z grupą dziewcząt z prawidłową masą ciała. Przedstawiona mi do recenzji rozprawa, licząca 83 strony maszynopisu, składa się z rozdziałów typowych dla tego rodzaju prac. Składa się z obszernego wstępu, założeń i celów pracy, materiału i metod, wyników, omówienia wyników wraz z dyskusją oraz ograniczeniami pracy i wnioskami. Dopelnieniem pracy stanowią wykaz skrótów, zestawienia spisów tabel (V), rycin (23) oraz 5 załączników w tym załącznik nr 1 – siatka centylowa, nr 2 – ankieta autorska przygotowana na potrzeby pracy oraz zdjęcia uzębień pacjentek z AN przedstawiające zmiany w zębach.

We wstępie doktorantka szeroko charakteryzuje AN ze zwróceniem uwagi na klasyfikację choroby wg DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -IV), którą najczęściej stosuje się w Polsce, klasyfikację pediatriczną DSM-PC oraz klasyfikację ICD-10. Można się zapoznać z aktualnymi danymi dotyczącymi epidemiologii, omawia typowy model nastolatki z AN, powikłania zdrowotne i podstawowe elementy leczenia. W kolejnych odsłonach wstępu doktorantka szczegółowo omawia epidemiologię chorób jamy ustnej, czynniki wpływające na stan uzębienia, z szerokim omówieniem próchnicy zębów, atrycji, abrazji, abfrakcji i erozji twardych tkanek zęba. Dopelnieniem podrozdziału o czynnikach wpływających na stan uzębienia jest omówienie przez doktorantkę problemu zaburzeń rozwojowych twardych tkanek zębów, w tym wad rozwojowych oraz chorób związanych z nieprawidłową przemianą gospodarki wapniowo-fosforanowej. W kolejnej części wstępu, w podrozdziale czynniki wpływające na stan błony śluzowej jamy ustnej, doktorantka ze znakomitym obeznaniem omawia stany patologiczne błony śluzowej jamy ustnej występujące u dzieci, wpływ witamin i hormonów, a także dokładnie omawia problemy stomatologiczne u chorych z zaburzeniami odżywiania z AN i bulimią.

Doktorantka wyznaczyła sobie następujące cele pracy:

1. Ocena intensywności próchnicy i stanu błony śluzowej jamy ustnej oraz częstotliwości występowania demineralizacji zębów u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym w porównaniu do dziewcząt bez zaburzeń odżywiania.
2. Analiza związku pomiędzy stężeniem wybranych parametrów gospodarki wapniowo-fosforanowej, a stopniem demineralizacji zębów u chorych z jadłowstrętem psychicznym.
3. Ocena stopnia higieny jamy ustnej, świadomości stomatologicznej oraz motywacji do profilaktyki i leczenia schorzeń jamy ustnej u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym.
4. Analiza związku pomiędzy jadłowstrętem psychicznym a stanem uzębienia i błony śluzowej jamy ustnej chorych dziewcząt.

Wyznaczone założenia i cele Autorka realizowała dzięki przemyślanej metodyce badania, opracowanych kryteriach włączenia i wyłączenia z badania, szczegółowo opracowanej metodyce badań laboratoryjnych oraz odpowiednio dobranej analizie statystycznej.

Do badań zakwalifikowano 120 dziewcząt.

Grupę badaną stanowiło 57 dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym typu restrykcyjnego (wg klasyfikacji DSM-IV) (AN), do grupy kontrolnej (ZD) zakwalifikowano 63 dziewcząt bez zaburzeń odżywiania.

U wszystkich dziewcząt wyliczono wskaźnik Body Mass Index: odchylenie standardowe dla BMI-SDS oraz wskaźnik Cole'a. Zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej doktorantka przeprowadziła podstawowe badanie stomatologiczne połączone z rozmową na temat ewentualnych problemów w obrębie narządu żucia. Oznaczyła wskaźnik OHI (Oral Hygiene Index) w wersji skróconej dla 6 zębów, który jest wskaźnikiem higieny jamy ustnej składający się ze wskaźnika osadu i kamienia. Kolejnym oznaczanym wskaźnikiem był PI.I (Plaque Index) płytki nazębnej w wersji skróconej dla 6 zębów – oceny grubości płytki bakteryjnej przylegającej do szyjki zęba – i wskaźnik GI (Gigival Index), który jest wskaźnikiem dziąsłowym służącym do określania odwracalnych stanów zapalnych dziąseł. Ostatnim oznaczanym parametrem przez doktorantkę było oznaczanie wskaźnika PUW intensywności próchnicy ze składowymi P-zęby z aktywna próchnicą, U-zęby usunięte z powodu próchnicy, W-zęby wypełnione z powodu próchnicy. U dziewcząt z AN przeprowadzono wybrane badania oceny gospodarki wapniowo-fosforanowej. Wszystkie pacjentki poddane były badaniu ankietowemu dotyczącemu świadomości stomatologicznej i motywacji do wdrożenia profilaktyki i ew. leczenia stomatologicznego. Badanie stomatologiczne, pomiary antropometryczne oraz badania laboratoryjne u dziewcząt z AN zostały wykonane w Katedrze i Klinice Pediatrii w Zabrze ŚUM w Katowicach. Badania dziewcząt w grupie kontrolnej przeprowadzono w Niepublicznym Zakładzie Opieki

Zdrowotnej Pro-Dent i LM w Zabrze oraz w prywatnym Gabinecie Dentystycznym w Siemianowicach Śląskich.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Biotycznej ŚUM w Katowicach.

Z uwagi na to, że w piśmiennictwie opisuje się rozbieżne dane dotyczące stanu uzębienia pacjentów chorych na AN, porównanie wyników w tak dobranych grupach badawczych u młodych dziewcząt wydaje się ważnym doświadczeniem naukowym.

Zastosowane metody badawcze oceny: wskaźników higieny jamy ustnej (OHI, P1.I), stanu dziąseł (GI), parametrów stanu uzębienia (PUW, WL- wskaźnik leczenia, erozja) oraz ocena stanu błony śluzowej pod kątem takich patologii jak kątowe zapalenie ust czy afty nie budziły wątpliwości – znakomicie opisane i dobrze usystematyzowane wyniki czytelnie przedstawiono na 14 rycinach i w III tabelach. U dziewcząt z AN poddano analizie wybrane parametry gospodarki wapniowo-fosforanowej, w tym stężenia wapnia całkowitego i zjonizowanego, a także poziom witaminy D3 w surowicy krwi. Autorka przeprowadziła dokładną analizę występowania odwapnień zębów. Wyniki badań analizowano w zależności od czasu trwania choroby w podziale na czas trwania <12 miesięcy, 12-23 miesięcy i >23 miesięcy. Poddano je analizie prawidłowo dobranymi testami statystycznymi.

Dopełnieniem analizy było badanie ankietowe, które miało na celu zbadanie świadomości stomatologicznej, motywacji do leczenia i profilaktyki oraz chęci do zmiany nawyków higienicznych na lepsze.

Doktorantka zastosowała prawidłowo dobrane metody statystyczne.

W przeprowadzonych badaniach doktorantka wykazała:

1. Różnice istotnie statystyczne pomiędzy grupą z AN i ZD w zakresie takich parametrów, jak: ilość płytki nazębnej, stan dziąseł, ilość kamienia i osadu, liczby zębów z próchnicą i wypełnionych z powodu próchnicy oraz liczby zębów ze stwierdzonymi odwapnieniami.

W całej grupie stwierdziła statystycznie niższą wartość wskaźnika P1.I, OHI osad oraz OHI całkowity u pacjentek z AN, natomiast wskaźnik OHI kamień był istotnie wyższy u dziewcząt z AN w porównaniu do dziewcząt zdrowych. W podziale na grupy wiekowe istotnie statystycznie wyższym wskaźnikiem P1.I charakteryzowały się pacjentki z młodszej grupy kontrolnej w porównaniu z grupą badaną, w grupie starszej zaś wskaźniki P1.I, OHI całkowity, OHI osad były znamienne statystycznie wyższe w grupie kontrolnej, a wskaźnik OHI kamień znamienne wyższy w grupie badanej.

2. U dziewcząt z AN nie stwierdziła istotnych zależności pomiędzy prawidłowym uwapnieniem szkliwa zębów a stężeniem we krwi wapnia i witaminy D3.
3. Nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą AN a grupą dziewcząt zdrowych w zakresie takich parametrów, jak liczba zębów usuniętych z powodu próchnicy, całkowita wartość liczby PUW, występowanie aft, zajadów, erozji zębów oraz odsetek pacjentek palących papierosy.
4. W podziale na grupy zależnych od wieku doktorantka stwierdziła, że w grupie młodszej <15 roku życia wskaźnik płytki nazębnej P1.I był istotnie wyższy wśród dziewcząt z grupy kontrolnej w porównaniu z pacjentkami z grupy badanej, natomiast wskaźnik higieny OHI we wszystkich składowych – osadu, kamienia, całkowity – nie różnił się między grupą badaną a kontrolną.
5. Doktorantka nie stwierdziła istotnych różnic statystycznych w zakresie takich wskaźników, jak P1.I, OHI kamień, GI czy PUW w zależności od czasu trwania choroby.
6. W grupie najdłużej chorujących pacjentek z AN stwierdziła występowanie zależności pomiędzy częstością odwapnień a stężeniem wapnia całkowitego (zależność b. słaba).

Podsumowanie wyników jest słabszą stroną manuskryptu, zmusza czytelnika do odwoływania się do wyników badań statystycznych w części Wyniki w celu zrozumienia ich wartości. W dalszej części dyskusji analiza wyników badań w zestawieniu z badaniami innych badaczy staje się bardziej przejrzysta.

Na uwagę i uznanie zasługują charakterystyka badanych grup oraz wyniki badań, które doktorantka przedstawiła w tabelach i na rycinach zamieszczonych w tekście pracy, co znacznie ułatwia odczytywanie przedstawionych rezultatów.

Omówienie uzyskanych wyników badań i szeroka dyskusja w konfrontacji z wieloma wynikami badań innych autorów wskazuje na dobre i rzetelne przygotowanie merytoryczne doktorantki do podejmowania polemiki naukowej. Uzyskane przez siebie wyniki badań zestawia w kontrpropozycjach do osiągnięć najważniejszych badaczy z omawianego tematu, publikujących zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Podkreślić należy łatwość zestawiania kluczowych problemów, wynikających z oceny uzyskanych w rozprawie wyników, z opiniami innych autorów.

W swojej rozprawie doktorantka zamieściła 102 pozycje piśmiennictwa, w tym polskiego i anglojęzycznego. Piśmiennictwo jest prawidłowo dobrane, około 12% z ostatnich 3 lat, co może świadczyć o potrzebie tego typu badań.

W oparciu o uzyskane wyniki doktorantka sformułowała następujące wnioski:

1. U dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym intensywność próchnicy i stan błony śluzowej jest podobny jak u dziewcząt zdrowych bez zaburzeń odżywiania.
2. Jadłowstręt psychiczny u młodych dziewcząt może mieć wpływ na częstsze występowanie demineralizacji zębów.
3. U dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym zwraca uwagę większa dbałość o higienę jamy ustnej, motywacja do profilaktyki i leczenia schorzeń jamy ustnej, co może wskazywać na większą świadomość stomatologiczną tych chorych.

W rozprawie szeroko omówiono ograniczenia pracy, które wskazują na dużą dojrzałość badawczą doktorantki i krytyczne podejście do własnego badania.

Uważam, że wnioski końcowe z przedstawionego badania są właściwe i wskazują na dużą odpowiedzialność i rozwagę doktorantki do przeprowadzania analiz uzyskanych wyników badań.

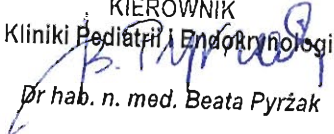
Korzystając z przywileju i obowiązku recenzenta, pragnę zwrócić uwagę na niektóre niedociągnięcia, które nie mają wpływu na jakość pracy.

1. Dla poprawienia wartości pracy przy prowadzeniu badań ankietowych, sondujących, w aspekcie analizy statystycznej związanych z oceną wielu zmiennych warto pokusić się o przeprowadzenie analizy kowariancji. Badanie ankietowe cennie uzupełniało informacje, natomiast miało małą wartość badawczą.
2. W metodyce brak metod oznaczania parametrów gospodarki wapniowo-fosforanowej i witaminy D.
3. Ograniczenia pracy, które zostały bardzo trafnie wypunktowane, sugerują celowość rozszerzenia badań o analizę składu oraz spoczynkowego i stymulowanego poziomu wydzielania śliny czy bruksizmu i zaplanowania ich na przyszłość.
4. Niezgodność wyniku poziomu wapnia całkowitego (str. 47, inaczej w tabeli niż w tekście) oraz nieliczne błędy stylistyczne i językowe, które zostały przekazane doktorantce celem uniknięcia ich przy przygotowaniu pracy do druku.

Powyższe uwagi nie wpływają na wartość tej interesującej, dobrze zaplanowanej i poprawnie zrealizowanej rozprawy.

W moim przekonaniu praca lekarz dentysty Marty Podoleckiej w pełni spełnia wymogi stawiane rozprawom na stopień doktora nauk medycznych.

Zwracam się do Pana Dziekana i Rady Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach o dopuszczenie lekarz dentysty Marty Podoleckiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

KIEROWNIK
Kliniki Pediatrii i Endokrynologii

Dr hab. n. med. Beata Pyrzak