POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
W SZCZECINIE
KLINIKA CHIRURGII
SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ
71-252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1
tel. +48 91 425 0417 fax +48 91 425 0425

Recenzja rozprawy doktorskiej lek. dent. Anny Karnowskiej pt.: „Porównawcza kliniczna i radiologiczna ocena tkanek wokół implantów po zastosowaniu wybranych protokołów osadzania łączników protetycznych".

Promotor: prof. dr hab. Małgorzata Pietruska

Standardowe leczenie implantoprotetyczne jest postępowaniem wieloetapowym i polega na wszczepieniu implantu, jego odsłonięciu i założeniu śruby gojącej, wykonaniu wycisków oraz założeniu łącznika i korony protetycznej. Postępowanie takie wymaga kilkakrotnego odkręcania śruby gojącej, co każdorazowo skutkuje utratą połączenia pomiędzy śrubą gojącą a otaczającymi tkankami miękkimi i w konsekwencji może prowadzić do utworzenia kieszonki wokół implantu. Wprowadzenie nowych technologii cyfrowych dało możliwość wykonania łącznika przed odsłonięciem implantu i jego montażu z pominięciem etapu śruby gojącej i wycisków z poziomu implantu. Założenie łącznika bezpośrednio po odsłonięciu implantu oraz brak konieczności późniejszego jego odkręcania pozwala na powstanie trwałego połączenia pomiędzy hemidesmosomami dziąsła a powierzchnią łącznika. Powstanie trwałego połączenia dziąsło – łącznik kreuje też korzystniejszą architekturę tkanek miękkich, które tworzą szczelinę, a nie kieszonkę wokół implantu. Wytworzenie tego typu struktury wydaje się bardziej pożądane z biologicznego punktu widzenia, jako struktury stanowiącej lepszą barierę przed infekcją bakteryjną i potencjalnym rozwojem peri-implantitis. W ostatnich latach obserwuje się znaczne zainteresowanie naukowców omawianą tematyką, co powoduje pojawianiem się kolejnych publikacji badawczych. Jak dotąd nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi, czy jednorazowe założenie łącznika korzystniej wpływa na tkanki otaczające implant, w porównaniu z procedurą standardową. Dlatego wybrany przed Doktorantkę temat badań jest dobrze wkomponowany w aktualne zainteresowania naukowców zajmujących się problemami implantologii.

Przedstawiona mi do oceny dysertacja liczy 123 strony, zawiera 73 ryciny, 12 tabel i 209 pozycji piśmiennictwa. Format pracy jest typowy dla tego typu publikacji.

W siedemnastostronicowym Wstępie Doktorantka przedstawiły aktualny stan wiedzy na temat: anatomii tkanek otaczających uzębienie naturalne i implanty, rodzajów łączników protetycznych i materiałów służących do ich produkcji oraz połączeń implant – łącznik.

Celem badań była ocena tkanek wokół implantów po zastosowaniu klasycznego protokołu osadzania łącznika protetycznego oraz protokołu z pominięciem etapu śruby gojącej. Cel ten Doktorantka postanowiła osiągnąć w oparciu o:

- analizę statusu klinicznego tkanek miękkich otaczających implanty bezpośrednio po zamontowaniu koron protetycznych oraz po 1, 3, 6 i 12 miesiącach od zakończenia leczenia
- radiologiczną ocenę kości wokół implantów na etapie odsłonięcia i po zakończeniu leczenia.

Grupę badaną stanowiło 135 osób w wieku od 18 do 82 lat (w tym 64 kobiety i 71 mężczyzn). W zależności od zastosowanego leczenia pacjentów podzielono na dwie podgrupy:

- Grupę 0 (kontrolną) – 68 osób, u których zastosowano klasyczną procedurę implantoprotetyczną, z etapem śruby gojącej i standardowym łącznikiem tytanowym
- Grupę 1 (badaną) – 67 osób, u których leczenie implantoprotetyczne odbyło się z pominięciem etapu śruby gojącej, a wykorzystanym łącznikiem był indywidualny łącznik hybrydowy.

Badanie kliniczne wykonano w ściśle określonych przedziałach czasowych tj. bezpośrednio po zamontowaniu rekonstrukcji protetycznej oraz po 1, 3, 6 i 12 miesiącach od zakończenia leczenia. Badanie kliniczne polegało na ocenie następujących parametrów: aproksymalnego wskaźnika płytki (API) wg Lange, wskaźnika krwawienia po sondowaniu (BOP) wg Ainamo i Bay, głębokości sondowania oraz szerokości dziąsła skeratynizowanego.

Badanie radiologiczne wykonano dwukrotnie z wykorzystaniem stożkowej tomografii komputerowej (CBCT) – bezpośrednio przed odsłonięciem implantów i po 1 roku od zakończenia leczenia.

Po zakończeniu leczenia Doktorantka nie wykazała ewidentnych różnic w badanych parametrach pomiędzy grupami. Wykazała natomiast ewidentną zależność wartości tych parametrów od liczby wypalanych papierosów oraz szerokości dziąsła steratynizowanego.

Analiza parametrów klinicznych w całej badanej grupie pacjentów w zależności od liczby wypalanych papierosów dowiodła, że u osób palących poniżej 10 papierosów na dobę, wartości API, BOP i PD były istotnie niższe zaś dziąsło skeratynizowane istotnie szersze w badaniu po leczeniu. Natomiast w analizie parametrów radiologicznych odnotowano istotnie mniejszą odległość pomiędzy brzegiem kości po policzkowej i językowej/podniebiennej stronie a kołnierzem implantu u osób palących mniej papierosów.

Ocena parametrów klinicznych i radiologicznych w całej badanej grupie pacjentów w zależności od szerokości dziąsła skeratynizowanego wykazała, że u osób, u których implanty otoczone są węższym niż 2mm dziąsłem skeratynizowanym, API i PD po leczeniu były istotnie wyższe w porównaniu do grupy osób o szerszym niż 2mm dziąśle skeratynizowanym. Natomiast w badaniu CBCT odległość pomiędzy kołnierzem implantu po stronie policzkowej i językowej a brzegiem kości były istotnie większe, a szerokość blaszki policzkowej istotnie mniejsza w grupie osób z węższym dziąsłem skeratynizowanym.

Wyniki własne Doktorantka szeroko omówiła w rozdziale Dyskusja i porównała je z aktualnymi danymi z piśmiennictwa. Na szczególną uwagę zasługuje wyjątkowa biegłość Doktorantki w analizie piśmiennictwa wskazująca na duże doświadczenie kliniczne w zakresie omawianego tematu. Dowodem na powyższe jest też obszerna dokumentacja fotograficzna zawarta w rozdziale Materiał i Metody prezentująca metodologię badań.

Uzyskane wyniki pozwoliły Doktorantce na sformułowanie następujących wniosków:

1. Klasyczny protokół protetyczny z użyciem śruby gojącej oraz protokół z pominięciem etapu śruby gojącej pozwalają na osiągnięcie zadowalających efektów leczenia.

2. Status kliniczny i radiologiczny tkanek otaczających implanty nie zależy od rodzaju protokołu implantologicznego, tj. protokołu z użyciem lub pominięciem śruby gojącej.

3. Palenie ponad 10 papierosów na dobę negatywnie wpływa na status tkanek miękkich i tkanki kostnej otaczających implanty.

4. Szerokość dziąsła skeratynizowanego determinuje stan tkanek miękkich i tkanki kostnej wokół implantów dentystycznych.

Powyższe wnioski wnoszą cenne informacje dla lekarzy implantologów, którzy nie muszą obawiać się ewidentnego negatywnego wpływu kilkukrotnego przykręcania/odkręcania elementów protetycznych. Muszą za to zdecydowanie motywować pacjentów do zaniechania palenia oraz przykładać więcej starań w celu rekonstrukcji prawidłowych parametrów tkanek miękkich otaczających implant.

Reasumując powyższe uważam, że wykonane przez lek. dent. Annę Karnowską badania wnoszą istotny wkład w aktualny stan wiedzy na temat procedur protetycznych w implantologii. Badania zostały wykonane w odpowiednio dużych liczebnie grupach, a wyniki poddane szczegółowej analizie statystycznej.

Z obowiązku Recenzenta zmuszona jestem zwrócić uwagę na drobne błędy edytorskie, które w żadnym stopniu nie wpływają na wartość dysertacji.

Wobec powyższego uważam, że przedstawiona mi do oceny dysertacja lek. dent. Anny Karnowskiej sprostała wymaganiom stawianym pracom doktorskim, dlatego zwracam się z wnioskiem do Wysokiej Rady Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku o dopuszczenie lek. dent. Anny Karnowskiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

p.o. KIEROWNIKA
Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
dr hab. n. med. Katarzyna Spomiak-Tutak

Szczecin, dnia: 17 sierpień 2018 r.

K. Spomiak-Tutak