

Kraków, 8 lutego 2018r.

RECENZJA

pracy doktorskiej lek. dent. Jana Plaskacza
zrealizowanej w Prywatnym Gabinetzie Ortodontycznym w Rzeszowie,
a procedowanej na Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu pt.:

„Retencja: czynniki odpowiedzialne za stabilność efektu leczenia ortodontycznego”.

Przedstawiona do oceny praca pt.: *„Retencja: czynniki odpowiedzialne za stabilność efektu leczenia ortodontycznego”* liczy 135 stron maszynopisu. Zawiera wstęp, cele pracy, materiał i metody, wyniki, dyskusję, podsumowanie i wnioski, wykaz stu jeden pozycji piśmiennictwa oraz streszczenie w języku polskim i angielskim. Praca porusza ważny aspekt stabilności uzyskanego efektu leczenia ortodontycznego. Tekst wzbogacono o trzydzieści dwie ryciny i siedemdziesiąt tabel. Brak spisu treści, tabel, rycin i opisu zastosowanych skrótów utrudniał zapoznanie się z przedstawionym materiałem. Ponadto przyjęty – w niektórych ustępach – styl potoczny połączony z artystycznym – odbiega od ogólnie przyjętego stylu naukowego co szczególnie uzewnętrzniło się w otwierającej pracę przydługiej, egzaltowanej dedykacji, która stała się przyczynkiem do odłożenia recenzji na okres umożliwiający bezstronną ocenę naukowego aspektu dysertacji.

Kandydat wstęp rozpoczął od daleko za dalekich historycznych dywagacji, które nie powinny w opracowaniu naukowym znajdować miejsca. Jednak omawiając aspekty bezpośrednio związane z tematem rozprawy naukowej sprawnie porusza się po specjalistycznej bibliografii merytorycznie wprowadzając w zagadnienia, których oceny podjął się w autorskim opracowaniu. W zbyt długim wprowadzeniu Autor nie ustrzegł się błędnych powołań bibliograficznych przykładowo cytując podręcznik dydaktyki przeddyplomowej jako źródło potwierdzające zasadność zamiany aparatów retencyjnych na czynnościowe. Autor niepotrzebnie forsuje firmową nazwę „Essix” transparentnego aparatu retencyjnego wprowadzoną w 1993 roku przez John J. Sheridana i odnoszącą się do konkretnego typu aparatu obejmującego tylko zęby przednie (górne kły i siekacze)

wykonanego z płytki o grubości .030” termoplastycznego kopoliestru. Korzystniejszym określeniem byłoby zastosowanie terminu „aparat typu Essix” lub odpowiednika polskiego dla bardziej wszechstronnego terminu oryginalnego jakim jest „VFR” od „Vacuum Formed Retainer”. Wydaje się, że po studiach, jakie Autor przeszedł, związanych z tematyką retencji po leczeniu ortodontycznym, nabył kompetencji do zaproponowania polskiej nazwy odpowiednika „termoformowalnego aparatu retencyjnego” („TAR”). Szkoda, że nie pokusił się o zaproponowanie polskiej nazwy dla aparatu, powielając angielski skrót „VFR”. Polskim odpowiednikiem mógłby być np. „Próżniowo Formowany aparat Retencyjny” czyli „PFaR”. Tym bardziej, że tak jak i w wielu innych tego typu przykładach, używaną na co dzień terminologię promują rodzime publikacje i stosowane określenia na konferencjach naukowo-szkoleniowych. Z drugiej strony w polskiej terminologii naukowej często przyjmowane są oryginalne, anglojęzyczne nazwy i skróty. Jak na przykład, również stosowany przez Autora, „wskaźnik PAR” od „The PAR index”, od „Peer Assessment Rating”. W tekście można też znaleźć kilka innych, powszechnie stosowanych, żargonowych, polskich określeń, których korektę możnaby rozważyć. Jak na przykład: „całodobowe użytkowanie aparatu” w miejsce „całodobowego noszenia aparatu” czy też „właściwości estetyczne” w miejsce „właściwości kosmetycznych” (choćby i dlatego, że ortodoncja nie aspiruje do zajęcia obszaru kosmologii). Szczegółowy opis, we wstępie, wskaźnika PAR uznaję za nieuzasadniony. Kandydat w swoich badaniach używa go jako narzędzia oceny dlatego też instrument ten powinien być zlokalizowany w metodzie badania. Ponadto sam zapis określający odległości (od do) w punktacji najkrótszych odległości między anatomicznymi punktami stycznymi, z wartościami cyfrowymi oddzielonymi przecinkami jest nieczytelny, a nawet błędny. Błąd ten jest powielony w opisie nagryzu poziomego. Kandydat potrafił jednak dokonać prawidłowego zapisu odległości jak np. w opisie wielkości zgryzu otwartego.

W opisie celu pracy dyskusyjne jest określanie okresu retencyjnego czasem „leczenia retencyjnego” co mogłoby prowadzić do wniosku, że leczenie ortodontyczne określonych przypadków jest leczeniem dożywotnim. Z drugiej strony kontrolowane korzystne zmiany postępujące w okresie retencyjnym upoważniają do stosowania terminu „leczenie”, ale w takich przypadkach to, tak zwane „leczenie retencyjne” należałoby nazwać „finalną fazą leczenia ortodontycznego” i o ten czas wydłużyć czas leczenia ortodontycznego, po którym należałoby przyjąć później zaczynający się czas retencji utrzymujący uzyskany efekt. Być może jednym z wniosków przeprowadzonych badań powinna być weryfikacja definicji czasu leczenia ortodontycznego i następującej po niej retencji. Mam również zastrzeżenia do zapisu

pierwszego celu pracy w którym Kandydat stawia sobie za cel „ustalenie czy zakres redukcji wskaźnika PAR, po udanym leczeniu czynnym, determinuje potencjalną wznowę wady”. Przy tak postawionym zadaniu natychmiast nasuwa się fundamentalne pytanie jak zostało określone „udane leczenie”, co w pracy nie zostało jednoznacznie wyjaśnione. Tym bardziej, że sam wskaźnik PAR jest ukierunkowany na oceny liczbowe, które mogą w ogóle nie być porównywalne dla leczenia wad mających różne podłoże i różny, koniczny zakres korekty, której wartość metryczna nie ma jednoznacznego przełożenia do uzyskanego efektu terapeutycznego. Natomiast za bardzo interesujący odbieram cel drugi pracy, który jednak powinien być połączony z celem trzecim. Każdy cel pracy powinien być spójny, a cel trzeci bez drugiego takim nie jest, co oznacza, że w moim odbiorze głównym celem przedstawionego do oceny opracowania jest ustalenie, czy czynniki odpowiedzialne za zjawisko nawrotu wady po leczeniu ortodontycznym, jak również czynniki rokujące stabilny wynik leczenia można rozpoznać już na etapie diagnozy i planowania leczenia wraz z ustaleniem istotności tych czynników w celu wypracowania metod ich wykorzystania dla poprawy stabilności efektu leczenia lub do przeciwdziałania nawrotowi wady.

W opisie metody Autor twierdzi, że oceniał grupy homogenne, ponieważ pacjenci byli leczeni dwoma stałymi aparatami cienkołukowymi. W mojej ocenie parametr ten, przy przyjętym zakresie leczenia wad od zębowo-wyrostkowych do szkieletowych, homogenności gwarantować nie może. Sam zapis tak podany w opisie materiału mylnie sugeruje łączną ocenę tak wielowątkowego materiału, gdy - *de facto* - Autor ocenia wady osobno, jednak bez precyzyjnego powtórzenia badanej specyfikacji. Podobnie ocena szkieletowej relacji strzałkowej oparta jedynie na wartości kąta ANB może być uznana za daleko idące uproszczenie, które może prowadzić do błędnych interpretacji uzyskanych wyników. Z drugiej jednak strony jednorodne utrzymywanie wybranego schematu badawczego daje porównywalne wyniki o dodatniej, naukowej wartości poznawczej.

W opisie metod analizy statystycznej, Autor nie podał testów, które zastosował przedstawiając jedynie nazwę oprogramowania, co wymaga uzupełnienia.

Przedstawione wyniki badań są efektem precyzyjnej analizy wielu czynników mogących mieć wpływ na stabilność przeprowadzonego leczenia ortodontycznego z uwzględnieniem wielu czynników, nawet i tych, które w metodzie badania nie zostały jednoznacznie zasygnalizowane.

Efektom końcowym przeprowadzonych badań jest ustalenie Autora, że wielorakie, analizowane przez Kandydata czynniki, widoczne na etapie diagnozy, nie są statystycznie

odpowiedzialne za zjawisko nawrotu wady i stabilności okluzji co ma się w sprzeczności do klinicznego odczucia samego Autora. Wartością samej pracy jest też i to, że Autor swoimi badaniami dowiódł, że często podnoszone tak zwane „doświadczenie kliniczne” i „odczucie klinicysty” ma się w sprzeczności z rzetelnymi wynikami badań naukowych, które sam Kandydat przeprowadził.

W podsumowaniu pozytywnej recenzji stwierdzam, że rozprawa doktorska spełnia merytoryczne i formalne wymogi stawiane dla dysertacji doktorskich. Dlatego przedkładam Wysokiej Radzie Wydziału Lekarsko – Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu wniosek o dopuszczenie Kandydata do dalszych etapów przewodu doktorskiego.


Prof. dr hab. Bartłomiej W. LOSTER