

Oponentský posudok na habilitačnú prácu

MUDr. Tomáša SIEBERTA, PhD.

odborného asistenta Kliniky stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie JLF UK a UNM v Martine v študijnom odbore 7.2.1. zubné lekárstvo habilitačného a inauguračného konania na tému :

„ Terapia generalizovanej pokročilej chronickej parodontitídy. “

Dodaná práca je v tvrdej väzbe. Má 191 strán. Po obsahovej stránke je rozdelená na úvod, ďalších sedem kapitol a záver. Pred tým je poďakovanie abstrakt, predhovor, zoznam obrázkov, tabuliek , grafov a zoznam skratiek. Zoznam literatúry je v počte 210 citácií. V práci je 20 obrázkov z vlastných zdrojov, 29 tabuliek a 18 grafov.

V úvodných kapitolách opisuje, rozoberá a hodnotí problém chronickej parodontitídy. Vysvetľuje klinické príznaky subjektívneho a objektívneho charakteru a poukazuje na dôležitosť objektivizácie v zmysle stanovenia a vyšetrenia parodontálnych indexov BOP – (krvácanie pri sondovaní), PPD – (merania hĺbky parodontálnych váčkov), CAL - (strata klinického atačmentu), sledovanie pohyblivosti zubov, stav hygieny, oklúzne a artikulačné pomery, putovanie zubov, kontrola orálneho biofilmu , mikrobiologické a laboratórne vyšetrenia.

Stavy objektivizuje pomocou rtg vyšetrenia v zmysle stanovenia kostných rezorpcií.

Venuje sa prevalencii i progresii chronickej parodontitídy a popisuje dôležitosť mikrobiologického faktoru. Poukazuje na spolu súvisiace faktory ako je vek, fajčenie, stres, systémové a imunologické aspekty ochorenia.

Vysvetľuje a objasňuje klasifikácie dané AAP (americkou parodontologickou asociáciou) z 1999 roku a novšou z 2018 roku.

Kapitola 2 – „ Liečebný plán u pacientov s chronickou parodontitídou “.

Podrobne rozoberá klinickú dôležitosť liečebného plánu, stanovenia cieľov a liečebnej stratégie. Vysvetľuje podstatu konzervatívnej liečby (odstraňovanie zubného kameňa a bakteriálnych povlakov) a to metódu hĺbkového čistenia a vyhladenia povrchu koreňov- debriment - DS (deep scaling) a RP (rooth planing), čím sa vytvorí podklad na regeneráciu parodontálnych ligament. Podrobne opisuje používané inštrumentárium, prístrojov a zariadení používaných v liečbe. Opisuje prístupy, postupy a používané protokoly terapeutického liečebného postupu.

V kapitole 2.9 chirurgická liečba vysvetľuje a popisuje chirurgické používané výkony ako regeneratívne výkony a resektívne metodiky.

V kapitole 2.10 rozoberá antibiotickú liečbu pri chronickej parodontitíde. Popisuje farmakologické vlastnosti, zásady a spôsoby používania ATB a systém načasovania liečby CHP – chronickej parodontitídy.

V kapitola 2.11 objasňuje zmysel podpornej parodontologickej liečby a zmysel udržiavacej liečby a recallu u pacientov.

Kapitola 3 – „ Ciele habilitačnej práce “.

Stanovuje ciele svojej habilitačnej práce, ako retrospektívnu štúdiu pacientov v rokoch 2013 – 2018 s cieľom hodnotenia liečby v štyroch stanovených skupinách - KT (konzervačná terapia) bez použitia ATB, KT s použitím ATB – (Amoxicilin - metronidazol), KT s použitím ATB – (Doxycyklin) a následne chirurgická liečba - CHT.

Po liečbe nasleduje sledovanie hĺbky parodontálnych vŕchov – PPD, klinické attachmentu, CAL a krvácanie po sondovaní BOP a prítomnosť hygienického biofilmu PLI – ako hodnotenie účinnosti liečby v stanovených časových intervaloch.

Kapitola 4 - „ Súbor pacientov a metodika práce. “

Rozoberá retrospektívnu štúdiu. Konala sa v rokoch 2013 ako aktívna konzervačná a chirurgická liečba a následne po 6,12,30, a 60 mesiacoch sledovanie a hodnotenie liečby do 2018 roku.

Vybraný súbor pozostával z 317 pacientov z toho 166 žien a 151 mužov. Na základe Rosnerovho testu bola skupina upravená na 244 pacientov (130 žien a 114 mužov) . Kritériá pre zaradenie - vek nad 35 rokov, naj menej 20 zubov, PPD nad 6 , krvácania po sondovaní BOP, Cal – strata attachmentu nad 6 mm a rtg. pozitivita, boli zbierané a hodnotené 4 skupiny ako aktívna liečba bez atb, aktívna liečba s atb amoxicilin a metronidazol, aktívna liečba s atb doxycyklin, a chirurgická liečba.

U všetkých liečba bola vykonaná ako dvojdnové ošetrovanie v lokálnej anestézii – metódou DS a RP ako „full mouth therapy“ za použitia ultrazvuku i ručných nástrojov.

Chirurgická liečba - CHT spočívala v odklopení mukoperiostu ako regeneratívna metodika „papila preservation flap“ bez augmentácie s pridaním atb ako pri skupine 2 – amoxicilin – metronidazol.

Kapitola 5 - „ Výsledky práce. “

V tejto kapitole skutočne podrobne v početných tabuľkách a grafoch analyzuje výsledné dosiahnuté hodnoty, klasifikuje, porovnáva a rozoberá namerané výsledky a matematicky objasňuje a porovnáva súčinnosť dát v jednotlivých stanovených skupinách. Záverom posudzuje tieto hodnoty a objasňuje ich relevantnosť k cieľovému výsledku, čím je stanovenie a dosiahnutie parodontálneho zdravia.

Kapitola 6 – „ Diskusia. “

V tejto kapitole diskusne porovnáva výsledky svojej práce s výsledkami zahraničných autorov z jednotlivých publikačných zdrojov. Poukazuje na dôležitosť konzervatívnej aktívnej parodontologickej liečby, kde najlepšie výsledky sledovania udáva po 12 mesiacoch po liečbe. V literárnych zdrojoch sa uvádza tiež spochybnenie anitmikrobiálnej liečby vyplachovania, ktorú dosiahol tiež v svojej skupine pri PDD, CAL A BOP. Za 60mesiacov touto metodikou bol dosiahnutý stav parodontálneho zdravia.

Kapitola 7 - „ Odporúčania pre prax.“

Tu podrobne vysvetľuje systémom jednoduchého návodu cez anamnézu, stanovenia diagnózy až po vhodné terapeutické postupy. Poukazuje na dôležitosť časového sledu, kontroly a motivácie pacientov, ktorý vedie k zabezpečeniu výsledku a to zdravého parodontu.

Kapitola - „Záver.“

Stručne sumarizuje pacientov s generalizovanou pokročilou parodontitídou s metodikou konzervatívnej liečby „s“ a „bez“ použitia anitimikrobiálnych látok, kde pri sledovaných ukazovateľoch antibiotika síce prispievajú k redukcii ale klinicky má táto signifikantnosť malý význam. Chirurgiu odporúča v recidivujúcich prípadoch.

Moje zhodnotenie práce:

Práca je postavená na retrospektívnej štúdií sledovania súboru 317 pacientov s chronickou pokročilou parodontitídou za 6 ročné obdobie. Súbor pozostával zo 166 žien a 151 mužov. Aktívna liečba sa vykonala v 2013 roku s rozdelením do vopred stanovených štyroch skupín (troch konzervatívnych a jednej chirurgickej). Skupina bola ale Rosnerovým testom znížená na 244 pacientov.

Prvá skupina	K 0	-	KT bez atb liečby
Druhá skupiny	K AM	-	KT s amoxicilin – metronidazol.
Tretia skupina	K D	-	KT s doxycyklin
Štvrtá skupina	CH	-	Chirurgia

V týchto skupinách sa sledovali hodnoty PPD (hĺbku paro-vačkov), hodnoty klinického attachmnetu – CAL, krvácania po sondovaní – BOP, a prítomnosť hygienického biofilmu PLI – ako hodnotenie účinnosti liečby. Výsledky boli hodnotené a zaznamenané v stanovených časových intervaloch a následný vývoj bol sledovaný v horizonte 6, 12, 36, a 60 mesiacov.

Ciele svojej práce naplnil a jednoznačne objasnil v metodike a podrobne vysvetlil a rozpracoval výsledky sledovaných ukazovateľov podložil matematicky i v grafickej podobe. Štatisticky spracoval, posúdil, vysvetlil a stanovil výsledky pre prax pri chronickej parodontitíde. Sekundárne hodnotil kritériá po liečbe, sledoval prítomnosť vačkov pre úspech bol považovaný stav menej ako 3 mm.

Zmyslom bolo následne hodnotenie účinnosti liečby sledovaním reziduálnych a uzavretých vačkov ako hodnotenie účinnosti liečby parodontu.

Podstata práce je zhodnotená na strane 118 citujem _ „ V tejto súvislosti treba poukázať na fakt, že medzi skupinou K0 a ostatnými nie je rozdiel. Možno skonštatovať, že parodontologická liečba bez využitia systémového podania atb je klinicky úspešná a porovnateľná s ostatnými sledovanými skupinami.“

Jediný rozdiel bol pozorovaný pri indexe BOP z hľadiska veku, čo sa vysvetľuje pomalšou regeneráciu organizmu. Antibiotickú liečbu treba ponechávať na recidivujúce a ťažšie a ťažké formy parodontitíd.

Výsledok teda podporil to čo je známe, že neuvážené podávanie ATB nie je opodstatnené. S antibiotikami teda treba citlivo pracovať, odporúčať v indikovaných stavoch a to najdôležitejšie je mechanické odstraňovanie povlakov, nánosov, biofilmu zubného kmeňa a to v pravidelných intervaloch, prípadná podpora regenerácie, masáže, vodné sprchy a vysvetľovania takejto liečby – stimulácia pacientov - a všetko je to, čo patrí k základom o hygienu dutiny ústnej na dlhodobé udržanie zdravého parodontu.

Po formálnej stránke nemám žiadne pripomienky.

Otázky na adepta :

1. Na strane 80 i 86 riadok 2 píšete „ Pacienti boli zaradení do štúdie na základe zoznamu pacientov s rovnakou diagnózou generalizovanej chronickej pokročilej parodontitídy a intruzívnymi kritériami zaradenia do štúdie. Na základe toho boli vytvorené 4 skupiny.“ Môžete objasniť pojem „intruzívne kritériá“. Čo presne dominovalo pre zaradenie pacientov do troch terapeutických a chirurgickej skupiny, keď kritériá boli približne rovnaké ?!
2. V „ kapitole 2.9 chirurgická liečba“, správne hodnotíte, že konzervatívna terapia - KT má svoje limity a niekedy bez chirurgie ťažko odstránia zápalové tkanivá. V štúdiu ste využili regeneratívne výkony parodontálnej chirurgie. Máte skúsenosti i s inými metodikami operácii na parodonte ? Ak áno, ako ich hodnotíte ?
3. Prečo ste sa rozhodol skupinu v chirurgickej liečbe podporiť antibiotickou profylaxiou – amoxicilin - metronidazol ?
4. Pri popise chirurgickej skupiny na strane 81, 9 riadok - píšete :“ následne sa urobila osteoplastika kosti“. Ako a čím ste robili osteoplastiku pri chirurgickej liečbe?
5. Nemá výrazná osteoplastika kosti vplyv posuny parodontálnych úponov? Nestretli ste sa niekedy po chirurgii na parodonte, že papily majú tendenciu k výraznejšej regresi a regenerácia je slabšia?
6. Prácu ste riešili za pomoci pracovníka z biomedicínskeho centra. Nie je mi známa podstata tohto testu a tak prosím o vysvetlenie výroku o „odľahlých pozorovaniach “ aby som pochopil, prečo sa súbor zmenšil o 73 vylúčených pacientov pomocou Rosnerovho testu na 244 pacientov - (130 žien a 144 mužov).
7. V práci uvádzate priemerný vek 53,75 s vekovým rozhraním od 36 -74 roka. Stretli ste sa vo svojej praxi s pacientom i pod túto vekovú hranicu?
8. Nemáte pocit, že na tieto zdravotné stavy vplývajú i spoločensko–ekonomické pomery u pacientov ?
9. Všetkých 211 citácií literárnych zdrojov je od zahraničných autorov. Pri štúdiu ste sa nestretol so žiadnym autorom z domáceho prostredia, ktorý by sa aspoň okrajovo venoval danej problematike ?
10. Ako sa pozeráte ako parodontológ na problém chronickej periimplantitídy ?

Záver môjho hodnotenia:

Prácu MUDr. Tomáša SIEBERTA, PhD. hodnotím vysoko pozitívne. Napriek zložitosti postavenia si cieľov a sledovania cieľových ukazovateľov je napísaná zrozumiteľne, precízne odborne spracovaná s prehľadnými výsledkami a s podpornou argumentáciou, citovania a porovnávania literárnych zdrojov. Oceňujem kapitolu „odporúčania pre prax“ ako prehľadný návod na základe podporných odborných výsledkov z predloženej práce. Menovanému po úspešných obhajobách odporúčam udelenie titulu „docent“.

Bratislava 10.9.2021

Doc. MUDr. Juraj ZAJKO, CSc.