

WSPÓŁCZESNA STOMATOLOGIA MUSI BYĆ INTERDYSCYPLINARNA

Katarzyna Szulik

Dr hab. Mieszko Więckiewicz, kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Doświadczalnej, odnalazł własną niszę w dziedzinie stomatologii. Dotychczasowe badania przyniosły mu wiele indywidualnych nagród i wyróżnień, jedną z najszybszych habilitacji na naszej uczelni oraz (prawdopodobnie) pierwsze w historii stypendium Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla wybitnych młodych naukowców przyznane stomatologowi.



fot. Karolina Turczyńska

Dr hab. Mieszko Więckiewicz

Stypendium Ministra Nauki jest swoistym zwieńczeniem Pańskiej naukowej pracy – jakie były jej początki?

Moje pierwsze badania i publikacje wiązały się z działalnością w kołach naukowych przy Zakładzie Implantoprotezy i Zaburzeń Czynnościowych Układu Stomatognatycznego oraz przy Katedrze i Zakładzie Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji. Po studiach rozpocząłem pracę jako asystent w Zakładzie Materiałoznawstwa Stomatologicznego Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej i niedługo później wyjechałem na pierwsze, półroczne stypendium do Niemiec, do Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Technicznego w Dreźnie. Tam poznałem mojego mentora, prof. Klaus Bönninga, człowieka niezwykle życzliwego i posiadającego ogromną wiedzę, który zaszczylił we mnie pasję do nauki. Namówił mnie do

rozpoczęcia badań w zakresie polimerów mających zastosowanie w rehabilitacji narządu żucia, co stało się jednym z dwóch głównych kierunków mojej pracy naukowej. Wraz z nią przyszły istotne publikacje i kolejne stypendia zagraniczne. Wyniki mojej pracy i relacje, które nawiązałem w Niemczech, sprawiły, że prof. Bönning w 2012 roku zaproponował mi zostanie wykładowcą wizytującym, którym jestem do tej pory.

Nad czym konkretnie pracował Pan w Niemczech?

Mój najważniejszy projekt dotyczył pokrywania żelom chitosanowym polimetakrylanu metylu, czyli polimeru często stosowanego w protetyce stomatologicznej, z którego wykonuje się ruchome protezy zębowe. Wniosek o finansowanie tego badania został złożony w polskim programie Mobilność Plus

prowadzonym przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, ale został odrzucony. W uzasadnieniu stwierdzono, że projekt jest bardzo dobry, ale niewystarczający, żeby otrzymać finansowanie, a do tego szanse na jego realizację są niskie. Ten sam projekt, w zasadzie bez żadnych poprawek, został przetłumaczony na język niemiecki i złożony w niemieckiej instytucji finansującej, czyli Forschungsgemeinschaft Dental e.V. i od razu uzyskał akceptację. Projekt zakończył się pod koniec 2015 roku, w 2016 roku w czasopiśmie „Polimers” ukazała się pierwsza publikacja, następnie kolejna w czasopiśmie „Coatings”, a w tymczasem uzyskaliśmy też niemiecki patent. Tę nowoczesną i stosunkowo tanią metodę pokrywania polimetakrylanu metylu żelem chitosanowym opracowaliśmy jako pierwsi na świecie, a jej innowacyjność łączy się z dużym spektrum zastosowań. Protezę pokrytą żelem chitosanowym można wykorzystać do leczenia stomatopatii protetycznych bądź do hamowania krwawienia po zabiegach chirurgicznych oraz jako nośnik do przenoszenia różnych substancji leczniczych. Badania nad tą metodą wciąż trwają w Niemczech, co pokazuje, jak duży potencjał ona posiada. Widać więc, że sugestia, jakoby szanse na realizację projektu były niskie, okazała się nieprawdziwa. Wspominam o tym, żeby pokazać, jak różne może być spojrzenie na ten sam projekt badawczy.

W stomatologii zdobycie pieniędzy na innowacje jest trudniejsze niż w przypadku innych dziedzin medycyny?

Tak sądzę. Stomatologia nie mieści się w mainstreamie, co jest paradoksalne, bo każdy z nas korzysta z zabiegów stomatologicznych. Mimo to bardzo trudno jest pozyskać pieniądze na badania w tej dziedzinie, zwłaszcza gdy mowa o dużych grantach zewnętrznych, które pod względem wysokości trudno porównywać z indywidualnymi stypendiami, na przykład Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego czy im. dr. Emila Niedźwirskiego, które otrzymałem.

Kolejną rzeczą, którą się zajmuję, są zaburzenia skroniowo-żuchwowe. Są to choroby wynikające z nieprawidłowej funkcji stawów skroniowo-żuchwowych i mięśni narządu żucia jak również dolegliwości związane z tzw. bólem ustno-twarzowym. W tej chwili wiemy, że problemy te łączą się ze stosunkowo nową specjalnością, jaką jest medycyna snu. Bardzo wiele patologii w zakresie układu stomatognatycznego wynika z zaburzonej funkcji neuromięśniowej właśnie w czasie snu. Można więc powiedzieć, że w tej dziedzinie zajmuję się wszystkim po trochu, razem z moim zespołem obejmujemy naukowo cały zakres: od badań nad etiologią tych chorób, przez epidemiologię i diagnostykę po leczenie.

Ilu pacjentów doświadcza takich zaburzeń, skala zjawiska jest znana?

Jeśli chodzi o Polskę, zgodnie z badaniem, które przeprowadziliśmy wśród studentów wrocławskich uczelni wyższych, opublikowanym w 2014 roku, ten problem dotyczy 54 proc. populacji, czyli co drugiej osoby. Oczywiście nie każda z nich wymaga leczenia, ale jeśli choroba będzie postępować, po jakimś czasie wszystkie one będą potrzebować specjalistycznej pomocy.

Jakie objawy świadczą o tych zaburzeniach?

Spektrum jest bardzo szerokie. Zaburzenia skroniowo-żuchwowe wiążą się nie tylko z objawami akustycznymi, takimi jak trzaski w stawach skroniowo-żuchwowych, czy też bólem w zakresie mięśni układu stomatognatycznego. Pacjenci miewają też silne bóle głowy oraz mięśni szyi i obręczy barkowej, często doświadczają też szumów usznych i zawrotów głowy. Skala zjawiska jest coraz większa, co wynika z badań, które udowadniają, że rozpowszechnienie tych chorób jest wprost proporcjonalne do rozwoju cywilizacyjnego. Szacuje się, że w krajach rozwijających się problemy tego typu dotyczą około 30 proc. społeczeństwa, ale np. w Szwecji czy USA ten odsetek może sięgać 60–70 procent. Nasze, polskie badania, mówią o około 50 proc., ale tylko w odniesieniu do grupy między 19. a 30. rokiem życia, bo takie osoby uwzględnialiśmy. Te szacunki zweryfikują wyniki kolejnego, tym razem przekrojowego badania, które prowadziliśmy na grupie osób pełnoletnich. Zorganizowanie go było bardzo trudne i udało się wyłącznie dzięki pomocy i ogromnemu zaangażowaniu studentów z Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii. Prowadziliśmy je w wielu miastach, ale tylko dane z czterech miast zostały zebrane na tyle dokładnie, żeby móc wykorzystać je w publikacji. Na razie jesteśmy na etapie analizy danych, ale sądzę, że jej wyniki potwierdzą, że rozpowszechnienie zaburzeń skroniowo-żuchwowych w Polsce jest duże.

Ale przypuszczam, że świadomość ich istnienia pozostaje niska.

W przypadku pacjentów rzeczywiście tak jest, choć stopniowo się zwiększa. Świadomość lekarzy również cały czas rośnie, a wśród młodych stomatologów jest spora, ponieważ zajęcia z tej dziedziny są obecnie stałym punktem programu nauczania i odbywają się na drugim semestrze IV roku studiów. W ich ramach staramy się uczyć studentów na ten problem i uczyć ich, w jaki sposób badać pacjentów, żeby wykryć takie choroby. Osobną kwestią jest, czy praktykujący lekarz stomatolog znajdzie dodatkowy czas na to, żeby wykonać badanie pod kątem zaburzeń skroniowo-żuchwowych – myślę, że zdecydowanej większości to się nie udaje. Jedyne, co można zrobić w tej sytuacji, to organizować szkolenia i wykłady poszerzające wiedzę i uświadamiające, że to stosunkowo proste badanie warto przeprowadzać u każdego pacjenta na pierwszej wizycie.

Mamy w Polsce wystarczająco dużo specjalistów, żeby móc oferować szkolenia tego typu?

Niestety w tym tkwi problem, ponieważ w naszym kraju ta specjalność nie jest postrzegana oddzielnie, ale jako część protetyki stomatologicznej. W najlepszych ośrodkach na świecie zaburzenia skroniowo-żuchwowe są osobną dziedziną, realizowaną w ramach kilkuletnich programów specjalizacyjnych. Można je odbyć między innymi w USA czy Kanadzie, a w Europie na przykład w Szwecji.

Moim zdaniem leczenie zaburzeń skroniowo-żuchwowych powinno być odrębną specjalnością, która obejmie także ból ustno-twarzowy i stomatologiczną medycynę snu. Ponieważ

mamy do czynienia z dziedziną interdyscyplinarną, warunkiem postawienia właściwej diagnozy musi być rozległa wiedza teoretyczna.

Jak wygląda leczenie takich zaburzeń?

Podstawowy algorytm leczenia składa się z zastosowania aparatu wewnątrzustnego, czyli szyny zwarciowej i terapii manualnej. Do tego można włączyć psychoterapię i program redukcji stresu oraz leczenie farmakologiczne, oczywiście jeśli istnieją ku temu wskazania. Wielu pacjentów posiada współtowarzyszące łagodne lub ciężkie zaburzenie psychiczne. U osób leczących się z powodu zaburzeń skroniowo-żuchwowych często występują stany lękowe, depresje, zaburzenia nastroju czy nerwice. Zgodnie z badaniami prowadzonymi w Japonii około 66 proc. osób zgłaszających się do lekarza stomatologa z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi ma współtowarzyszące łagodne zaburzenie psychiczne.

Psychiatrzy i psychologzy zdają sobie z tego sprawę?

Ich świadomość w tej kwestii nie jest najlepsza. Przykładowo, niemal wszystkie badania pokazują, że aktywność mięśni narządu żucia wśród osób z bruksizmem nasila się pod wpływem antydepresantów z grupy SSRI, czyli inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, będących bardzo dużą i często stosowaną grupą preparatów. Tymczasem prawie każdy pacjent, który zgłasza się do mnie w związku z bruksizmem i równocześnie przyjmuje antydepresanty, bierze właśnie leki z tej grupy. To pokazuje, że o tym zjawisku trzeba mówić zdecydowanie częściej i szerzej. Sposobem na zwiększenie świadomości są interdyscyplinarne konferencje. Medycyna snu to wciąż słabo rozpowszechniona w Polsce dziedzina i równocześnie bardzo potrzebna.

W przypadku zaburzeń snu, przynajmniej na początku, lekarz może polegać tylko na wywiadzie.

Co więcej, musi też wiedzieć, że wywiad może nie wystarczyć. Pacjent może nie mieć świadomości tego, co dzieje się z nim w czasie snu, dlatego przyjdzie na konsultację z partnerem lub partnerką wiele ułatwia. Druga osoba jest często bardziej wiarygodnym źródłem informacji, ponieważ może nam powiedzieć, czy pacjent chrapie, ma bezdech senny, w jaki sposób się porusza, czy mówi przez sen lub lunatykuje. Wywiad to dopiero początek, ale często pozwala powiązać dolegliwości skroniowo-żuchwowe z zaburzeniami snu – pacjenci często nie mogą uwierzyć, że przyczyna może leżeć właśnie w nich. Ale jeśli to zaakceptują, leczenie jest zdecydowanie łatwiejsze.

Te schorzenia grożą poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, czy to bardziej kwestia jakości życia?

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe jako takie nie zagrażają życiu, ale potrafią bardzo obniżyć jego jakość. W najcięższych przypadkach osoby z takimi dolegliwościami nie są w stanie normalnie funkcjonować w społeczeństwie z powodu niemożności poruszania żuchwą lub ze względu na silny, przewlekły

ból głowy. W przypadku pacjentów ze współistniejącymi zaburzeniami snu możemy jednak mieć do czynienia na przykład z bezdechem sennym, który w skrajnych wypadkach zwiększa ryzyko nadciśnienia, zawału lub udaru, co stanowi realne zagrożenie życia. Być może w przyszłości projekt naukowy, który prowadzę razem z zespołem, pozwoli nam w jeszcze większym stopniu przybliżyć naturę związku medycyny snu z zaburzeniami skroniowo-żuchwowymi, ale na to potrzeba czasu. Temat na pewno jest rozległy, fascynujący i może pomóc lekarzom z wielu dziedzin, co po raz kolejny potwierdza, jak ważna dla rozwoju naukowego jest interdyscyplinarność.

Nie tylko w ramach medycyny – Pańska współpraca z Uniwersytetem Technicznym w Dreźnie jest tego dobrym przykładem.

Owszem, choć Uniwersytet Techniczny w Dreźnie to uczelnia nie do końca techniczna, chociażby dlatego, że posiada wydział medycyny, a w im instytucji stomatologii, z którym współpracuję. Myślę, że medycyna bez innowacji nie istnieje, więc jako lekarze musimy współpracować z instytucjami i uczelniami technicznymi dla wspólnego dobra. My nie posiadamy odpowiedniej wiedzy technicznej, a inżynierowie – klinicznej, więc powstanie wielu projektów uzależnione jest od tego, czy spotkamy się na wspólnym gruncie. W projekcie dotyczącym medycyny snu, w którym biorę udział, są zaangażowani stomatolodzy, specjaliści chorób wewnętrznych, hipertensjologowie oraz psychiatrzy i dopiero taki zespół jest w stanie wyciągnąć prawidłowe wnioski z naszej wspólnej pracy.

Pański przykład poniekąd temu przeczy, ale w założeniu stomatologia jest znacznie mniej interdyscyplinarna od medycyny. Czemu wybrał Pan akurat tę specjalizację, skoro ewidentnie „ciągnie” Pana w stronę innych dziedzin lekarskich?

Można powiedzieć, że stomatologia jest tradycją w mojej rodzinie – mój tato jest, a dziadek był specjalistą protetyki stomatologicznej, tak jak ja. Siłą rzeczy od dzieciństwa żyłem tą pracą razem z nimi, choć rzeczywiście inne dziedziny medycyny też mnie fascynują. W pewnym momencie chciałem zostać specjalistą chirurgii plastycznej, a dziś bardzo podoba mi się neurologia, fizjoterapia w aspektach leczenia neuromięśniowego czy ostatnio farmakologia, no i oczywiście medycyna snu. W tej dziedzinie jest jeszcze tyle do zbadania, odkrycia i usystematyzowania, że jeśli tylko pozwoli mi na to zdrowie, środowisko i finanse, chciałbym zajmować się tą tematyką jeszcze bardzo długo. Nie żałuję, że ostatecznie wybrałem stomatologię, choć w kontekście naukowym jest to bardzo trudna dziedzina. Lekarzom medycyny zdecydowanie łatwiej jest pozyskać środki finansowe potrzebne na prowadzenie badań naukowych. Na szczęście na naszej uczelni zawsze mogłem liczyć na wsparcie, więc korzystając z okazji, chciałbym podziękować i wyrazić wdzięczność rektorowi prof. Markowi Ziętkowi, który od czasu mojego doktoratu nieustannie wspiera mnie w pracy naukowej i klinicznej. ■