

Z występowaniem zapalenia przyzębia wg kryterium CDC/AAP najsilniej związane były aktualny nikotynizm, choroba sercowo-naczyniowa z przebyłym incydem zawałowym lub udarowym oraz płęć męska. W modelu wieloczynnikowym wykazano, że istotny wpływ ochronny przed tym rozpoznaniem periodontologicznym ma miesięczny dochód osobniczy przekraczający 2500zł, prawidłowy wzorzec dziennego szczotkowania zębów i samofinansowanie leczenia stomatologicznego, natomiast przebyty incydent sercowo-naczyniowy jest związany z jego występowaniem. Niewystępowanie potrzeb w zakresie leczenia protetycznego braków zębowych wg wskaźnika WHO dotyczyło tylko 39% osób w szczęce oraz 33% w żuchwie. Najczęstsze potrzeby dotyczące leczenia gerostomatologicznego dolnośląskich młodych seniorów dotyczyły leczenia protetycznego (75% osób), kariologicznego (49%) i specjalistycznego leczenia periodontologicznego (35%). Z każdą potrzebą leczenia stomatologicznego był istotnie związany zespół uzależnienia od tytoniu.

#### **Wnioski.**

1. W 30-letnim trendzie dla Wrocławia u osób w wieku od 65 do 74 lat średnia liczba zachowanych zębów jak również odsetek bezzębia i ciężkiej utraty zębów poprawiają się i są tylko nieznacznie gorsze od wyników regionalnych badań europejskich.
2. Głównymi czynnikami ryzyka wcześniejszej utraty zębów przez młodych seniorów dolnośląskich są niskie wykształcenie oraz nieprawidłowe zachowania prozdrowotne względem jamy ustnej.
3. W okresie ostatnich 30-lat intensywność próchnicy w tej grupie wiekowej znacząco spadła i nie odbiega znacząco od wyników współczesnych regionalnych badań polskich i zagranicznych.
4. Stan przyzębia opisany wskaźnikiem CPI nie jest zróżnicowany w polskich regionalnych badaniach epidemiologicznych, jednak jest on zły i nie spełnia wymogu periodontologicznego WHO dla tej grupy wiekowej na 2010 rok.
5. Chorobowość zapalenia przyzębia wg kryteriów CDC/AAP wśród młodych seniorów dolnośląskich jest niższa, natomiast przebieg i występowanie postaci ciężkiej są porównywalne do polskich i zagranicznych badań regionalnych.
6. Istotny wpływ ochronny przed rozpoznaniem zapalenia przyzębia wg CDC/AAP mają miesięczny dochód osobniczy >2500zł, samofinansowanie leczenia stomatologicznego i prawidłowy wzorzec szczotkowania zębów.
7. Na błonie śluzowej jamy ustnej u ponad 1/3 badanych stwierdzono obecność klinicznych zmian patologicznych wymagających leczenia a niespełna połowa z nich to zaburzenia potencjalnie złośliwe i nowotworowe.
8. Wzorzec zachowań prozdrowotnych dolnośląskich młodych seniorów odbiega negatywnie w odniesieniu do najlepszych danych europejskich w zakresie głównej przyczyny zgłaszania się do gabinetu stomatologicznego, dodatkowego oczyszczania przestrzeni międzyzębowych oraz aktualnego nikotynizmu.
9. W badanej grupie osób najczęstsze potrzeby leczenia gerostomatologicznego dotyczyły uzupełniania protetycznego braków zębowych (75%), leczenia próchnicy zębów (49%) oraz specjalistycznego leczenia zapalenia przyzębia (35%).



**UNIwersYTET MEDYCZNY**  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

**lek. dent. Beata Anna Głowacka**

Wydział Lekarsko – Stomatologiczny

Katedra i Zakład Periodontologii

## **Stan zdrowia jamy ustnej młodych seniorów rejonu Wrocławia**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych

**Promotor:**

**Prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka**

Kierownik Katedry i Zakładu Periodontologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

**Recenzenci:**

**dr hab. n. med. Elżbieta Dembowska, prof. nadzw.**

**dr hab. n. med. Jan Pietruski**

**Wrocław 2018**

## **ŻYCIORYS**

**Data i miejsce urodzenia:** 04. 03. 1987r., Włocławek

### **Wykształcenie**

- 11.04.2017 Tytuł specjalisty w dziedzinie periodontologii  
Państwowy Egzamin Specjalizacyjny zdany z wynikiem bardzo dobrym
- 04.10.2012 Prawo wykonywania zawodu, KPOIL w Toruniu
- 15.09.2012 Lekarsko - Dentystyczny Egzamin Państwowy  
zdany z drugim wynikiem w Polsce
- 2006 - 2011 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
kierunek lekarsko - dentystyczny  
stypendium za wyniki w nauce w latach 2006 - 2011
- 2003 - 2006 III Liceum Ogólnokształcące im. Marii Konopnickiej we Włocławku

### **Przebieg pracy zawodowej**

- 2014-2016 Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
asystent w Zakładzie Patologii Jamy Ustnej Katedry Periodontologii
- od 2017 Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
asystent w Katedrze i Zakładzie Periodontologii
- 2012 - 2016 NZOZ Akademicka Poliklinika Stomatologiczna we Wrocławiu  
lek.dent. rezydent, staż specjalizacyjny w dziedzinie periodontologii
- 2011 - 2012 Regionalne Centrum Stomatologii w Toruniu  
staż podyplomowy

### **Aktywność naukowa i organizacyjna**

- od 2017 członek Polskiego Towarzystwa Endodontycznego
- od 2017 członek European Society of Endontology
- od 2016 członek Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego
- 2009 - 2011 członek Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii

### **Dorobek naukowy**

Publikacje pełnotekstowe: 2

Liczba punktów MNiSW: 22

**Wstęp.** Badania epidemiologiczne stanu jamy ustnej osób w grupie wieku WHO 65-74 lata przynoszą cenne informacje dotyczące skumulowanych oddziaływań w życiu osobniczym wielu czynników ryzyka związanych z utratą zębów, próchnicą i zapaleniami przyzębia. U osób starszych występują bardzo znaczące różnice dotyczące światowego występowania bezzębia, liczby zachowanych zębów, chorobowości i zapadalności na próchnicę i zapalenia przyzębia. Różnice te mogą być również istotne wewnątrz kraju. Dlatego reprezentatywne przekrojowe badania regionalne są wartościowym uzupełnieniem narodowych badań epidemiologicznych. Cechuje je mniej zróżnicowane rozłożenie czynników ryzyka, a wnioski z nich wypływające są bardziej dostosowane do miejscowych potrzeb w zakresie leczenia gerostomatologicznego i mogą służyć redefiniowaniu celów polityki zdrowotnej osób starszych.

**Materiał i metody.** Do badania wylosowano łącznie 1600 mieszkańców Wrocławia i 30 tys. Oławy w wieku od 65 do 74 lat, z czego w okresie VI-XI.2017r. zgłosiło się 285 osób z Wrocławia oraz 102 z Oławy. Wszyscy badani wyrazili pisemną zgodę na uczestniczenie w badaniu i przetwarzanie uzyskanych danych. Na podstawie klinicznego badania stomatologicznego oceniano: liczbę zębów, liczbę stref podparcia zwarciowego, występowanie płytki nazębnej, krwawienie na sondowanie BoP, głębokość szczelin/kieszzonek- PD oraz położenie przyczepu- CAL przy wszystkich zębach w 4 punktach pomiarowych. Na podstawie badania periodontologicznego oceniano wskaźnik CPI oraz definiowano rozpoznanie periodontologiczne wg rekomendacji amerykańskich (CDC/AAP). Oceniano liczbę PUWZ i jej składowe. Prowadzono diagnostykę kliniczną zmian patologicznych na błonie śluzowej jamy ustnej. Oceniano także występowanie oraz funkcjonalność uzupełnień protetycznych a także potrzeby protetyczne uzupełniania braków zębowych wg kryteriów WHO. W badaniu anamnestycznym ustalano zmienne dotyczące statusu socjalno-ekonomicznego, uwarunkowań ogólnoustrojowych (współchorobowości wybranych chorób ogólnych, statusu nikotynowego, masy ciała) oraz behawioralnych związanych z wybranymi zachowaniami prozdrowotnymi względem jamy ustnej.

**Wyniki.** Średnia liczba zębów w całej grupie wynosiła 13,07, a bezzębie występowało u 14,2% badanych osób. Liczba PUWZ wynosiła 17,8, a odsetek osób z kodem CPI4-30,7% natomiast z zapaleniem przyzębia wg CDC/AAP 47,9%, z czego 21,2% z postacią ciężką. Tylko u 17,8% osób nie stwierdzono obecności uzupełnienia protetycznego, najczęściej występowały uzupełnienia ruchome. Najczęstszą kliniczną patologią na błonie śluzowej jamy ustnej była stomatopatia protetyczna, którą obserwowano u 6,7% badanych. Niespełna połowa ze zmian klinicznych na błonie śluzowej to zaburzenia potencjalnie złośliwe i nowotworowe. Wykazano bardzo częste występowanie leczonego nadciśnienia (44,7%), chorób sercowo-naczyniowych (29,7%) oraz cukrzycy (18,6%). Na zachowaną liczbę zębów oraz występowanie bezzębia najsilniejszy wpływ miały czynniki socjalno-ekonomiczne (wykształcenie, dochód i forma leczenia stomatologicznego), zachowania prozdrowotne (szczotkowanie zębów i oczyszczanie przestrzeni międzyzębowych, częstotliwość wizyt w gabinecie stomatologicznym) oraz miejsce zamieszkania. Liczba zębów z próchnicą miała istotny związek z efektywnością szczotkowania zębów i oczyszczania przestrzeni międzyzębowych, płcią i statusem nikotynowym.