

dr hab. Jan Krzysztof Pietruski

Białystok, 29. 04. 2018.

Ul. Waszyngtona 1/34

15-269 Białystok

OCENA

rozprawy doktorskiej lek. dent. Beaty Anny Głowackiej pt.:

„Stan zdrowia jamy ustnej młodych seniorów rejonu Wrocławia”.

Obserwowana wśród wszystkich rozwiniętych społeczeństw transformacja modelu życia prowadzi do obniżenia poziomu rodności poniżej poziomu umieralności, a w konsekwencji do starzenia się społeczeństw. Ciągłość tego procesu prowadzi do zmian i rozbieżności w definicjach, wg których np. za dolną granicę wieku starszego wg WHO uważa się 60 lat, a wg ONZ 65 lat, przy czym tą ostatnią przesunięto z obowiązujących w latach siedemdziesiątych 55 lat do 65 lat. Polska nie odstaje od demograficznych trendów Europy. W naszym kraju odsetek osób powyżej 65 roku życia w 2015 roku wynosił 15,5%, a w 2050 roku prognozowany jest na blisko 27%, co będzie plasowało Polskę w czołówce krajów europejskich o najbardziej zaawansowanym procesie starzenia się populacji. Wydłużanie się średniej życia i przyspieszające starzenie się społeczeństw generuje szereg konsekwencji, stanowiąc głównie wyzwanie dla systemów emerytalnych oraz opieki zdrowotnej. Obecnie odczuwany jest już wzrost zapotrzebowania na lekarzy zajmujących się geriatrią, a w odniesieniu do stanu zdrowia jamy ustnej – gerostomatologią. Rodzi to konieczność oceny zmieniających się potrzeb interdyscyplinarnego leczenia stomatologicznego w coraz liczniejszej społeczności ludzi starszych. Za granicę rozpoczęcia procesu starzenia się organizmu niektórzy badacze podają już wiek około 30 lat, ale zauważalne zmiany dotyczące tego procesu pojawiają się z reguły w czwartej i piątej dekadzie życia. Zmiany w narządzie żucia dotyczą wszystkich jego składowych – tkanek twardych i miazgi zębów, ozębnej i przyzębia, tkanki kostnej, błony śluzowej, gruczołów ślinowych oraz stawów skroniowo-żuchwowych wraz z otaczającymi je strukturami. Zmiany związane z wiekiem prowadzą z jednej strony do upośledzenia funkcji narządu żucia, a z drugiej są znaczącym utrudnieniem prowadzenia leczenia stomatologicznego.

Do oceny wpływu chorób na jakość życia oraz do oceny obciążenia chorobami danej populacji, WHO wprowadziła wskaźnik Disability Adjusted Life Years – DALY, wyrażający utratę lat życia skorygowanych niepełnosprawnością. Warto zauważyć, że czynniki związane z chorobami jamy ustnej znajdują się wśród 100 najczęstszych, podnoszących wartości wskaźnika DALY. W Polsce szereg wskaźników oceniających stan zdrowia jamy ustnej odbiega niekorzystnie od wyników w krajach Europy, np. liczba zachowanych zębów w przedziale 65-74 lat wynosiła w 2009 roku 6,6 zęba na osobę, co jest wynikiem niemalże 4 razy gorszym niż w Szwecji.

Mając powyższe na uwadze wybór tematu pracy doktorskiej lek. dent. Beaty Anny Głowackiej wydaje się być bardzo trafnym i uzasadnionym, tak z naukowego jak i praktycznego punktu widzenia, a wyniki zebrane i opracowane na potrzeby tej pracy, mogą znacząco pomóc w przygotowaniu zmian w systemowej opiece zdrowotnej.

Przestawiona mi do oceny praca doktorska liczy 222 strony. Ma typowy układ dla rozpraw na stopień doktora, zawiera 42 tabele i 15 rycin. Manuskrypt jest przygotowany bardzo starannie, napisany piękną poprawną polszczyzną oraz zawiera przejrzystą i ciekawą grafikę. Uwagę zwraca wielkość przebadanej populacji oraz wnikliwy i usystematyzowany sposób analizy i prezentacji danych.

W podzielonym na trzy podrozdziały Wstępie Doktorantka wprowadza w poruszaną tematykę, opisując mechanizmy demograficzne prowadzące do starzenia się społeczeństw, charakterystyczne zmiany gerostomatologiczne oraz wybrane parametry zdrowia ogólnego w populacji osób starszych województwa dolnośląskiego.

Założeniem podjętych badań była szczegółowa ocena wybranych parametrów stomatologicznych u mieszkańców dużego i małego miasta województwa dolnośląskiego - Wrocławia i Oławy. Oprócz oceny liczby zachowanych zębów, intensywności próchnicy, statusu przyzębia, w celach uwzględniono także ustalenie czynników prowadzących do powstawania patologii, ocenę potrzeb terapeutycznych oraz porównanie uzyskanych wyników z badaniami analizującymi populacje w innych regionach Polski i świata.

Badania przeprowadzono w losowo wybranej grupie 387 osób. Na podstawie zmodyfikowanego formularza WHO przeprowadzono badanie anamnestyczne uwzględniające występowanie chorób ogólnych, obciążenie genetyczne, nikotynizm, status materialny,

zachowania prozdrowotne, formy finansowania leczenia stomatologicznego, najczęstszą przyczynę zgłaszania się do gabinetu stomatologicznego oraz powód utraty zębów. W oparciu o badanie kliniczne oceniano liczbę zachowanych zębów, intensywność próchnicy, higienę jamy ustnej, stan przyzębia, występowanie zmian patologicznych na błonie śluzowej jamy ustnej, liczbę zachowanych stref podparcia, rodzaj i liczbę użytkowanych uzupełnień protetycznych oraz potrzeby leczenia protetycznego. Uzyskane wyniki opracowano statystycznie stosując parametry rozkładu cech ciągłych oraz ze względu na brak rozkładu normalnego wyznaczając wartości medianowe i kwantyle Q1, Q3 i zakres. Normalność rozkładu weryfikowano testami Kołgomorowa-Smirnowa i Wilka. Do weryfikacji wpływu czynników osobniczych, socjoekonomicznych, zdrowotnych i periodontologicznych użyto testu nieparametrycznego Manna-Whitney'a oraz modelu regresji wielorakiej, do weryfikacji wpływu badanych czynników na cechy skategoryzowane zastosowano test χ^2 z uwzględnieniem poprawki Yatesa oraz logitową regresję wieloraką dla rozkładu dwumiarowego. Badano również powiązanie czynników między sobą za pomocą wyznaczania współczynnika korelacji Spearmana.

Wyniki badań Doktorantka przedstawiła w szczegółowy i uporządkowany sposób na 110 stronach manuskryptu. Z analizy danych wynika, że osoby o niskim statusie socjalno-ekonomicznym tj. z najniższym dochodem i wykształceniem podstawowym, cechują się najniższą świadomością prozdrowotną – aż 32% badanych w okresie ostatnich pięciu lat nie zgłosiło się ani razu na wizytę do gabinetu stomatologicznego. Podkreślenia wymaga fakt, że tylko jedna osoba, spośród całej przebadanej populacji, zachowała kompletne uzębienie naturalne i tylko u 11,6% badanych stwierdzono obecność wszystkich 4 stref podparcia. Znaczące jest, że ciężka utrata zębów i bezzębie dotyczyły najczęściej osób leczących się stomatologicznie tylko w ramach NFZ. Na obecność uzębienia funkcjonalnego istotny wpływ miał dochód oraz samofinansowanie leczenia stomatologicznego. Podobne zależności dotyczyły intensywności występowania próchnicy oraz stanu przyzębia, przy czym dodatkowym istotnym czynnikiem wyraźnie predysponującym do występowania tych patologii były zła higiena, niepoprawne nawyki higieniczne i nikotynizm.

W bardzo obszernej i wyczerpującej Dyskusji zawartej na 36 stronach Doktorantka omawia uzyskane wyniki odnosząc się do badań innych autorów polskich i zagranicznych w oparciu o 262 pozycje piśmiennictwa. W celu usystematyzowania rozważań nad olbrzymią

objętością uzyskanego materiału badawczego, Dyskusję Doktorantka podzieliła na 9 podrozdziałów. Metodycznie rozważa zagadnienia zachowania zębów, próchnicy, stanu przyzębia i zmian patologicznych na błonie śluzowej jamy ustnej, w aspekcie częstości występowania w/w patologii w odniesieniu do innych populacji w Polsce i za granicą oraz przyczyn, czynników ryzyka i ewentualnych sposobów poprawy istniejącej sytuacji. Analizuje także tematykę wybranych zachowań prozdrowotnych dotyczących jamy ustnej u ludzi starszych, jak również potrzeb dotyczących leczenia gerostomatologicznego. Te ostatnie szczegółowo wypunktowuje wyróżniając i rozwijając potrzeby: protetyczną, kariologiczną, periodontologiczną, dotyczącą chorób błony śluzowej jamy ustnej, zmian przednowotworowych i nowotworowych jamy ustnej oraz higieny jamy ustnej. Szczególnie powszechne okazały się: potrzeba leczenia protetycznego – dotyczyła 75,5% populacji, leczenia próchnicy – 49% populacji i periodontologicznego – 35% populacji.

Szczególnie chciałbym uwypuklić ostatnią część rozdziału Dyskusja, w której Doktorantka opisała ograniczenia przeprowadzonych badań epidemiologicznych, a mianowicie, czy starsze osoby zgłaszające się na prowadzone badania reprezentują adekwatną część populacji. Odsetek zgłaszalności na badania był niski – 24,2%, co znacznie odbiega od społeczeństw zachodniej Europy, gdzie wynosi on często ok. 50%. Pytanie to pozostaje bez odpowiedzi i trudno jej oczekiwać, jako że badający nie ma żadnego wpływu na odsetek zgłaszalności, a i tak w województwie dolnośląskim okazał się być o wiele wyższy niż w innych rejonach Polski, np. w województwie podlaskim wynosił nieco ponad 7%. W najmniejszym stopniu nie obniża to wartości przeprowadzonych żmudnych badań, a podrozdział poświęcony ograniczeniom świadczy dodatkowo o dojrzałości Doktorantki jako badacza. Chciałbym podkreślić, że badania na tak dużej grupie wykonane w dwóch różnych ośrodkach miejskich wymagały olbrzymiego zaangażowania w logistykę tego przedsięwzięcia.

Podsumowaniem pracy jest 9 trafnie postawionych wniosków, z których większość nosi znamiona istotnych wskazówek dotyczących codziennej praktyki gerostomatologicznej w aspekcie tak postępowania klinicznego jak i wdrażania procedur mających na celu zmiany zachowań prozdrowotnych w populacji ludzi starszych. Uwypuklają jako najważniejsze czynniki ryzyka wczesnej utraty zębów niskie wykształcenie i nieprawidłowe zachowania prozdrowotne względem jamy ustnej, wskazują, że stan przyzębia badanej populacji jest zły i nie spełnia wymogu periodontologicznego WHO dla tej grupy wiekowej na rok 2010. W

ostatnich dwóch wnioskach Doktorantka podkreśla, że 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 oraz że w badanej grupie osób najczęstsze potrzeby leczenia gerostomatologicznego dotyczyły uzupełniania protetycznego braków zębowych, leczenia próchnicy oraz specjalistycznego leczenia zapaleń przyzębia.

Podsumowując, przedstawiona mi do oceny praca doktorska jest dojrzałą dysertacją naukową. Jest ona wynikiem olbrzymiej pracy włożonej w zebranie bardzo obszernego materiału badawczego, a następnie szczegółowego jego opracowania. Porównanie uzyskanych wyników w aspekcie przyczyn i potrzeb gerostomatologicznych badanej grupy jest wysoce wartościowym wkładem w tą tematykę. Niewątpliwie opublikowane wyniki przedstawionych badań staną się pomocną wskazówką dla lekarzy gerostomatologów, ale należy mieć nadzieję, że zostaną także wykorzystane w szerszym rozumianym planowaniu i modyfikowaniu mechanizmów refundacji leczenia stomatologicznego w naszym kraju, które – co badania Doktorantki potwierdzają – nie jest wystarczające, szczególnie w aspekcie populacji ludzi w wieku poprodukcyjnym.

Biorąc powyższe pod uwagę, oceniam rozprawę doktorską lek. dent. Beaty Anny Głowackiej nad wyraz pozytywnie. Doktorantka zajęła się trudnym i aktualnym zagadnieniem wychodząc naprzeciw potrzebom dużej, co więcej, powiększającej się grupy społeczeństwa, wyprzedzając problematykę, przed którą stajemy jako stomatolodzy już dzisiaj, ale w niedalekiej przyszłości będziemy ją napotykać znacznie częściej. W związku z tym mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu wniosek o dopuszczenie lek. dent. Beaty Anny Głowackiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Jan Krzysztof Pietruski

