

Wnioski: Uzyskane wyniki i ich analiza potwierdziły konieczność prowadzenia badań epidemiologicznych mających na celu obiektywne określenie potrzeb leczenia ortodontycznego wśród dzieci i młodzieży polskiej. Dowiedziono, że występowanie wady, nie determinuje jednocześnie bezwzględnej potrzeby podjęcia terapii. Uzyskane wyniki wskazujące tendencję w niektórych aspektach, sugerują dalsze badania na większej grupie pacjentów. Na podstawie pracy opracowano następujące wnioski:

1. Wśród dzieci dziesięcioletnich i młodzieży piętnastoletniej według klasyfikacji Orlik-Grzybowskiej wzrasta częstość występowania zaburzeń.
2. Wśród zbadanych dzieci i młodzieży w odniesieniu do klasyfikacji Ackermana-Profitta częstość występowania nieprawidłowości zębowo-zgryzowych była mniejsza.
3. Potrzeba leczenia zdefiniowana przez wskaźniki IOTN oraz DAI pokazuje, że nie każde zaburzenie w obrębie zgryzu wymaga podjęcia terapii ortodontycznej.
4. Ocena wpływu liczby zębów stałych u dzieci dziesięcioletnich na potrzebę leczenia ortodontycznego pokazuje, że wraz z jej wzrostem maleje konieczność podjęcia terapii determinowanej przez wskaźniki IOTN i DAI.
5. Nie zaobserwowano wpływu występowania dysfunkcji i nawyków na potrzebę leczenia ortodontycznego określaną przez wskaźniki IOTN i DAI.
6. Nie każda z pośród nieprawidłowości zębowo-zgryzowych definiowana przez klasyfikację Orlik-Grzybowskiej wymaga podjęcia terapii ortodontycznej.
7. Na podstawie przeprowadzonych analiz wskaźniki IOTN i DAI wydają się być zgodne, przez co można stosować je zamiennie.



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

lek. dent. Magdalena Dubowik
Katedra Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji
Asystent

**Analiza porównawcza kryteriów kwalifikacji do
terapii ortodontycznej u dzieci i młodzieży.**

Promotor: prof. dr hab. n. med. Beata Kawala

Recenzenci: dr hab. Konrad Małkiewicz, Kierownik Zakładu Ortodoncji
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
dr hab. Agnieszka Machorowska-Pieniążek, Kierownik Katedry i
Zakładu Ortodoncji Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Życiorys:

30 marzec 1987r. – urodzona we Wrocławiu

2006r. – ukończenie VII Liceum Ogólnokształcącego im. Krzysztofa Kamila Baczyńskiego we Wrocławiu

2011r. – uzyskanie dyplomu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

2014r. – uzyskanie licencjatu w Wyższej Szkole Filologicznej we Wrocławiu

2017r. – zakończenie studiów doktoranckich na wydziale Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Praca zawodowa:

wrzesień 2011 -wrzesień 2013 praca w Katedrze Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji w ramach wolontariatu

październik 2013 - styczeń 2017 – doktorantka w Katedrze Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji

od 02.01.2017r. – asystent w Katedrze Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji
od styczeń 2013 – Indywidualna Praktyka Stomatologiczna

Dorobek naukowy

1. *Potrzeba leczenia ortodontycznego w Polsce wśród 10 i 15-latków; W: Zagrożenie życia i zdrowia człowieka; red. nauk. Józef Tatarczuk, Bożena Zboina, Paweł Dąbrowski; Lublin: NeuroCentrum, 2017; s.63-72 Pkt. MNiSW/KBN: 5.000*
2. aut. oprac. *Monitoring zdrowia jamy ustnej: monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015: ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań w populacji polskiej w wieku 3, 10 i 15 lat w 2015 roku; Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 2016; 343 s. Pkt. MNiSW/KBN:25.000*
3. *The etiology and treatment of posterior crossbite in children; W:Wellness and health; sci. ed. Wiesław Kurlej, Grażyna Nowak-Starz; Lublin : NeuroCentrum, 2015; s.373-381; (Health and wellness; 1/2015; ISSN 2300-0740) Pkt. MNiSW/KBN:5.000*
4. *Dental anomalies in the incisor-canine region in patients with cleft lip and palate - literature review; Dev.Period Med. 2014 Vol.18 no.1; s.66-69 Pkt. MNiSW/KBN: 7.000*
5. *Comparison of dental age using Demirjian's method in children with cleft lip, alveolus and palate with non-cleft children; Dent.Med.Probl. 2011 Vol.48 no.3; s.388-392 Pkt. MNiSW/KBN:6.000*

Publikacje: 5

Wystąpienia: 6

Pkt. MNiSW/KBN łącznie: 48

Streszczenie

Wstęp: Ostatnie badania monitoringowe dzieci polskich w wieku dziesięć i piętnaście lat wykazały, że kwalifikowanie pacjentów do leczenia ortodontycznego powinno przebiegać na podstawie obiektywnych wskaźników, a nie w sposób subiektywny, czyli poprzez ocenę lekarza i wiek pacjenta (zasady określone przez NFZ). Najnowsze doniesienia dotyczące częstotliwości występowania wad zgryzu wśród dzieci i młodzieży w Polsce wykazały, że prawie u wszystkich badanych rozpoznano wady zębowo-zgryzowe. W ocenie potrzeb leczniczych tylko połowa z nich wymaga terapii ortodontycznej, z czego około 27% - bezwzględnie. Ze względu na brak stosowania wskaźników parametryzacji oceny wad zgryzu w kwalifikacji do leczenia refundowanego w Polsce wydaje się koniecznym stworzenie prostej, obiektywnej i powtarzalnej metody analizy wad potrzeby podjęcia terapii. Spośród stosowanych na świecie wskaźników najczęściej stosowane w badaniach epidemiologicznych są IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need) oraz DAI (Dental Aesthetic Index). Analiza zastosowania tych metod oceny potrzeb leczniczych stała się inspiracją do prowadzonych badań.

Cel: Określenie najbardziej optymalnej metody kwalifikacji do leczenia ortodontycznego

- 1) Porównanie sposobu kwalifikacji do leczenia ortodontycznego, z metodami stosowanymi w innych krajach europejskich
- 2) Ustalenie kryteriów oceny wad zębowo-zgryzowych na podstawie wskaźników ortodontycznych, i kwalifikacji pacjentów do leczenia ortodontycznego.

Materiał: Materiał stanowiła dokumentacja dzieci 10 i 15-letnie z województwa dolnośląskiego, które brały udział w badaniu monitoringowym w roku 2015. Łącznie zbadano w województwie dolnośląskim 400 osób, w tym 200 dziesięciolatków i 200 piętnastolatków uczących się w szkołach w gminach wiejskich oraz miejskich.

Metodyka: Do analizy wykorzystano kartę badania, modele diagnostyczne oraz zdjęcia fotograficzne zewnętrzne i wewnętrzne. Dodatkowo włączono dane ankietowe dotyczące nawyków oraz parafunkcji, jak i leczenia ortodontycznego. Czynnikiem wykluczającym były osoby leczone, aparatami stałymi w trakcie trwania badania. W analizie modeli oceniono klasy Angle'a i kłowe, nagryzy poziomy i pionowy, zgodność linii pośrodkowej z linią pośrodkową twarzy, określono występujące zaburzenia zgryzu według klasyfikacji Orlik-Grzybowskiej i Ackermana-Proffita. W badaniach oceniających rodzaj i częstość występowania wad zgryzu wykorzystano skalę DHC wskaźnika IOTN oraz wskaźnik DAI. Wyniki badań zostaną poddane analizie statystycznej.

Wyniki: Stosując klasyfikację Orlik-Grzybowskiej częstość występowania wad zgryzu stwierdzono u 86,5% dziesięciolatków oraz 88,5% piętnastolatków (łącznie 87,5%). W młodszej grupie najczęściej obserwowano tyłozgryzy (42%), z czego dominującym był tyłozgryz całkowity z wychyleniem zębów siecznych (23,5%). W starszej grupie przeważały wady zębowe – 34%. W odniesieniu do klasyfikacji Ackermana-Proffita, najczęściej obserwowano zaburzenia strzałkowe (31%) w grupie dziesięciolatków, natomiast piętnastolatki charakteryzowały się zgryzem prawidłowym (33%).

Według skali MOCDO komponenty DHC wskaźnika IOTN u dziesięciolatków dominował zmieniony nagryz poziomy (Overjet - 48%), natomiast w starszej grupie przeważały przesunięcia w obrębie punktów stycznych (Displacement - 41%). Według wskaźnika IOTN brak potrzeby leczenia występuje u 54,3% zbadanych pacjentów. Co więcej w młodszej grupie bezwzględnej konieczności rozpoczęcia terapii wymaga 27%, w starszej 25,5%. Oznacza to, że jedynie u 1/4 spośród zbadanej grupy należy natychmiast rozpocząć leczenie ortodontyczne.

Wartości liczbowe wskaźnika DAI w obu grupach wiekowych były do siebie bardzo zbliżone, przy czym młodszej wahały się one w zakresie 15-48, w starszej 14-54, dając niemal identyczną średnią – odpowiednio 25,9 oraz 25,1. Jeżeli chodzi o potrzebę leczenia określoną przez ten wskaźnik to była ona bardzo zbliżona do wartości zaobserwowanych przy wskaźniku IOTN. Brak wskazań zaobserwowano u 55% spośród badanych dzieci, przy czym 25% dziesięciolatków i 23% piętnastolatków bezwzględnie wymagało rozpoczęcia leczenia ortodontycznego.