

lek. dent. Marcin Siemiątkowski

**Wiarygodność badań epidemiologicznych chorób
przyzębia na przykładzie trzech różnych populacji
w wieku 65–74 lat.**

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: dr hab. n. med. Jan Kowalski
Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia
Warszawski Uniwersytet Medyczny



**Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Warszawa 2021

Siemiątkowski
lek. stom. Marcin Siemiątkowski
specjalista periodontolog
Warszawa
4458178

3197908 | dr hab. n. med. JAN KOWALSKI, strona | 1
spec. stomatologia ogólna
specjalista periodontolog
05-870 Błonie, ul. Piłsudskiego 2/4

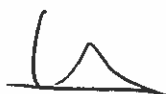
Wiarygodność badań epidemiologicznych chorób przyzębia na przykładzie trzech różnych populacji w wieku 65–74 lat

Wprowadzenie: Badania epidemiologiczne są klasycznym źródłem informacji dotyczących problemów zdrowotnych. Pozwalają określać ich rozprzestrzenienie w poszczególnych populacjach, dynamikę zachorowań, a także poszukiwać potencjalnych czynników przyczynowych lub czynników ryzyka. Zdobyta na ich podstawie wiedza pozwala na ocenę sytuacji zdrowotnej danej populacji na przestrzeni lat, planowanie odpowiednich działań w zakresie zdrowia publicznego, a wreszcie weryfikację ich skuteczności. Ich interpretacja wymaga jednak ostrożności, gdyż łatwo o popełnienie błędów dotyczących metodologii i wnioskowania.

Kluczowe znaczenie dla rzetelnego odzwierciedlenia faktycznej sytuacji ma między innymi reprezentatywność badanej grupy dla populacji, na którą uogólniamy wnioski z badania. Choroby jamy ustnej, w tym choroby przyzębia, nie są uwzględniane w ogólnokrajowych rejestrach medycznych. Dane dotyczące tych chorób nie są też rutynowo przekazywane przez placówki prowadzące leczenie pacjentów dotkniętych chorobami przyzębia. Stąd kluczowe znaczenie mają badania epidemiologiczne, między innymi te prowadzone w ramach Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej, prowadzonego co roku pod egidą Ministerstwa Zdrowia. W przypadku osób dorosłych badanie jamy ustnej w ramach Monitoringu odbywa się przede wszystkim w przychodniach uczelni medycznych. Wylosowane osoby są zapraszane listownie lub telefonicznie do umówienia się na wizytę, podczas której przeprowadzane jest badanie. Doświadczenie autora, związane z udziałem w programie, wskazuje jednak na znaczny odsetek odmów udziału w badaniu, a przyczyny wskazywane przez respondentów sugerują możliwy wpływ tych odmów na ostateczne wyniki badania.

Cel pracy: Wobec przedstawionej we wstępie roli systematycznej oceny stanu zdrowia jamy ustnej poszczególnych grup wiekowych, a także szczególnego znaczenia grupy wiekowej 65–74 lata, jako osób, u których dochodzi już do kumulacji zarówno wcześniejszych ewentualnych zaniedbań dotyczących jamy ustnej, jak i dotyczących szczególnie osoby starsze przewlekłych chorób ogólnoustrojowych, sformułowano następujące cele niniejszego badania:

1. Ocena ogólnego stanu zdrowia jamy ustnej, w tym odsetka osób bezzębnych, średniej liczby zachowanych zębów, higieny jamy ustnej oraz frekwencji i intensywności próchnicy u mieszkańców Warszawy w wieku 65–74 lat.
2. Ocena stanu przyzębia z zastosowaniem wskaźnika Community Periodontal Index oraz kryteriów zapalenia przyzębia według Eke i Page'a.
3. Porównanie stanu przyzębia mieszkańców Warszawy z wynikami badań epidemiologicznych prowadzonych w skali Polski, a także z analogicznymi grupami wiekowymi w innych państwach, ze szczególnym uwzględnieniem krajów europejskich.
4. Identyfikacja najważniejszych czynników ryzyka, korelujących ze stanem przyzębia w badanej grupie.



5. Ocena reprezentatywności próby badanej dla populacji Polski w oparciu o dane demograficzne publikowane przez Główny Urząd Statystyczny i inne instytucje.

Materiał i metody: Badaniem objęto trzy grupy pacjentów w wieku 65–74 lat, zamieszkałych w Warszawie i okolicach. Pierwszą grupę stanowili pacjenci, którzy odpowiedzieli na zaproszenie do udziału w Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej, badani w Zakładzie Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Grupa ta liczyła 113 osób. Drugą grupę stanowili pacjenci przebywający w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych – w tym rezydenci Domów Pomocy Społecznej w Warszawie oraz pacjenci hospitalizowani z powodu chorób przewlekłych w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSW w Warszawie. Włączenie tej grupy, liczącej 86 badanych, pozwoliło na objęcie badaniem osób, które mogły mieć trudności z dotarciem do placówek stomatologicznych, którym nie pozwalał na to stan zdrowia, nie przywiązujących szczególnej wagi do zdrowia jamy ustnej, a także osób bezzębnych, które często odmawiają udziału w badaniu w ramach Monitoringu. Trzecią grupę stanowili pacjenci zgłaszający się na wizyty ambulatoryjne do Poradni Chirurgii Stomatologicznej Szpitala Bielańskiego w Warszawie. Grupa ta liczyła 57 badanych. Włączenie tej grupy miało na celu objęcie badaniem osób, które mogą nie mieć świadomości dotyczącej znaczenia chorób przyzębia, wykazują jednak pewne zainteresowanie stanem zdrowia jamy ustnej ogółem.

Każdy badany odpowiadał na pytania ogólne oraz dotyczące znanych czynników ryzyka chorób zębów i przyzębia, takich jak niektóre choroby ogólnoustrojowe. Higienę jamy ustnej oceniano na podstawie wskaźników *Plaque Index* oraz *Approximal Plaque Index*. W badaniu stomatologicznym oceniano liczbę zachowanych zębów, występowanie próchnicy (wskaźnik PUW i jego składowe), wskaźnik krwawienia dziąseł, głębokość sondowania kieszonek przyzębnych, poziom klinicznego położenia przyczepu oraz liczbę i odsetek kieszonek powyżej 4 mm, dodatkowo wyróżniając te z nich, w których występowało krwawienie przy zgłębnikowaniu. Badanych klasyfikowano zgodnie ze wskaźnikiem Community Periodontal Index (CPI) oraz z kryteriami diagnostycznymi wg Eke i Page'a. Plan badania został zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną (KB 24/2011).

Wyniki: Analiza wyników przeprowadzonych badań wskazuje na znaczne zróżnicowanie trzech wybranych subpopulacji w wieku 65–74 lat pod względem zarówno wyników badania ankietowego, jak i badania przedmiotowego. Widoczne są znamienne statystycznie różnice pomiędzy tymi subpopulacjami pod względem liczby zachowanych zębów, liczby zębów z próchnicą lub wypełnieniami, wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy, liczby sekstantów bezzębnych, wskaźnika płytki nazębnej, średniej głębokości kieszonek przyzębnych i klinicznej utraty przyczepu, a także klasyfikacji zgodnie z CPI. Analiza zgodnie z wytycznymi Eke i Page'a również wskazywała na pewne rozbieżności między badanymi subpopulacjami, choć różnice między nimi nie były znamienne statystycznie.

Oceniając częstość występowania w badanej populacji zapalenia przyzębia zgodnie z definicjami wg Eke i Page'a stwierdzono brak zapalenia przyzębia zaledwie u 16,4% badanych. Jedna piąta badanych była wyłączona z tej oceny ze względu na zbyt małą liczbę zachowanych zębów. Zapalenie przyzębia rozpoznano u 63,7% badanych. Postać



umiarkowaną stwierdzono u 37,1%, zaś postać ciężką u 26,6% ogółu badanych. W zależności od podgrupy częstość występowania zapalenia przyzębia w badanej grupie wiekowej wahała się od 40,4% do 79,7%, w tym postać ciężka dotyczyła od 15,8% do aż 36,3% badanych.

W klasyfikacji CPI kod 1, wskazujący na występowanie krwawienia z dziąseł bez pogłębionych kieszonek, uzyskano u 8,6% ogółu badanych (od 1,8% do 11,5%, w zależności od subpopulacji). Kod 3, wskazujący na umiarkowane zmiany w obrębie przyzębia, dotyczył 28,5% (od 17,4% do 37,2% w poszczególnych podgrupach). Częstość przypisywania kodu 4, odpowiadającego najwyższemu zaawansowaniu choroby przyzębia, była zbliżona do wyników uzyskanych w oparciu o kryteria Eke i Page'a – wynosiła średnio 27,3%, w tym w poszczególnych subpopulacjach od 7,1% do 30,2%.

Ocena badanej grupy pod względem reprezentatywności dla ogólnej populacji osób zamieszkałych w Polsce w wieku 65–74 lat nie przynosi jednoznacznych wyników. Wśród osób wyrażających zgodę na badanie periodontologiczne stwierdzono między innymi niższy niż w populacji ogólnej odsetek mężczyzn (37,9% vs 43,4–45,3% w populacji ogólnej) i nadreprezentację osób o wykształceniu wyższym (średnio 31,1%, przy średniej według GUS dla badanej grupy wiekowej 9,5%), przy jednocześnie bardzo niskiej reprezentacji grupy o wykształceniu podstawowym (11,1% przy średniej wg GUS 60,0%).

Badana grupa dość dobrze odzwierciedlała natomiast rozkład czynników ryzyka chorób przyzębia w stosunku do populacji kraju. Odsetek osób palących nie wykazywał wyraźnych odchyżeń w stosunku do danych dla populacji ogólnej (16,3% obecnie palących wśród badanych vs 13% wg GUS), lecz stwierdzono duże rozbieżności pomiędzy poszczególnymi podgrupami (od 8,0% do 25,9% palących). Podobne wyniki uzyskano dla cukrzycy, której ogólna częstość była zbliżona do danych dla kraju (22,4% vs 18,7% wg Eurostatu), wyniki dla poszczególnych grup wahały się od 15,0% do 33,7%. Bardziej spójne wyniki uzyskano natomiast w odniesieniu do masy ciała – odsetek osób otyłych wg Eurostatu w badanej grupie wiekowej wynosił 28,4%, zaś w badaniu własnym było to 22,5% (16,7–25,7%).

Podsumowanie: W badanej grupie mieszkańców Warszawy w wieku 65–74 lat stwierdzono znaczny odsetek osób bezzębnych (15,6%), niską liczbę zachowanych zębów (średnio $11,8 \pm 8,5$), wysoką intensywność próchnicy (mediana PUW = 21) i niezadowalającą higienę jamy ustnej (wskaźnik płytki $70,9\% \pm 28,5$ p.p.). Ogółem zapalenie przyzębia zdiagnozowano u 63,7% badanych. Najcięższa postać choroby przyzębia występowała u ponad jednej czwartej badanych. Stan przyzębia osób w wieku 65–74 lat w krajach Europy jest bardzo zróżnicowany, a Polska wypada przeciętnie pod względem ogólnej frekwencji chorób przyzębia. Najważniejszymi czynnikami korelującymi ze stanem przyzębia były: poziom wykształcenia, zabiegi higieniczne, częstość wizyt u lekarza dentystry, korzystanie z prywatnej opieki stomatologicznej, wysokość dochodu oraz choroby układu sercowo-naczyniowego. Porównanie rozkładu zmiennych demograficznych z dostępnymi danymi GUS i Eurostat potwierdziło trudności w uzyskaniu próby reprezentatywnej dla populacji, związane z wysokim odsetkiem odmów udziału w badaniu, mimo starannie zaplanowanego losowego doboru zaproszonych osób.

