

## Streszczenie

Choroby przyzębia to niespecyficzne określenie oznaczające chorobę lub proces chorobowy, które dotyczy przyzębia. Jest to różnorodna grupa chorób z podobną etiologią, różnorodnym przebiegiem, rokowaniem i różną odpowiedzią na konwencjonalną terapię. Ze względu na powszechność występowania oraz ich skutki, choroby przyzębia zaliczane są do chorób społecznych. Zapalenie przyzębia jest najczęściej występującą chorobą zapalną jamy ustnej i najczęstszą po próchnicy chorobą dotyczącą uzębienia. Jest jedną z dziesięciu największych i najczęstszych przewlekłych infekcji i jedną z najbardziej przewlekłych chorób zakaźnych.

Czynniki ryzyka zapalenia przyzębia są przedmiotem rozważań badań epidemiologicznych. Z praktycznego punktu widzenia najbardziej użyteczny jest podział na czynniki niemodyfikowalne i modyfikowalne, które należy kontrolować w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Jak w wielu chorobach społecznych niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka zapalenia przyzębia są; wiek, płeć, uwarunkowania genetyczne. Czynniki modyfikowalne to: nieswoiste i swoiste bakterie, zespół uzależnienia od tytoniu, wybrane choroby ogólne (cukrzyca, otyłość, osteoporoza), niektóre niedobory pokarmowe, czynniki socjalno-ekonomiczne oraz stres. Zaawansowanie i progresja zapalenia przyzębia jest wieloczynnikowa, zależna od ilości mikroorganizmów i wrażliwości gospodarza, a ciężar choroby i jej postęp są modyfikowane czynnikami środowiskowymi i behawioralnymi.

Najważniejszym celem przeprowadzonych badań była ocena wpływu czynników środowiskowych oraz ogólnoustrojowych na stan przyzębia mieszkańców Białegostoku wieku 35-44 lat. Dodatkowymi celami były: ocena stanu przyzębia tychże mieszkańców, wskazanie stomatologicznych potrzeb leczniczych badanej grupy i wypracowanie algorytmu interdyscyplinarnej opieki lekarsko-dentystycznej.

Badanie przeprowadzono wśród mieszkańców Białegostoku w wieku 35-44 lata, przebadano 272 osoby, w tym 153 kobiety (56,25%) i 119 mężczyzn (43,75%). Badania kliniczne przeprowadzono w Zakładzie Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i NZOZ Agmed, ul. Piasta 10/2, Białystok w okresie od stycznia 2011 roku do grudnia 2013 roku.

Z badania ankietowego uzyskano informacje dotyczące warunków socjalnych – miejsce zamieszkania i wysokość dochodu, wykształcenia, nałogu palenia papierosów (liczba

wypalanych papierosów dziennie, czas aktywnego palenia), ogólnego stanu zdrowia (informacje o chorobach ogólnych), dane dotyczące wagi i wzrostu pacjenta.

Zmierzono pacjentom obwód tali i bioder. Na podstawie zebranych danych wyliczono wskaźnik masy ciała (BMI) i stosunek obwodu talii do obwodu bioder (WHR).

Badanie kliniczne przeprowadzono w sztucznym oświetleniu, przy użyciu lusterka stomatologicznego i sondy periodontologicznej PCPUNC 15 (Hu-Friedy, USA), ze skalą w milimetrach. Ocenie poddano liczbę zębów naturalnych (nie uwzględniając trzecich zębów trzonowych), liczbę implantów oraz zębów, na których osadzone były stałe uzupełnienia protetyczne, a punktem odniesienia dla określenia CAL był brzeg uzupełnienia protetycznego (korony, licówki). Jeśli pomiar PD lub CAL występował pomiędzy pełnymi milimetrami zaokrąglenie następowało do najbliższego pełnego milimetra.

Oceniono zmiany na błonie śluzowej i wskaźnik PSR (Periodontal Screening and Recording)). Zdrowie lub patologie w przyzębiu (gingivitis/periodontitis) rozpoznano w oparciu o kryteria najnowszej klasyfikacji World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions, która dodatkowo koreluje status przyzębia z ogólnym stanem zdrowia. Do oceny przyzębia posłużyły: wskaźnik płytki (PI wg O'Leary), aproksymalny wskaźnik płytki według Lange (API), wskaźnik krwawienia po sondowaniu (BOP), głębokość sondowania (PD), kliniczne położenie przyczepu (CAL) oraz zmierzono wysokość i oznaczono klasę recesji.

Średnie wartości badanych parametrów przedstawiały się następująco PI  $43,9\% \pm 24,00$ , API  $49,28\% \pm 27,26$ , BOP  $28,98\% \pm 21,16$ , PD  $2,29 \pm 1,06$  mm, CAL  $2,49 \pm 1,24$  mm. Najliczniejszą grupę stanowili badani z PSR 3, recesje wystąpiły u prawie 60% badanych, u prawie 47% zdiagnozowano stadium III zlokalizowane.

Wykazano wpływ płci na stan przyzębia. U mężczyzn odnotowano wyższe wartości API, BOP (bez istotności statystycznej), wyższe wartości PD ( $p=0,0004$ ) i CAL ( $p=0,004$ ). U mężczyzn częściej występował kod PSR 4 ( $p=0,0009$ ), stwierdzono wyższy odsetek mężczyzn z recesją klasy IV, również w przypadku stadium wykazano tendencję do wyższych wartości u mężczyzn ( $p=0,006$ ).

Sformułowano następujące wnioski:

1. **Stan higieny jamy ustnej i przyzębia wśród mieszkańców Białegostoku w wieku 33-44 lat jest niezadowalający.** Wysokie wartości wskaźników higieny (PI  $43,9\% \pm 24,00$ , API  $49,28\% \pm 27,26$ ) i zapalenia (BoP  $28,98\% \pm 21,16$ ) wskazują na

konieczność poprawy nawyków higienicznych. Najliczniejszą grupę badanych (52,6%) stanowili pacjenci ze wskaźnikiem PSR 3, co wskazuje na potrzebę profesjonalnego usuwania kamienia i płytki nazębnej, a także wymaga specjalistycznej opieki periodontologicznej.

2. **W badaniu wykazano, że płeć ma związek ze stanem przyzębia.** Wszystkie oceniane parametry (API, BOP, PD, CAL, PSR, klasy recesji, stadium) wykazały wyższe wartości w grupie mężczyzn. Istotność statystyczną wykazano przy wartościach PD ( $p=0,0004$ ), CAL ( $p=0,004$ ), PSR 4 ( $p=0,0009$ ) i stadium choroby przyzębia ( $p=0,006$ ).
3. **Analiza stanu przyzębia w kontekście dochodu wskazała na tendencję, że im wyższy dochód tym lepszy stan przyzębia.** Najniższą średnią wartość wskaźnika BOP odnotowano w 3 grupie dochodowej, istotność statystyczna wystąpiła przy porównaniu grupy 1 i 3 ( $p=0,0001$ ) oraz grupy 2 i 3 ( $p=0,0001$ ). Podobną sytuację zauważono przy porównaniu rozkładu średniej wartości PD u pacjenta; najniższe wartości wystąpiły w 3 grupie dochodowej, porównując z grupą 1 ( $p=0,013$ ) i z grupą 2 ( $p=0,03$ ). Istotność statystyczną uzyskano porównując rozkład średniej wartości CAL dla grup 3 i 1 ( $p=0,008$ ) oraz 3 i 2 ( $p=0,0384$ ). Porównując grupę dochodową i ilość recesji wykazano, że liczba osób z recesjami istotnie maleje ( $p=0,02$ ) ze wzrostem dochodu.
4. **W badaniu wykazano, że palenie ma wpływ na stan przyzębia.**  
Najgorszy stan higieny jamy ustnej i najwięcej objawów zapalenia, wyrażonych wskaźnikami API i BOP, mieli aktywni palacze. Istotną statystycznie różnicę ( $p=0,025$ ) wykazano przy porównaniu średnich wartości API aktywnych i byłych palaczy, na niekorzyść tych pierwszych. Istotnie statystycznie ( $p=0,013$ ) różnice w odniesieniu do wartości CAL wykazano także między osobami, które nigdy nie paliły, a obecnie palącymi. Podobne wyniki uzyskano także w przypadku stadium. W grupie aktywnych palaczy odnotowano znamienne gorsze wyniki w porównaniu z grupą osób nigdy niepalących, przy  $p=0,014$ .
5. **Wykształcenie ma wpływ na stan przyzębia i higieny jamy ustnej.** Im wyższe wykształcenie, tym lepsza higiena jamy ustnej (API, BOP) i korzystne wartości ocenianych parametrów przyzębia. Im wyższe wykształcenie, tym istotnie mniejsza wartość CAL i PD, mniej liczne wysokie klasy recesji, mniejszy odsetek pacjentów ze stadium 4.
6. **Im wyższa waga, powyżej poziomu wagi prawidłowej, tym wartości API i BOP wyższe, czyli gorsza higiena jamy ustnej i większe objawy zapalenia.** Podobnie

analogie ( zależności) dotyczą : głębokości sondowania ( PD) , stadium, CAL, klasy recesji oraz PSR.

7. Najczęściej deklarowanym (występującymi) schorzeniem były choroby serca i układu krążenia, było to 31 osób, co stanowiło 52,5 % osób z chorobą ogólną.  
BOP był istotnie statystycznie wyższy w grupie osób deklarujących występowanie chorób ogólnych ( $p = 0,003$ ), podobnie w przypadku średniej wartości CAL ( $p = 0,014$ ) jak również średniej wartości PD ( $p=0,039$ ).
8. Reasumując: oceniając wszystkie powyższe wyniki można stwierdzić, że najbardziej jednoznaczny wpływ na stan przyzębia ma nałóg palenia, wykształcenie, nadwaga/otyłość i obciążenie chorobami ogólnoustrojowymi
9. Spośród wysłanych 2000 zaproszeń, na badanie zgłosiło się jedynie 272 mieszkańców Białegostoku. Niski i niezadowalający wskaźnik zgłaszalności, który w przedstawionym badaniu wyniósł zaledwie 13,6%, świadczy o niskiej świadomości znaczenia zdrowia jamy ustnej i jego wpływu na zdrowie całego organizmu. Sugeruje także brak chęci zdobycia wiedzy dotyczącej aktualnego stanu przyzębia, uzyskania informacji dotyczącej profilaktyki, jak i leczenia chorób przyzębia. Niska świadomość dotycząca dbałości o zdrowie jamy ustnej znajduje odzwierciedlenie w otrzymanych wartościach wskaźników higieny jamy ustnej.
10. Konieczne wydaje się wdrożenie programów profilaktycznych i leczniczych ukierunkowanych na zmianę zachowań na prozdrowotne, takie jak poprawa higieny jamy ustnej, zwalczanie nikotynizmu, walka z otyłością i nadwagą czy podniesienie świadomości korelacji stanu zdrowia jamy ustnej i chorób ogólnoustrojowych.