

Tomasz Konopka¹, Elżbieta Dembowska², Małgorzata Pietruska³,
Paweł Dymalski⁴, Renata Górka⁵

STAN PRZYŻĘBIA I WYBRANE WYKŁADNIKI STANU JAMY USTNEJ POLAKÓW W WIEKU OD 65 DO 74 LAT

¹Katedra i Zakład Periodontologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Zakład Periodontologii, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

³Zakład Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej,
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

⁴Prywatny Gabinet w Toruniu

⁵Zakład Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

STRESZCZENIE

WSTĘP. Celem badań była ocena stanu przyzębia za pomocą wskaźnika CPI u mieszkańców dużych i małych miast w wieku od 65 do 74 lat i porównanie z wynikami wcześniejszych badań polskich i europejskich z XXI wieku. Ponadto oceniano średnią liczbę zębów, odsetek bezzębia i odsetek osób z zachowaną funkcją żucia oraz występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej. Próbowano również ocenić wybrane podstawowe zachowania prozdrowotne dotyczące jamy ustnej oraz odsetek osób leczących się poza świadczeniami refundowanymi lub w ramach NFZ.

MATERIAŁ I METODY. Badania prowadzono na terenie 5 dużych miast w: Warszawie, Szczecinie, Wrocławiu, Białymstoku i Toruniu oraz 4 małych- Oławie, Policach, Łobzie i Ełku. Z wylosowanych 7400 osób w wieku od 65 do 74 lat na badanie zgłosiło się tylko 807 osób. W jamie ustnej oceniano wskaźnik CPI, liczbę zębów oraz występowanie zmian patologicznych na błonie śluzowej jamy ustnej. Na podstawie badania ankietowego uzyskiwano odpowiedzi na pytania dotyczące wybranych postaw i zachowań prozdrowotnych dotyczących jamy ustnej.

WYNIKI. Rozkład wartości kodów CPI w całej badanej grupie przedstawiał się następująco: CPI0- 1,2%, CPI1- 9,4%, CPI2- 16,6%, CPI3- 21,8%, CPI4- 19,7% i liczba osób wyłączonych z badań (1 ząb w sekstancie lub bezzębie- 31,3%). Stan przyzębia był gorszy w dużych miastach i u mężczyzn. Średnia liczba zębów wynosiła 13,7 i była wyższa w dużych miastach oraz u mężczyzn. Odsetek bezzębia wynosił 28,9% i był wyższy w małych miastach oraz u kobiet. Odsetek osób z zachowaną funkcją żucia wynosił 25,15% i był wyższy w dużych miastach oraz u mężczyzn. Trzy najczęstsze patologie błony śluzowej jamy ustnej to leukoplakia i leukokeratozy, które stwierdzono u 10,5% badanych, następnie grzybice jamy ustnej- 5,82% oraz liszaj płaski 2,2%.

PODSUMOWANIE. Stan przyzębia Polaków w wieku od 65 do 74 lat w XXI wieku nie poprawia się, ale nie odbiega zasadniczo od średniego poziomu europejskiego. Średnia liczba zachowanych zębów Polaków w tej grupie zwiększa się, ale pozostaje poniżej średniej europejskiej; odsetek bezzębia się zmniejsza, ale pozostaje nadal wśród najwyższych w Europie. Odsetek osób z zachowaną funkcją żucia jest bardzo niski i w związku z tym potrzeby w zakresie leczenia protetycznego oraz rehabilitacji narządu żucia pozostają wysokie. W tej grupie wiekowej dość częste jest występowanie zmian przednowotworowych w jamie ustnej. Zachowania prozdrowotne względem jamy ustnej starszych Polaków są nieodpowiednie i wynikają z niskiego poziomu elementarnej wiedzy z zakresu profilaktyki stomatologicznej.

Słowa kluczowe: badanie epidemiologiczne stanu jamy ustnej, choroby przyzębia, utrata zębów, choroby błony śluzowej jamy ustnej, zachowania dotyczące zdrowia jamy ustnej

WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia znacząco zmieniła akcenty w periodontologicznych celach zdrowia jamy ustnej w grupie wiekowej 65-74 lata na rok 2020 w odniesieniu do 2010. O ile w roku 2010 zakładano jako cel aby bezzębnych osób w tym wieku było nie więcej niż 5%, 75% osób miało minimum 20 czynnościowo wydolnych zębów oraz, że nie powinno być więcej niż 0,5 sekstanta uzębienia z najwyższą wartością wskaźnika CPI (Community Periodontal Index) czyli 4 (1). Dla 2020 roku założenia są bardziej ogólne: zmniejszenie liczby zębów usuwanych z powodu próchnicy i zapaleń przyzębia, zmniejszenia odsetka osób z bezzębiem, zwiększenie liczby zachowanych zębów naturalnych i zwiększenie odsetka osób z minimum 20 zachowanymi zębami oraz zmniejszenie występowania zakażenia tkanek przyzębia i chorób błony śluzowej jamy ustnej (2). Jest to związane z odchodzeniem w badaniach epidemiologicznych od wskaźnika CPI jako prostej metody oceny stanu przyzębia z powodu jego licznych ograniczeń (3). Ocena tego wskaźnika umożliwia jednak odnoszenie badań współczesnych do wcześniejszych polskich i europejskich oraz zarysowanie trendu dotyczącego poprawy stanu przyzębia. Bardzo istotne dla tej grupy wiekowej jest również ocena liczby zębów w jamie ustnej oraz podanie odsetka bezzębia i odsetka osób z zachowaną funkcją żucia, czyli posiadających 21 naturalnych zębów.

Badania kohortowe na ogół potwierdzały znaczenie zapalenia przyzębia jako niezależnego czynnika ryzyka dla miażdżycy naczyń, choroby wieńcowej, zawału mięśnia sercowego, a nawet zgonu z powodu choroby wieńcowej. Metaanaliza 7 badań kohortowych z lat 1993-2003 odnosząca się do 35 681 pacjentów potwierdziła istotny związek pomiędzy zapaleniem przyzębia a wystąpieniem choroby wieńcowej serca (skumulowany RR-1,21; 1,01-1,51, $p=0,048$) przy uwzględnieniu znanych czynników zakłócających (wiek, płci, nikotynizmu, BMI) (4). Tylko ten przykład pokazuje znaczenie zapaleń przyzębia dla chorób sercowo-naczyniowych, które jak wiadomo są pierwszą przyczyną zgonu dorosłych Polaków. Dlatego obserwacje dotyczące występowania periodontopatii oraz liczby zębów w grupie wiekowej od 65 do 74 lat z jednej strony odzwierciedlają wyniki dotychczasowych starań podejmowanych w ramach profilaktyki i leczenia stomatologicznego, z drugiej mogą tłumaczyć przebieg kliniczny wielu chorób cywilizacyjnych np. cukrzyca, miażdżycy czy osteoporozy. W XXI wieku stomatologiczne ponadregionalne badania epidemiologiczne dotyczące tej grupy wiekowej w Polsce przeprowadzono w 2002 i 2009 roku (5).

Celem obecnych badań była ocena stanu przyzębia za pomocą wskaźnika CPI u mieszkańców dużych i małych miast w wieku od 65 do 74 lat i porównanie go z wcześniejszymi badaniami polskimi i europejskimi z XXI wieku. U osób w tym wieku oceniano średnią liczbę zębów, odsetek bezzębia i odsetek osób z zachowaną funkcją żucia. Badano także występowanie chorób błony śluzowej jamy ustnej. Oceniano również podstawowe zachowania prozdrowotne dotyczące jamy ustnej oraz odsetek osób leczących się poza świadczeniami refundowanymi lub w ramach NFZ.

MATERIAŁ I METODY

Badania prowadzono na terenie 5 dużych miast w: Warszawie, Szczecinie, Wrocławiu, Białymstoku i Toruniu oraz 4 małych- Oławie, Policach, Łobzie i Elku. Dla każdego z dużych miast w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji metodą losowania dwuwarstwowego wyłoniono grupę tysiąca osób w wieku od 65 do 74 lat, a dla małych miast wyłoniono w ten sam sposób grupy 600 osób. Do badania wylosowano zatem łącznie 7400 osób. Dane te przekazano kierownikom badań w poszczególnych województwach, aby zaprosili (listownie i telefonicznie) te osoby do wzięcia udziału w badaniu w stacjonarnych gabinetach stomatologicznych. W okresie pomiędzy 15 października 2013 a 31 stycznia 2014 na badania zgłosiła się następująca liczba osób: Warszawa- 199, Szczecin- 198, Wrocław- 147, Białystok- 72, Toruń- 39, Oława- 46, Police- 41, Łobez- 30 i Elk 35 osób. Łącznie zbadano 807 osób (455 kobiet i 352 mężczyzn), czyli zgłaszalność na badanie wyniosła 10,9%. Osoby te wyraziły zgodę na uczestniczenie w badaniu i przetwarzanie uzyskanych danych, podpisując odpowiednie oświadczenia zatwierdzone przez Komisję Bioetyczne w uniwersytetach medycznych w Warszawie, Szczecinie, Wrocławiu i Białymstoku. Kryteriami wykluczenia były przeciwwskazania ogólne (np. bakteryjne zapalenie wsierdzia w wywiadzie) i miejscowe (np. ostry stan zębopochodny) do badania periodontologicznego.

Badania prowadzono w sztucznym oświetleniu, używając lusterka stomatologicznego oraz periodontometru 621 WHO. Sonda ta z jednej strony wycechowana jest co 1 mm, z drugiej odcinkowo do 3,5 mm, od 3,5 do 5,5 mm, 8,5 i 11,5 mm i zakończona jest kulką o średnicy 0,5 mm. Z dokładnego badania anamnestycznego i klinicznego perio-stomatologicznego dla potrzeb tej pracy wybrano ocenę wskaźnika CPI, ocenę liczby zębów oraz występowania klinicznych zmian patologicznych na błonie śluzowej jamy ustnej. W poszczególnych sekstantach uzębienia (zębach przednich i bocznych po obu stronach łuku w szczęcie i zuchwie) oceniano najwyższą wartość kodu CPI. Przy

obliczeniu liczby zębów nie uwzględniano trzecich zębów trzonowych. Uzyskiwano także odpowiedzi na pytania dotyczące wybranych postaw i zachowań prozdrowotnych dotyczących jamy ustnej (częstość i przyczyna zgłaszania się do gabinetu stomatologicznego, częstość szczotkowania zębów w ciągu dnia, częstość wymiany szczoteczki do zębów w ciągu roku, nitkowanie przestrzeni międzyzębowych) oraz zakresu leczenia stomatologicznego (tylko w ramach NFZ, tylko w gabinecie nieprowadzącym leczenia w ramach NFZ lub mieszane) (karta badania – ryc. 1).

Wszyscy badający (specjaliści periodontolodzy) przeszli kalibrację w Zakładzie Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na początku badania. Badania prowadzono w ramach programu finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia „Ocena stanu zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowania w populacji polskiej w wieku 35-44 i 65-74 lat”.

WYNIKI

Rozkład wartości kodów CPI w całej badanej grupie przedstawiał się następująco: CPI0- 1,2%, CPI1- 9,4%, CPI2- 16,6%, CPI3- 21,8%, CPI4- 19,7% i liczba osób wyłączonych z badań (1 ząb w sekstancie lub bezzębie- 31,3%). Stan przyzębia był gorszy u mieszkańców dużych miastach (CPI0- 0,75% i CPI4- 21,9%) w odniesieniu do małych miast (CPI0- 3,64% i CPI4- 18,8%). Średnia liczba sekstantów z kodami CPI była następująca: CPI0- 0,5, CPI1-4 – 3,4, CPI2-4 – 2,7, CPI3-4 – 1,6, CPI4- 0,5; wyłączone 2,3. Stan przyzębia u mężczyzn był gorszy (CPI1-4 3,8 vs. 3,3, CPI4- 0,6 vs 0,4) przy większej liczbie sekstantów wyłączonych u kobiet (2,5 vs. 2,2).

Średnia liczba zębów w całej badanej grupie wynosiła 13,7 i była wyższa w dużych miastach (14,3 vs. 12,8) oraz u mężczyzn (14,4 vs. 12,6). Odsetek bezzębia wynosił 28,9% i był wyższy w małych miastach (29,8% vs. 27,9%) oraz u kobiet (30,5% vs. 27,5%). Odsetek osób z zachowaną funkcją żucia (minimum zachowanych 20 naturalnych zębów) wynosił 25,15% i był wyższy w dużych miastach (27,8% vs. 23%) oraz u mężczyzn (27,6% vs. 23,3%).

Trzy najczęstsze patologie błony śluzowej jamy ustnej diagnozowane klinicznie to leukoplakia i leukokeratozy, które stwierdzono u 10,5% badanych (z wyraźnym częstszym występowaniem u mężczyzn 13,9% vs 7,9%), następnie grzybice jamy ustnej- 5,82% oraz liszaj płaski 2,2%.

W badanej grupie 21,7% osób nie odwiedziło gabinetu stomatologicznego w ciągu roku, 32,8% odwiedziło gabinet raz, 20,8% dwa razy i 24,6% ponad dwa razy. Głównym powodem wizyty w gabinecie stomatologicznym był ból (48,8%). W badanej grupie

5,7% nie używało szczoteczki do zębów w ciągu dnia, 18% czyniło to raz dziennie, 50,2% dwa razy dziennie a 26% ponad dwa razy dziennie. Tylko 17,22% badanych regularnie nitkowało przestrzenie międzyzębowe. Aż 19,2% badanych nie użytkowało szczoteczki do zębów lub nie wymieniało jej w ciągu roku, 36,1% wymieniało raz szczoteczkę w ciągu roku, 22,5% dwa razy a 22,2% ponad dwa razy w roku. Po wyłączeniu 21,7% badanych, którzy nie korzystają z leczenia stomatologicznego pozostali to w 25,8% leczeni tylko prywatnie poza świadczeniami NFZ, 23,1% leczeni wyłącznie w ramach NFZ oraz 29,6% korzysta z leczenia refundowanego i niekiedy płaci za leczenie stomatologiczne. W zależności od typu opieki stomatologicznej (leczeni tylko za środki własne lub w ramach NFZ) u mieszkańców dużych miast stwierdzono dwukrotnie wyższą średnią liczbę zębów u leczących się za środki własne (18,9 vs. 9,1), w mniejszych miastach różnica ta też była znacząca, chociaż nie tak spektakularna (15,7 vs. 8,9).

DYSKUSJA

Porównanie stanu przyzębia wyrażonego wskaźnikiem CPI w polskich ponadregionalnych badaniach osób w wieku od 65 do 74 lat przedstawiono w tabeli I. Wyraźnie zaznacza się gorszy stan przyzębia w badaniach obecnych (najniższy odsetek osób z CPI 0 oraz zdecydowanie najwyższy ponad 41% odsetek osób z kieszonkami ponad 3,5 mm). Na wynik ten wpływ ma coraz wyższa liczba zachowanych zębów przez Polaków w tym wieku i utrzymywanie się przy nich objawów klinicznych zapalenia przyzębia. W obecnych badaniach oceniano wyłącznie mieszkańców miast, podczas gdy wcześniej obserwacje prowadzono także wśród mieszkańców wsi, u których liczba zębów jest niższa i stan przyzębia przez to lepszy. Odnotować należy, że nasze badanie prowadzili wyłącznie wykalibrowani specjaliści periodontolodzy, co w przeciwieństwie do wcześniejszych badań mogło wpływać na ocenę wskaźnika CPI. Potwierdzono wyniki wcześniejszych obserwacji (5) o gorszym stanie przyzębia u mężczyzn oraz u mieszkańców miast, co także należałoby wiązać z wyższą liczbą zębów u osób w tych grupach. W 2014 roku udało się zrealizować periodontologiczny cel zdrowia WHO na rok 2010 dla grupy wiekowej 65-74 lata- 0,5 sekstanta z CPI 4. Natomiast zwiększa się odsetek Polaków w tym wieku z aktywnym zakażeniem tkanek przyzębia.

W odniesieniu do narodowych i ponadregionalnych badań europejskich przeprowadzonych po 2000 roku w populacji osób od 65 do 74 lat lepszy stan przyzębia stwierdzono tylko na Węgrzech (2004) CPI3+4- 37,2% (26,2 i 11%) (6) i w Hiszpanii (2005) CPI3+4- 38%

(27,2 i 10,8%) (6). Gorszy stan przyzębia stwierdzono u Greków (2005) CPI3+4- 59,9% (44,5 i 15,4%) (7), Bułgarów (2002) CPI3+4- 63,5% (44,1 i 19,4%) (7), Duńczyków (2001) CPI3+4- 66% (46 i 20%) (8) i Niemców (2005) CPI3+4- 87,8% (48 i 39,8%) (9). Relatywnie dobry wynik Polski w skali Europy może wynikać z bardzo wysokiego odsetka sekstantów wyłączonych (w badaniach własnych 31,3%). Potwierdzają to obserwacje Słowaków z 2000 roku w wieku od 65 do 74 lat i wykazanie tylko 15% osób z kieszonkami przyzębnymi (CPI3+4) przy najwyżej na świecie w bazie WHO średniej liczbie sekstantów wyłączonych równej 4,3 (10). Analiza obecnej bazy WHO w Niigata University dotyczącej chorób przyzębia przekonuje o odchodzeniu od wykorzystywania wskaźnika CPI w badaniach epidemiologicznych. Znajdują się tam bowiem tylko cztery w miarę aktualne (Dania 2001, Węgry 2003, Niemcy 2005 i Hiszpania 2005) wyniki badań europejskich dla grupy 65-74 lata (10).

W odniesieniu do badań z 2002 i 2009 roku zauważalny jest znaczący, ponad dwukrotny wzrost liczby zachowanych zębów u Polaków w wieku od 65 do 74 lat (tabela II). Jest to bardzo korzystny trend w poprawie stanu jamy ustnej starszych Polaków. We wszystkich ostatnich badaniach polskich widoczne jest większe zachowywanie zębów u mężczyzn w tym wieku, obecnie średnia różnica wynosi około 2 zęby na korzyść płci męskiej i jest zbliżona do różnicy z badania w 2002 roku. Podobnie trwał jest trend większego zachowywania zębów przez mieszkańców dużych miast, we wcześniejszych badaniach obserwowano to w odniesieniu do mieszkańców wsi. Dzięki znaczącemu wzrostowi liczby zachowanych zębów w Polaków w wieku 65-74 lat na przestrzeni ostatnich 12 lat, kraj nasz uzyskał średnioeuropejski poziom w tym zakresie. Niższą liczbę zachowanych zębów mieli Węgrzy (2004)- 9,1 (11), Grecy (2005)- 11,1 (12) i Duńczycy (2001)- 12,4 (8); porównywalną odnotowano u Niemców (2005)- 13,6 (9) natomiast wyższą wykazano u Hiszpanów (2005)- 14,2 (6) i Szwajcarów (2002)- 17,6 (13). Dane porównawcze są niepełne, ponieważ często badania epidemiologiczne jamy ustnej osób po 60 roku życia prowadzono w innych grupach wiekowych. Główne przyczyny medyczne utraty zębów u dorosłych to próchnica i zapalenia przyzębia, zdecydowanie rzadziej są nimi wskazania ortodontyczne lub protetyczne oraz uraz. Próchnica jest zdecydowanie częstszą przyczyną ekstrakcji zębów niż periodontopatie. Dla przykładu rozkład przyczyn ekstrakcji zębów w populacji szkockiej był następujący: próchnica - 54%, zapalenia przyzębia - 15%, wskazania ortodontyczne - 9% i protetyczne 6%, reszta przyczyn była heterogenna i trudna do jednoznacznego ustalenia (14). W badaniach własnych wykazano zależność liczby zębów od rodzaju opieki stomatologicznej (leczący się wyłącznie prywatnie lub tylko w ramach NFZ), co

ma bezpośredni związek z uwarunkowaniami ekonomicznymi i szczególnie zaznacza się w środowiskach wielkomiejskich.

Kolejną bardzo korzystną obserwacją tej grupy wiekowej Polaków to bardzo znaczący spadek odsetka osób bezzębnych - w ciągu ostatnich 5 lat aż o 15% (tabela III). Po raz kolejny potwierdziły się obserwacje o wyższym bezzębiu u kobiet i mieszkańców małych miast, różnice te jednak się zmniejszają, szczególnie w odniesieniu do roku 2002, kiedy odnotowano prawie 8% wyższy odsetek bezzębia u kobiet i ponad 12% wyższy odsetek bezzębia u mieszkańców wsi. Pomimo tak znaczącej poprawy, prawie 29% odsetek bezzębia u Polaków w wieku 65-74 lat pozostaje jednym z najwyższych w Europie. W ostatnich 14 latach w dostępnym piśmiennictwie wyższy stwierdzono tylko w Grecji (2005) - 31,5% (12). W innych krajach bezzębie w tym wieku występowało zdecydowanie rzadziej: Niemcy (2006) - 22,6% (14), Węgry (2004) - 19,8% (11), Dania (2001) - 17,8% (8), Hiszpania (2005) - 16,9% (6) i Szwajcaria (2002) - 13,2% (13). We wszystkich tych krajach odsetek bezzębia się obniża przez ostatnie dwie dekady, a w większości tych krajów bezzębie jest także częstsze u kobiet, przy czym różnica ta coraz bardziej się zaciera (15). Pomimo tego utrzymują się dość znaczące różnice w występowaniu bezzębia pomiędzy krajami europejskimi, jak również pomiędzy regionami geograficznymi wewnątrz krajów a także pomiędzy grupami różniącymi się poziomem wykształcenia, miejscem zamieszkania, dochodem i stylem życia.

Występowanie przynajmniej 20 zachowanych naturalnych zębów świadczące o zachowanej funkcji żucia dotyczyło około 25% wszystkich badanych przez nas osób i było wyższe o 4% u mężczyzn oraz o prawie 5% w dużych miastach. Jest to wynik trzy razy gorszy od osiągnięcia celów zdrowia jamy ustnej wytyczonych przez WHO na rok 2010. Wynik ten trudno odnosić do badań tej grupy wiekowej Polaków w 2002 i 2009 roku (5), ponieważ w ówczesnych badaniach zachowaną funkcję żucia definiowano jako co najmniej 20 zębów naturalnych bądź sztucznych w kontakcie funkcjonalnym. W dostępnym piśmiennictwie znaleziono tylko jedno w miarę aktualne (2004 rok) odniesienie do Węgrów w tym wieku - 21 lub więcej zębów stwierdzono tam u 22,6% badanych (11). Na zachowanie funkcji żucia u osób starszych w największym stopniu wpływa status socjalno-ekonomiczny (16).

Uwagę zwraca relatywnie częste występowanie zmiany przednowotworowej jaką jest leukoplakia u starszych Polaków. Potwierdza to konieczność promowania zasad profilaktyki onkologicznej, w tym w szczególności minimalnej interwencji antynikotynowej i w tej grupie wiekowej.

Zachowania prozdrowotne względem jamy ustnej starszych Polaków są złe. Regularnie (przynajmniej raz

w roku) gabinet stomatologiczny odwiedzało 78,3% badanych, a zasadniczą przyczyną wizyt był ból (48,8%), na okresowe wizyty kontrolne do dentysty bez wyraźnej przyczyny zgłaszało się niespełna 25% badanych. W Niemczech gabinet stomatologiczny przynajmniej raz w roku odwiedza 88,8% osób w wieku od 65 do 74 lat (9), w Danii 88,2% (8), a zasadniczym powodem tych wizyt jest kontrola jamy ustnej. W obecnej ocenie 5,7% starszych Polaków nie używa szczoteczki do oczyszczania zębów lub uzupełnień protetycznych, 19,2% nie używa szczoteczki lub nie wymienia jej w ciągu roku oraz tylko 17,2% przynajmniej raz dziennie nitkuje przestrzenie międzyzębowe. Gorzej wypadają w tym zakresie Grecy w wieku 65-74 lat: ból jako zasadniczy powód zgłaszania się do dentysty podawało 60% badanych, w ogóle nie używało w ciągu dnia szczoteczki 14,5% badanych, a regularnie nitkowało przestrzenie międzyzębowe tylko 7,5% (7).

PODSUMOWANIE

Stan przyzębia Polaków w wieku od 65 do 74 lat w XXI wieku nie poprawia się, ale nie odbiega zasadniczo od średniego poziomu europejskiego. Średnia liczba zębów u Polaków w tym wieku zwiększa się,

ale pozostaje poniżej średniej europejskiej. Istotnym czynnikiem determinującym zachowanie zębów w tym wieku są uwarunkowania ekonomiczne. Również odsetek bezzębia się zmniejsza, ale pozostaje ciągle jednym z najwyższych w Europie. Odsetek osób z zachowaną funkcją żucia jest bardzo niski i w związku z tym potrzeby w zakresie leczenia protetycznego oraz rehabilitacji narządu żucia pozostają wysokie. W tej grupie wiekowej dość częste jest występowanie zmian przednowotworowych w jamie ustnej, dlatego badania skriningowe w ramach profilaktyki onkologicznej powinny w tej grupie osób dotyczyć również jamy ustnej. Zachowania prozdrowotne względem jamy ustnej starszych Polaków są nieodpowiednie i wynikają z niskiego poziomu elementarnej wiedzy z zakresu profilaktyki stomatologicznej oraz niskiego statusu ekonomicznego.

Otrzymano: 3.11.2014 r.

Zaakceptowano do publikacji: 23.02.2015 r.

Adres do korespondencji:

Tomasz Konopka

Katedra i Zakład Periodontologii UM we Wrocławiu

Ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław,

Tel. 609546060

e-mail: tomasz.konopka@umed.wroc.pl

