

Barbara Moszczeńska-Cieślukowska, Joanna Georgijewska

PORÓWNANIE WYNIKÓW OCENY STANU PRZYŻĘBIA U DZIECI 12-LETNICH W ODSTĘPIE SZEŚCIOLETNIM (ROK BADAŃ 1987 I 1993)

Zakład Stomatologii Dziecięcej IS AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. med. *M. Szpringer-Nodzak*

Dokonano porównania wyników oceny stanu przyzębia u dzieci 12-letnich z regionu Warszawy, Sulejówka i gminy Wiązowna w odstępnie 6 lat według tych samych kryteriów badań. Wykazano, że po 6 latach nastąpiła znaczna poprawa stanu przyzębia, gdyż odsetek dzieci 12-letnich z różnymi rodzajami potrzeb leczniczych zmniejszył się z 81,1% w pierwszym badaniu do 35% w drugim badaniu.

W 1987 roku w ramach programu resortowego MZ XI/13 pod patronatem WHO zbadano stan przyzębia i oceniono potrzeby lecznicze dzieci 12-letnich obojga płci z makroregionu Warszawy (duże miasto, małe miasto, wieś) posługując się Wskaźnikiem Potrzeb Leczniczych (CPITN) (1,3). Identyczne, porównywalne badania u dzieci 12-letnich przeprowadzono po 6 latach tj. w roku 1993 w tych samych miejscowościach (2).

Celem niniejszej pracy jest porównanie wyników oceny stanu przyzębia dzieci 12-letnich uzyskanych w pierwszym i drugim badaniu.

MATERIAŁ I METODY

W każdym badaniu zbadano stan przyzębia i oceniono potrzeby lecznicze u 180 dzieci 12-letnich obojga płci z Warszawy (duże miasto), Sulejówka (małe miasto) i gminy Wiązowna (wieś). W obu badaniach posłużono się Wskaźnikiem Potrzeb Leczniczych Przyzębia (CPITN) (4). Każde środowisko reprezentowane było przez grupę 60 dzieci obojga płci. Zgodnie z wytycznymi WHO oceniano krwawienie z dziąseł oraz naddziąsłowy kamień nazębny (4). W obu badaniach użyto kalibrowanej sondy zalecanej przez WHO, a badanie obejmowało przyzębie zębów indeksowych w 6 sekstantach według oznakowania:

$$\frac{17 - 14 \quad 13 - 23 \quad 24 - 27}{47 - 44 \quad 43 - 33 \quad 34 - 37}$$

Brak zęba indeksowego w sekstancie powodował wyłączenie danego sekstantu z badania. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej posługując się testem Chi-kwadrat.

WYNIKI I OMÓWIENIE

W grupie 180 dzieci 12-letnich zdrowe przyzębie (H) oznaczone maksymalnym kodem „0” w badaniu pierwszym (1987 r.) miało jedynie 34 dzieci tj. 18,9% natomiast w badaniu drugim (1993 r.) – 116 dzieci, co stanowi 64,5% badanej populacji (tab. I). Krwawienie z dziąseł (B) oznaczone maksymalnym kodem „1” stwierdzono w pierwszym badaniu u 114 dzieci tj. 63,3%, a w badaniu drugim u 56 dzieci, czyli u 31,1% populacji. U 32 dzieci tj. 17,8% w pierwszym badaniu, a u 7 dzieci tj. 3,9% w drugim, stwierdzono kamień nazębny (C) oznaczony maksymalnym kodem „2”. Odsetek dziewcząt ze zmianami w przyzębiu w pierwszym badaniu wynosił 82,2% natomiast w badaniu drugim – 34,4%.

Tabela I. Odsetek dzieci 12-letnich z maksymalną oceną H (zdrowe), B (krwawienie), C (kamień), X wyłączone w badaniu I i II

Środowisko	Płeć	H %		B %		C %		X %	
		I badanie	II badanie	I badanie	II badanie	I badanie	II badanie	I badanie	II badanie
Miasto	dziewczynki	33,3	76,7	63,3	23,3	3,3	0,0	0,0	0,0
	chłopcy	43,3	76,7	56,7	23,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	razem	38,3	76,7	60,0	23,3	1,7	0,0	0,0	0,0
Miasteczko	dziewczynki	10,0	40,0	63,3	60,0	26,7	0,0	0,0	0,0
	chłopcy	10,0	43,3	43,3	56,7	46,7	0,0	0,0	0,0
	razem	10,0	41,7	53,3	58,3	36,7	0,0	0,0	0,0
Wieś	dziewczynki	10,0	73,3	76,7	6,7	13,3	13,3	3,33	3,3
	chłopcy	6,6	76,4	76,7	16,7	16,7	10,0	0,00	0,0
	razem	8,3	75,0	76,7	11,7	15,0	11,7	1,67	1,7
Razem	dziewczynki	17,8	63,3	67,8	30,0	14,4	4,4	1,11	1,1
	chłopcy	20,0	65,6	58,9	32,2	21,1	3,3	0,00	0,0
	razem	18,9	64,5	63,3	31,1	17,8	3,9	0,55	0,56

Różnice w występowaniu zmian w przyzębiu dotyczyły również chłopców i wynosiły w pierwszym badaniu 80% a w drugim badaniu 35,5%.

Stwierdzone różnice przy porównaniu poszczególnych parametrów oceniających stan zdrowotny przyzębia u dzieci okazały się statystycznie istotne.

Odsetki dzieci z chorobami przyzębia różniły się także zależnie od środowiska. Odsetek dzieci z krwawieniem przyzębia (B) i kamieniem nazębnym (C) w pierwszym badaniu z dużego miasta wyniósł 61,7%, dzieci z małego miasta 90% i dzieci ze wsi – 91,7%, natomiast w drugim badaniu wyniósł odpowiednio – 23,3% dzieci z dużego miasta, 58,3% z małego miasta i 23,4% dzieci ze wsi. W badanej populacji dzieci 12-letnich, średnia liczba sekstantów oznaczonych kodami H, B, C, X przypadająca na jedno dziecko (tab. II) w badaniach porównawczych przedstawia się następująco: w badaniu pierwszym – tylko 3 sekstanty zdrowe, w drugim – 4,1, z krwawieniem – w pierwszym badaniu było 2,7 sekstanta, w drugim badaniu 1,61, z kamieniem nazębnym – w pierwszym badaniu stwierdzono 0,3 sekstanta, w drugim badaniu

Tabela II. Średnia liczba sekstantów oznaczonych różnymi kodami przypadająca na 1 dziecko 12-letnie w badaniu I i II – porównanie

Środowisko	Płeć	H		B		C		X	
		I badanie	II badanie	I badanie	II badanie	I badanie	II badanie	I badanie	II badanie
Miasto	dziewczynki	4,3	4,57	1,6	1,37	0,03	0,07	0	0
	chłopcy	4,6	4,63	1,4	1,2	0,0	0,13	0	0,03
	razem	4,5	4,63	1,5	1,29	0,01	0,1	0	0,02
Miasteczko	dziewczynki	2,4	2,93	3,1	3,07	0,5	0,0	0	0
	chłopcy	2,7	3,27	2,4	2,73	0,9	0,0	0	0
	razem	2,5	3,1	2,8	2,9	0,7	0,0	0	0
Wieś	dziewczynki	2,3	4,93	3,4	0,37	0,3	0,63	0,03	0,07
	chłopcy	1,5	4,23	4,2	0,93	0,3	0,83	0	0
	razem	1,9	4,58	3,8	0,65	0,2	0,73	0,02	0,04
Razem	dziewczynki	3,0	4,14	2,7	1,6	0,3	0,23	0,01	0,02
	chłopcy	2,9	4,04	2,7	1,62	0,4	0,32	0	0,01
	razem	3,0	4,1	2,7	1,61	0,3	0,28	0	0,02

0,28 sekstanta. Uwzględniając środowisko liczba sekstantów zdrowych (H) przypadająca na jedno dziecko wynosiła: u dzieci z dużego miasta – w badaniu pierwszym 4,5 sekstanta, w badaniu drugim – 4,63 sekstanta, u dzieci z małego miasta – w pierwszym badaniu – 2,5 sekstanta, a w drugim – 3,1, u dzieci ze wsi – w pierwszym badaniu – 1,9 sekstanta, natomiast w drugim badaniu – 4,58 sekstanta. Odpowiednio wzrastały i zmieniały się liczby sekstantów z krwawieniem (B): u dzieci z dużego miasta średnio na jedno dziecko przypadało w badaniu pierwszym 1,5 sekstanta, a w badaniu drugim – 1,29, u dzieci z małego miasta – w badaniu pierwszym – 2,8 sekstanta, a w badaniu drugim – 2,9 sekstanta, u dzieci ze wsi w pierwszym badaniu – 3,8 sekstanta, a w badaniu drugim – 0,65 sekstanta.

Kamień nazębny stwierdzono tylko u jednego dziecka z dużego miasta co stanowi średnio 0,01 sekstanta w pierwszym badaniu, a 0,1 sekstanta w drugim badaniu. U dzieci z małego miasta w pierwszym badaniu przypadało 0,7 sekstanta na 1 dziecko, w drugim badaniu nie stwierdzono w ogóle kamienia nazębnego. U dzieci ze wsi w pierwszym badaniu stwierdzono średnio 0,2 sekstanta z kamieniem, natomiast w drugim badaniu – 0,7 sekstanta.

W ocenie stanu przyzębia u dzieci 12-letnich z użyciem Wskaźnika Potrzeb Lecznicznych Przyzębia (CPITN) potrzeby lecznicze badanej populacji w obu badaniach kształtują się następująco (tab. III): poprawy higieny jamy ustnej w pierwszym badaniu wymagało 81,1% dzieci, z czego u 17,8% należało również usunąć kamień nazębny, w badaniu drugim natomiast – 35,5% wymagało poprawy higieny jamy ustnej i u 3,9% należy usunąć kamień nazębny.

Analiza danych zależnie od środowiska wykazuje w pierwszym badaniu, że potrzeby lecznicze są mniejsze u dzieci z dużego miasta i wynoszą 61,7% niż u dzieci z małego miasta – 90,0% i ze wsi 91,7%. W badaniu drugim natomiast potrzeby lecznicze dzieci z dużego miasta i wsi są prawie identyczne i wynoszą odpowiednio

Tabela 111. Porównanie odsetka dzieci 12-letnich z różnymi rodzajami potrzeb leczniczych TN w badaniu pierwszym i drugim

Środowisko	TN ₁		TN ₂	
	I badanie	II badanie	I badanie	II badanie
Miasto	61,7	23,3	1,7	0,0
Miasteczko	90,0	58,3	36,7	0,0
Wieś	91,7	23,4	15,0	11,7
Razem	81,1	35,0	17,8	3,9

23,3% i 23,4% a ponad dwukrotnie wyższe u dzieci z małego miasta – 58,3%. Potrzeba skalingu istniała w badaniu pierwszym u 1,7% dzieci z dużego miasta, u 36,7% z małego miasta i u 15% dzieci ze wsi. W badaniu drugim potrzeba skalingu istniała tylko u dzieci ze wsi w 11,7%.

Ilościową ocenę potrzeb leczniczych przyzębia tzn. odsetka dzieci mających od 0 do 6 sekstantów zdrowych (H), z krwawieniem (B), z kamieniem nazębnym (C) i wyłączonych z badań (X) w obu badaniach przedstawia tabela IV. W całej populacji dzieci 12-letnich 6 sekstantów zdrowych (H) oznaczonych kodem „0” ma w pierwszym badaniu tylko 18,9% dzieci, a w drugim 36,2%. W pierwszym badaniu aż 21,1% dzieci nie miało żadnego sekstanta zdrowego, natomiast w drugim badaniu – 6,7%. Krwawienie (B) we wszystkich sekstantach stwierdzono u 14,4% dzieci w pierwszym badaniu, a u 3,3% w drugim badaniu. Całkowicie nie stwierdzono krwawienia u 20% dzieci w pierwszym badaniu, i u 45,8% dzieci w drugim badaniu.

Analizując potrzeby lecznicze przyzębia u dzieci 12-letnich w obu badaniach zależnie od środowiska, stwierdzono, że 6 sekstantów zdrowych (H) miało 38,3% dzieci w pierwszym badaniu i 45% dzieci w drugim badaniu z dużego miasta, 10% dzieci w pierwszym badaniu i 6,7% w drugim badaniu z małego miasta oraz 8,3% dzieci w pierwszym badaniu i 56,7% dzieci w drugim badaniu ze wsi.

Żadnego zdrowego sekstanta u dzieci z dużego miasta nie wykazano w pierwszym badaniu u 3,3% dzieci i u 1,7% dzieci w drugim badaniu, u dzieci z małego miasta – w pierwszym badaniu – u 21,7%, w drugim badaniu u 6,7%, natomiast u dzieci ze wsi – w pierwszym badaniu u 38,3%, a w drugim badaniu u 11,7% dzieci.

Wyniki obu badań przeprowadzonych w odstępie 6 lat w tych samych miejscowościach tj. Warszawie, Sulejówku i gminie Wiązowna według tych samych kryteriów oceny tj. za pomocą Wskaźnika Potrzeb Leczniczych Przyzębia (CPITN), wskazują w dalszym ciągu na duże zaniedbania higieniczne jamy ustnej u dzieci. Jednocześnie zwraca uwagę fakt, że nastąpiła znaczna poprawa stanu przyzębia u dzieci w stosunku do wyników badań przeprowadzonych przed sześcioma laty (3). Porównanie wyników badań przeprowadzonych przez nas u dzieci 12-letnich w roku 1993 na terenie makroregionu warszawskiego z wynikami z innych regionów kraju nie jest możliwe, gdyż w piśmiennictwie brak jest opublikowanych wyników badań z roku 1993.

Na poprawę stanu przyzębia u dzieci w ciągu 6 lat we wszystkich środowiskach mogły wpłynąć takie czynniki jak: nasilona reklama i ogólna dostępność środków higieny jamy ustnej, a także często ukazujące się publikacje popularno-naukowe dotyczące zagadnień higieny i jej wpływu na stan zdrowia jamy ustnej dzieci.

Tabela IV. Odsetek dzieci 12-letnich mających od 0 do 6 sekstantów oznaczonych kodami: H, B, C, X w badaniu I i II

Liczba sekstantów	Badanie	Miasto				Miasteczko				Wieś				Razem			
		H %	B %	C %	X %	H %	B %	C %	X %	H %	B %	C %	X %	H %	B %	C %	X %
0	I	3,3	38,3	98,3	100,0	21,7	13,3	63,3	100	38,3	8,3	85,0	98,7	21,1	20,0	82,2	99,4
	II	1,7	50,0	91,7	98,3	6,7	6,7	100	100	11,7	80,0	71,7	98,3	6,7	45,8	88,2	98,9
1	I	0,0	11,7	1,7	0	13,3	18,3	8,3	0	18,3	10,0	8,3	1,7	10,5	13,3	6,1	0,6
	II	6,7	11,7	6,7	1,7	11,7	13,3	0	0	0	5,0	16,7	0	6,1	10,0	7,8	0,6
2	I	5,0	25,0	0,0	0	15,0	16,7	25	0	6,7	11,7	3,3	C	8,9	17,8	9,4	0
	II	3,3	13,3	1,7	0	16,7	23,3	0	0	10,0	3,3	0	1,7	10,0	13,3	0,6	0,6
3	I	16,7	16,7	0,0	0	16,7	16,7	3,3	0	13,3	10,0	1,7	0	15,6	14,4	1,7	0
	II	13,3	13,3	0,0	0	21,7	21,7	0	0	5,0	1,7	3,3	0	13,3	12,2	0	0
4	I	26,7	5,0	0,0	0	15,0	13,3	0	0	5,0	10,0	1,7	0	15,6	9,4	0,6	0
	II	13,3	8,3	0,0	0	23,3	16,7	0	0	0	5,0	1,7	0	12,2	10,0	0,6	0
5	I	10,0	0,0	0,0	0	8,3	8,3	0	0	10	23,3	0	0	9,4	10,6	0	0
	II	16,7	3,3	0,0	0	13,3	11,7	0	0	16,7	1,7	0	0	15,6	5,6	0	0
6	I	38,3	3,3	0,0	0	10,0	13,3	0	0	8,3	26,7	0	0	18,9	14,4	0	0
	II	45,0	0,0	0,0	0	6,7	6,7	0	0	56,7	3,3	6,7	0	36,2	3,3	2,2	0

B. Moszczeńska-Cieślukowska, J. Gięrgiejewska

COMPARISON OF THE EVALUATION OF THE PERIODONTIUM STATUS IN 12-YEARS OLD CHILDREN IN 6-YEAR INTERVAL

SUMMARY

The comparison of the evaluation results of the periodontium status has been made in 12 years old children from Warsaw, Sulejówek and Wiązowna region at 6 years interval. In both studies the same criteria have been applied.

A significant improvement in the periodontium status was observed in the second study.

The percentage of different periodontal treatment requirements has been reduced from 81% (in the initial study) to 35% the second study.

PIŚMIENICTWO

1. *Jańczuk Z.*: Stan narządu żucia polskiej populacji. Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin 1990 rozdz. 1, 4, 2. – 2. *Moszczeńska-Cieślukowska B., Gięrgiejewska J.*: Ocena stanu przyzębia dzieci 12-letnich za pomocą Wskaźnika Potrzeb Lecznicznych (CPITN) – praca w redakcji. – 3. *Szpringer-Nodzak M., Moszczeńska-Cieślukowska B., Remiszewski A., Gięrgiejewska J.*: Ocena stanu przyzębia dzieci 12-letnich za pomocą Wskaźnika Potrzeb Lecznicznych (CPITN), Czas. Stomat, 1989, XLII, 273. – 4. WHO: Oral Health Surveys, Basic Methods. Genewa 1986.

Adres: Zakład Stomatologii Dziecięcej IS AM w Warszawie,
00-246 Warszawa, ul. Miodowa 18