

Profil pacjenta użytkującego protezy osiadające refundowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia

The profile of patients with removable dental restorations funded by the National Health Fund

Edyta Brzozowska¹, Andrzej Bożyk¹,
Piotr Stachurski², Elżbieta Pietryka-Michałowska³

¹ Zakład Protetyki Stomatologicznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

² Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

³ Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

Streszczenie

Istnieje wiele możliwości odbudowy protetycznej braków zębowych. Wybierając odpowiednie dla danego pacjenta uzupełnienie, należy wziąć pod uwagę panujące w układzie stomatognatycznym warunki anatomiczne, fizjologiczne. Jednym z kryteriów, którymi kierują się pacjenci przy wyborze metody leczenia, są ich możliwości finansowe. Uzupełnieniem refundowanym jeden raz w ciągu 5 lat w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia jest komplet protez osiadających, przy minimum pięciu brakujących zębach w jednym łuku zębowym.

**European Journal
of Medical Technologies**
2015; 4(9): 32-38

Copyright © 2015 by ISASDMT
All rights reserved
www.medical-technologies.eu
Published online 24.12.2015

Adres do korespondencji:

lek. dent. Edyta
Brzozowska,
Zakład Protetyki
Stomatologicznej
Uniwersytet Medyczny
w Lublinie
ul. Karmelicka 7,
20-081 Lublin, tel.
501 142 851, e-mail:
edytabrzozowska@op.pl

Badaniu ankietowemu poddano 66 pacjentów w wieku 28-87 lat mieszkających w powiecie bialskim województwa lubelskiego. W kwestionariuszu znalazły się pytania dotyczące płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania pacjenta. Celem pracy było określenie profilu pacjentów korzystających z uzupełnień protetycznych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Z analizy własnej wynika, że nie ma jasno określonego profilu pacjenta użytkującego protezy osiadające. Wskazane jest zwiększenie zakresu i dostępności leczenia protetycznego refundowanego przez NFZ.

Słowa kluczowe:

proteza całkowita,
proteza częściowa,
Narodowy Fundusz
Zdrowia

Abstract

There are many opportunities of prosthetic reconstruction. Selecting an appropriate supplement for a patient, the anatomical and physiological oral condition should be taken into account. One of the criteria that guide patients when choosing treatment options are their financial capabilities. National Health Fund reimburses a set of removable dentures, once every 5 years, with at least five missing teeth in the dental arch.

The study involved 66 patients aged 28-87 years living in the district Biala Podlaska. The study was based on a questionnaire. The questionnaire included questions about gender, age, education, place of residence of the patient. The aim of the study was to evaluate the profile of patients with dental restorations funded by the National Health Fund. There is no clearly defined profile of the patient using removable dentures. It is advisable to increase the scope and availability of prosthetic treatment reimbursed by the National Health Fund.

Key words:

complete denture,
partial denture,
National Health Fund

Wstęp

Celem rehabilitacji protetycznej braków zębowych jest przywrócenie wydolności żucia, mowy, estetyki. Istnieje szeroka gama uzupełnień protetycznych ku temu służących. W zależności od ukształtowania podłoża protetycznego mogą to być uzupełnienia stałe (mosty konwencjonalne i adhezyjne) i/lub ruchome (protezy szkieletowe, *overdenture*, osiadające).

Wykonanie mostów konwencjonalnych wiąże się z koniecznością preparacji zębów filarowych pod korony całkowite. Najczęściej dotyczy to zębów okalających bezzębny odcinek łuku zębowego (most dwubrzeszny), ponieważ mosty jednobrzeżne są zwykle przeciwwskazane ze względu na ich mechanikę. Mniej inwazyjne jest osadzenie mostu na zaczepach zewnątrzkoronowych (system UDA) lub mosty adhezyjne. Mosty adhezyjne mogą być wykonane na podbudowie metalowej – Rochette i Maryland (utrzymujące się dzięki zakotwiczeniu mechanicznemu lub

elektrolitycznemu wytrawieniu metalowego szkiele- tu) lub bezmetalowe – kompozytowe wzmocnione włóknem szklanym, osadzone za pomocą cementu chemo-światłoutwardzalnego [8].

Proteza szkieletowa jest to uzupełnienie ruchome, odtwarzające częściowe braki uzębienia. Ma konstrukcję metalowo-akrylową i podparcie ożębnowe. Podstawowe elementy jej budowy to: duży łącznik, małe łączniki, ciernie, utrzymywacze bezpośredni (klamry, zamki, zasuwki, zatrzaśki, korony teleskopowe) i pośredni (ramiona stabilizujące klamer lub element małego łącznika), siodło [5]. Jeżeli zachowane uzębienie resztkowe nie może zostać wykorzystane jako podparcie, nie poprawia stabilizacji i retencji lub nie rokuje na długoterminowe pozostanie w jamie ustnej, można pokryć je protezą nakładową – *overdenture*. Do podparcia tego uzupełnienia można również zastosować implanty [6]. Protezy osiadające, zarówno częściowe, jak i całkowite, zalicza się do słówkowych ze względu na przenoszenie sił poprzez

blonę śluzową i okostną na kość. Składają się one z akrylowej płyty, osadzonych w niej zębów i klamer doginanych z drutu stalowego w przypadku braków częściowych [7].

Alternatywą do wyżej przedstawionych metod rehabilitacji protetycznej jest leczenie implantoprotetyczne.

W ramach świadczenia refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia możliwe jest wykonanie tylko protez osiadających z tworzywa akrylowego jeden raz w ciągu 5 lat przy braku minimum pięciu zębów w jednym łuku zębowym.

W powiecie bialskim województwa lubelskiego zakontraktowane z NFZ usługi ogólnostomatologiczne z możliwością wykonania leczenia protetycznego mają 23 gabinety stomatologiczne, ale nie ma ani jednego udzielającego specjalistycznych porad protetycznych. Jednocześnie w mieście Biała Podlaska dostępne są 2 gabinety specjalistyczne i 15 ogólnostomatologicznych [9]. Należy nadmienić, że w powiecie bialskim zamieszkuje 145 tys., w tym w Białej Podlaskiej 47 tys. ludzi w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Według metodologii Głównego Urzędu Statystycznego jest to ludność w przedziale wiekowym odpowiednio między 18. a 64. rokiem życia i powyżej 65. roku życia [10].

Celem pracy była charakterystyka pacjentów użytkujących osiadające uzupełnienia protetyczne.

Materiał i metody

Badaniem objęto 66 osób. Byli to mieszkańcy powiatu bialskiego województwa lubelskiego w wieku 28-87 lat, pacjenci dwóch gabinetów stomatologicznych w mieście Biała Podlaska. Gabinety te były wybrane jako reprezentatywne ze względu na przyjęcia pacjentów zamieszkujących na całym obszarze powiatu bialskiego. W ankiecie umieszczono pytania dotyczące płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania pacjenta.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości parametrów mierzonych w skali nominalnej charakteryzowano za pomocą licznosci i odsetka, natomiast mierzonych w skali ilorazowej za pomocą średniej, odchylenia standardowego i zakresu zmienności.

Do oceny istnienia zależności między analizowanymi grupami dla cech nominalnych użyto testu niezależności Chi² Pearsona.

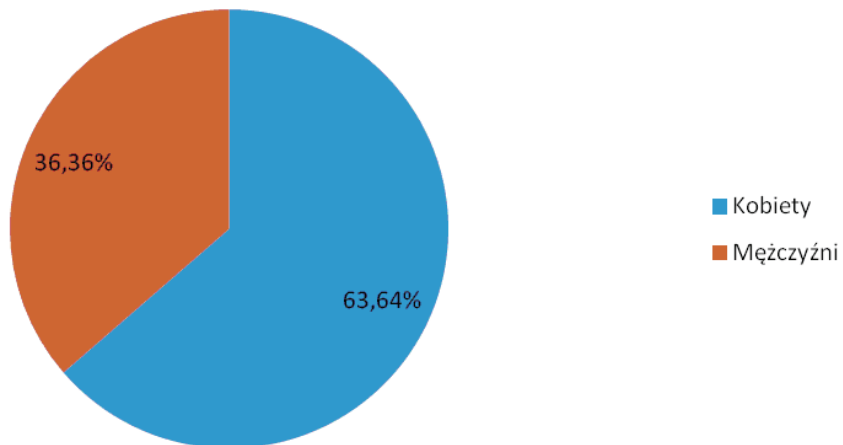
Do wykrycia istnienia różnic między dwiema analizowanymi grupami dla cech ilościowych zastosowano test t-Studenta ze zmienną grupującą lub test Manna-Whitneya, natomiast do wykrycia istnienia różnic między kilkoma grupami, gdy badana cecha w każdej z grup ma rozkład normalny i rozkłady te mają jednakową wariancję, którą sprawdzono za pomocą testu Levene'a zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA.

Wyniki

W badaniu uczestniczyło 66 pacjentów w wieku od 28 lat do 87 lat. Średni wiek badanej populacji wyniósł 62,28±10,91 lat. Połowa osób nie przekroczyła 62 roku życia (Me=62). Kobiety stanowiły 63,64% (n=42) wszystkich badanych, natomiast mężczyźni 36,36% (n=24) (ryc. 1). Przeciętny wiek kobiet wyniósł 61,95±12,51 lat, natomiast mężczyzn był nieistotnie statystycznie wyższy i wyniósł 62,87±7,33 lat (test t-Studenta ze zmienną grupującą t=0,322; df=63; p=0,75). Analizując poziom wykształcenia, stwierdzono, że najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem średnim (n=25; 37,88%), w następnej kolejności osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym (n=17; 25,76%) i wyższym (n=9; 13,64%). Wykształcenie podstawowe odnotowano u 12,12% (n=8) osób, a policealne u 10,61% (n=7) (ryc. 2).

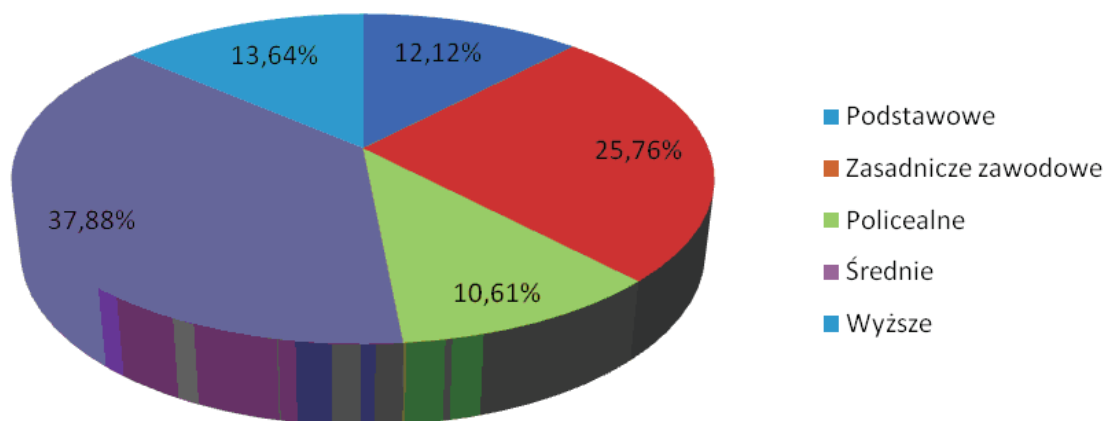
Większość pacjentów mieszkało w mieście – 65,15% (n=43), pozostali pochodzili ze wsi – 34,85% (n=23) (ryc. 3). Analizując stan cywilny, stwierdzono, że większość – 80,30% (n=53) to osoby pozostające w związkach, wdowcy stanowili 13,64% (n=9), pozostałe osoby były stanu wolnego – 6,06% (n=4). Analizując status zatrudnienia, stwierdzono, że większość uczestników badania to emeryci – 56,06% (n=37) oraz osoby mające stałą pracę – 21,21% (n=14), znaczny odsetek stanowili pacjenci bezrobotni 10,61% (n=7) oraz renciści 9,09% (n=6), pracę dorywczą posiadało 3,30% (n=2) badanych (ryc. 4). Liczba osób w gospodarstwie domowym wahała się od 1 do 6 osób, najczęściej jednak w gospodarstwach

Płeć



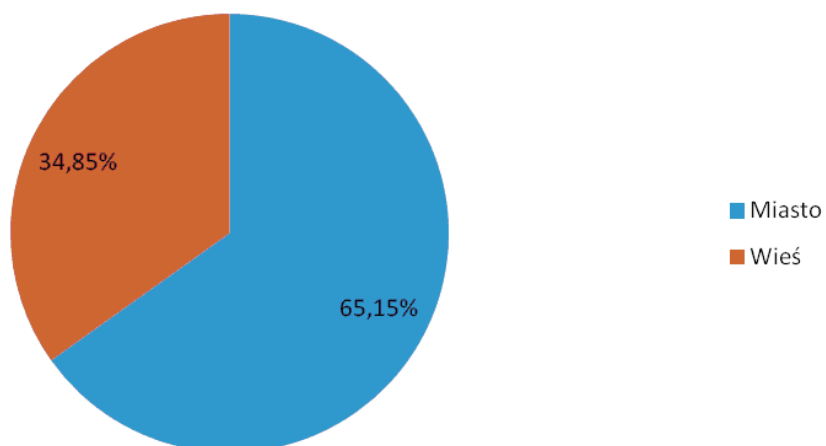
Ryc. 1.

Wykształcenie



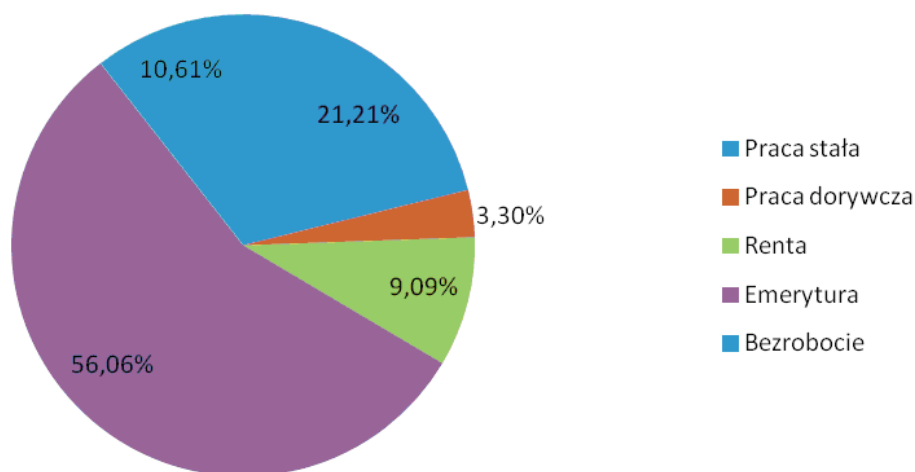
Ryc. 2.

Miejsce zamieszkania



Ryc. 3.

Zatrudnienie



Ryc. 4.

domowych były 2 osoby (n=33), w 22,73% (n=15) rodzin odnotowano na utrzymaniu rodziców dzieci.

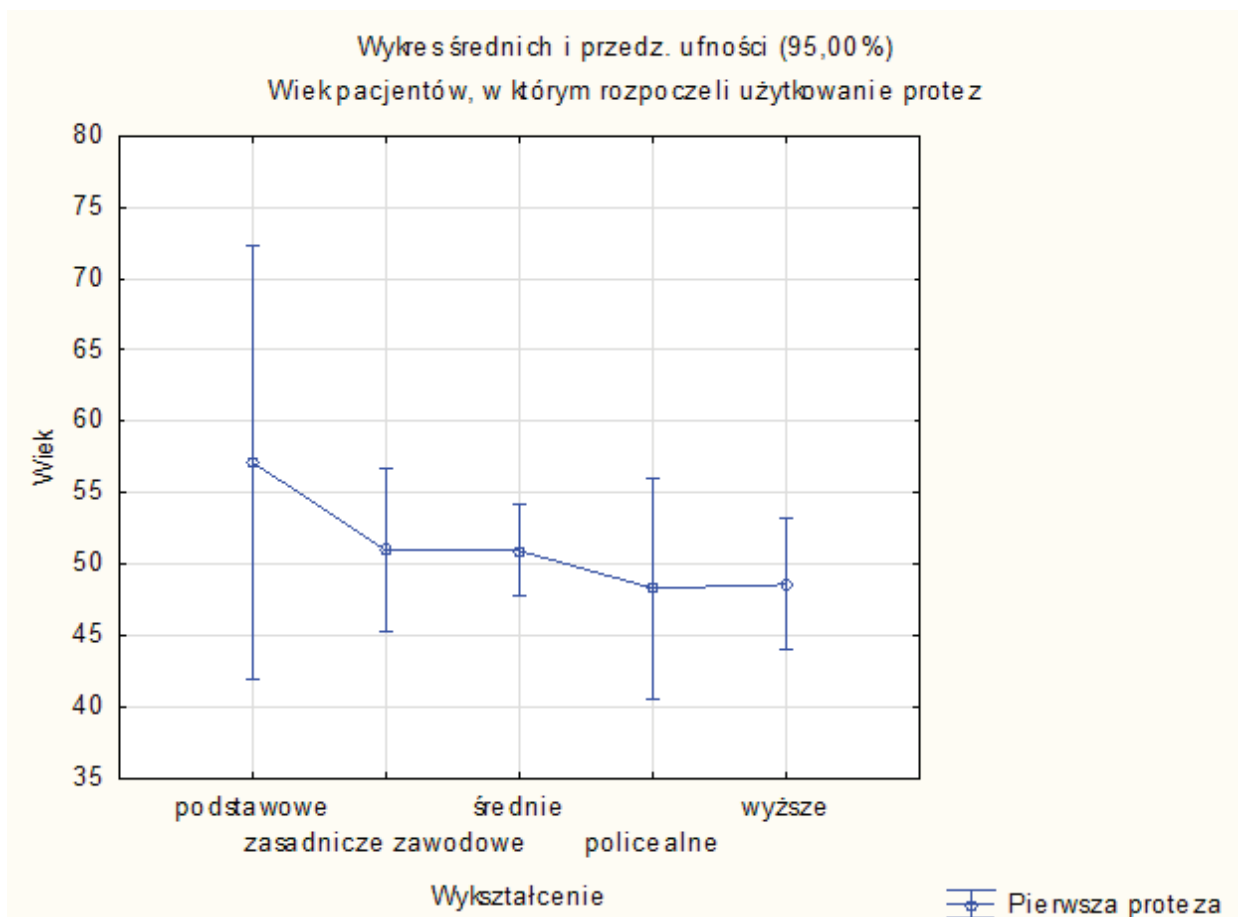
Wiek pacjentów użytkujących obecnie pierwszą protezę wahał się od 27 lat do 86 lat, natomiast średni wiek osób korzystających z pierwszego uzupełnienia protetycznego wyniósł $51,08 \pm 10,14$ roku. Najczęściej jednak pierwszy raz z protezy korzystali badani w wieku 48 lat (Mo=48). Przeciętny wiek kobiet użytkujących pierwszą protezę wyniósł $50,31 \pm 11,39$ roku i był nie istotnie statystycznie niższy od średniego wieku mężczyzn $52,48 \pm 7,38$ roku korzystających z pierwszego uzupełnienia protetycznego (test t-Studenta $t=0,822$; $df=63$; $p=0,41$).

Chcąc sprawdzić, czy wiek pacjentów korzystających z pierwszych uzupełnień protetycznych różni się istotnie statystycznie w poszczególnych kategoriach wykształcenia, wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, która nie wykazała istotnych statystycznie różnic ($F=0,984$; $df=4$; $p=0,42$). Średni wiek pacjentów użytkujących pierwszą protezę z wykształceniem podstawowym wyniósł $57,13 \pm 8,13$ roku, wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i średnim przeciętny wiek był na zbliżonym poziomie i wyniósł odpowiednio $50,94 \pm 9,74$ roku; $50,92 \pm 7,76$ roku, natomiast u osób z wykształceniem policealnym i wyższym przeciętny wiek wyniósł odpowiednio $48,29 \pm 8,36$ roku i $48,56 \pm 5,96$ roku (ryc. 5).

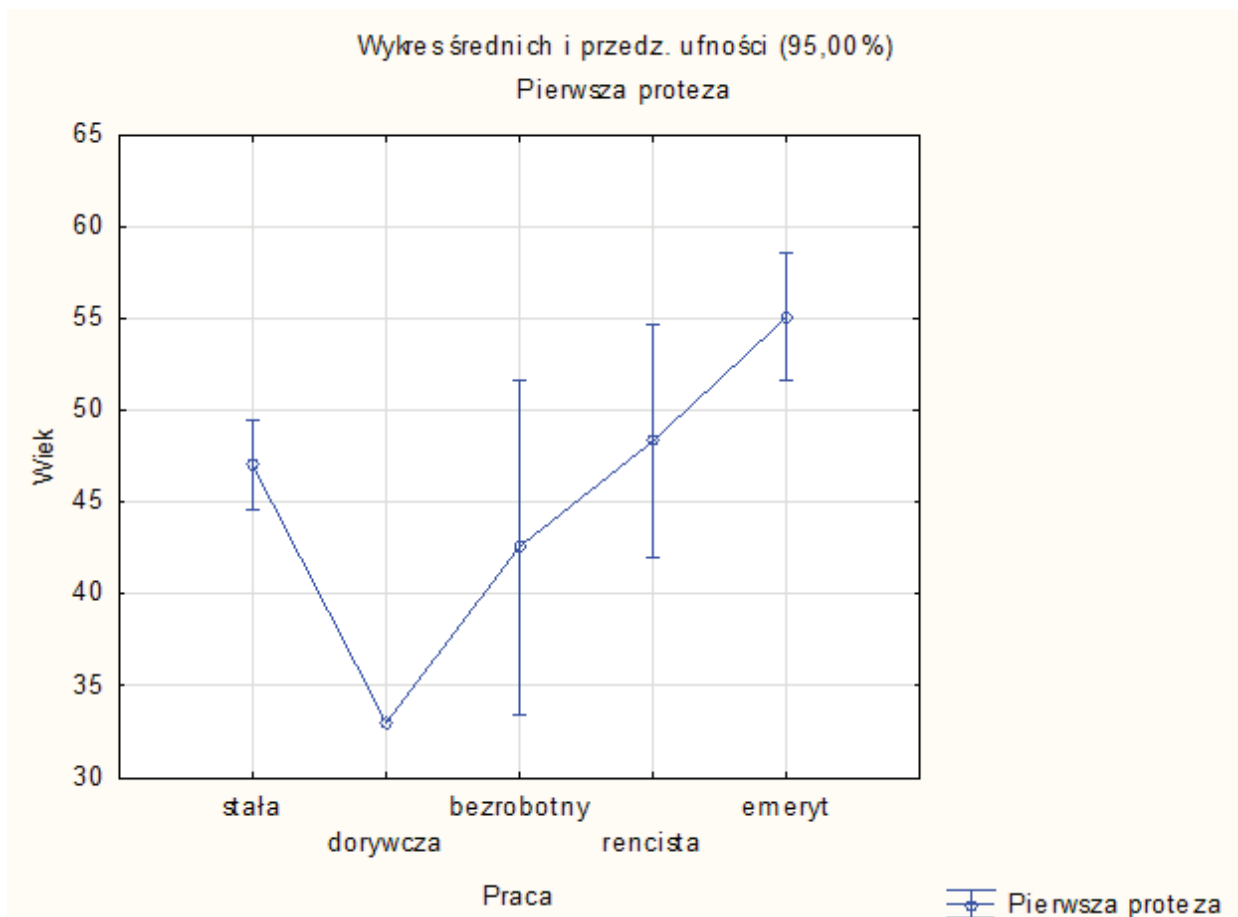
Pacjenci zamieszkujący w mieście pierwszą protezę użytkowali średnio w wieku $51,60 \pm 10,92$ roku, natomiast mieszkańcy wsi byli nieistotnie statystycznie młodsi – przeciętny wiek w tej grupie wyniósł $50,05 \pm 8,56$ roku ($t=0,58$; $df=63$; $p=0,56$). Najmłodszymi użytkownikami pierwszych protez były osoby pracujące dorywczo – średni wiek wyniósł $33,00 \pm 1,24$ roku, oraz osoby bezrobotne – przeciętny wiek był na poziomie $42,57 \pm 9,86$ roku, w dalszej kolejności pacjenci mający stałą pracę $47,00 \pm 4,06$ roku, renciści $48,33 \pm 6,02$ i emeryci $55,08 \pm 10,45$ roku. Zaobserwowane różnice są istotne statystycznie ($F=5,08$; $df=4$; $p=0,001$) (ryc. 6).

Dyskusja

Z dokonanych analiz wynika, iż nie ma jasno zarysowanego profilu pacjenta będącego użytkownikiem protez osiadających wykonanych w ramach NFZ. Często jest tak, że pacjentom użytkującym protezy osiadające można wykonać inne uzupełnienia – protezy stałe, ruchome podparte oszczędnie. Pacjenci jednak najczęściej ze względów ekonomicznych nie decydują się na takie rozwiązania, mimo iż było by to dla nich korzystniejsze. Wskazują na to również badania przeprowadzone przez Wojdę i wsp. [1]. Do podobnych



Ryc. 5.



Ryc. 6.

wniosków doszła też Kulczyńska i wsp. [2]. Patel i wsp., przeprowadzając badania ankietowe wśród lekarzy w Walii, doszli do ogólnego wniosku, że sposób finansowania – publiczny lub prywatny – ma wpływ na planowanie leczenia protetycznego. Pacjenci częściej decydują się na protezy refundowane z ubezpieczenia, mimo iż większą wydolność żucia mieliby zapewnioną wykonaniem innych uzupełnień [3]. Według Allen na proces podejmowania decyzji o wykonanej odbudowie braków zębowych ma wpływ wiele czynników, w tym czas, koszty i metody finansowania przez ubezpieczenie [4]. Coraz większym zainteresowaniem cieszy się obecnie możliwość leczenia implantologicznego. Jednak wysokie koszty zabiegu często skłaniają pacjenta do korzystania z innych procedur. Aczkolwiek nie zawsze to cena jest kryterium zniechęcającym pacjentów do zastosowania wszczepów. Potwierdzają to badania Waltona i MacEntee. Dali oni możliwość starszym użytkownikom protez osiadających bezpłatnego leczenia implantologicznego. Około 40% z nich nie wyraziło zgody na takie procedury w powodu lęku przez zabiegami chirurgicznymi [11,12].

Bywa, że proteza osiadająca nie jest najlepszym rozwiązaniem, jakie można zaproponować pacjentowi. Jednak często jedynym, na które pacjent jest w stanie sobie pozwolić, z różnych względów. Dlatego ważnym jest, aby dostępność leczenia protetycznego była wysoka. Tak, aby każdy pacjent, który go potrzebuje, mógł z niego skorzystać. Dane ze strony internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia na temat listy oczekujących na wykonanie protez osiadających są rozbieżne. W niektórych gabinetach nie zarejestrowano żadnej kolejki oczekujących, a w kilku jest to nawet ok. 1000 osób, a termin przyjęcia w tych miejscach to rok 2020. Należy nadmienić, iż są to dane dostarczone do NFZ przez same gabinety stomatologiczne [13].

Wnioski

1. Nie ma jasno zarysowanego profilu pacjenta będącego użytkownikiem protez osiadających wykonanych w ramach NFZ.
2. Należy zwiększyć zakres i dostępność leczenia protetycznego finansowanego przez NFZ.

Piśmiennictwo

1. Wojda M., Grzelak M., Spiechowicz E., Mierzińska-Nastalska E.: Ocena wyników leczenia pacjentów z zastosowaniem akrylowych protez ruchomych prowadzonego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. *Protet Stomatol* 2010; 1: 28-36.
2. Kulczyńska J., Żółtak-Staroń M., Maciejewska I., Bereznowski Z.: Leczenie protetyczne pacjentów z częściowymi brakami uzębienia przyjmowanych w ramach NFZ. *Protet Stomatol* 2011; 2: 106-113.
3. Patel P.M., Lynch C.D., Sloan A.J., Gilmour A.S.: Treatment planning for replacing missing teeth In UK general dental practice: current trends. *J Oral Rehabil* 2010; 37(7): 509-517.
4. Allen P.F., Jepson N.J., Doughty J., Bond S.: Attitudes and practice in the provision of removable partial dentures. *Br Dent J* 2008; 204, 1, E2.
5. Spiechowicz E., Godlewski T., Bączkowski B.: Płyta językowa – zalecany, czy tylko tolerowany duży łącznik w dolnej protezie szkieletowej. *Protet Stomatol* 2007; 5: 309-315.
6. Wasiluk G., Chomik E., Bereznowski Z.: Proteza typu overdenture z koronami teleskopowymi jako elementami retencyjnymi, wsparta na uzębieniu resztkowym i wszczepie dentystycznym. Opis przypadku. *Protet Stomatol* 2013; 4: 272-280.
7. Spiechowicz E.: *Protetyka stomatologiczna*. PZWL, Warszawa 2014.
8. Bohater P., Panek H., Dąbrowa T., Małysa R.T.: Mosty kompozytowe wzmocnione włóknem szklanym zakotwiczone na wkładach koronowych – 2-letnie obserwacje kliniczne. *Dent Med Probl* 2007; 44(3): 366-372.
9. <http://zip.nfz.gov.pl> z dnia 03.01.2016 r.
10. <http://lublin.stat.gov.pl/statystyczne-vademecum-samorzadowca/> z dnia 03.01.2016r.
11. Bartlett D.W.: Protezy częściowe i całkowite – nowe podejście do opieki nad pacjentem. *Protet Stomatol* 2014; 2: 134-138.
12. Walton J.N., MacEntee M.I.: Choosing or refusing oral implants: a prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. *Int J Prosthodont* 2005; 18: 483-488.
13. <http://kolejki.nfz.gov.pl/informator/index> z dnia 03.01.2016 r.