



VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS

Odontologijos studijų programa

Odontologijos institutas

Ugnė Damanskytė, 5 kursas, 2 grupė

VIENTISŪJŲ STUDIJŲ MAGISTRO BAIGIAMASIS DARBAS

Išimamų protezų paplitimas tarp suaugusiųjų Lietuvos gyventojų

Prevalence of Removable Prosthesis Among the Adult Population of Lithuania

Darbo vadovas

Asist. dr. Rita Trumpaitė-Vanagienė

Odontologijos instituto direktorė

Prof. Dr. Vilma Brukienė

Konsultantas

Asist.dr. Indrė Stankevičienė

Vilnius 2024

ugne.damanskyte@gmail.com

TURINYS

SANTRUMPOS	4
SANTRAUKA.....	5
ABSTRACT	6
1. ĮVADAS	7
1.1. Mokslinė problema	7
1.2. Mokslinis naujumas	7
1.3. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	8
2. LITERATŪROS APŽVALGA	9
2.1. Dantų netekimas Lietuvoje ir Europoje.....	9
2.2. Dantų protezavimo priežastys	9
2.3. Dantų protezavimo būdai	10
2.4. Išimami protezai	10
2.5. Pilni išimami protezai.....	10
2.6. Daliniai išimami protezai	11
2.7. Išimami protezai ant implantų	11
2.8. Sociodemografiniai veiksniai ir išimami protezai.....	11
2.8.1. Amžius	11
2.8.2. Lytis	12
2.8.3. Gyvenamoji vieta	12
2.8.4. Išsilavinimas	13
2.9. Odontologinių paslaugų finansavimas	14
3. METODAI IR MEDŽIAGOS	14
3.1. Tyrimo dizainas	15
3.2. Tiriamoji populiacija	15
3.3. Tiriamųjų imtis, įtraukimo ir neįtraukimo kriterijai	15
3.4. Tiriamųjų atrankos būdai.....	15
3.5. Tiriamųjų imties dydžio apskaičiavimas	15
3.6. Tiriamųjų kvietimas dalyvauti tyrime	16
3.7. Informuoto sutikimo gavimas.....	16
3.8. Informacijos kodavimas	16
3.9. Tyrimo metodų aprašymas	16
3.10. Paskirstymas į grupes	17
3.11. Statistinė analizė.....	17
4. REZULTATAI	18
5. REZULTATŲ APTARIMAS.....	21
6. IŠVADOS.....	26
7. PADĖKA	26

8. LITERATŪROS SĀRAŠAS.....	27
9. PRIEDAI	32

SANTRUMPOS

1. PI – pasikliautiniai intervalai.
2. SR – santykinė rizika.
3. Proc. – procentai.
4. M. (m.) – metai.
5. TT.(tt.) – taip toliau.

SANTRAUKA

Darbo pagrindimas: Dantų netekimas yra reikšmingas rodiklis vertinant burnos sveikatos būklę. Išimami protezai yra vienas iš būdų, kaip atstatyti didelius dantų lankų defektus. Lietuvoje nėra atliktų tyrimų nagrinėjančių išimamų protezų paplitimą ar sąsajas su įvairiais veiksniais, todėl šis tyrimas gali pateikti aktualią informaciją apie dabartinę burnos sveikatos situaciją Lietuvoje.

Tikslas ir uždaviniai: Įvertinti išimamų protezų paplitimą tarp suaugusių Lietuvos gyventojų ir ištirti asociacijas tarp protezų paplitimo ir lyčių, amžiaus grupių, gyvenamųjų vietų ir išsilavinimo.

Metodai: Atliktas epidemiologinis tyrimas. Ištirti 1405 35–74 m. Lietuvos gyventojai, kurie sutiko dalyvauti tyrime. Išimamų protezų turėjimas buvo vertinamas kliniškai vieno gydytojo odontologo. Asmenys buvo tiriami penkiolikoje skirtingų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų. Informacija apie amžių, lytį, gyvenamąją vietą ir išsilavinimą buvo surinkta pagal Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) rekomendacijas. Statistinei analizei buvo naudojama Microsoft Excel 2022 ir SPSS 29.0 versija (IBM, Somers, NY). Taikytas Chi–kvadrato (χ^2) nesuderinamumo testas grupių proporcijų skirtumui nustatyti ir dvejetainė logistinė regresija – nustatyti sociodemografinių veiksnių sąsajos su išimamų protezų nešiojimu.

Rezultatai: Tyrime dalyvavo 1405 Lietuvoje gyvenantys suaugę, iš jų 939 (66,8 proc.) buvo moterys ir 466 (33,3 proc.) – vyrai. Iš viso išimamus protezus nešiojo 19,4 proc. (n=272) tiriamųjų. Dalinius išimamus protezus nešiojo 224 asmenys, o pilnus išimamus protezus bent viename žandikaulyje nešiojo 72 dalyviai. Nustatyta, kad išimamus protezus nešiojo didesnė proporcija vyresnių nei 65 m. (N=163, 43,5 proc.) ir turinčių žemesnį ar vidurinį išsilavinimą asmenų (N=46, 7,8 proc.) ($p<0,001$). Dalinius ar pilnus išimamus protezus taip pat turėjo didesnė dalis vyresnių nei 65 m. (N=131, 34,9 proc.; N=49, 13,1 proc.) ir žemesnį išsilavinimą turinčių asmenų (N=119, 20,3 proc.; N=46, 7,8 proc.) ($p<0,001$). Taip pat, nustatyta, kad rizika turėti bet kokios rūšies protezą yra didesnė vyresnio amžiaus žmonėms (SR 1,119, 95 proc. PI 1,100; 1,138), nei jaunesniems, bet mažesnė turintiems aukštesnį išsilavinimą (SR 0,918, 95 proc. PI 0,871; 0,968). Riziką turėti dalinį išimamą protezą statistiškai reikšmingai prognozuoja tik vyresnis amžius (SR 1,110, 95 proc. PI 1,090; 1,130). Pilnų išimamų protezų nešiojimo rizika yra mažesnė aukštesnį išsilavinimą turintiems asmenims (SR 0,915, 95 proc. PI 0,841; 0,995), bet didesnė vyresnio amžiaus žmonėms (SR 1,113, 95 proc. PI 1,079; 1,148).

Išvados: Tyrimo rezultatai atskleidė, kad išimamus protezus nešiojo penktadalis Lietuvos suaugusiųjų. Amžius ir išsilavinimo lygis buvo svarbūs veiksniais siejami su išimamų protezų nešiojimu. Vyresnio amžiaus pacientai susidūrė su didesniu dantų netekimu ir dažnesniu išimamų protezų nešiojimu. Aukštesnis išsilavinimas indikuoja apie išimamų protezų nebuvimą.

Raktažodžiai: Protezavimas; išimami protezai; pilni išimami protezai; daliniai išimami protezai; paplitimas.

ABSTRACT

Introduction: Tooth loss is a significant indicator of oral health. Removable dentures are considered as a large dental defects' restoration option. In Lithuania, there are no studies examining the prevalence of removable dentures or their association with various factors, so this study may provide relevant information on the current oral health situation in Lithuania.

Aim: To assess the prevalence of removable dentures among adult population of Lithuania and to investigate the associations between denture wear and different genders, age groups, places of residence and educational levels.

Materials and methods: An epidemiological study was carried out. Randomly selected 1405 Lithuanian residents aged 35–74 years who agreed to participate in the study were examined. The presence of removable dentures was assessed clinically by a single dentist in 15 different Lithuanian healthcare institutions. Information about age, sex, place of residence and educational level was collected according to the World Health Organisation (WHO) guidelines. Microsoft Excel 2022 and SPSS version 29.0 (IBM, Somers, NY) were used for statistical analysis. Chi-square (χ^2) test was used to determine the differences in groups proportions and binary logistic regression was used to determine predicted probability of removable prostheses wear.

Results: The study involved 1405 adults living in Lithuania, of whom 939 (66.8%) were women and 466 (33.3%) were men. 19.4% (n=272) of the subjects wore removable dentures of any type. Partial removable dentures (PRD) were worn by 224 subjects and complete removable dentures (CRD) were worn by 72 subjects. The proportion of removable denture wearers was higher in the group of people over 65 years of age (N=163, 43.5%) and in the group of people with lower or secondary education (N=46, 7.8%) ($p<0.001$). A higher proportion of people over 65 years (N=131, 34.9%; N=49, 13.1%) and those with lower education (N=119, 20.3%; N=46, 7.8%) wore PRD or CRD ($p<0.001$). Also, the risk of having any type of prosthesis was found to be higher in the group of elders (OR 1.119, 95% CI 1.100; 1.138) compared to younger people, but lower in a higher educational level group (OR 0.918, 95 %, CI 0.871; 0.968). Older age was the only statistically significant predictor while assessing the PRD risk model (OR 1.110, 95% CI 1.090; 1.130). The risk of wearing a CRD was lower in higher educational level group (OR 0.915, 95%, CI 0.841; 0.995) but higher in the elderly group (OR 1.113, 95%, CI 1.079; 1.148).

Conclusions: The results showed that 2 out of 10 Lithuanian adults wore removable dentures. Age and educational level were found to be important factors associated with removable denture wear. Older patients have higher tooth loss and more frequent wear of removable dentures. Higher education is an indicator of less removable dentures wear.

Key words: Prosthetic treatment; removable dentures; complete removable dentures; partial removable dentures; prevalence.

1. ĮVADAS

1.1. Mokslinė problema

Pasak pasaulinės sveikatos organizacijos, burnos sveikata – tai burnos, dantų, veido ir žandikaulių būklė, kuri įgalina atlikti įprastas fiziologines funkcijas bei daro įtaką žmonių psichosocialinei veiklai (1). Ši anatominių struktūrų visuma veikia žmogaus gyvenimo kokybę, todėl sutrikus burnos sveikatai, žmogus gali jausti skausmą, diskomfortą ar susidurti su psichologiniais sunkumais. Asmens burnos sveikata priklauso nuo individualios burnos higienos įgūdžių, reguliarių vizitų pas gydytoją odontologą, valstybės sveikatos politikos ir sociodemografinių veiksnių (2). Remiantis Vašingtono universiteto pasaulinės sveikatos tyrimų duomenimis, maždaug pusė Europos gyventojų 2019 m. susidūrė su burnos ligomis (3). Dažniausiai diagnozuotos ligos buvo: negydomas dantų ėduonis, periodonto (dantenu) ligos, dantų netekimas, burnos vėžys, dantų traumos (4). Stomatognatinės sistemos sutrikimai daugiausiai paveikia socialiai remtinus gyventojų grupes ir mažiau ekonomiškai išsivysčiusias šalis. Daugumai šių šalių gyventojų dantų priežiūros paslaugos yra sunkiau prieinamos dėl ekonominių priežasčių ir asmeninių finansų, nes išlaidos viršija turimus išteklius, o valstybės politika taip pat nesuteikia pakankamo finansavimo gydymui ir prevencijai (4).

Dantų netekimas yra laikomas reikšmingu burnos sveikatos rodikliu (5). Europos odontologų tarybos (Angl. The Council of European Chief Dental Officers) (toliau – CECDO) duomenimis 2021 m. net 39 proc. Lietuvos 65-mečių neturėjo nei vieno natūralaus danties (6,7), o 2010 m. publikuotos sisteminės apžvalgos duomenimis 2,3 proc. pasaulio gyventojų, sudarančių 158 milijonus žmonių visame pasaulyje, buvo bedančiai (5). Naujausi tyrimai teigia, kad dėl efektyvesnės odontologinių ligų prevencijos išsivysčiusiose šalyse mažėja dantų netekimas ir tai vyksta vyresniame amžiuje (8,9). Tačiau didėjant vidutinei gyvenimo trukmei ir daugėjant pagyvenusių žmonių skaičiui pasaulyje, dantų netekimas vis dar išlieka aktuali problema (10).

Netekus dantų, stomatognatinės sistemos funkciją ir estetiką galima atkurti dantų protezais (11). Trūkstančių dantų protezai skirstomi į fiksuotus arba išimamus. Pastarieji būna skirstomi į dalines arba pilnas išimamas plokšteles, priklausomai nuo netektų dantų skaičiaus. Vilniuje 2012 m. atlikto tyrimo duomenimis 26,5 proc. vyresnių nei 45 metų sostinės gyventojų neturėjo trūkstančių dantis atstatančių protezų, todėl galima numanyti, kad dantų protezavimas yra aktualus nemažai daliai Lietuvos populiacijos (7).

1.2. Mokslinis naujumas

Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino 2016–2020 metų Nacionalinę burnos sveikatos gerinimo programą, kurios tikslas – mažinti burnos ligų paplitimą, taikant atitinkamas profilaktines

priemonės ir optimizuojant odontologinę sveikatos priežiūros sistemą (12). Europos sveikatos sistemų ir politikos observatorija teigia, kad visoje Europoje trūksta gerų nacionalinių epidemiologinių tyrimų, todėl sunku daryti reikšmingas išvadas ir inicijuoti pokyčius sveikatos sistemoje (13). Dantų restauracijų poreikio ir netektų dantų tyrimas buvo atliktas tik Lietuvos sostinėje 2012 m., o nacionalinių tyrimų dantų protezų paplitimo klausimu nėra (7). Nauji duomenys apie išimamų protezų paplitimą galėtų reikšmingai prisidėti prie Nacionalinės burnos sveikatos gerinimo programos įgyvendinimo ir tai galėtų atspindėti realią situaciją Lietuvoje.

Šis darbas yra išsamaus nacionalinio burnos sveikatos epidemiologinio tyrimo dalis, nagrinėjanti išimamų protezų paplitimą ir sąsajas su sociodemografiniais veiksniais Lietuvoje.

1.3. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Darbo tikslas – įvertinti išimamų protezų paplitimą tarp suaugusių Lietuvos gyventojų ir iširti asociacijas tarp protezų paplitimo ir lyčių, amžiaus grupių, gyvenamųjų vietų ir išsilavinimo lygio.

Darbo uždaviniai:

1. Iširti skirtingų išimamų protezų tipų paplitimą tarp suaugusių Lietuvos gyventojų.
2. Įvertinti išimamų protezų paplitimą tarp skirtingų Lietuvos gyventojų amžiaus grupių ir lyčių.
3. Įvertinti išimamų protezų paplitimą tarp skirtingose gyvenamosiose vietovėse gyvenančių Lietuvos suaugusiųjų.
4. Įvertinti išimamų protezų paplitimą tarp skirtingą išsilavinimą turinčių Lietuvos suaugusiųjų.

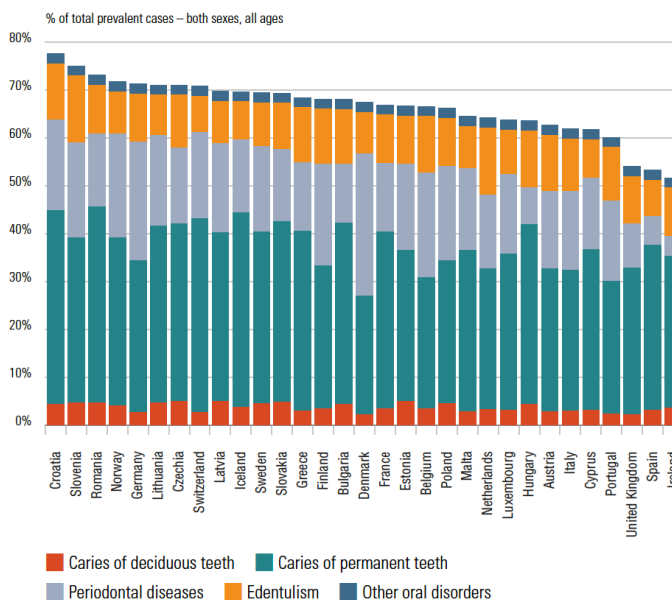
Tyrimo hipotezės:

1. Gyventojai > 65 m. amžiaus turi daugiau išimamų protezų, nei ≤ 65 m. pacientai.
2. Moterys turi daugiau išimamų protezų nei vyrai.
3. Žmonės, gyvenantys kaime turi daugiau išimamų protezų, nei gyvenantys mieste.
4. Žemesnį ar vidurinį išsilavinimą turintys žmonės turi daugiau išimamų protezų, nei aukštesnį nei vidurinį išsilavinimą turintys suaugusieji.

2. LITERATŪROS APŽVALGA

2.1. Dantų netekimas Lietuvoje ir Europoje

Burnos ligos žmones lydi visą gyvenimą ir yra linkusios progresuoti su amžiumi. Danties netekimas atspindi visą gyvenimą trukusią danties ligos baigtį (4). Vašingtono universiteto pasaulinės sveikatos tyrimai rodo, kad vienas iš dešimties Europos gyventojų kenčia nuo visiško dantų netekimo. Šios būklės dažnesnės rytinėje Europos dalyje. Lietuva užima 6 vietą pagal burnos ligų paplitimą (1 pav.) (15). Tyrimų duomenimis nuo 1990 m. iki 2010 m. dantų netekimo rodikliai pasaulyje sumažėjo nuo 4,4 proc. iki 2,4 proc.. Dantų netekimo rizika didėja su amžiumi ir 60 metų riba buvo laikoma kritiniu laikotarpiu netekti dantų (5). Bedantystę vyresniame amžiuje gali lemti apsunkintas odontologinių paslaugų prieinamumas, valstybės finansinės pagalbos trūkumas ir atitinkamos burnos sveikatos politikos nebūvimas (16).



1 paveikslas. Burnos ligų paplitimas Europoje, proc., 2019 m. (15)

2.2. Dantų protezavimo priežastys

Dantų protezavimas – tai gydymas taikomas sutrikus dantų lanko vientisumui ir kramtymo funkcijai (17). Pagrindinės priežastys, kodėl žmonės protezuoja dantis yra nepilnavertis kramtymo efektyvumas, estetišiai lūkesčiai ar psichologiniai aspektai (17). Tyrimai rodo, kad papildomas vieno danties netekimas didina depresijos tikimybę (18). Kramtymo ir kitų burnos funkcijų atstatymas yra esminis kriterijus protezuojant dalinai ir pilnai bedančius pacientus. Todėl kyla klausimas – ar būtina atstatyti visus prarastus dantis įprastoms burnos funkcijoms atlikti (19)? Vokiečių mokslininkas Arnd Kayser įrodė kad adekvačiai kramtymo funkcijai atstatyti užtenka 10 antagonuojančių dantų porų

arba bent dviejų galinių dantų porų kiekvienoje pusėje, todėl atstatomų dantų apimtis priklauso, nuo netektų dantų skaičiaus ir padėties (20).

2.3. Dantų protezavimo būdai

Dantų protezus galima skirstyti į dvi grupes: fiksuoti protezai ir išimami protezai (11). Fiksuoti dantų protezai yra neišimami ir nuolatini tvirtinami prie natūralių dantų, jų šaknų ar dantų implantų, kai tuo tarpu išimami dantų protezai atstato dantų lanko vientisumą laikydamiesi prie audinių pagrindo ir (arba) atraminių dantų (11). Pasirinkimą tarp šių protezų tipų lemia paciento klinikinė situacija, finansinės galimybės ir asmeniniai norai ar lūkesčiai (17). Globalinis osteointegruotų implantų atsiradimas sumažino išimamų protezų naudojimą ir sudarė sąlygas didesnės apimties defektus protezuoti fiksuotais protezais, tačiau išimami protezai išlieka aktualūs dėl finansinių aspektų ir specifinių klinikinių situacijų (17).

2.4. Išimami protezai

Pagal dantų protezavimo terminų žodyną, protezavimas išimamais protezais yra ortopedinės odontologijos šaka susijusi su pilnai arba dalinai bedančių pacientų dantų ir gretimų struktūrų pakeitimu dirbtiniais protezais, kuriuos pacientas gali pats išimti iš burnos be gydytojo pagalbos (11). Daliniais išimamais protezais paprastai atstatomi didesnės apimties dantų lankų defektai, kai netenkama trijų ar daugiau dantų, kai atstatymas tiltiniu protezu yra negalimas ar neracionalus, o paciento finansinės galimybės yra ribotos (21). Pilnais išimamais protezais atstatomi bedančiai žandikauliai ir skirtingai nei daliniai, tai yra išimtinai audinių prilaikomi protezai (22). Išimami protezai gali būti skirstomi į pilnas arba dalines išimamas plastmasines plokšteles, lanko atraminius protezus ir dengiamuosius protezus ant implantų (21,22).

2.5. Pilni išimami protezai

Pilnos išimamos plokštelės dažniausiai gaminamos netekus visų dantų, kai nėra kitų dantų atstatymo galimybių. Ją sudaro netikri dantys ir rausvos spalvos bazė, kuri imituoja natūralias žmogaus dantenas (22). Toks dantų atstatymo būdas pagerina pacientų gyvenimo kokybę, psichologinę būseną ir dalinai atkuria kramtymo funkciją (23). Tačiau pilnų išimamų protezų naudojimas turi trūkumų. Naudojant pilnus išimamus protezus kramtymo efektyvumas sumažėja 20 proc. lyginant su natūraliais dantimis, nes plokštelė laikosi tik ant likusios alveolinės ataugos ir minkštųjų audinių (24). Taip pat, netekus dantų pakinta veido struktūra ir bendra estetika – raumenys nebeatlieka įprastos savo funkcijos kramtymo metu ir paranda tonusą, kurio pilnai atkurti išimamais

protezais yra neįmanoma (25,26). Taigi, pilni išimami protezai yra išsigelbėjimas pacientams pilnai netekusiems dantų, tačiau jie yra mažiau patogūs ir efektyvūs, todėl yra paskutinio pasirinkimo protezavimo būdas, kai dantų implantai dėl vienokių ar kitokių priežasčių yra negalimi.

2.6. Daliniai išimami protezai

Daliniai dantų lankų defektai gali būti atstatomi lanko atraminiais protezais arba dalinėmis akrilinėmis plokštelėmis. Lanko atraminiai protezai tvirtinasi metaliniais kabliukais ir užraktais prie gretimų sveikų dantų, todėl užtikrinamas geresnis laikomumas nei su standartinėmis išimamomis plokštelėmis (27). Taip pat, dažniausiai tai yra antrasis pasirinkimo variantas, kai protezavimas fiksuotais arba išimamais protezais ant implantų yra ribotas dėl paciento finansinių galimybių, klinikinį būklį ar burnos priežiūros trūkumo (28). Tyrimai rodo, kad pacientai prie lanko atraminį protezų pripranta greičiau, nes jie užima mažiau vietos ir yra patogesni (21,27). Pagrindiniai pacientų nešiojančių lanko atraminis protezus nusiskundimai – estetika ir skausmas valgant (29). Nepaisant geresnio laikomumo lanko atraminis protezas negali prilygti ant implantų fiksuotų protezų atkuriamai dantų funkcijai ir estetikai.

2.7. Išimami protezai ant implantų

Atsiradus osteointegruotiems implantams, atsirado galimybė pagerinti išimamų protezų laikomumą (17). Didelis kiekis sisteminių apžvalgų ir meta analizių patvirtina, kad bedančiai pacientai jaučia didesnę pasitenkinimą dengiamaisiais protezais ant implantų, nei standartiniais išimamais protezais (30–33). Prieš planuojant gydymą implantais svarbu atsižvelgti į paciento biologinius rizikos faktorius, finansinius aspektus, norą bendradarbiauti ir prižiūrėti implantus (34). Pasirinkus gydymą dengiamaisiais protezais ant implantų išlaidos padidėja 2–3 kartus nei protezuojant standartinėmis išimamomis plokštelėmis (35). Taip pat, dengiamieji protezai ant implantų yra mažiau patogūs, nei pilnai ant implantų fiksuoti protezai, todėl tai yra tarpinis variantas, kurį pacientas gali pasirinkti įvertinus klinikinę situaciją ir finansines galimybes (35).

2.8. Sociodemografiniai veiksniai ir išimami protezai

2.8.1. Amžius

Pastaraisiais metais gimstamumas mažėjo visuose pasaulio regionuose. Tai reiškia, kad mažėja populiacijos augimo tempas ir senėja visuomenė. Pasak Jungtinių tautų populiacijos prognozės 2050 m. pasaulyje tikimasi dvigubai daugiau 60-mečių palyginus su 2017 m., o tai

sudarytų net 2,1 milijardų žmonių. Šiuo metu Europoje 25 proc. populiacijos jau yra 60-ties ir vyresni, o 2050 m. tikimasi priaugio iki 35 proc., kuris išliks kelis dešimtmečius (36). Lietuvoje gimstamumo tendencijos taip pat mažėja. Pasak Lietuvos oficialiosios statistikos portalo 2023 m., vaikų skaičius sumažėjo 2,2 proc. palyginus su 2013 m. statistika. Tuo tarpu 2023 m. 65 m. ir vyresni gyventojai sudarė 20 proc. šalies populiacijos, o jų skaičius nuo 2013 m. padidėjo 5,4 proc. (37). Žinant, jog dantų netekimo rizika didėja su amžiumi verčia susimąstyti, kad po kelių dešimtmečių dantų protezavimas gali būti aktualus beveik trečdaliui visuomenės, todėl dantų ligų profilaktika ir odontologinės sveikatos priežiūros optimizavimas yra kritiškai svarbus (5).

2.8.2. Lytis

Lietuvoje, kaip ir Europoje, populiacija pagal lytį pasiskirsčiusi panašiai – moterų skaičius yra didesnis nei vyrų (38). Moterys sudarė 53,2 proc. visų nuolatinių gyventojų 2023 m. (37). Odontologijos žurnale (*Angl. Journal of dentistry*) 2022 m. publikuotas straipsnis apie vyrų ir moterų burnos sveikatos elgsenos skirtumus, kuriame buvo teigiama, kad moterys pasižymi statistiškai reikšmingai geresniais dantų priežiūros įgūdžiais ir rečiau lankosi pas gydytojus, nei vyrai (39). Vis dėlto 2014 m. sisteminės analizės duomenimis moterų populiacija yra siejama su didesniais dantų netekimo rodikliais nei vyrų (5). Vieni tyrimai tai aiškina gyvenimo trukmės skirtumais tarp lyčių – moterys pasižymi žemesniais mirtingumo rodikliais ir ilgesne gyvenimo trukme, pavyzdžiui, Lietuvoje 2023 m. pagyvenusių moterų buvo beveik du kartus daugiau negu to paties amžiaus vyrų (37,40). Taigi viena iš teorijų yra, kad moterys gyvendamos ilgiau netenka daugiau dantų. Kituose tyrimuose teigiama, kad didesnis dantų netekimas moterų tarpe yra susijęs hormoniniais skirtumais (nėštumo ir menopauzės periodai), mažesniu seilių kiekiu ir dėl to didesne eduonies rizika, didesniu Sjogreno sindromo paplitimu, žemesniu socialiniu statusu, pajamomis ir išsilavinimu (41).

2.8.3. Gyvenamoji vieta

Miesto ir kaimo burnos sveikatos paslaugų pasiskirstymas, prieinamumas, naudojimas bei jų kokybė reikšmingai skiriasi tiek besivystančiose, tiek išsivysčiusiose šalyse. Mokslininkų teigimu, tokia atskirtis tarp miestų ir kaimų priklauso nuo skirtingų prevencinės odontologijos žinių ir naudojimo masto, nevienodo ankstyvos vaikystės karieso paplitimo, bei skirtingų vaikų maitinimosi įpročių (42). Dantų priežiūros įstaigos daugiausiai koncentruojasi miesto teritorijose, todėl kaimo gyventojai susiduria su sunkumais pasiekiant šias gydymo įstaigas dėl nepakankamai išvystyto viešojo transporto, ilgų atstumų ir nepatogių kelių (43). Taip pat, odontologinių paslaugų prieinamumas kaimo vietovėse yra kompliktuotas dėl gydytojų trūkumo ir didelio jų užimtumo (43). Lietuvos Sveikatos Apsaugos Ministerijos 2016 m. įsakyme dėl Nacionalinės burnos

sveikatos programos patvirtinimo minima, kad 10 000 gyventojų mieste vidutiniškai tenka 12,3 odontologo, o rajone – tik 5,7 (12). Tyrimai atlikti kitose šalyse patvirtina, kad gyvenimas kaimiškoje vietovėje yra reikšmingai susijęs su prastesniais burnos sveikatos rezultatais ir dėl to blogesne gyvenimo kokybe (44). Lenkijoje 2018 m. atlikto tyrimo metu buvo nustatyta, kad moteriška lytis, vyresnis amžius, kaimiška gyvenimo vieta, žemesnis išsilavinimas, ūkininkavimo darbo patirtis ne tik reikšmingai koreliuoja su visišku dantų netekimu, bet ir su išimamų protezų neturėjimu arba jų nenešiojimu (45). Todėl galima manyti, kad rūpinimasis burnos sveikata ir odontologinių paslaugų naudojimas kaimiškose gyvenamosiose vietovėse yra prastesnis.

2.8.4. Išsilavinimas

Išsivysčiusios šalys – tai valstybės, pasiekusios tam tikrą socialinės ir ekonominės raidos stadiją (46). Tarptautinio valiutos fondo duomenimis 2015 m. Lietuva buvo priskirta išsivysčiusių šalių grupei (47). Pagrindiniai kriterijai, pagal kuriuos valstybė priskiriama išsivysčiusių šalių grupei yra stipri ekonomika, aukštas švietimo lygis bei gera sveikatos apsaugos sistema (46). Nemaža dalis mokslinių tyrimų įvairiose Europos ir pasaulio šalyse pabrėžia, kad išsilavinimas yra glaudžiai susijęs su įvairaus tipo protezų paplitimu ir yra skaitomas reikšmingu socioekonominiu veiksniu vertinant burnos sveikatą (17). Žemesnis išsilavinimas pagrinde siejamas su dažnesniu dantų netekimu, visiška bedantyste ir išimamų protezų nešiojimu (17). Pavyzdžiui, Danijoje atlikto tyrimo duomenimis išimamų protezų paplitimas tarp vidurinį išsilavinimą turinčių asmenų buvo 8 proc., pagrindinį – 18 proc. ir net 60 proc. tarp turinčių žemesnį nei pagrindinį išsilavinimą (48). Lietuvos gyventojų burnos sveikatos būklės tyrimas 2014 m. parodė, kad asmenys turintys aukštesnį išsilavinimą turėjo beveik dvigubai mažesnę galimybę netekti 6 ir daugiau dantų nei turintys vidurinį ar žemesnį išsilavinimą (49). Taip pat, šioje publikacijoje rastas ryšys tarp vizitų pas odontologą skaičiaus ir dantų netekimo, o anksčiau atliktame panašaus tipo tyrime Lietuvoje ir Estijoje buvo rasta reikšminga koreliacija tarp išsilavinimo lygio ir vizitų skaičiaus pas gydytoją odontologą (50). Visuotinio Lietuvos 2021 m. gyventojų ir būstų surašymo duomenimis didžioji dalis asmenų, kurie turėjo aukštąjį išsilavinimą gyveno miestuose, o kaimiškose gyvenamosiose vietose dominavo vidurinis ir pagrindinis išsilavinimai. Lyties atžvilgiu moterų tarpe dominavo aukštasis išsilavinimas (30,6 proc.), o tarp vyrų – vidurinis (35,7 proc.) (51). Kas antras 25-44 m. amžiaus Lietuvos pilietis turėjo aukštąjį išsilavinimą, o asmenų vyresnių nei 70 m. išsilavinimo lygis buvo žemiausias iš visų grupių (51). Taigi, Lietuvos populiacijos sociodemografiniai statistiniai duomenys rodo panašias tendencijas tyrinėjamas su burnos sveikata susijusiuose tyrimuose kitose šalyse. Todėl atsižvelgiant į šiuos duomenis tikėtina, kad išsilavinimo faktorius gali būti reikšmingas nagrinėjant išimamų protezų paplitimą Lietuvoje.

2.9. Odontologinių paslaugų finansavimas

Lietuvos ir Europos gyventojų socioekonominė padėtis taip pat daro reikšmingą įtaką dantų priežiūros tendencijoms ir rezultatams (52). Lietuvoje gyventojų skaičius, kuriems odontologinės paslaugos buvo per brangios, pakilo nuo 5 proc. 2014 m. iki 16 proc. 2019 m. (53). Kitose Europos šalyse stebima panaši situacija: ištyrus 24 Europos šalis paaiškėjo, kad finansinės galimybės buvo pagrindinė nesinaudojimo odontologinėmis paslaugomis priežastis net pusėje tirtų šalių, o aukščiausi rodikliai buvo stebimi šalyse, kur pacientams valstybė finansuoja mažiau nei 50 proc. sumos (52). Lietuvoje nacionalinis sveikatos draudimo fondas taip pat dengia tik dalį dantų priežiūros išlaidų, kurias galima gauti viešosiose įstaigose arba klinikose pasirašiusiose sutartį su fondu (54). Visoje Europoje ribotas minėtų finansuojamų odontologinių paslaugų įstaigų pasiekiamumas ir geografinis pasiskirstymas apsunkina gydymosi galimybes žmonėms ypač gyvenantiems regionuose ir turintiems žemesnes pajamas (55). Apskritai odontologijos sektoriuje yra taikomas mažiausias valstybės finansavimas ir griežčiausi apribojimai, palyginti su kitomis sveikatos sritimis. Pavyzdžiui, Estijoje ir Lietuvoje vyresnio amžiaus žmonėms taikomi didesni finansinės apsaugos mechanizmai kompensuojant už dantų protezavimą nei jaunesniems suaugusiesiems, o Švedijoje vyresnių nei 65 metų amžiaus asmenų ir 24-29 metų amžiaus asmenų bendroji dantų priežiūros išmoka yra taip pat didesnė nei visų kitų suaugusiųjų (55). Valstybinės ligonių kasos Lietuvos pensininkams netekusiems daugiau nei 10 antagonuojančių dantų porų finansuoja dantų protezavimą iki 670,38 eurų, Prancūzijoje valstybė finansuoja 70 proc. sumos, o Kroatijoje išimamus protezus valstybė finansuoja pilnai (56–58). Taip pat, daugelyje šalių parama yra galima tik kas kelis metus arba ribotą kiekį kartų. Dantų protezavimo sąnaudos dažnai viršija finansuojamas ribas, todėl pacientui dažnai dalį sumos tenka padengti pačiam (55,56). Taigi, dantų protezavimas akivaizdžiai yra brangus, o valstybės finansavimas nepakankamas, todėl išimamų protezų pasiskirstymas šalyje gali iliustruoti gyventojų socialinę atskirtį.

3. METODAI IR MEDŽIAGOS

Šiam darbui parengti analizuoti nacionalinio burnos sveikatos tyrimo duomenys. Tyrimui atlikti buvo gautas biomedicininis tyrimų etikos komiteto leidimas (3 priedas). Duomenys rinkti nuo 2017 m. iki 2019 m., pagal PSO (2013) rekomenduojamą metodologinį protokolą (1 ir 2 priedas).

Šiame darbe pasirinktinai išskiriami duomenys ir metodiniai principai, kurie yra susiję su protezavimu išimamais protezais ir pasirinktais sociodemografiniais veiksniais.

3.1. Tyrimo dizainas

Epidemiologinis tyrimas, skerspjūvio dizainas.

3.2. Tiriamoji populiacija

35–74 metų Lietuvos gyventojai.

3.3. Tiriamųjų imtis, įtraukimo ir neįtraukimo kriterijai

Tiriamųjų įtraukimo kriterijai:

- iš visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų medicininių dokumentų atsitiktine tvarka atrinkti 35–74 m. suaugusieji;
- asmenys, kurie išreiškė norą dalyvauti tyrime ir pasirašė informuoto asmens sutikimo formą.

Tiriamųjų neįtraukimo kriterijai:

- asmenys, kurie biomedicininio tyrimo metu nebuvo Lietuvoje;
- asmenys atliekantys tikrąją karinę tarnybą, esantys įkalinimo įstaigose ar gydymo įstaigose tyrimo atlikimo metu;
- psichikos negalią turintys asmenys;
- asmenys vyresni nei 75 m.;
- asmenys nesutikę dalyvauti tyrime.

3.4. Tiriamųjų atrankos būdai

Visai šaliai reprezentuoti buvo parinkti 5 didžiausi Lietuvos miestai ir 10 atsitiktinai atrinktų priemiesčių ir kaimo vietovių, po vieną kiekvienoje iš 10 Lietuvos apskričių. Naudojant Google paieškos sistemą kiekvienoje iš 15 vietovių atsitiktine tvarka buvo atrinkta po vieną visuomenės sveikatos priežiūros įstaigą. Buvo susisiekiama su įstaigų vadovais ir gauti leidimai vykdyti tyrimą. Visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų buvo paprašyta pateikti nustatyto skaičiaus pacientų kontaktus. Iš tos įstaigos pacientų registrų atsitiktine tvarka buvo atrenkami 35–74 m. asmenys.

3.5. Tiriamųjų imties dydžio apskaičiavimas

Bendro epidemiologinio tyrimo imtis buvo skaičiuojama remiantis ankstesniais epidemiologiniais Lietuvoje atliktais tyrimais (59). Būtiną imties dydį apskaičiuotas laikant p reikšmę $<0,05$, 95 proc. PI ir naudojant internetinę skaičiuoklę <http://sampsiz.e.sourceforge.net/iface/#prev>. Bendrame epidemiologiniame tyrime buvo tikimasi 50

proc. dalyvavimo aktyvumo, todėl į tyrimą buvo pakviesta 2400 suaugusiųjų. Reikalingų tiriamųjų skaičius buvo proporcingai paskaičiuotas pagal vietovių dydį (kaimo ir miesto gyvenvietėse santykiu 1:3). Iš viso tyrime sutiko dalyvauti 1405 suaugusieji (atsakas 58,5 proc.), kurie pateikė aktualią informaciją apie išimamų protezų statusą.

3.6. Tiriamųjų kvietimas dalyvauti tyrime

Leidimas kviesti suaugusius asmenis dalyvauti šiame tyrime tyrimo tikslais be jų leidimo buvo gautas iš Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos (Asmens duomenų apsaugos įstatymo 12.1 punktas) (4 priedas). Žmonės, kurie atitiko atrankos ir įtraukimo telefonu buvo kviečiami dalyvauti biomediciniame tyrime. Papildomai pranešimai apie tyrimą buvo išspausdinti vietinėje spaudoje.

3.7. Informuoto sutikimo gavimas

Tyrimas buvo atliktas laikantis Geros klinikinės praktikos ir Helsinkio deklaracijų. Bioetikos leidimas tyrimui atlikti buvo gautas iš Lietuvos bioetikos komiteto ir Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos (3 priedas). Savanoriškas dalyvavimas buvo pagrįstas rašytiniu informuotu sutikimu. Prieš pasirašydami informuoto sutikimo formą, visi dalyviai žodžiu buvo supažindinami su tyrimo eiga. Dalyviai informuoti apie: tyrimo tikslą, tyrimo planą, atliekamas procedūras, numatomą asmens dalyvavimo tyrime trukmę, bet kokią numatomą riziką ar diskomfortą, naudą, konfidencialumo politiką, tyrimo rėmėjus, pasitraukimo iš tyrimo procedūrą, tyrėjų kontaktus. Dalyviams buvo skirta pakankamai laiko apsispręsti. Informuotas sutikimas dalyvauti tyrime buvo pasirašomas tik įsitikinus, kad dalyviai viską supranta tinkamai ir tyrimui neprieštarauja.

3.8. Informacijos kodavimas

Duomenys buvo koduojami neatskleidžiant dalyvių asmeninės informacijos. Kodus su konkrečiu tiriamuoju galėjo susieti tik pagrindinis tyrėjas.

3.9. Tyrimo metodų aprašymas

Dalyvių klinikinis ištyrimas buvo atliekamas visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose apmokyto egzaminuotojo. Suaugusieji tirti sėdint odontologo kėdėje su odontologinės aparatūros apšvietimu, naudojant odontologinius instrumentus. Ištyrimo instrumentai: plokščias burnos veidrodėlis, dantų apžiūros zondas. Informacija apie pacientus buvo dokumentuojama pagal PSO rekomendacijas paruoštoje formoje (2013) (1 ir 2 priedas). Bendro tyrimo metu buvo surinkti duomenys apie dantų būklę: esamą dantų ėduonį, fluorozę, erozijas, dantų traumas, periodonto būklę,

intervencijų reikalingumą bei išimamų protezų turėjimą. Išimamų protezų nešiojimas buvo vertinamas kliniškai ištyrimo formoje pažymint jo būvimą ar nebūvimą ir tipą viršutiniame bei apatiniame žandikauliuose. Kiekvienas dalyvis tiriamas vieną kartą. Bendra klinikinės apžiūros trukmė buvo apie 20 minučių.

Taip pat tiriamieji turėjo užpildyti burnos sveikatos klausimyną paruoštą pagal PSO rekomendacijas (2013). Jame buvo įtrauktas klausimas apie išsilavinimo lygį. Bendro klausimyno pildymo trukmė – apie 10 minučių (5 priedas).

3.10. Paskirstymas į grupes

Tiriamieji buvo skirstomi į grupės pagal lytį, amžių, gyvenamąją vietą ir išsilavinimą:

- lytis: vyrai/moterys;
- amžius: vyresni nei 65 m./65 m. ir jaunesni žmonės;
- išsilavinimas: žemesnis ir vidurinis/aukštesnis nei vidurinis;
- gyvenamoji vieta: miestas/kaimas (priemiesčiai priskirti prie kaimo grupės).

Šie kintamieji buvo pasirinkti reprezentuoti sociodemografinius veiksnius. Analizuoti daliniai ir pilni išimamų protezų tipai.

3.11. Statistinė analizė

Statistinei analizei buvo naudojama Microsoft Excel 2022 ir SPSS 29.0 versija (IBM, Somers, NY). Išimamų protezų paplitimas apskaičiuotas naudojant aprašomąją statistiką. Kintamųjų tarpusavio priklausomumas skaičiuojamas naudojant Chi-kvadrato (χ^2) nesuderinamumo testą. Išimamų protezų turėjimo rizikos susijusios su demografiniais ir socialiniais veiksniais buvo skaičiuojamos naudojant dvejetainę logistinę regresiją.

4. REZULTATAI

Tyrimė iš viso dalyvavo 1405 tiriamieji iš 15 Lietuvos miestų ir kaimų. Pirmoje lentelėje pateikiamas bendras tiriamųjų pasiskirstymas pagal sociodemografines charakteristikas. Darbingo amžiaus žmonių (≤ 65 metų) buvo 73,3 proc. ($n=1030$), o 26,7 proc. ($n=375$) – vyresnio amžiaus (>65 metai). Žemesnį arba vidurinį išsilavinimą turėjo 41,7 proc. ($n=586$) dalyvių, o 58,3 proc. ($n=819$) atsakė turintys aukštesnį nei vidurinį išsilavinimą. Vyrų buvo 33,2 proc. ($n=466$), o moterų 66,8 proc. ($n=939$). Mieste gyvenantys asmenys sudarė 71,6 proc. ($n=1006$), o kaime 28,4 proc. ($n=399$).

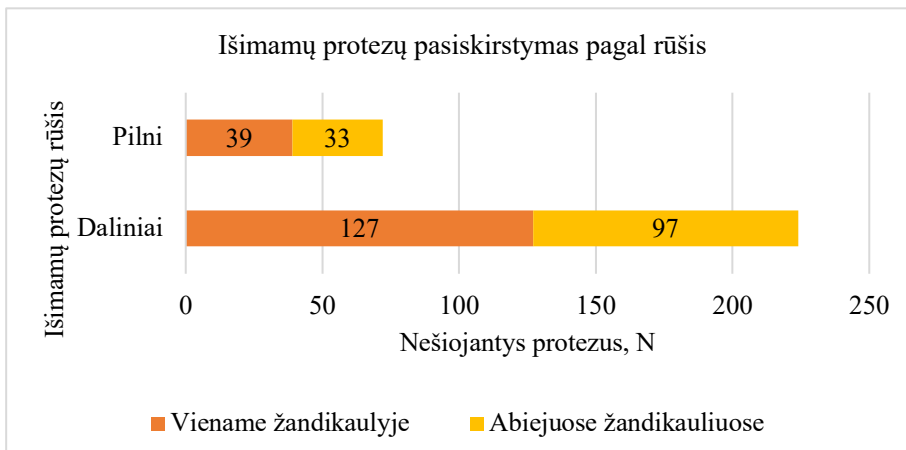
1 lentelė. Pasiskirstymas pagal sociodemografinius veiksnius.

Kintamasis	Kategorijos	n	%
Amžius	≤ 65 metai	1030	73.3
	>65 metai	375	26.7
Išsilavinimas	Aukštesnis nei vidurinis	819	58.3
	Žemesnis ir vidurinis	586	41.7
Lytis	Vyrai	466	33.3
	Moterys	939	66.8
Gyvenamoji vieta	Miestas	1006	71.6
	Kaimas	399	28.4

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad 19,4 proc. ($n=272$) tiriamųjų nešioja išimamus protezus bent viename žandikaulyje, o 80,6 proc. ($n=1133$) išimamų protezų nenešioja (2 lentelė). Labiausiai paplitusi išimamų protezų rūšis buvo dalinės išimamos plokštelės ($N=224$). Dalinius išimamus protezus abiejuose žandikauliuose nešiojo 97 asmenys, likę – viename. Pilnus išimamus protezus nešiojo 72 respondentai, iš jų 33 nešiojo pilnas išimamas plokšteles abiejuose žandikauliuose (2 pav.). Skirtingų rūšių išimamus protezus abiejuose žandikauliuose turėjo 24 asmenys.

2 lentelė. Pasiskirstymas pagal protezų nešiojimą.

Kintamasis	n	%
Išimamas protezas bent viename žandikaulyje	272	19.4
Nėra išimamo protezo nei viename žandikaulyje	1133	80.6



2 paveikslas. Išimamų protezų pasiskirstymas pagal rūšis.

Trečia lentelė parodo, kad bet kokio tipo išimamus protezus nešiojančių asmenų procentas buvo didesnis senjorų tarpe lyginant su jaunesniais tiriamaisiais. Tarp aukštesnį išsilavinimą turinčių tiriamųjų bet kokio tipo protezus nešiojančių dalis yra mažesnė lyginant su žemesnio išsilavinimo tiriamaisiais. Protezus nešiojančių asmenų procentas buvo mažesnis vyrų ir miesto gyventojų grupėse lyginant su moterų ir kaimo gyventojų grupėmis, tačiau šie skirtumai nebuvo statistiškai reikšmingi.

3 Lentelė. Išimamų protezų nešiojimo pasiskirstymas pagal sociodemografinius veiksnus.

Kintamasis	Nešioja išimamus protezus N (%)	Nenešioja išimamų protezų N (%)	p reikšmė ¹
Lytis	272	1133	
Moterys	191 (20,3)	748 (79,7)	0.186
Vyrai	81 (17,4)	385 (82,6)	
Amžius	272	1133	
> 65 metai	163 (43,5)	212 (56,5)	<.001
≤65 metai	109 (10,6)	921 (89,4)	
Gyvenamoji vieta	272	1133	
Kaimas	90 (22,6)	309 (77,4)	0.056
Miestas	182 (18,1)	824 (81,9)	
Išsilavinimas	272	1133	
Žemesnis ir vidurinis	152 (25,9)	434 (74,1)	<.001
Aukštesnis nei vidurinis	120 (14,7)	699 (85,3)	

¹Chi kvadrato kriterijus

Analizuojant dalinius protezus nešiojančių žmonių pasiskirstymą pagal sociodemografinius veiksnus, randamos tokios pat tendencijos: vyresnių nei 65 m. ir prasčiau išsilavinusių tiriamųjų tarpe statistiškai reikšmingai didesnė proporcija asmenų turi dalinius išimamus protezus (4 lentelė).

4 lentelė. Dalinių išimamų protezų nešiojimo pasiskirstymas pagal sociodemografinius veiksnus.

Kintamasis	Nešioja dalinius protezus N (%)	Nenešioja dalinių protezų N (%)	p reikšmė ¹
Lytis			
	224	1181	
Moterys	158 (16,8)	781 (83,2)	0.199
Vyrai	66 (14,2)	400 (85,8)	
Amžius			
	224	1181	
> 65 metai	131 (34,9)	244 (65,1)	<.001
≤65 metai	93 (9)	937 (91)	
Gyvenamoji vieta			
	224	1181	
Kaimas	74 (18,5)	325 (81,5)	0.093
Miestas	150 (14,9)	856 (85,1)	
Išsilavinimas			
	224	1181	
Žemesnis ir vidurinis	119 (20,3)	467 (79,7)	<.001
Aukštesnis nei vidurinis	105(12,8)	714 (87,2)	

¹Chi kvadrato kriterijus

Pilnus išimamus protezus nešiojančių žmonių pasiskirstymas pagal sociodemografinius veiksnus toks pat, kaip ir dalinius išimamus protezus nešiojančių. Statistiškai reikšmingai didesnė proporcija asmenų, kurie yra vyresni nei 65 m. ir prasčiau išsilavinę turi pilnus išimamus protezus (5 lentelė).

5 lentelė. Pilnų išimamų protezų nešiojimo pasiskirstymas pagal sociodemografinius veiksnus.

Kintamasis	Nešioja pilnus protezus N (%)	Nenešioja pilnų protezų N (%)	p reikšmė ¹
Lytis			
	72	1333	
Moterys	49 (5,2)	890 (94,8)	0.821
Vyrai	23 (4,9)	443 (95,1)	
Amžius			
	72	1333	
> 65 metai	49 (13,1)	326 (86,9)	<.001
≤65 metai	23 (2,2)	1007 (97,8)	
Gyvenamoji vieta			
	72	1333	
Kaimas	25 (6,3)	374 (93,7)	0.222
Miestas	47 (4,7)	959 (95,3)	
Išsilavinimas			
	72	1333	
Žemesnis ir vidurinis	46 (7,8)	540 (92,2)	<.001
Aukštesnis nei vidurinis	26 (3,2)	793 (96,8)	

¹Chi kvadrato kriterijus

Tiriant kaip sociodemografiniai veiksniai didina arba mažina galimybę turėti bet kokio tipo išimamą protezą ir dalinį arba pilną išimamą protezą bent viename žandikaulyje buvo sudarytas dvejetainis logistines regresijos modelis. Priklausomi kintamieji buvo: bet kokio tipo išimamų protezų nešiojimas, dalinių arba pilnų išimamų protezų nešiojimas bent viename žandikaulyje.

Nepriklausomi kintamieji buvo: amžius (metais), lytis, išsilavinimas (metais) ir gyvenamoji vieta (6 lentelė).

Visi gauti modeliai statistiškai reikšmingi $p < 0,01$. Nustatyta, kad amžius ir išsilavinimas statistiškai reikšmingai prognozuoja pacientų galimybę turėti bet kokios rūšies išimamą protezą bent viename žandikaulyje ($p < 0,05$).

Vyresnio amžiaus žmonėms (>65 m.) rizika turėti bet kokios rūšies protezą yra didesnė (SR 1,119, 95 proc. PI 1,100; 1,138), nei jaunesniems (≤ 65 metai). Aukštesnį išsilavinimą turintiems asmenims rizika turėti bet kokio tipo išimamą protezą yra mažesnė, nei turintiems žemesnį išsilavinimą (SR 0,918, 95 proc. PI 0,871; 0,968). Taip pat nustatyta, kad riziką turėti dalinį išimamą protezą statistiškai reikšmingai prognozuoja tik amžius: vyresniems nei 65 m. amžiaus asmenims rizika turėti dalines išimamas plokšteles yra didesnė (SR 1,110, 95 proc. PI 1,090; 1,130). Rezultatai parodė, kad pilnų išimamų protezų nešiojimo rizika yra didesnė vyresnio amžiaus žmonėms (SR 1,113, 95 proc. PI 1,079; 1,148), tačiau mažesnė aukštesnį išsilavinimą turintiems asmenims (SR 0,915, 95 proc. PI 0,841; 0,995).

6 lentelė. Rizika turėti išimamą protezą.

Kintamieji	Išimamų protezų nešiojimo modelis		Dalinių išimamų protezų nešiojimo modelis		Pilnų išimamų protezų nešiojimo modelis	
	SR	PI 95%	SR	PI 95%	SR	PI 95%
Sociodemografiniai						
Amžius	1,119	1,100-1,138	1,110	1,090-1,130	1,113	1,079-1,148
Išsilavinimas	0,918	0,871-0,968	0,950	0,900-1,004	0,915	0,841-0,995
Lytis	1,164	0,844-1,607	1,167	0,831-1,637	0,998	0,588-1,695
Gyvenamoji vieta	1,192	0,864-1,644	1,207	0,862-1,692	1,274	0,753-2,155
Modelio patikimumas						
p reikšmė	0,001		0,001		0,001	
Determinacijos koeficientas R^2	0,292		0,239		0,171	
Hosmer and Lemeshow koeficientas	0,098		0,162		0,413	
Bendras prognozavimo tikslumas %	81,4		83,5		94,9	

5. REZULTATŲ APTARIMAS

Šis tyrimas yra pirmasis Lietuvoje nagrinėjantis išimamų protezų paplitimą ir sąsajas su specifiniais sociodemografiniais veiksniais. Per pastarąjį dešimtmetį Europoje buvo atlikta keletas panašaus tipo tyrimų, tačiau dauguma iš jų analizuoja išimamų protezų nešiojimo tendencijas 1990–2007 m. laikotarpiu ir tik pora tyrimų – 2013–2019 m. Tai dar kartą patvirtina, kad Europoje trūksta epidemiologinių tyrimų ir tai apsunkina tokių tyrimų lyginimą tarp šalių (13).

Šio tyrimo, kuris buvo atliktas 2017–2019 m., duomenimis išimamus protezus nešiojo APIE 20 proc. tiriamos imties (272 asmenys). Gauti duomenys yra panašūs į kitų Europoje atliktų tyrimų duomenis. Prancūzijoje 2002–2003 m. atlikta studija parodė, kad išimamus protezus nešiojo 15 proc. tirtos populiacijos (56). Vokietijoje 2012–2017 m. atliktas tyrimas teigė, kad bet kokio tipo išimamus protezus nešiojo 13 proc. asmenų vyresnių nei 75 m. (60). Panašūs skaičiai buvo stebimi ir Šveicarijoje – 1992–1997 m. atlikto tyrimo duomenimis išimamus protezus nešiojo 19 proc. tirtos populiacijos (61). Naujausias tyrimas išimamų protezų paplitimo tema buvo atliktas 2019 m. Švedijoje. Jame tyrėjai vertino pacientų dantų restauracijų paplitimą kliniškai (buvo ištirta 1000 žmonių) ir apklausos būdu (buvo apklausta 10000 žmonių). Jų teigimu išimamus protezus nešiojo 2,7 proc. tirtų dalyvių, o klinikinio vertinimo ir savarankiškai pateiktų duomenų atitikimas buvo 93 proc. (62). Lyginant Lietuvos tyrimą su panašiu tyrimu Švedijoje bendras žmonių nešiojančių išimamus protezus skaičius abiejose studijose yra panašus (Lietuvoje – N=272, Švedijoje – N=270), tačiau Švedijos tyrimo rezultatuose stebimas mažesnis išimamų protezų paplitimas tarp suaugusiųjų nei Lietuvoje. Tokie rezultatų skirtumai gali būti stebimi dėl skirtingos tiriamųjų imties arba dėl Švedijoje esančios geresnės burnos sveikatos priežiūros. Rüdiger Saekel ir bendraautoriai 2024 m. lygino gyventojų sveikatos būklę dešimtyje aukšto pajamų lygio šalių ir nustatė, kad Švedijos sveikatos apsaugos sistema yra geriausia lyginant su visomis kitomis tirtomis šalimis, o gyventojai pasižymi aukščiausiu burnos sveikatos priežiūros lygiu ir dėl to sumažėjusiu dantų gydymo poreikiu (63). Jau 2007 m. Nicola Ursula Zitmann ir bendraautorių atliktoje dantų protezų paplitimo Europoje analizėje Švedija pasižymėjo didžiausiu fiksuotų protezų skaičiaus augimu ir mažiausiu išimamų protezų paplitimu palyginus su 13 kitų Europos valstybių (17). Galima manyti, kad esant didesniems dantų eilių defektams ar visiškai bedantystei, žmonės Švedijoje renkasi protezavimą fiksuotais protezais ant dantų ar implantų, o ne išimamomis plokštelėmis.

Atliktoje studijoje nustatėme, kad išimamus protezus nešiojančių žmonių grupėje dalines išimamas plokštelės nešiojo 73 proc. asmenų, pilnas – 18 proc., o abu tipus turėjo 9 proc.. Kitokie rezultatai buvo stebimi Slovėnijoje atliktame tyrime, kur pirminės sveikatos priežiūros centruose 2002–2013 m. gydymas pilnais išimamais protezais buvo dvigubai dažnesnis nei gydymas daliniais protezais (9). Taip pat, šio tyrimo duomenimis gydymas pilnais išimamais protezais nuolat augo, nors Europoje buvo stebima aiški išimamų protezų, ypač pilnų, mažėjimo tendencija (64). Tokie rezultatai galėjo būti gauti dėl to, kad šiuose centruose odontologinė priežiūra dažniausiai teikiama pažeidžiamiausioms Kosovo gyventojų grupėms ir dauguma besikreipiančių pacientų jau buvo bedančiai (9). Kadangi šis tyrimas buvo atliktas Slovėnijos sostinėje galima jį palyginti su 2012 m. Vilniuje atliktu tyrimu. Skirtingai nei Kosovo tirtose populiacijose, Vilniuje pilnus išimamus protezus turinčių žmonių dalis buvo mažesnė, nei dalinius protezus (7). Galime daryti išvadą, kad Lietuvos

gyventojų burnos sveikata yra geresnė, nei Slovėnijos ir yra artimesnė lyderiaujančioms Europos valstybėms.

Atsižvelgiant į tai, kad bedantystė yra pagrindinis veiksnys, lemiantis pilnų išimamų protezų nešiojimą, galime numanyti Lietuvos pilnų ir dalinių bedančių suaugusių populiacijos dalį. Pavyzdžiui, Kroatijoje viename tyrime buvo analizuojami išimamų protezų duomenys viešuosiuose sveikatos centruose. Šioje šalyje protezavimas išimamais protezais yra pilnai finansuojamas ir tik maža dalis gyventojų atlieka tokio tipo protezavimą privačiose įstaigose. Tyrime buvo apskaičiuota, kiek procentų pilnų ar dalinių išimamų protezų buvo pagaminta vidutiniškai vienam rajono gyventojui. Tyrėjai pagal tai, kiek ir kokio tipo išimamų protezų buvo pagaminta, teigia, kad visiškai be dantų gyvenančių gyventojų procentas svyruoja nuo 13 proc. iki 20 proc., o iš dalies bedančių procentinė dalis svyruoja nuo 15 proc. iki 28 proc. (58). Iš kitos pusės, išlieka tam tikrų neaiškumų dėl asmenų, kurie neturi dantų protezų. Ši charakteristika gali apimti tiek asmenis, netekusius dantų, kuriems reikalingas protezavimas, tiek asmenis, kurie turi sveikus ar kitu būdu suprotezuotus dantis (56). Ši konkreti informacija tiek mūsų, tiek pastarajame tyrime nebuvo apskaičiuota, todėl teigti, kad išimamų protezų nešiojimas gali tiksliai atitikti bedančių populiaciją – negalime. Tačiau tai gali būti puikus įrankis numatyti tam tikras tendencijas ir asociacijas burnos sveikatos klausimais visuomenėje.

Svarbu paminėti, kad mūsų tyrimo metu buvo rasta reikšminga koreliacija tarp vyresnio amžiaus ir išimamų protezų nešiojimo. Didelė ir reprezentatyvi studijos imtis leidžia daryti išvadas apie išimamų protezų paplitimą tarp Lietuvos suaugusiųjų. Dauguma kitų valstybių tyrimų konstatuoja tokias pat amžiaus ir išimamų protezų nešiojimo tendencijas – vyresnio amžiaus grupėse yra stebimas didesnis išimamų protezų paplitimas (5,17,56). Mūsų tyrimo metu nustatyta, kad išimamus protezus nešiojo beveik 44 proc. asmenų vyresnių nei 65 m., o jaunesnių žmonių grupėje tik 11 proc. Nagrinėjant išimamų protezų rūšis atskirai, vyresnių žmonių grupėje dalinius išimamus protezus nešiojo 35 proc. tirtų asmenų, o pilnus – 13 proc. Jordanijoje atliktame išimamų protezų poreikio tyrime vyresnio amžiaus žmonėms reikėjo daugiau pilnų išimamų protezų, o jaunesnio amžiaus žmonėms reikėjo daugiau dalinių išimamų protezų (65). Prancūzijoje atliktas tyrimas konstatavo, kad jauniems žmonėms bet kokio tipo dantų protezavimas buvo taikomas rečiau nei vyresnio amžiaus žmonėms (56). Kitame N. U. Zitzmann ir bendraautorių Šveicarijoje atliktame tyrime nustatyta, kad amžiui didėjant daugėja netektų dantų skaičius ir dažniau tenka protezuoti dantis, taip pat pastebėta, kad 65–74 metų amžiaus grupėje dažniausiai prasidėdavo perėjimas nuo fiksuotų prie išimamų protezų (61). Mūsų apskaičiuoti rezultatai patvirtina, jog amžiui didėjant, didėja išimamų protezų turėjimo rizika. Tačiau statistiškai apskaičiuota santykinė rizika nėra didelė, todėl klinikinėje praktikoje tokia rizika gali būti mažiau reikšminga, nei statistikoje. Apibendrinus,

hipotezė, kad > 65 m. amžiaus gyventojai turi daugiau išimamų protezų, nei jaunesni, yra patvirtinta, o to priežastis yra su amžiumi didėjantis dantų netekimas (5).

Atliktame tyrime nebuvo rasta reikšmingo skirtumo tarp lyčių ir išimamų protezų nešiojimo. Šio tyrimo atveju nereikšmingi duomenys galėjo būti gauti dėl netolygaus vyrų ir moterų pasiskirstymo – vyrai sudarė trečdalį imties. Vokietijoje atliktame dantų protezavimo tyrime ryšys tarp lyčių buvo rastas tik naudojant daugialypę analizę, kitais testais reikšmingumas nebuvo stebimas (60). Šioje studijoje pasiskirstymas lyties atžvilgiu taip pat buvo netolygus (moterų buvo beveik du kartus daugiau nei vyrų) (60). Kitokie rezultatai buvo gauti esant tolygiam imties pasiskirstymui. Prancūzijoje suaugusiųjų populiacijoje ryšys tarp išimamų protezų nešiojimo ir lyties buvo rastas – moterys buvo labiau linkusios nešioti išimamus protezus, nei vyrai (56). Kalbant apie išimamų protezų rūšis, Slovėnijoje atlikto tyrimo duomenimis moteriška lytis didina riziką nešioti pilnus išimamus protezus o vyriška – dalinius (9). Tyrėjai teigia, kad moterys yra labiau linkusios kreiptis pas odontologus gydymui ir pasižymi geresne burnos sveikatos būkle (39). Galima manyti, kad didesnis moterų nešiojančių protezus skaičius yra dėl to, nes moterys labiau motyvuotos atstatyti netektus dantis (66). Norint išsiaiškinti tokius duomenis, reiktų ištirti kaip pagal lytį tolygiai pasiskirsčiusioje imtyje pasiskirsto dantų protezų nebuvimas ir jų poreikis. Kiti eduoines ar kitų patologijų tyrimai teigia, kad moterims įvairūs burnos sveikatos sutrikimai ir dantų netekimas pasireiškia dažniau dėl ankščiau dygstančių dantų, hormoninių pokyčių, genetikos ir t.t. (41,67). Tačiau yra naujesnių tyrimų, kurie paneigia šį faktą ir skirtumų tarp lyčių ir dantų netekimo nenustato. Jų teigimu gera burnos higienos praktika ir reguliari dantų priežiūra gali sušvelninti perdisponuojančius genetinius ir biologinius veiksnius, kuriuos patiria moterys (67). Apibendrinant pateiktus faktus, sunku daryti išvadas, ar didesnis moterų, nešiojančių išimamus protezus, procentas yra dėl moterų atsakingesnio požiūrio į savo burnos sveikatą ir dažnesnio kreipimosi į gydytojus odontologus, ar dėl bendros prastesnės burnos sveikatos būklės ir genetinių faktorių. Hipotezė, jog moterys turi daugiau išimamų protezų nei vyrai yra atmesta.

Šiame darbe dalyvių gyvenamoji vieta neturėjo reikšmingos sąsajos su išimamų protezų nešiojimu. Didelė dalis tyrimų Europoje nurodo, kad kaimo vietovių gyventojai pasižymi prastesne burnos sveikatos būkle, didesniu dantų netekimu ir protezų nešiojimu (44,45,68). Naujų tyrimų nagrinėjančių išimamų protezų pasiskirstymą miestuose ir kaimuose nėra daug, bet Prancūzijoje atliktame tyrime rasta, kad kaimo vietovėse rizika turėti išimamus protezus yra didesnė, nei mieste (56). Taip pat yra duomenų, kad Vokietijos sostinėje ir kituose miestuose protezavimo paslaugomis buvo naudojamosi gerokai dažniau lyginant su kaimo vietovėmis (60). Skirtingai nei Vokietijoje, Lietuvoje 2022 m. tiriant žmonių naudojimąsi odontologinėmis paslaugomis, tyrėjų nuostabai gyvenamoji vieta nebuvo reikšmingas veiksnys (69). Galima manyti, kad reikšmingo išimamų protezų nešiojimo skirtumo tarp miesto ir kaimo gyventojų nebuvo stebima todėl, kad kaimo

vietovėse žmonės apskritai yra mažiau linkę atstatyti netektų dantų lankų defektus ir kreiptis pas gydytojus odontologus protezavimui. Pasak daugelio tyrėjų, pagrindinės to priežastys: netolygus klinikų ar sveikatos centrų pasiskirstymas šalyje, sunkesnis jų pasiekiamumas dėl neefektyvaus viešojo transporto, kompetentingų gydytojų trūkumas ir didelės eilės kaimo sveikatos priežiūros centruose (69–71). Todėl galima manyti, kad didelė žmonių gyvenančių kaime dalis neturi išimamų protezų, nors jų reikėtų. Tai galėtų atspindėti netolygų sveikatos priežiūros paslaugų pasiskirstymą arba mažesnę kaimo gyventojų motyvaciją burnos sveikatos klausimu. Statistiškai nereikšmingi rezultatai šiame tyrime taip pat galėjo būti gauti dėl netolygaus žmonių pasiskirstymo tarp grupių. Šiame darbe žmonės gyvenantys priemiesčiuose buvo priskirti prie miesto gyventojų, analizuojant šias grupes atskirai, skirtumas galimai tarp miesto ir kaimo gyventojų galėjo būti kitoks. Taigi, hipotezė, kad žmonės, gyvenantys kaime turi daugiau išimamų protezų, nei gyvenantys mieste, yra atmesta.

Šio tyrimo rezultatai atskleidė, kad išsilavinimo lygis yra susijęs su išimamų protezų nešiojimu. Daugelyje tyrimų išsilavinimas yra laikomas vienas reikšmingiausių veiksnių, turinčių sąsajas su dantų netekimu, protezų nešiojimu ir jų rūšimi (17,72). Iš epidemiologinės pusės, išsilavinimas, profesinis lygis ir pajamos yra glaudžiai susiję socioekonominiai veiksniai (17). Teigiama, kad aukštesnio išsilavinimo žmonės gauna didesnes pajamas, kurios leidžia asmenims skirti daugiau dėmesio burnos sveikatos priežiūrai, dažniau lankytis pas gydytojus odontologus ir pasirinkti kokybiškesnius dantų atstatymo būdus (65). Prancūzijoje išimamus protezus nešiojo tik 3 proc. aukštesnį išsilavinimą turinčių žmonių, o žemesnį – net 47 proc. asmenų (56). Tame pačiame tyrime buvo rasta, kad jokio arba tik pradinį išsilavinimą turintys asmenys turėjo du su puse karto didesnę riziką turėti išimamus protezus lyginant su asmenimis turinčiais vidurinį išsilavinimą (56). Jordanijoje atliktame dantų protezavimo poreikio tyrime žemesnį arba jokio išsilavinimo neturintiems žmonėms daugiausiai reikėjo pilnų išimamų plokštelių, o universitetinio išsilavinimo asmenims reikėjo daugiau dalinių išimamų protezų (65). Taip pat, jų tyrimas parodė, kad didėjant išsilavinimo lygiui mažėjo pilnų išimamų protezų poreikis ($p < 0,05$) (65). Mūsų tyrimo duomenimis aukštesnis išsilavinimas taip pat mažina bet kokio tipo išimamų protezų nešiojimo riziką. Tačiau kaip ir anksčiau, išsilavinimo lygio santykinė rizika nėra didelė, todėl šie rezultatai gali neturėti didelės klinikinės reikšmės. Taigi, hipotezė, kad žemesnį išsilavinimą turintys žmonės turi daugiau išimamų protezų, nei aukštesnį išsilavinimą turintys suaugusieji, yra patvirtinta. Žemesnio išsilavinimo gyventojai turi didesnę riziką netekti dantų ir nešioti išimamus protezus, todėl šiai grupei turėtų būti skiriamas didesnis dėmesys ir edukacija apie burnos sveikatą ir jos priežiūrą.

Šio tyrimo pranašumas yra didelė imtis, todėl analizuojant didesnę kiekį tiriamųjų buvo galimybė gauti reprezentatyvesnius ir reikšmingesnius rezultatus. Palyginus su kitais Lietuvoje atliktais tyrimais tokia tiriamųjų imtis yra didelė (ištirta 1405 asmenų). Kitose šalyse tyrimai šia tema

nagrinėja tiriamųjų imtis nuo 600 žmonių Norvegijoje ir Jordanijoje iki 405 000 senjorų Vokietijoje (14,60,65,69,73). Švedijoje atliktas tyrimas įrodė, kad išimamų protezų turėjimo ar neturėjimo vertinimas yra pakankamai aiškus ir tikslus tiek tyrėjui, tiek pačiam pacientui, todėl tokius duomenis būtų galima rinkti apklausos būdu ir taip gauti dar didesnę tiriamųjų imtį (62).

Taip pat, šio tyrimo privalumas buvo tai, kad paciento informacija apie išimamų protezų nešiojimą buvo surinkta gydytojo odontologo pagal griežtą pasaulinės sveikatos organizacijos protokolą, o ne klausimyno pagalba. Dėl šios priežasties, galimai buvo išvengta klaidingos dalyvių interpretacijos ar mažo atsakymo skaičiaus. Šiame tyrime buvo pasirinkta nagrinėti tik keturis pagrindinius sociodemografinius veiksnius. Ateities tyrimuose būtų įdomu panagrinėti išimamų protezų nešiojimo sąsajas su daugiau kintamųjų veiksnių, kaip pavyzdžiui atlyginimo dydis, šeimos statusas, alkoholio vartojimas, rūkymas, įvairios ligos ir t.t. Taip pat, būtų galima paanalizuoti išimamų protezų poreikį ar dengiamųjų protezų ant implantų arba fiksuotų protezų paplitimą.

Šio epidemiologinio tyrimo rezultatai yra svarbūs, nes jie pateikia informaciją apie realią situaciją šalyje, padeda inicijuoti pokyčius sveikatos sistemoje ir identifikuoti rizikos grupes.

6. IŠVADOS

1. Išimamų protezų paplitimas Lietuvoje yra 19,4 proc. Daliniai išimami protezai paplitę labiau nei pilni.
2. Vyresnis amžius didina išimamų protezų nešiojimo riziką.
3. Pacientų lytis protezų nešiojimui įtakos neturi.
4. Gyvenamoji vieta įtakos išimamų protezų nešiojimui ir rizikai neturi.
5. Žemesnį išsilavinimą turintys žmonės nešioja daugiau išimamų protezų nei asmenys turintys aukštesnį išsilavinimą.

7. PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju dr. Ritai Trumpaitei-Vanagienei už pagalbą, pastabas ir palaikymą viso darbo rašymo metu. Taip pat, noriu padėkoti dr. Indrei Stankevičienei už galimybę atliktį šį tyrimą ir pagalbą analizuojant duomenis.

8. LITERATŪROS ŠARAŠAS

1. Oral health [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://www.who.int/health-topics/oral-health>
2. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*. 2018 m.; 18(1):172.
3. Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, Alipour V, ir kt. Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res*. 2020 m.; 99(4):362–73.
4. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, ir kt. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*. 2019 m.; 394(10194):249–60.
5. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res*. 2014 m.; 93(7_suppl):20S-28S.
6. CECCDO database: CECCDO [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://cecco.org/oral-healthcare/cecco-database/>
7. Sveikata K, Balciuniene I, Tutkuvienė J. Needs for prosthetic treatment in Vilnius population at the age over 45 years old. *Stomatologija*. 2012 m.; 14(3):81–4.
8. Schwendicke F, Nitschke I, Stark H, Micheelis W, Jordan RA. Epidemiological trends, predictive factors, and projection of tooth loss in Germany 1997–2030: part II. Edentulism in seniors. *Clin Oral Investig*. 2020 m.; 24(11):3997–4003.
9. Bukleta MS, Bukleta D, Selmani M, Kuhar M. Frequency of Complete and Removable Partial Denture Treatment in the Primary Health Centres in Three Different Regions of Kosovo from 2002 to 2013. *Zdr Varst*. 2019 m.; 58(3):104–11.
10. World population ageing, 2019: highlights. 2019 m.; no. 430. Adresas: <https://digitallibrary.un.org/record/3846855/files/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
11. The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. *J Prosthet Dent*. 2017 m.; 117(5S):e1–105.
12. Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Įsakymas dėl nacionalinės burnos sveikatos 2016 – 2020 metų programos patvirtinimo. Nr. V-14. [Prieiga per internetą]. 2016 m.. Adresas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/486c57d0b8a611e5be9bf78e07ed6470/asr>
13. Winkelmann J, Gómez Rossi J, van Ginneken E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Syst Transit*. 2022 m.; 24(2):1–176.
14. Vitosyte M, Puriene A, Stankeviciene I, Rimkevicius A, Trumpaite-Vanagiene R, Aleksejuniene J, ir kt. Oral Health among Adult Residents in Vilnius, Lithuania. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 m.; 19(1):582.
15. IHME. Global Burden of Disease Collaborative Network: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. [Prieiga per internetą]. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020 m.. Adresas: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-resultstool>
16. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people--call for public health action. *Community Dent Health*. 2010 m.; 27(4 Suppl 2):257–67.

17. Zitzmann NU, Hagmann E, Weiger R. What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe? *Clin Oral Implants Res.* 2007 m.;18(s3):20–33.
18. Matsuyama Y, Jürges H, Dewey M, Listl S. Causal effect of tooth loss on depression: evidence from a population-wide natural experiment in the USA. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021 m.; 30:e38.
19. AlHmoudi H, Khamis AH, Elbishari H, Amir-Rad F. The Shortened Dental Arch Concept: Awareness, Knowledge, and Practice of Dentists in Dubai and the Northern Emirates, United Arab Emirates. *Int J Dent.* 2022 m.: e6018650.
20. Käyser AF. Shortened dental arches and oral function. *J Oral Rehabil.* 1981 m.; 8(5):457–62.
21. Carr AB, Brown DT. *McCracken’s Removable Partial Prosthodontics.* Elsevier Health Sciences; 2015 m. 389 p.
22. Zarb GA, Hobkirk J, Eckert S, Jacob R. *Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients: Complete Dentures and Implant-Supported Protheses.* Elsevier Health Sciences; 2012 m. 466 p.
23. Bansod AV, Pisulkar SG, Dahihandekar C. Enhancing Esthetics in a Complete Denture Patient: Optimizing Results With Different Impression Techniques. *Cureus.* 2022 m.; 14(8):e27565.
24. Neves FD, Mendes FA, Borges T de F, Mendonça DBS, Prado MM da S, Zancopé K. Masticatory performance with different types of rehabilitation of the edentulous mandible. *Braz J Oral Sci.* 2015 m.; 14:186–9.
25. Basker RM, Davenport JC, Tomlin HR. *Prosthetic treatment of the edentulous patient.* 4th ed. Munksgaard: Blackwell; 2002 m. 315 p.
26. Bhat DJT, Kumar DrN, Singh DrK, Tanvir DrH. Phonetics in prosthodontics: its clinical implications in designing of prosthesis. *Int J Appl Dent Sci.* 2021 m.; 7(2):84–93.
27. Awawdeh M, Alotaibi MB, Alharbi AH, Alnafisah SA, Alasiri TS, Alrashidi NI. A Systematic Review of Patient Satisfaction With Removable Partial Dentures (RPDs). *Cureus.* 2024 m.; 16(1):e51793.
28. Sakka S, Baroudi K, Nassani MZ. Factors associated with early and late failure of dental implants. *J Investig Clin Dent.* 2012 m.;3(4):258–61.
29. Aljabri MK, Ibrahim TO, Sharka RM. Removable partial dentures: Patient satisfaction and complaints in Makkah City, KSA. *J Taibah Univ Med Sci.* 2017 m.; 12(6):561–4.
30. De Bruyn H, Raes S, Matthys C, Cosyn J. The current use of patient-centered/reported outcomes in implant dentistry: a systematic review. *Clin Oral Implants Res.* 2015 m.; 26 Suppl 11:45–56.
31. Zhang L, Lyu C, Shang Z, Niu A, Liang X. Quality of Life of Implant-Supported Overdenture and Conventional Complete Denture in Restoring the Edentulous Mandible: A Systematic Review. *Implant Dent.* 2017 m.; 26(6):945–50.
32. Kutkut A, Bertoli E, Frazer R, Pinto-Sinai G, Fuentealba Hidalgo R, Studts J. A systematic review of studies comparing conventional complete denture and implant retained overdenture. *J Prosthodont Res.* 2018 m.; 62(1):1–9.

33. Sivaramakrishnan G, Sridharan K. Comparison of implant supported mandibular overdentures and conventional dentures on quality of life: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Aust Dent J*. 2016 m.; 61(4):482–8.
34. Doornewaard R, Glibert M, Matthys C, Vervaeke S, Bronkhorst E, Bruyn H de. Improvement of Quality of Life with Implant-Supported Mandibular Overdentures and the Effect of Implant Type and Surgical Procedure on Bone and Soft Tissue Stability: A Three-Year Prospective Split-Mouth Trial. *J Clin Med* [Prieiga per internetą]. 2019 m.; 8(6). Adresas: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6617188/>
35. Van de Winkel T, Heijens L, Listl S, Meijer G. What is the evidence on the added value of implant-supported overdentures? A review. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2021 m. rugpjūčio; 23(4):644–56.
36. United Nations. World population projected to reach 9.8 billion in 2050, and 11.2 billion in 2100. [Prieiga per internetą] Adresas: <https://www.un.org/en/desa/world-population-projected-reach-98-billion-2050-and-112-billion-2100>
37. Oficialiosios statistikos portalas. Oficialiosios statistikos portalas. Lietuvos gyventojai (2023 m. leidimas). Gyventojų skaičius ir sudėtis. [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventojai-2023/salies-gyventojai/gyventoju-skaicius-ir-sudetis>
38. Statista. Population of Europe by gender 2023. [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://www.statista.com/statistics/755225/population-of-europe-by-gender/>
39. Su S, Lipsky MS, Licari FW, Hung M. Comparing oral health behaviours of men and women in the United States. *J Dent*. 2022 m.; 122:104157.
40. Xu J. Mortality in the United States, 202. 2022 m.;(456).
41. Russell SL, Gordon S, Lukacs JR, Kaste LM. Sex/Gender Differences in Tooth Loss and Edentulism. *Dent Clin North Am*. 2013 m.; 57(2):317–37.
42. Bayne A, Knudson A, Garg A, Kassahun M. Promising Practices to Improve Access to Oral Health Care in Rural Communities. *Oral Health*. 2010 m.;
43. Tamutiene I, Černiauskaitė I, Sruogaite A. Accessibility of the Health Care Services to Lithuanian Residents in Rural and Urban Areas Lietuvos kaimo ir miesto gyventojų prieinamumo prie ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų klientams ir jų kontekstai. 2011 m.; 2:95–110.
44. Gaber A, Galarneau C, Feine JS, Emami E. Rural-urban disparity in oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018 m.; 46(2):132–42.
45. Mehr K, Olszanecka-Glinianowicz M, Chudek J, Szybalska A, Mossakowska M, Zejda J, ir kt. Dental status in the Polish senior population and its correlates—Results of the national survey PolSenior. *Gerodontology*. 2018 m.; 35(4):398–406.
46. Valstybių socialinė ir ekonominė galia [Prieiga per internetą]. Adresas: https://smp2014ge.ugdome.lt/mo/9kl_visuomenine_geografija/GE_DE_10/teorine_medziaga_4.html
47. Internationaler Währungsfonds, sudarytojas. Uneven growth: short- and long-term factors. Washington, DC: Internat. Monetary Fund; 2015. 210 p. (World economic outlook).

48. Petersen PE, Kjøller M, Christensen LB, Krstrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Public Health Dent.* 2004 m.; 64(3):127–35.
49. Raskiliene A, Kriaucioniene V, Siudikiene J, Petkeviciene J. Self-Reported Oral Health, Oral Hygiene and Associated Factors in Lithuanian Adult Population, 1994–2014. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 m.; 17(15):5331.
50. Leinsalu M, Reile R, Vals K, Petkeviciene J, Tekkel M, Stickley A. Macroeconomic changes and trends in dental care utilization in Estonia and Lithuania in 2004-2012: a repeated cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2018 m.; 18(1):199.
51. Išsilavinimas - Oficialiosios statistikos portalas [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://osp.stat.gov.lt/2021-gyventoju-ir-bustu-surasymo-rezultatai/issilavinimas>
52. Tchicaya A, Lorentz N. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *Int J Equity Health.* 2014 m.; 13:7.
53. Naudojimasis sveikatos priežiūros paslaugomis - Oficialiosios statistikos portalas [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/naudojimasis-sveikatos-prieziuros-paslaugomis>
54. WHO, Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Murauskiene L, Janoniene R, Veniute M, van Ginneken E, ir kt. Lithuania: health system review. 2013 m. [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://iris.who.int/handle/10665/330306>
55. Winkelmann J, Gómez Rossi J, Schwendicke F, Dimova A, Atanasova E, Habicht T, ir kt. Exploring variation of coverage and access to dental care for adults in 11 European countries: a vignette approach. *BMC Oral Health.* 2022 m.; 22:65.
56. Fauroux MA, Germa A, Tramini P, Nabet C. Prosthetic treatment in the adult French population: Prevalence and relation with demographic, socioeconomic and medical characteristics. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 2019 m.; 67(4):223–31.
57. Dantų protezavimo kompensuojamoji suma - Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/informacija-gyventojams/gydymo-ir-sveikatos-prieziuros-paslaugos/odontologines-paslaugos/dantu-protezavimas/dantu-protezavimo-kompensuojamoji-suma/>
58. Poljak-Guberina R. Epidemiological Study on Removable Denture Deliveries in Different Districts of Croatia, 1996–2001 and 2002. *Coll Antropol.* 2005 m.;
59. Skudutyte-Rysstad R, Aleksejūnienė J, Eriksen H. Periodontal Conditions among Lithuanian Adults. *Acta Med Lit.* 2001 m.; 1.
60. Hempel FM, Krois J, Paris S, Beuer F, Kuhlmeier A, Schwendicke F. Prosthetic treatment patterns in the very old: an insurance database analysis from Northeast Germany. *Clin Oral Investig.* 2020 m.; 24(11):3981–95.
61. Zitzmann N, Marinello C, Zemp E, Kessler P, Ackermann-Liebrich U. Tooth loss, dental restorations and dental attendance in Switzerland. *Schweiz Monatsschrift Für Zahnmed Rev Mens Suisse Odonto-Stomatol Riv Mens Svizzera Odontol E Stomatol SSO.* 2001 m.; 111:1288–94.

62. Lundegren N, Sohrabi MM, Molin Thorén M, Åkerman S. Prosthetic dental restorations in Swedish samples: prevalence and agreement between self-report, clinical findings, and influence on quality of life. *Acta Odontol Scand.* 2019 m.;77(4):296–302.
63. Rüdiger Sackel. Comparison of the oral health status and costs of the provision of dental care in ten high-income countries. *J Dent Health Oral Disord Ther* [Prieiga per internetą]. 2024 m.; Volume 15(Issue 1). [Prieiga per internetą]. Adresas: <https://medcraveonline.com/JDHODT/JDHODT-15-00611.pdf>
64. Turkyilmaz I, Company AM, McGlumphy EA. Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures? The use of dental implants to improve the quality of life for edentulous patients. *Gerodontology.* 2010 m.;27(1):3–10.
65. N Z. Need and Demand of Removable Dentures by Jordanian Adults and Relationship to Socioeconomic Factors. *J Oral Hyg Health* [Prieiga per internetą]. 2013 m. [Prieiga per internetą]. Adresas: <http://www.esciencecentral.org/journals/need-and-demand-of-removable-dentures-by-jordanian-adults-and-relationship-to-socioeconomic-factors-2332-0702.1000113.php?aid=17782>
66. Lipsky MS, Su S, Crespo CJ, Hung M. Men and Oral Health: A Review of Sex and Gender Differences. *Am J Mens Health.* 2021 m.; 15(3):15579883211016361.
67. Dye B, Thornton-Evans G, Li X, Iafolla T. Dental caries and tooth loss in adults in the United States, 2011-2012. *NCHS Data Brief.* 2015 m.; (197):197.
68. Olofsson H, Ulander EL, Gustafson Y, Hörnsten C. Association between socioeconomic and health factors and edentulism in people aged 65 and older - a population-based survey. *Scand J Public Health.* 2018 m.; 46(7):690–8.
69. Drachev SN, Puriene A, Aleksejuniene J, Stankeviciene I, Stangvaltaite-Mouhat L. Prevalence of and factors associated with dental service utilization among early elderly in Lithuania. *BMC Health Serv Res.* 2022 m.; 22(1):16.
70. Berlin V. Gydytojų odontologų ir gydytojų odontologų specialistų pasiūlos ir poreikio prognozės Lietuvoje iki 2024 metų. Vilnius: Vilniaus universitetas. Prieiga per eLABa – nacionalinė Lietuvos akademinė elektroninė biblioteka; 2016 m. 152 p.
71. Pūrienė A, Petrauskienė J, Balčiūnienė I, Janulytė V, Kutkauskienė J, Musteikytė M. Private or public dental care? Patients' perception and experience in Lithuania. *Medicina (Mex).* 2008 m.; 44(10):805.
72. Giordani JM do A, de Slavutzky SMB, Koltermann AP, Pattussi MP. Inequalities in prosthetic rehabilitation among elderly people: the importance of context. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011 m.; 39(3):230–8.
73. Henriksen B, Ambjørnsen E, Laake K, Axell T. Prevalence of teeth and dentures among elderly in Norway receiving social care. *Acta Odontol Scand.* 2003 m.; 61:184–91.

2 priedas.



World Health Organization Oral Health Assessment Form for Adults, 2013

<p>Loss of attachment</p> <p>Severity</p> <p>0 = 0–3 mm 1 = 4–5 mm Cemento-enamel junction (CEJ) within black band 2 = 6–8 mm CEJ between upper limit of black band and 8.5 mm ring 3 = 9–11 mm CEJ between 8.5 mm and 11.5 mm ring 4 = 12 mm or more CEJ beyond 11.5 mm ring X = Excluded sextant 9 = Not recorded</p> <p>* Not recorded under 15 years of age</p>	<p>Index teeth</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">17/16</td> <td style="padding: 2px 10px;">11</td> <td style="padding: 2px 10px;">26/27</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">(173) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px 10px;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px 10px;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (175)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">(176) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px 10px;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="padding: 2px 10px;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (178)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">47/46</td> <td style="padding: 2px 10px;">31</td> <td style="padding: 2px 10px;">36/37</td> </tr> </table>	17/16	11	26/27	(173) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (175)	(176) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (178)	47/46	31	36/37	<p>Enamel fluorosis <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (179)</p> <p>Severity</p> <p>0 = Normal 1 = Questionable 2 = Very mild 3 = Mild 4 = Moderate 5 = Severe 8 = Excluded (crown, restoration, "bracket") 9 = Not recorded (unerupted tooth)</p>
17/16	11	26/27												
(173) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (175)												
(176) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (178)												
47/46	31	36/37												
<p>Dental erosion</p> <p>Severity <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (180)</p> <p>0 = No sign of erosion 1 = Enamel lesion 2 = Dentinal lesion 3 = Pulp involvement</p> <p>Number of teeth affected</p> <p>(181) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (182)</p>	<p>Dental trauma</p> <p>Status <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (183)</p> <p>0 = No sign of injury 1 = Treated injury 2 = Enamel fracture only 3 = Enamel and dentine fracture 4 = Pulp involvement 5 = Missing tooth due to trauma 6 = Other damage 9 = Excluded tooth</p> <p>Number of teeth affected</p> <p>(184) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (185)</p>													
<p>Oral mucosal lesions</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (186)</td> <td style="width: 50%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (189)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (187)</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (190)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (188)</td> <td><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (191)</td> </tr> </table> <p>Condition</p> <p>0 = No abnormal condition 1 = Malignant tumour (oral cancer) 2 = Leukoplakia 3 = Lichen planus 4 = Ulceration (aphthous, herpetic, traumatic) 5 = Acute necrotizing ulcerative gingivitis (ANUG) 6 = Candidiasis 7 = Abscess 8 = Other condition (specify if possible) 9 = Not recorded</p>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (186)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (189)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (187)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (190)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (188)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (191)	<p>Location</p> <p>0 = Vermillion border 1 = Commissures 2 = Lips 3 = Sulci 4 = Buccal mucosa 5 = Floor of the mouth 6 = Tongue 7 = Hard and/or soft palate 8 = Alveolar ridges/gingiva 9 = Not recorded</p>	<p>Denture(s)</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Upper</td> <td style="text-align: center;">Lower</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (192)</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (193)</td> </tr> </table> <p>Status</p> <p>0 = No denture 1 = Partial denture 2 = Complete denture 9 = Not recorded</p>	Upper	Lower	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (192)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (193)		
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (186)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (189)													
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (187)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (190)													
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (188)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (191)													
Upper	Lower													
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (192)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (193)													
<p>Intervention urgency <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> (194)</p> <p>0 = No treatment needed 1 = Preventive or routine treatment needed 2 = Prompt treatment (including scaling) needed 3 = Immediate (urgent) treatment needed due to pain or infection of dental and/or oral origin 4 = Referred for comprehensive evaluation or medical/dental treatment (systemic condition)</p>														



VILNIAUS UNIVERSITETO MEDICINOS FAKULTETAS

Viešoji įstaiga, Universiteto g. 3, LT-01513 Vilnius, tel. (8 5) 268 7001, faks. (8 5) 272 8646, el. p. infor@cr.vu.lt.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 211950810.
Fakulteto duomenys: M.K. Čiurlionio g. 21/27, LT-03101 Vilnius, tel. (8 5) 239 8701, (8 5) 239 7800, faks. (8 5) 239 8705,
el. p. mf@mf.vu.lt

VILNIAUS REGIONINIS BIOMEDICININIŲ TYRIMŲ ETIKOS KOMITETAS

M.K. Čiurlionio g. 21/27, LT-03101 Vilnius, tel. (8 5) 268 6998, el. p. rbtek@mf.vu.lt

**LEIDIMAS
ATLIKTI BIOMEDICININĮ TYRIMĄ**

2017-05-09 Nr.158200-17-920-426

Tyrimo pavadinimas:

Nacionalinis burnos sveikatos tyrimas

Protokolo Nr.:	1
Versija:	3
Data:	2017-05-08
Informuoto asmens sutikimo forma:	Suaugusiems
Versija:	2
Data	2017-05-03
Informuoto asmens sutikimo forma:	Vaiko tėvams / globėjams
Versija:	2
Data	2017-05-03
Informuoto asmens sutikimo forma:	Vaikams
Versija:	2
Data	2017-05-03
Pagrindinis tyrėjas	Alina Pūrienė
Įstaigos pavadinimas:	VšĮ Vilniaus Universiteto ligoninės Žalgirio klinika
Adresas:	Žalgirio g. 115, 117, Vilnius
Leidimas galioja iki:	2021-01



VALSTYBINĖ DUOMENŲ APSAUGOS INSPEKCIJA

Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikai
(per E. pristatymo informacinę sistemą
tr eL. paltu budrev.stankeviciene@gmail.com)

SPRENDIMAS DĖL LEIDIMO VILNIAUS UNIVERSITETO LIGONINĖS ŽALGIRIO KLINIKAI ATLIKTI ASMENS DUOMENŲ TVARKYMO VEIKSMUS

2017 m. birželio d. Nr. 2R-1011/2.6-1.)
Vilnius

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija (toliau – Inspekcija), išnagrinėjusi Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos 2017-05-26 Pranešimą dėl išankstinės patikros Nr. 1 (Inspekcijoje gauta 2017-05-29, reg. Nr. 1R-4138), 2017-06-08 raštu pateiktus paaiškinimus bei patikslintą Pranešimą dėl išankstinės patikros Nr. 2 (Inspekcijoje gauta 2017-06-08, reg. Nr. 1R-4439), 2017-06-15 patikslintą Pranešimą dėl išankstinės patikros Nr. 3 (Inspekcijoje gauta 2017-06-15, reg. Nr. 1R-4653), 2017-06-21 raštu (Inspekcijoje gauta 2017-06-21, reg. Nr. 1R-4795) pateiktus dokumentus dėl asmens duomenų apie sveikatą tvarkymo mokslinio medicininio tyrimo tikslu be duomenų subjekto sutikimo,

n u s t a t ė,

kad Pranešime nurodyti asmens duomenų tvarkymo veiksmai atitinka Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatyme nustatytus asmens duomenų tvarkymo ir duomenų subjektų teisių įgyvendinimo reikalavimus bei numatytos tinkamos organizacinės ir techninės duomenų saugumo priemonės.

Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija, vadovaudamasi Lietuvos Respublikos asmens duomenų teisinės apsaugos įstatymo 33 straipsniu, Valstybinės duomenų apsaugos inspekcijos direktoriaus 2016 m. birželio 22 d. įsakymu Nr. 1T-23 patvirtintų Išankstinės patikros atlikimo taisyklių 12 ir 19.2 punktais,

n u s p r e n d ė i a

Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikai išduoti leidimą atlikti Pranešime nurodytų asmens duomenų apie sveikatą tvarkymo mokslinio medicininio tyrimo „Nacionalinis burnos sveikatos tyrimas“ tikslu, veiksmus.

Šis sprendimas Administracinių bylų teisenos įstatyme nustatyta tvarka per vieną mėnesį nuo jo įteikimo dienos gali būti skundžiamas Vilniaus apygardos administraciniam teismui.

Direktorius pavaduotoja,
laikiniai atliekanti direktoriaus funkcijas



Rita Vaitkevičienė

V. Gedeikė, tel. (8 5) 2197271, el. p. valerija.gedeike@nda.lt



Biudžetinė įstaiga
A. Juozonavičiaus g. 6,
09310 Vilnius

Tel. (8 5) 279 1445
Faks. (8 5) 261 9494
El. p. ada@nda.lt

Duomenys kaupiami ir saugomi
Juridinių asmenų registre
Kodas 188607912

5 priedas.

Burnos būklės klausimynas suaugusiems

3. Kokia Jūsų tautybė?

Lietuvių.....	1
Rusų.....	2
Baltarusių.....	3
Ukrainiečių.....	4
Lenkų.....	5
Kita.....	6
Patikslinkite _____	

4. Kiek savų dantų turite?

Nė vieno savo danties.....	0
1 - 9 dantis.....	1
10 – 19 dantų.....	2
20 ar daugiau dantų.....	3

5. Ar per pastaruosius 12 mėnesių jutote dantų ar burnos skausmą ar diskomfortą?

Taip.....	1
Ne.....	2
Nežinau.....	9
Nėra atsakymo.....	0

6. -

7. Kaip apibūdintumėte savo dantų ir dantenų būklę? Ji yra „puiki“, „labai gera“, „gera“, „vidutinė“, „bloga“, „labai bloga“?

	Dantys	Dantenos
Puiki.....	1	1
Labai gera.....	2	2
Gera.....	3	3
Vidutinė.....	4	4
Bloga.....	5	5
Labai bloga.....	6	6
Nežinau.....	9	9

8. Kaip dažnai valote savo dantis?

Niekada.....	1
Kartą per mėnesį.....	2
2 – 3 kartus per mėnesį.....	3
Kartą per savaitę.....	4
2 – 6 kartus per savaitę.....	5
Kartą per dieną.....	6
Du kartus per dieną ar dažniau.....	7

9. Ar naudojate išvardintas priemones valydami dantis?

	Taip	Ne
Dantų šepetėlį.....	1	2
Medinį dantų krapštuką.....	1	2
Plastikinį dantų krapštuką.....	1	2

Dantų siūlą.....	1	2
Tarpdančių šepetėlį.....	1	2
Kita.....	1	2
Patikslinkite _____		

10.		Taip	Ne	Nežinau
a) Ar naudojate dantų pastą valydami dantis.....	1		2	9
b) Ar naudojate dantų pastą su fluoru.....	1		2	9

11. Kada paskutinį kartą lankėtės pas odontologą?

Mažiau nei prieš 6 mėnesius.....	1
Prieš 6-12 mėnesių.....	2
Daugiau nei prieš 1 metus, bet mažiau nei prieš 2.....	3
Prieš 2 ar daugiau metų, bet mažiau nei prieš 5 metus.....	4
Prieš 5 metus ar daugiau.....	5
Niekada nesu lankęsis.....	6

12. Kokia buvo priežastis, dėl kurios paskutinį kartą kreipėtės į odontologą?

Konsultacija.....	1
Skausmas ar problemos dėl dantų, dantenų ar burnos.....	2
Gydymas/ tolesnis gydymas.....	3
Planinis patikrinimas/ gydymas.....	4
Nežinau/nepprisimenu.....	5

13. Kaip dažnai patiriate išvardintas problemas dėl savo dantų ar burnos būklės?

		Labai dažnai	Gana dažnai	Kartais	Niekada
Nežinau					
a) Sunkumai kandant maistą.....	4	3	2	1	
0					
b) Sunkumai kramtant maistą.....	4	3	2	1	
0					
c) Sunkumai kalbant/ ištariant žodžius.....	4	3	2	1	
0					
d) Burnos sausumas.....	4	3	2	1	
0					
e) Nerimavimas dėl savo dantų išvaizdos..	4	3	2	1	
0					
f) Įtampa dėl problemų, susijusių su dantimis ar burna.....	4	3	2	1	
0					
g) Vengimas šypsotis dėl dantų.....	4	3	2	1	
0					
h) Patiriami miego trugdžiai.....	4	3	2	1	
0					
i) Negalėjimas eiti į darbą.....	4	3	2	1	
0					
j) Sunkumai atliekant įprastas veiklas.....	4	3	2	1	
0					
k) Mažesnė tolerancija sutuoktiniui					

ar kitam artimajam.....	4	3	2	1
0				
1) sumažėjęs aktyvumas socialiniame gyvenime	4	3	2	1
0				

14. Kaip dažnai valgote ar geriate išvardintus produktus, net mažais kiekiais?

-

15. Ar laikotės kurios nors iš šių dietų

-

16. Kaip dažnai vartojate sekančias tabako rūšis?

	Kasdien	Kelis kartus per savaitę	Kartą per savaitę	Kelis kartus per mėnesį	Retai
Niekada					
Cigaretės.....	6	5	4	3	2
1					
Cigarus.....	6	5	4	3	2
1					
Pypkę.....	6	5	4	3	2
1					
Kramtomą tabaką...	6	5	4	3	2
1					
Uostomą tabaką.....	6	5	4	3	2
1					
Kita.....	6	5	4	3	2
1					

Patikslinkite _____

17. Per paskutines 30 dienų, tomis dienomis, kai vartojote alkoholi, kiek alkoholio vienetų vidutiniškai suvartojote per dieną?

Mažiau nei 1 alkoholio vieneta...	0
1 alkoholio vieneta.....	1
2 alkoholio vienetus.....	2
3 alkoholio vienetus.....	3
4 alkoholio vienetus.....	4
5 ar daugiau alkoholio vienetus..	5
Nevartojau alkoholio per pastarąsias 30 dienų.....	9

18. Koks Jūsų išsilavinimas?

Jokio formalaus išsilavinimo.....	1
Mažiau nei pradinis.....	2
Pradinis.....	3
Vidurinis.....	4
Aukštasis neuniversitetinis.....	5
Aukštasis Universitetinis.....	6
Magistro laipsnis.....	7

19. Ar Jūs turite patvirtintų Jūsų šeimos gydytojo ligų?

Taip	Ne
1	2

Įrašykite kokias _____

20. Ar vartojate kokius nors vaistus nuolat?

Taip Ne
1 2

Įrašykite kokius _____

21. Koks Jūsų svoris? _____

22. Koks Jūsų ūgis? _____

Ačiū už Jūsų atsakymus!