

Ocena ogólnego stanu zdrowia i nawyków higienizacyjnych w zakresie jamy ustnej u pacjentów uzależnionych od alkoholu

Evaluation of general health and oral hygiene habits in alcohol-dependent patients

Aleksandra Sender-Janeczek, Marek Ziętek

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Katedra i Zakład Periodontologii

Abstract – Introduction. The aim of the study was to evaluate the state of general health and oral hygiene habits in alcohol-dependent patients.

Material and Methods. The study was conducted on 103 alcoholic patients of Alcohol Withdrawal Treatment Unit of the Mental Health Hospital in Wrocław, and on 35 non-alcoholic patients of the Periodontal Department of the Medical University in Wrocław. The questionnaire includes questions about alcohol addiction, general health and hygienic habits in the oral cavity.

Results. Patients with alcohol dependence have more systemic diseases than control group patients. Oral hygiene procedures were significantly less likely to be carried out in patients with alcohol dependence than those from control group.

Conclusions. Alcoholics are a group that requires special general and dental care. This care should be an integral part of the treatment of addiction.

Key words: alcohol dependence, oral hygiene, oral health

Streszczenie – Wprowadzenie. Celem pracy była ocena ogólnego stanu zdrowia i nawyków higienizacyjnych w zakresie jamy ustnej u pacjentów z uzależnieniem od alkoholu.

Material i metody. Badaną grupę stanowiło 103 uzależnionych od alkoholu pacjentów Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA) SZPOZ we Wrocławiu, a grupę kontrolną – 35 pacjentów Katedry i Zakładu Periodontologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, u których nie stwierdzono w wywiadzie uzależnienia od alkoholu. Z każdym pacjentem przeprowadzono ankietę dotyczącą uzależnienia od alkoholu, obecnego stanu zdrowia oraz nawyków higienizacyjnych w zakresie jamy ustnej.

Wyniki. Na podstawie badania ankietowego stwierdzono większą liczbę chorób ogólnoustrojowych u osób uzależnionych od alkoholu niż u osób w grupie kontrolnej (porównawczej). Podobnie z zabiegami z zakresu higieny jamy ustnej (z uwzględnieniem dodatkowych środków do higieny) – były one znacząco rzadziej przeprowadzane przez pacjentów z uzależnieniem od alkoholu.

Wnioski. Alkoholicy są grupą wymagającą szczególnej opieki zarówno ogólnomedycznej, jak i stomatologicznej. Opieka ta powinna stać się integralną częścią leczenia uzależnienia od alkoholu.

Słowa kluczowe: uzależnienie od alkoholu, higiena jamy ustnej, zdrowie jamy ustnej

Finansowanie/*Financial support.* Badania finansowane z programu badawczego o numerze 29/Pbm Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Konflikt interesów nie występuje. *Conflict of interest no declared.*

WPROWADZENIE

Uzależnienie od alkoholu stanowi bardzo poważny problem zdrowotny, ekonomiczny, a także społeczny. Napoje alkoholowe należą do najczęściej stosowanych substancji psychoaktywnych zarówno przez dorosłych, jak i przez młodzież szkolną (1–4). Z dostępnych danych statystycznych wynika, że 23 miliony Europejczyków jest uzależnionych od alkoholu (5). W Polsce około 4,5 mln osób nadużywa alkoholu, w tym 700–900 tysięcy to osoby uzależnione i wymagające leczenia (6). Szkodliwe i niebezpieczne spożywanie alkoholu jest ważnym czynnikiem zagrażającym zdrowiu i jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów i chorób, których można byłoby uniknąć (7, 8, 9).

Toksyczne działanie alkoholu i jego metabolitów przy przewlekłym używaniu alkoholu dotyczy także jamy ustnej. W pierwszej kolejności na szkodliwe działanie narażona jest błona śluzowa jamy ustnej. Dostępne są liczne badania potwierdzające zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zmian błony śluzowej jamy ustnej (OML – *oral mucosal lesions*), w tym leukoplakii, zmian nadżerkowych czy grzybicy (10, 11). Osoby uzależnione od alkoholu stanowią również grupę wysokiego ryzyka rozwoju nowotworów zarówno jamy ustnej, jak i noso-gardzieli (12, 13). Jednocześnie alkohol jest czynnikiem uszkadzającym gruczoły ślinowe i powodującym zaburzenia w wydzielaniu śliny (14). Uznawany jest także za potencjalny czynnik uszkadzający tkanki przyzębia (15, 16) i sprzyjający rozwojowi próchnicy (17, 18).

Należy zwrócić uwagę, że osoby z uzależnieniem od alkoholu stanowią stosunkowo dużą grupę społeczeństwa, która jest pozbawiona wiedzy prozdrowotnej i nie podlega regularnej opiece stomatologicznej. Obserwuje się u nich znaczące zaniedbania dotyczące higieny jamy ustnej oraz bardzo często współistniejące z nadużywaniem alkoholu palenie tytoniu (19, 20).

Celem pracy była ocena ogólnego stanu zdrowia i nawyków higienizacyjnych w zakresie jamy ustnej u pacjentów uzależnionych od alkoholu.

MATERIAŁ I METODY

Badaną grupę stanowiło 103 pacjentów uzależnionych od alkoholu (11 kobiet, 92 mężczyzn) przebywających na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA) Specjalistycznego Zespołu Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu. Grupa porównawcza to 35 pacjentów z przewlekłą chorobą przyzębia (15 kobiet, 20 mężczyzn), po raz pierwszy zgłaszających się do Poradni Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Nie przeprowadzono u nich jeszcze instruktażu higieny jamy ustnej, a także zabiegów profilaktycznych i leczniczych oraz nie stwierdzono w wywiadzie uzależnienia od alkoholu.

Z każdym pacjentem przeprowadzono ankietę, zawierającą pytania dotyczące wieku, poziomu wykształcenia, historii problemów związanych z alkoholem, obec-

nego stanu zdrowia oraz nawyków higienizacyjnych w zakresie jamy ustnej. W ankiecie uwzględniono pytania o rodzaj i średnią ilość spożywanego alkoholu (ml/doba) oraz o palenie tytoniu. Pytania związane z ogólnym stanem zdrowia odnosiły się do takich schorzeń jak: choroby wątroby, trzustki, żołądka, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz chorób zakaźnych (WZWB – wirusowe zapalenie wątroby typu B, WZWC – wirusowe zapalenie wątroby typu C i HIV/AIDS). Pytano również pacjentów, czy podlegają stałej i regularnej – raz na 6 miesięcy – kontroli stomatologicznej. W badaniu klinicznym określano liczbę zębów w jamie ustnej. Pytania związane z utrzymywaniem higieny jamy ustnej dotyczyły częstości mycia zębów, metody szczotkowania, rodzaju szczoteczki do zębów oraz dodatkowych środków do higieny jamy ustnej.

Po zapoznaniu się z opisem projektu wszystkie osoby wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniach. Projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu.

Wyniki badań poddano opracowaniu statystycznemu. Dla wszystkich grup zostały wyliczone wartości średnie (\bar{x}), mediany (M), zakres (min-max) i odchylenia standardowe (SD) badanych parametrów ciągłych. Weryfikację hipotezy o równości średnich parametrów w grupach przeprowadzono metodą analizy wariancji ANOVA lub dla grup o małej liczbie przypadków albo niejednorodnej wariancji – testem nieparametrycznym sumy rang Kruskala-Wallisa (wyniki testu oznaczono gwiazdką*) (jednorodność wariancji sprawdzano testem Bartletta).

Dla parametrów dyskretnych, częstość występowania cechy w grupach analizowano testem χ^2 df z poprawką Yatesa z odpowiednią liczbą stopni swobody df ($df = (m - 1) * (n - 1)$), gdzie m – liczba wierszy, n – liczba kolumn) lub dla tablic 2×2 , gdy wartość oczekiwana w komórce była mniejsza od 5 – testem Fishera. Tam gdzie to było możliwe, w przypadku tablic 2×2 obliczono względne ryzyko (rr – *relative risk*) oraz 95% przedział ufności dla rr (CI – *confidence interval*). Uznano $p \leq 0,05$ za znaczące statystycznie. Analizę statystyczną przeprowadzono wykorzystując komputerowy pakiet programów statystycznych EPIINFO Ver. 3.5.2 (z dnia 17.12.2010).

WYNIKI

W grupie pacjentów z uzależnieniem alkoholowym przeważali mężczyźni (92 na 103 osoby), średni wiek wynosił 43 lata (42,6). W grupie kontrolnej, pacjentów z przewlekłą chorobą przyzębia, dystrybucja płci nie była zróżnicowana (20M/15K), a średni wiek to 53 lata (52,6) ($p = 0,0000^*$). W grupie osób uzależnionych od alkoholu większość stanowiły osoby z wykształceniem średnim/zawodowym (73 osoby) i jedynie 6 osób miało wykształcenie wyższe. W grupie kontrolnej zbliżona liczba osób miała wykształcenie średnie/zawodowe i wyższe, 6 osób – wykształcenie podstawowe.

Średni czas trwania choroby w badanej grupie wynosił ponad 10 lat (10,4). Ilość spożywanego alkoholu, z uwzględnieniem jego rodzaju i zawartości alkoholu etylowego, przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1.

Czas trwania uzależnienia od alkoholu oraz ilość i rodzaj spożywanego alkoholu
The duration of alcohol dependence and the amount and type of alcohol consumption

	X	N	SD	MIN	MAX	25Q	M	75Q
Czas trwania choroby (lata)/ <i>duration of disease (years)</i>	10,4	103	9,9	1,0	50,0	2,0	8,0	16,0
Piwo (ml/doba)/ <i>beer (ml/day)</i>	2769,3	75	1608,3	500,0	8000,0	1500,0	2500,0	4000,0
Zawartość alkoholu etylowego (g/doba)/ <i>ethanol (g/day)</i>	110,8	75	64,3	20,0	320,0	60,0	100,0	160,0
Wódka (ml/doba)/ <i>vodka (ml/day)</i>	701,9	77	453,2	100,0	2500,0	500,0	500,0	1000,0
Zawartość alkoholu etylowego (g/doba)/ <i>ethanol (g/day)</i>	234,0	77	151,1	33,3	833,3	166,7	166,7	333,3
Wino (ml/doba)/ <i>wine (ml/day)</i>	–	9	–	500	1500	–	1000	–
Zawartość alkoholu etylowego (g/doba)/ <i>ethanol (g/day)</i>	–	9	–	50	150	–	100	–
Całkowity alkohol etylowy (g/doba)/ <i>Total amount of ethanol (g/day)</i>	265,3	103	159,1	66,7	1033,3	166,7	216,7	333,3

MIN-MAX – zakres mini-max/*range of mini-max*

Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono większą liczbę schorzeń ogólnoustrojowych – tj. chorób wątroby ($p = 0,00662$), padaczki ($p = 0,0121$), depresji ($p = 0,00099$) i zaburzeń lękowych ($p = 0,00163$) – u osób z uzależnieniem od alkoholu niż u pacjentów z grupy kontrolnej. Dane te związane z chorobami ogólnoustrojowymi przedstawia tabela 2.

Pacjenci z grupy kontrolnej statystycznie istotnie rzadziej palili papierosy niż pacjenci z badanej grupy ($p = 0,00001$).

Jedynie 5 na 98 zbadanych osób z uzależnieniem od alkoholu deklarowało regularne wizyty w gabinecie stomatologicznym ($p = 0,00000$). U osób w tej grupie średnia liczba zębów w jamie ustnej była mniejsza w stosunku do osób z grupy kontrolnej ($p = 0,0066$).

Zabiegi higienizacyjne jamy ustnej były częściej przeprowadzane w grupie kontrolnej – pacjenci z tej grupy częściej szczotkowali zęby niż osoby z uzależnieniem od alkoholu ($p = 0,00005$). Zarówno w pierwszej, jak i w drugiej grupie większość osób posługiwała się ręczną szczoteczką do zębów. Wyniki badania ankietowego dotyczące dodatkowych środków do higieny jamy ustnej przedstawia tabela 3.

Tabela 2.

Choroby ogólnoustrojowe występujące u pacjentów uzależnionych od alkoholu i u osób z grupy kontrolnej

Systemic diseases occurring in alcohol-dependent patients and in control group

Choroby ogólnoustrojowe/ Systemic diseases	Grupa kontrolna*		Badana grupa**		p	χ^2	df	rr	95%CI
	tak/yes	nie/no	tak/yes	nie/no					
Choroby wątroby/ Hepatitis	0	35	22	81	0,00662	7,37	1	-	-
Choroby trzustki/ Pancreatitis	0	35	2	101	1,0F			-	-
Choroby żołądka/ Gastritis	1	34	12	91	0,184F			-	-
Padaczka/ Epilepsy	0	35	15	88	0,0121F			-	-
Depresja/ Depression	0	35	29	74	0,00099	10,8	1	-	-
Zaburzenia lękowe/ Anxiety disorder	1	34	32	71	0,00163	9,93	1	0,09	0,01-0,66
Nadciśnienie tętnicze/ Hypertension	12	23	24	79	0,291	1,11	1	-	-
Choroba wieńcowa/ Ischaemic heart disease	3	32	4	99	0,370F			-	-
Cukrzyca/ Diabetes	4	31	2	101	0,0361F			2,84	1,49-5,41
WZW B/ Hepatitis B virus	0	35	4	99	0,572F			-	-
WZW C/ Hepatitis C virus	0	35	1	102	1,0F			-	-
HIV	0	35	0	103	-	-	-	-	-

* pacjenci z przewlekłą chorobą przyzębia/patients with periodontal disease

** pacjenci uzależnieni od alkoholu/alcohol-dependent patients

rr – względne ryzyko/relative risk

95%CI – przedział ufności dla rr/Confidence Interval for rr

Tabela 3.

Dodatkowe środki do higieny jamy ustnej używane przez pacjentów uzależnionych od alkoholu i osoby z grupy kontrolnej

Additional aids in oral hygiene in alcohol-dependent patients and in control group

Środki do higieny jamy ustnej/ Aids in oral hygiene	Grupa kontrolna		Badana grupa		p	χ^2	df	rr	95%CI
	tak/yes	nie/no	tak/yes	nie/no					
Płyn do płukania/ Mouth rinse	19	16	21	82	0,00031	13,0	1	2,91	1,67-5,06
Nić dentystyczna/ Dental floss	1	34	6	97	0,679F			-	-

Tabela 3 c.d./Table 3 continued

Środki do higieny jamy ustnej/ <i>Aids in oral hygiene</i>	Grupa kontrolna <i>Control group</i>		Badana grupa <i>Study group</i>		p	χ^2	df	rr	95%CI
	tak/yes	nie/no	tak/yes	nie/no					
Szczoteczki międzyzębowe/ <i>Interdental brushes</i>	2	33	0	103	0,0629F			4,12	3,06–5,55
Wykałaczki/ <i>Toothpicks</i>	13	22	30	73	0,501	0,45	1	–	–
Szczoteczka do języka/ <i>Tongue brush</i>	1	34	0	103	0,254F			–	–
Irygator wodny/ <i>Irrigators</i>	4	31	0	103	0,00362F			4,32	3,17–5,89

DYSKUSJA

Wykazano, że w wieloczynnikowej etiologii wiek i płeć są dodatnio skorelowane z chorobą przyzębia, a także z uzależnieniem od alkoholu (21, 22). W obu przypadkach większe ryzyko wystąpienia choroby pojawia się wraz z wiekiem i dotyczy częściej mężczyzn niż kobiet. Dystrybucję płci w badanej grupie potwierdzają doniesienia o rzadziej podejmowanym leczeniu uzależnienia przez kobiety w porównaniu z mężczyznami (23). Z danych z 2008 roku wynika, że mężczyźni pięciokrotnie częściej byli hospitalizowani w całodobowych oddziałach terapeutycznych i oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Z drugiej strony, należy zaznaczyć, że kobiety są bardziej podatne na efekt szkodliwego działania etanolu, co wynika z uwarunkowań psychologicznych oraz metabolicznych organizmu (6, 24). Czynniki społeczne, w tym niższy poziom wykształcenia, stanowią czynnik ryzyka zarówno dla uzależnienia od alkoholu, jak i chorób w zakresie jamy ustnej (25, 26). W badaniach własnych w grupie pacjentów z uzależnieniem od alkoholu ponad 70% to osoby z wykształceniem średnim/zawodowym i jedynie 5,8% miało wykształcenie wyższe. Natomiast w grupie kontrolnej (porównawczej) wykształcenie średnie/zawodowe i wyższe miała zbliżona liczba osób (odpowiednio: 42,85% i 40%), 6 pacjentów miało wykształcenie podstawowe. Niższy status społeczno-ekonomiczny może mieć bezpośredni związek z brakiem wiedzy i potrzeby przeprowadzania zabiegów higienizacyjnych, co przekłada się na zwiększenie akumulacji płytki nazębnej i prowadzi do rozwoju stanów zapalnych tkanek przyzębia.

Jak wynika z dostępnych danych, najwięcej konsumentów alkoholu deklaruje picie piwa – 75%, wódki – 69%, wina – prawie 64%. Najczęstszym wzorem spożywania alkoholu jest picie wszystkich rodzajów napojów alkoholowych, tj. wina, piwa i wódki (34%). Drugim, co do popularności wzorem jest picie wódki i piwa (18%), trzecim – wina i piwa (14%). Tylko piwo pije 10% Polaków, natomiast wyłącznie wódkę spożywa 8,5%, a wino 7,7% konsumentów (27). W ostatnich latach zaobserwowano zmiany w strukturze spożywanego alkoholu, tj. na przykład spadek konsumpcji napo-

jów wysokoprocentowych. Z danych z 2009 roku wynika, że 35,3% spożycia stanowią wyroby spirytusowe, 9,3% wina i miody pitne oraz 55,4% piwo. W badaniach własnych do najczęściej spożywanego alkoholu należała wódka (77 na 103 pacjentów) oraz piwo (75 na 103). Niewielka liczba pacjentów deklarowała picie wina (9 osób) oraz innych rodzajów alkoholu (whisky, nalewki, woda kolońska).

Według obecnego stanu wiedzy, istnieje silny związek między spożywaniem alkoholu a ogólnym stanem zdrowia oraz stanem jamy ustnej. Alkohol stanowi przyczynę licznych zaburzeń w narządzie pokarmowym, układzie krążenia, układzie nerwowym oraz immunologicznym (28). Jednocześnie rozważa się rolę zaburzeń ogólnoustrojowych jako czynników modyfikujących stany zapalne przyzębia poprzez ich wpływ na odpowiedź zapalno-immunologiczną na periopatogeny płytki nazębnej. Toksyczne działanie alkoholu i jego metabolitów u osób przewlekle spożywających alkohol dotyczy całego narządu pokarmowego. Pierwsza bezpośrednio narażona na działanie uszkadzające alkoholu jest błona śluzowa jamy ustnej. U osób przewlekle spożywających alkohol ma miejsce zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zmian o charakterze leukoplakii, zmian nadżerkowych, zakażeń grzybiczych oraz nowotworów zarówno jamy ustnej, jak i nosogardzieli (12, 13).

Przewlekle spożywanie alkoholu jest także najczęściej przyczyną alkoholowej choroby wątroby (ALD – *alcoholic liver disease*) (29, 30). U 90% osób nadużywających alkohol występuje stłuszczenie wątroby, u 40% – zapalenie oraz u 15–30% – zwłóknienie i u 10% – w konsekwencji marskość wątroby. W badaniu ankietowym znacząco więcej pacjentów uzależnionych od alkoholu ($p = 0,00662$) deklaroowało występowanie chorób wątroby, przy czym nie uwzględniono podziału chorób wątroby na poszczególne jednostki. Istnieją także doniesienia, w których wykazano, że endotoksyny (LPS) pochodzące ze ściany komórkowej bakterii Gram-ujemnych przyczyniają się do wystąpienia i rozwoju choroby wątroby u tych pacjentów (31). W głównym stopniu dotyczy to flory jelitowej, natomiast niewykluczony może być udział LPS periopatogenów, charakterystycznych dla przewlekłej choroby przyzębia, w rozwoju schorzeń wątroby u alkoholików.

Alkohol w sposób znaczący wpływa również niekorzystnie na układ nerwowy zarówno centralny, jak i obwodowy. Przewlekle spożywanie alkoholu jest przyczyną wielu schorzeń, między innymi encefalopatii, epilepsji, psychozy Korsakowa, polineuropatii (32). W badaniach własnych stwierdzono większą częstotliwość występowania zaburzeń lękowych i stanów depresyjnych u pacjentów z uzależnieniem od alkoholu. Występujące u tych osób obniżenie nastroju ma najczęściej charakter sytuacyjny, tj. związany z przewlekłym spożywaniem alkoholu oraz wynikającymi z tego powodu trudnościami życiowymi (33, 34). Może to przekładać się m.in. na zaniedbania w zakresie higieny jamy ustnej i stanowić potencjalny czynnik ryzyka chorób przyzębia.

Przy ocenie występowania cukrzycy w obu grupach potwierdzono istnienie tego schorzenia u 4 na 35 pacjentów w grupie kontrolnej i u 2 na 103 w grupie osób uzależnionych od alkoholu. Uzyskany wynik w tej drugiej grupie może być następstwem faktu, że osoby nadużywające alkoholu prawdopodobnie w wielu przypadkach nie

były świadome choroby ze względu na brak opieki medycznej i kontrolnych badań laboratoryjnych. W dostępnym piśmiennictwie zwracają uwagę wielokierunkowe zależności między cukrzycą i uzależnieniem od alkoholu, a także związek cukrzycy z chorobami przyzębia. Z jednej strony, nadużywanie alkoholu przez chorego na cukrzycę bywa przejawem braku adaptacji do choroby przewlekłej. Nałożenie się bowiem nadużywania alkoholu na cukrzycę dodatkowo powoduje upośledzenie metabolizmu, sprzyjając rozwojowi hipoglikemii, ketozy czy kwasicy mleczanowej (35). Z drugiej strony, przewlekłe nadużywanie alkoholu może stać się przyczyną cukrzycy wtórnej. Jednocześnie zaburzenia o charakterze hormonalno-immunologicznym, występujące w przebiegu cukrzycy, stanowią podłoże rozwoju stanów zapalnych dziąseł i przyzębia (36, 37).

Palenie tytoniu stanowi prawdopodobnie jeden z najbardziej znaczących czynników modulujących i pogarszających zarówno przebieg, jak i proces leczenia chorób przyzębia. Wśród osób uzależnionych od alkoholu 80–90% osób pali papierosy (38). Badania przeprowadzone w 2002 roku w grupie młodzieży wykazały, że siedem procent 15-latków (10% chłopców i 4% dziewcząt) regularnie paliło tytoń, czemu towarzyszyło częste upijanie się (39). Palenie tytoniu nasila uszkadzające działanie alkoholu na strukturę i funkcjonowanie błony śluzowej jamy ustnej, ślinianek oraz śliny (14). Stanowią razem również istotny czynnik, sprzyjający powstawaniu zmian nowotworowych w jamie ustnej (40, 41). Jednocześnie palenie przyczynia się do pogorszenia się stanu higieny jamy ustnej (42, 43) oraz wykazuje negatywny wpływ na tkanki przyzębia (44, 45). Palenie tytoniu zwiększa ryzyko zarówno w zakresie utraty przyczepu łącznotkankowego, jak i głębokości kieszonek przyzębnych (odpowiednio: 8-krotnie i 5-krotnie) (46). U osób palących papierosy następuje także upośledzenie odpowiedzi immunologicznej (47, 48). W wielu badaniach wykazano utratę większej liczby zębów u osób palących tytoń w przebiegu zapalenia przyzębia (49).

Powszechnie występujące zaniedbania higieny w zakresie jamy ustnej wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu wiążą się z większym ryzykiem utraty zębów zarówno w wyniku próchnicy, jak i chorób przyzębia. W badaniach własnych u osób nadużywających alkoholu średnia liczba zębów w jamie ustnej była mniejsza w stosunku do osób z grupy kontrolnej ($p = 0,0066$). Uzyskane wyniki potwierdzają przypuszczenia, że alkohol może być rozważany jako potencjalny czynnik ryzyka utraty zębów, szczególnie w połączeniu ze współistniejącym z alkoholizmem paleniem tytoniu (50).

Pacjenci z uzależnieniem od alkoholu zwykle wykazują duże zaniedbania w zdrowiu i higienie jamy ustnej (51, 52). W badaniach własnych jedynie 4,85% osób w badanej grupie regularnie korzystało z pomocy stomatologicznej; pozbawione są bowiem najczęściej wiedzy i dostępu do opieki stomatologicznej. W badaniach przeprowadzonych przez Khocht i wsp. (2009) jedynie 37,84% pacjentów uzależnionych od alkoholu deklarowało dostęp do podstawowej opieki stomatologicznej. Przyczyną ich zgłaszania się do lekarza stomatologa były przede wszystkim dolegliwości bólowe. Do najczęściej wykonywanych zabiegów należały ekstrakcje i leczenie zachowawcze, w mniejszym stopniu natomiast – leczenie endodontyczne czy rehabilitacja protetyczna (52).

Zabiegi z zakresu higieny jamy ustnej w grupie kontrolnej były częściej przeprowadzane niż w badanej grupie ($p = 0,00005$). I tak ponad 90% osób z tej pierwszej deklarowało szczotkowanie zębów 2 razy dziennie: rano i wieczorem. W grupie z uzależnieniem od alkoholu aż 20% osób wcale nie szczotkowało zębów w ciągu dnia, 23% szczotkowało zęby raz dziennie, natomiast 2 razy dziennie – 51% badanych. Podobne wyniki badań uzyskali Barbadoro i wsp. (53).

W obu grupach większy odsetek osób posługiwał się ręczną szczoteczką do zębów. Nie wykazano znaczących statystycznie różnic między grupami w zakresie metody szczotkowania zębów oraz twardości stosowanych szczoteczek. Metodę pionową szczotkowania zębów stosowała prawie co druga osoba z grupy kontrolnej (16 na 35) i niemal jedna na trzy z badanej grupy (31 na 103). Najczęściej wykonywanymi podczas szczotkowania ruchami u alkoholików były ruchy poziome, natomiast u osób z zapaleniem przyzębia – ruchy okrężne, w obu grupach przeważająca część pacjentów stosowała szczoteczki do zębów o średniej twardości (odpowiednio: 80% i 60%). W grupie z uzależnieniem od alkoholu 17% osób używało twardą szczoteczkę do zębów, co może wynikać z przekonania o jej większej skuteczności w oczyszczaniu (72). W przypadku dodatkowych środków do higieny jamy ustnej, pacjenci z uzależnieniem od alkoholu znacznie rzadziej płukali usta płynem do jamy ustnej ($p = 0,00031$), natomiast żaden z nich nie używał szczoteczki międzyzębowej, szczoteczki do języka czy irygatora wodnego. Zbliżone wartości uzyskano dla wykałacek: stosowało je 37% osób w grupie kontrolnej i 30% w badanej grupie.

Występujące dysproporcje między grupami w odniesieniu do stosowania dodatkowych środków do higieny jamy ustnej mogą być spowodowane ograniczoną wiedzą, brakiem potrzeby lub uwarunkowaniami socjalno-bytowymi w grupie osób z uzależnieniem alkoholowym. Świadomość takiego stanu rzeczy może pozwolić na właściwe ukierunkowanie działań motywacyjno-profilaktyczno-leczniczych w zakresie jamy ustnej w stosunku do tej grupy osób.

Wnioski

Uzyskane wyniki sugerują konieczność wprowadzenia dla osób uzależnionych od alkoholu programów profilaktyki zarówno w zakresie zdrowia ogólnego, jak i jamy ustnej. Niezbędne jest prowadzenie badań w celu określenia wpływu spożywanego alkoholu na stan jamy ustnej. Niektóre badania (17, 53) wskazują na możliwość zmiany stylu życia pacjentów, także nawyków higienizacyjnych w jamie ustnej, szczególnie w okresie leczenia odwykowego. Objęcie opieką stomatologiczną osób uzależnionych od alkoholu powinno stanowić integralną część leczenia uzależnienia.

PIŚMIENNICTWO/REFERENCES

1. Mellibruda J, Nikodemka S, Fronczyk K (2003) Używanie i nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez polskich studentów. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 7, 135–155.

2. Grzybowski A (2005) Alkoholizm – stale aktualny problem zdrowotny społeczeństwa polskiego. Aktywność samorządu w zakresie profilaktyki alkoholowej. *Nowiny Lekarskie*, 74, 244–250.
3. Sierosławski J (2007) *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach*, Warszawa 2007.
4. Danielsson AK, Wennberg P, Hibell B, Romelsjö A (2012) Alcohol use, heavy episodic drinking, and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply? *Addiction*, 107 (1), 71–80.
5. Anderson P, Baumberg B (2006) Alkohol w Europie: perspektywa zdrowia publicznego. Raport dla Komisji Europejskiej – Podsumowanie. *Alkoholizm i Narkomania*, 19, 121–137.
6. Ceylan-Isik AF, McBride S, Ren J (2010) Sex difference in alcoholism: Who is at greater risk for development of alcoholic complication? *Life Sciences*, 87, 133–138.
7. Rehm J, Gmel G, Sempos CT, Trevisan M (2003) Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Research and Health*, 27, 39–51.
8. WHO 2007 *Alcohol and Injury in Emergency Departments*.
9. Saburova L, Keenan K, Bobrova N, Leon DA, Elbourne D (2011) Alcohol and fatal life trajectories in Russia: Understanding narrative accounts of premature male death in the family. *BMC Public Health*, 11, 481–493.
10. Harris CK, Warnakulasuriya KA, Cooper DJ, Peters TJ, Gelbier S (2004) Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in South London. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 33 (5), 253–259.
11. Rooban T, Rao A, Joshua E, Ranganathan K (2009) The prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in Chennai, South India. *Indian Journal of Dental Research*, 20, 41–46.
12. Goldstein BY, Chang SC, Hashibe M, La Vecchia C, Zhang ZF (2010) Alcohol consumption and cancers of the oral cavity and pharynx from 1988 to 2009: an update. *European Journal of Cancer Prevention*, 19, 431–465.
13. Reidy J, McHugh E, Stassen LF (2011) A review of the relationship between alcohol and oral cancer. *Surgeon*, 9, 278–283.
14. Waszkiewicz N, Zalewska A, Szulc A, Kepka A, Konarzewska B, Zalewska-Szajda B, Chojnowska S, Waszkiel D, Zwierz K (2011) Wpływ alkoholu na jamę ustną, ślinianki oraz ślinę. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 30, 69–74.
15. Hornecker E, Muuss T, Ehrenreich H, Mausberg RF (2003) A pilot study on the oral conditions of severely alcohol addicted persons. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 15, 51–59.
16. Amaral Cda S, Vettore MV, Leão A (2009) The relationship of alcohol dependence and alcohol consumption with periodontitis: a systematic review. *Journal of Dentistry*, 37, 643–651.
17. Araujo MW, Dermen K, Connors G, Ciancio S (2004) Oral and dental health among inpatients in treatment for alcohol use disorders: a pilot study. *Journal of the International Academy of Periodontology*, 6, 125–130.
18. Kobus A, Kierklo A, Zalewska A, Waszkiewicz N, Zalewska-Wajda B (2011) Stan jamy ustnej osób z uzależnieniem alkoholowym. *Magazyn Stomatologiczny*, 3, 98–101.
19. Berggren U, Berglund K, Fahlke C, Aronsson E, Eriksson M, Balldin J (2007) Tobacco use is associated with more severe alcohol dependence, as assessed by the number of DSM-IV criteria in Swedish Male type I alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 42, 247–251.
20. Singer MV, Feick P, Gerloff A (2011) Alcohol and smoking. *Digestive Disease*, 29, 177–183.
21. Bouchard P, Boutouyrie P, Mattout C, Bourgeois D (2006) Risk assessment for severe clinical attachment loss in adult population. *Journal of Periodontology*, 77, 479–489.
22. Van der Velden U, Abbas F, Armand S, Loos BG, Timmerman MF, Van der Weijden GA, Van Winkelhoff AJ, Winkel EG (2006) Java project on periodontal diseases. The natural development of periodontitis: risk factors, risk predictors and risk determinants. *Journal of Clinical Periodontology*, 33, 540–548.
23. Wasilewski D (2007) Kobieta i alkohol. *PsycheInfo*, 3, 12–15.

24. Mancinelli R, Binetti R, Ceccanti M (2007) Woman, alcohol and environment: Emerging risks for health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 31, 246–253.
25. Marchand A, Parent-Lamarche A, Blanc MÈ (2011) Work and high-risk alcohol consumption in the Canadian workforce. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 2692–2705.
26. Zini A, Sgan-Cohen HD, Marcenes W (2011) Socio-economic position, smoking, and plaque: a pathway to severe chronic periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, 38, 229–235.
27. Koczaska-Siedlecka A (2010) Jak piją Polacy? *Świat Problemów*, 12, 5–8.
28. Parry CD, Patra J, Rehm J (2011) Alcohol consumption and noncommunicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction*, 106, 1718–2174.
29. Cichoż-Lach H., Grzyb M, Celiński K, Słomka M (2008) Nadużywanie alkoholu a alkoholowa choroba wątroby. *Alkoholizm i Narkomania*, 21, 55–62.
30. Basra S, Anand BS (2011) Definition, epidemiology and magnitude of alcoholic hepatitis. *World Journal of Hepatology*, 3, 108–113.
31. Kasztelan-Szczerbińska B, Słomka M, Celiński K (2010) Dysfunkcja bariery śluzówkowej jelit i endotoksemia – ogniwa kaskady zapalnej w alkoholowej chorobie wątroby. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 5, 77–82.
32. Woronowicz B (2002) Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego. Część I. *Medycyna Rodzinna*, 1, 22–28.
33. Woronowicz B (2002) Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego. Część II. *Medycyna Rodzinna*, 2, 79–83.
34. Chodkiewicz J (2010) Terapia osób uzależnionych od alkoholu: lęk i depresja a zasoby osobiste. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 201–216.
35. Marek J, Kowrach M, Luźniak P (2009) Cukrzyca u osoby z chorobą alkoholową – podwójna patologia. *Przewodnik Lekarza*, 2, 78–83.
36. Awartani F (2009) Evaluation of the relationship between type 2 diabetes and periodontal disease. *Odontostomatologie Tropicale*, 32, 33–39.
37. Banach J (2009) Mechanizmy wpływu cukrzycy na choroby przyzębia i gojenie się ran – przegląd piśmiennictwa. *Czasopismo Stomatologiczne*, 62, 578–558.
38. Romberger DJ, Grant K (2004) Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 58, 77–83.
39. Mazur J, Małkowska-Szcutnik A (2011) *Wyniki badań HBSC 2010, Raport techniczny*. Warszawa.
40. Ide R, Mizoue T, Fujino Y, Hoshiyama Y, Sakata K, Tamakoshi A, Yoshimura T; JACC Study Group (2008) Cigarette smoking, alcohol drinking, and oral and pharyngeal cancer mortality in Japan. *Oral Diseases*, 14, 314–319.
41. Lin WJ, Jiang RS, Wu SH, Chen FJ, Liu SA (2011) Smoking, alcohol, and betel quid and oral cancer: a prospective cohort study. *Journal of Oncology*, Epub 2011.
42. Amarasena N, Ekanayaka AN, Herath L, Miyazaki H (2002) Tobacco use and oral hygiene as risk indicators for periodontitis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30, 115–123.
43. Hellqvist L, Rolandsson M, Birkhed D, Hugoson A (2009) Tobacco use in relation to socioeconomic factors and dental care habits among Swedish individuals 15–70 years of age, 1983–2003. *International Journal of Dental Hygiene*, 7, 62–70.
44. Adler L, Modin C, Friskopp J, Jansson L (2008) Relationship between smoking and periodontal probing pocket depth profile. *Swedish Dental Journal*, 32, 157–163.
45. Ojima M, Hanioka T (2010) Destructive effects of smoking on molecular and genetic factors of periodontal disease. *Tobacco Induced Diseases*, 8, 1–8.
46. Bhagyajothi CS, Pushpanjali K (2011) Assessment and comparison of periodontal status among young smokers and nonsmokers of Bangalore, India – a cross sectional study. *Community Dental Health*, 28, 89–94.
47. de Heens GL, van der Velden U, Loos BG (2009) Cigarette smoking enhances T cell activation and a Th2 immune response; an aspect of the pathophysiology in periodontal disease. *Cytokine*, 47, 157–161.

48. Huttunen R, Heikkinen T, Syrjänen J (2011) Smoking and the outcome of infection. *Journal of Internal Medicine*, 269, 258–269.
49. Chambrone L, Chambrone D, Lima LA, Chambrone LA (2010) Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: a systematic review of observational studies. *Journal of Clinical Periodontology*, 37, 675–684.
50. Klein BE, Klein R, Knudtson MD (2004) Life-style correlates of tooth loss in an adult Midwestern population. *Journal of Public Health Dentistry*, 64, 145–150.
51. Robb ND, Smith BGN (1996) Chronic alcoholism: an important condition in the dentist–patient relationship. *Journal of Dentistry*, 24, 17–24.
52. Khocht A, Schleifer S, Janal MN, Keller S (2009) Dental care and oral disease in alcohol-dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 214–218.
53. Barbadaro P, Lucrezi D, Prospero E, Annino I (2008) Improvement of knowledge, attitude and behavior about oral health in a population of alcohol addicted persons. *Alcohol and Alcoholism*, 43, 347–350.

Adres do korespondencji
Aleksandra Sender-Janeczek
Katedra i Zakład Periodontologii
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Krakowska 26, 50-425 Wrocław
e-mail: aleksandra.sender-janeczek@umed.wroc.pl

Otrzymano: 27.02.2013

Przyjęto do druku: 11.06.2013