PRACE ORYGINALNE

Dent. Med. Probl. 2012, **49**, 2, 166–172
ISSN 1644-387X

© Copyright by Wroclaw Medical University
and Polish Dental Society

Joanna Chłapowska[A, B, D, E], Karolina Gerreth[A, B, D, E],
Kristina Pilipczuk-Paluch[C, D, E], Maria Borysewicz-Lewicka[A, D, E]

Ocena dynamiki próchnicy u 6-letnich dzieci z województwa lubuskiego

Assessment of Dynamics of Dental Caries in 6-Year-Old Children from the Lubuskie Province

Klinika Stomatologii Dziecięcej Katedry Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

A – koncepcja i projekt badania; **B** – gromadzenie i/lub zestawianie danych; **C** – opracowanie statystyczne; **D** – interpretacja danych; **E** – przygotowanie tekstu; **F** – zebranie piśmiennictwa

Streszczenie

Wprowadzenie. Ogólnokrajowy Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej jest programem socjoepidemiologicznym realizującym założenia badawcze Światowej Organizacji Zdrowia. Uzyskane wyniki pozwalają przede wszystkim ocenić dynamikę choroby próchnicowej oraz skuteczność opieki stomatologicznej na danym obszarze. Przeprowadzone w latach 2010 i 2011 w województwie lubuskim badanie stanu uzębienia mieszkańców objęło m.in. dzieci w wieku 6–7 lat.
Cel pracy. Ocena stanu uzębienia i przyrostu próchnicy zębów mlecznych i stałych w tej samej populacji dzieci w ciągu 1 roku.
Materiał i metody. Materiał badawczy stanowiła grupa 44 dzieci (23 dziewczynki, 21 chłopców), wybrana spośród 180 6-latków oraz 130 uczniów w wieku 7 lat objętych programem odpowiednio w 2010 i 2011 r. W badanej grupie przeprowadzono 2-krotnie, w odstępie 1 roku, ocenę występowania i intensywności próchnicy (puw-z, PUW-Z) na podstawie wyniku badania klinicznego jamy ustnej.
Wyniki. Obliczona średnia liczba puw (uzębienie mleczne) i PUW (uzębienie stałe) w 2010 r. wyniosła odpowiednio: 6,18 i 0,06; a w 2011 r. 6,34 i 0,32. Różnica wartości wskaźnika wskazała na wzrost nasilenia choroby próchnicowej w badanej grupie dzieci. W odstępie rocznym przyrost próchnicy wyniósł 0,16 w uzębieniu mlecznym oraz 0,26 w uzębieniu stałym. W uzębieniu mlecznym przyrost próchnicy wynikał zarówno ze wzrostu liczby zębów z aktywną próchnicą, jak i usuniętych z powodu próchnicy. Zwiększyła się natomiast liczba dzieci z próchnicą w uzębieniu stałym (o 8 osób). Przyrost intensywności próchnicy był spowodowany głównie wzrostem liczby zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi.
Wnioski. Występowanie choroby próchnicowej w zębach stałych dzieci badanej grupy w krótkim czasie od ich wyrznięcia wskazuje, że w okresie wymiany uzębienia powinny być one objęte zintensyfikowanym programem profilaktyki próchnicy (**Dent. Med. Probl. 2012, 49, 2, 166–172**).

Słowa kluczowe: epidemiologia, próchnica zębów, dzieci szkolne.

Abstract

Background. Nationwide Dental Health Monitoring Program is a socio-epidemiological research following the principles of the World Health Organization. The obtained results enable to evaluate the dynamics of dental caries as well as effectiveness of dental care in the selected area in selected area. Dental health status evaluation was performed in Lubuskie Province in 2010 and 2011. The research was carried out on children 6–7 years old.
Objectives. The aim of this study was to evaluate the dental caries increment of deciduous and permanent teeth in the same population of children.
Material and Methods. The research was carried out in 44 children (23 girls, 21 boys) out of 180 6-year-olds and 130 7 year old schoolchildren who participated in these studies respectively in 2010 and 2011. Evaluation of caries frequency and intensity (dmft, DMFt) was performed twice, in the study group, at an interval of one year on the basis of results of a clinical examination.

Results. Average dmft number (deciduous dentition) and DMFT number (permanent dentition) was calculated, which in 2010 amounted to 6.18 and 0.06, respectively, while in 2011 it was 6.34 and 0.32. The difference in caries intensity each year showed an increase in the severity of dental caries in the study group. In the one year period, caries increment was 0.16 in the deciduous dentition and 0.26 in the permanent dentition. The milk teeth caries increment resulted both from an increase in the number of teeth with active caries as well as from teeth removal due to dental caries. However, caries increment in the permanent dentition was mainly due to increase in the number of teeth with active caries.

Conclusions. The occurrence of caries in permanent teeth shortly after their eruption indicates that children during the period of teeth exchange are not subject to intensive preventive care and treatment (**Dent. Med. Probl. 2012, 49, 2, 166–172**).

Key words: epidemiology, dental caries, school-children.

Obecnie uważa się, że rozwój cywilizacyjny danego kraju jest określany zarówno przez pozytywne zjawiska społeczno-ekonomiczne, kulturowe czy zdrowotne, jak i niwelowanie różnic w stanie zdrowia osób zamieszkujących w środowisku wiejskim i miejskim [1], dlatego, zgodnie z tendencjami w europejskiej i światowej strategii ochrony zdrowia, pierwszym celem operacyjnym wyszczególnionym w polskim Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006–2015 zostało „zmniejszenie różnic terytorialnych i społecznych w stanie zdrowia" [1].

Mimo znacznie zwiększającej się wiedzy na temat próchnicy zębów nadal jest ona uznawana za chorobę cywilizacyjną, gdyż odsetek ludności pozostaje dotknięty tą patologią lub jej następstwami [1]. Obecnie systematycznie prowadzona ocena stanu uzębienia ma służyć poprawie jakości opieki stomatologicznej oraz podnoszeniu skuteczności wdrażanych programów zdrowotnych [2]. Z tego powodu od 1997 r. jest prowadzony również w Polsce Ogólnopolski Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej populacji w wybranych grupach wieku [2]. Zebrane dane wskazują, iż w Polsce w porównaniu z innymi krajami rozwiniętymi, w tym także z wieloma państwami Unii Europejskiej również podlegającymi transformacji systemowej, zachorowalność na próchnicę zębów nadal utrzymuje się na wysokim poziomie w populacji wieku rozwojowego i charakteryzuje się przyrostem w starszych grupach wieku. [2].

Celem pracy była ocena wielkości przyrostu próchnicy zębów mlecznych i stałych w populacji 7-letnich dzieci uczęszczających do placówek edukacyjnych na terenie województwa lubuskiego.

Materiał i metody

Badania epidemiologiczne w latach 2010 i 2011, w ramach Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej dzieci w województwie lubuskim, zostały przeprowadzone wśród dzieci uczęszczających do szkół i przedszkoli w Świebodzinie i Deszcznie. Miejscowości, które objęto badaniami wytypowano na drodze losowania według zasad postępowania opracowanego przez Katedrę Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W 2011 r. powtórne badanie odbyło się na podstawie losowania wykonanego w 2010 r. Przed przystąpieniem do badań zorganizowano w odstępie tygodnia 2-krotne spotkania szkoleniowe, podczas których dokonano wyboru osób przeprowadzających badania oraz omówiono zasady ich organizacji, doboru próby, a także kryteria oceny stanu klinicznego zdrowia jamy ustnej. Ocenę stanu uzębienia dzieci we wskazanych placówkach województwa lubuskiego wykonało dwóch stomatologów z Kliniki Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, odnoszącymi się do badań epidemiologicznych [Oral Health Surveys Basic Data WHO, Geneva 1997].

W 2010 r. ocenę stanu uzębienia przeprowadzono wśród 180 dzieci w wieku 6 lat, a w 2011 r. badaniem objęto 130 uczniów 7-letnich. W 2010 r. dzieci 6-letnie wylosowano z grupy osób uczęszczających do przedszkoli lub szkół (klasy „0"), podczas gdy w 2011 r. 7-latki zostały wyłonione z populacji dzieci szkolnych.

Badania przeprowadzono w gabinetach pielęgniarskich w sztucznym oświetleniu (lampa czołowa) z użyciem lusterka i zgłębnika stomatologicznego, a uzyskane dane zapisywano na specjalnie przygotowanej karcie.

Na podstawie wyników obu badań wybrano grupę 44 dzieci (23 dziewczynki, 21 chłopców), które dwukrotnie brały w nich udział – jako 6-latki w 2010 r. oraz jako 7-latki w 2011 r. Za organizację badań, dobór dzieci oraz nadzór merytoryczny był odpowiedzialny konsultant wojewódzki w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Badanie kliniczne jamy ustnej dotyczyło występowania choroby próchnicowej zębów mlecznych i stałych, liczby zębów usuniętych (z powodu próchnicy lub innych przyczyn) oraz wypełnionych, liczby wyrzniętych zębów, a także obecno-

ści laku szczelinowego w obrębie bruzd zębów stałych. Na podstawie uzyskanych danych z badania klinicznego obliczono występowanie, intensywność próchnicy oraz wskaźnik leczenia zębów.

Projekt badań uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Warszawie.

Wyniki

W badanej populacji 6-latków (180 osób – 2010 r.) i 7-latków (130 osób – 2011 r.) próchnica uzębienia mieszanego występowała odpowiednio w: 86,1 i 87,7%, a w wyłonionej grupie 44-osobowej, w kolejnych latach badań, odsetek dzieci z odnotowaną chorobą próchnicową wynosił: 88,9 i 88,6%.

Intensywność próchnicy obliczona dla ogółu badanych dzieci w 2010 r. wyrażona średnią liczbą dla uzębienia mlecznego (puwz) wynosiła 5,37; podczas gdy dla grupy 44 osób była wyższa – 6,18. W uzębieniu stałym (PUWz) wartości te kształtowały się na poziomie 0,08 i 0,06 (tab. 1). Na wartość wskaźnika w uzębieniu mlecznym 6-latków miała wpływ przede wszystkim liczba zębów z czynnym procesem próchnicowym. U dwóch pacjentów stwierdzono pojedyncze braki zębów mlecznych, będące wynikiem usunięcia z powodu powikłań choroby (tab. 2). Obliczony dla 180 dzieci w wieku 6 lat wskaźnik SiC dla uzębienia mlecznego wynosił 10,45, a w grupie 44-osobowej 11,3 (tab. 1).

Tylko u jednego 6-latka spośród 44 dzieci stwierdzono występowanie aktywnej choroby próchnicowej w uzębieniu stałym, przy czym obejmowała ona u tego dziecka 2 zęby trzonowe szóste (tab. 2).

Większe wartości średniej liczby puw-z oraz PUW-z odnotowano u badanych w 2011 r. w wieku 7 lat, które wynosiły odpowiednio: 5,40 i 0,33 oraz 6,34 i 0,32 w grupie dzieci powtórnie zbadanych (tab. 1). W uzębieniu mlecznym na wartość wskaźnika puw-z miała wpływ głównie liczba zębów z aktywną próchnicą odpowiednio: p-z = 4,53 i 5,50, podczas gdy pozostałe składowe były małe (u-z = 0,1 i 0,09 i w-z = 0,77 i 0,75) (tab. 2). Wskaźnik SiC obliczony dla osób z największą intensywnością choroby próchnicowej w tym wieku był większy w grupie 44-osobowej niż w całej populacji, odpowiednio: 10,06 i 9,72.

Wartość wskaźnika leczenia zachowawczego u dzieci w wieku 6 lat w odniesieniu do uzębienia mlecznego w obu grupach wynosiła jedynie 0,10, podobnie u badanych w kolejnym roku 7-letnich uczniów wskaźnik ten osiągnął wartość 0,15 i 0,12.

W uzębieniu stałym także przeważały zęby z nieleczoną próchnicą (P-z = 0,27 i 027, W-z = 0,06 i 0,05). Nie odnotowano zębów usuniętych U-z =0, a tylko u jednego ucznia w tym wieku stwierdzono 2 wypełnione ubytki próchnicowe (tab. 2).

Liczba wyrzniętych zębów stałych wynosiła 272 (średnio 6,20), w tym 107 stanowiły zęby pierwsze trzonowe stałe (2,43). U dzieci w wieku 6 lat było wyrzniętych zatem 60,80% zębów szóstych, podczas gdy w całej populacji 6-latków badanych w 2010 r. – 54,72%. Średnio w grupie 180 dzieci było wyrzniętych 4,05 zębów stałych, przy czym zębów szóstych odnotowano 2,19 (tab. 3).

W porównaniu z wynikami z 2010 r. w rocznym odstępie czasu u badanych dzieci stwierdzono większą liczbę wyrzniętych zębów stałych zarówno u ogółu badanych 7-latków, jaki i w grupie 44-osobowej (odpowiednio: 90,38 i 90,91% pierwszych zębów trzonowych oraz 63,34 i 94,89% zębów siecznych, co jest zgodne z kalendarzem wyrzynania zębów. Odnotowano ponadto wyrznięcie pierwszych i drugich zębów przedtrzonowych oraz kłów (tab. 3).

Obecność laku szczelinowego w obrębie bruzd zębowych pierwszych zębów trzonowych stałych stwierdzono w 3,30% zębów z ogółu badanych 6-latków i tylko u 1 osoby w jednym trzonowcu (0,90%) z grupy 44 dzieci. Nieznacznie większy odsetek zębów z lakiem odnotowano ogółem w populacji 7-latków – 11,06% oraz u dzieci zbadanych powtórnie – 8,75% (tab. 3).

Tabela 1. Wskaźniki próchnicy w poszczególnych grupach

Table 1. Caries indices in particular groups

Rok badania (Year of the study)	Wiek w latach (Age in years)	Liczba badanych (The number of the subjects)	Występowanie próchnicy (Caries frequency) %	puw-z (dmft)			PUW-z (DMFT)			Wskaźnik SiC (SiC index)
				x̄	min	maks.	x̄	min	maks.	
2010	6	180	86,1	5,37	1	20	0,08	1	2	10,45
2011	7	130	87,7	5,40	1	17	0,33	1	4	9,72
2010	6	44	88,9	6,18	1	17	0,06	2	2	11,30
2011	7	44	88,6	6,34	1	13	0,32	1	3	10,06

Tabela 2. Średnie wartości składowych puw-z, PW-z

Table 2. Mean values of dmft and DFT and their highest values

Rok badania (Year of the study)	Wiek w latach (Age in years)	Liczba badanych (The number of the subjects)	p-z (dt)			u-z (mt)			w-z (ft)			P-z (DT)			W-z (FT)		
			x̄	min	maks	x̄	min	maks	x̄	min	maks	x̄	min	maks	x̄	min	maks
2010	6	180	4,80	1	20	0,05	1	2	0,52	1	9	0,08	1	2	0,005	1	1
2011	7	130	4,53	1	17	0,10	1	2	0,77	1	11	0,27	1	4	0,06	1	2
2010	6	44	5,47	1	17	0,05	1	1	0,66	1	9	0,06	2	2	0,00	0	0
2011	7	44	5,50	1	13	0,09	1	2	0,75	1	11	0,27	1	3	0,05	2	2

Tabela 3. Liczba wyrzniętych zębów stałych oraz zębów z uszczelnionymi bruzdami

Table 3. Number of erupted permanent teeth as well as teeth with fissure sealants

Rok badania (Year of the study)	Wiek w latach (Age in years)	Liczba badanych (The number of the subjects)	Liczba, odsetek (%) oraz średnia (x̄) wyrzniętych zębów stałych (Number, percentage and mean values of erupted permanent teeth						Liczba, odsetek (%) i średnia (x̄) zębów z uszczelniaczem bruzd (Number, percentage and mean values of teeth with fissure sealants)		
			ogółem (total)			zęby trzonowe (molar teeth)					
			N	%	x̄	N	%	x̄	N	%	x̄
2010	6	180	729	14,46	4,05	394	54,72	2,19	13	3,30	0,03
2011	7	130	1162	42,30	8,94	470	90,38	3,62	52	11,06	0,11
2010	6	44	272	33,51	6,20	107	60,80	2,43	1	0,90	0,01
2011	7	44	504	40,91	11,45	160	90,91	3,64	14	8,75	0,09

Uzyskane wartości puw-z oraz PUW-z w 2010 oraz 2011 r. dla grupy 44 dzieci wykazały przyrost próchnicy zarówno w uzębieniu mlecznym, jak i stałym, który wynosił odpowiednio: 0,16 i 0,26. Podobne wyniki odnotowano dla całej populacji dzieci 6- i 7-letnich badanych w dwóch kolejnych latach (0,30 i 0,25). Zaobserwowano także zwiększenie częstości występowania choroby próchnicowej w obu badanych grupach.

Omówienie

Brak odpowiednio zorganizowanej i sprawnie funkcjonującej opieki stomatologicznej może skutkować wyraźnymi, rozległymi, a także poważnymi następstwami znacznie obciążającymi finansowo budżet państwa [3]. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia w państwach uprzemysłowionych leczenie ubocznych skutków chorób jamy ustnej stanowi 5–10% kosztów opieki zdrowotnej [3]. Należy przy tym podkreślić zagrożenia ze strony nieleczonej próchnicy zębów oraz jej powikłań dla ogólnego stanu zdrowia pacjentów, zwłaszcza tych dotkniętych przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi.

W Polsce od czasu reformy służby zdrowia w 1999 r. i związanej z nią likwidacji gabinetów stomatologicznych w szkołach pacjenci w wieku rozwojowym są leczeni w placówkach prywatnych niepublicznych bądź mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednak o właściwą opiekę stomatologiczną muszą troszczyć się jedynie sami rodzice czy prawni opiekunowie dzieci, którzy niejednokrotnie nie wiedzą o konieczności odbywania systematycznych wizyt u lekarza dentysty. Często nie wiedzą oni także, jak właściwie powinno się dbać o zdrowie jamy ustnej dziecka. To powoduje, że znaczna liczba zębów mlecznych i stałych jest objęta chorobą próchnicową, co odzwierciedlają także wyniki obecnych badań własnych. W grupie 6-latków w 2010 r. wolnych od próchnicy było 13,9 oraz 11,1% dzieci z wyłonionej grupy, podczas gdy w 2011 r. wśród 7-latków jedynie 12,3 i 11,4% uczniów. Jednocześnie analiza wskaźnika SiC wskazuje na tendencję zmniejszania się, co jest spowodowane najprawdopodobniej fizjologiczną utratą zębów siecznych (w tym zębów z próchnicą). Wskaźnik leczenia zachowawczego w grupie 6-latków był bardzo mały i wynosił jedynie 0,10; podobnie w odniesieniu do dzieci w wieku 7 lat przyjmował wartość 0,12, co świadczy o brakach w profesjonalnej opiece stomatologicznej, mimo istnienia udokumentowanych potrzeb.

Z danych Ogólnokrajowego Monitoringowego Badania Stanu Jamy Ustnej przedstawionych przez Ganowicz et al. [5] wynika, iż w 2005 r. w populacji 6-latków zamieszkujących w województwie lubuskim nie odnotowano u 94,7% dzieci objawów próchnicy w zębach stałych, podczas gdy w zębach mlecznych jedynie u 14,4%. Wskaźnik PUW-z w tej populacji wynosił 0,1, i były to jedynie zęby z aktywną próchnicą; profilaktyczne uszczelnienie bruzd stwierdzono u 12,2% badanych dzieci.

Jodkowska [6], opisując dane z „Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej" przeprowadzonego w Polsce w latach 2002–2008, wykazała, iż odsetek 6-letnich dzieci z uszczelnionymi zębami stałymi wyniósł w 2002 r. – 7,4 oraz 9,2% w 2005 r., a w województwie lubuskim odpowiednio: 0,0 i 12,2%. U dzieci w wieku 7 lat badanych w kraju w ramach monitoringu, który przeprowadzono w 2003 i 2008 r., odsetek dzieci z uszczelnionymi powierzchniami żującymi zębów stałych wynosił: 21,9 i 5,6%, przy czym w województwie lubuskim wartość ta wynosiła 13,0 i 2,5% [6]. Obecnie uzyskane w badaniach własnych dane wskazują, że w grupie 6-latków odsetek dzieci z uszczelnionymi zębami stałymi wynosił 3,3, a 7-latków 11,06%.

Porównując występowanie choroby próchnicowej u dzieci w wieku 6 i 7 lat z województwa lubuskiego w 2010 i 2011 r. – 88,9 i 88,6%, można stwierdzić, iż jest ono częstsze niż u dzieci 6-letnich z województwa łódzkiego, które w 2008 r. wyniosła 80,2% [7]. Odsetek ten jest porównywalny z danymi dla dzieci z Wrocławia w 2006 r. – 86,0% oraz niższy od odnotowanego w 2005 r. w województwie mazowieckim 92,4% i w 2008 r. u 6–7-latków z Białegostoku 94,0–95,0% [8–10]. Z badań opublikowanych w 2010 r. wynika natomiast, że występowanie próchnicy u 6-latków z województwa mazowieckiego zmniejszyło się do 88,5% i tym samym wartość ta obecnie jest zbliżona do uzyskanej w naszych badaniach [11]. Badania Chłapowskiej [12] z 1995 r. przeprowadzone w środowisku dużego miasta (Poznań), małego miasta (Środa Wlkp.) oraz wiejskim (okolice Środy Wlkp.) wśród dzieci 6-letnich wykazały, iż występowanie próchnicy dla uzębienia mieszanego tych mieszkańców województwa wielkopolskiego (sąsiadującego z lubuskim) przyjmowało wartości 83,33; 66,49 oraz 79,99%, podczas gdy w grupie 7-latków kształtowało się odpowiednio: 85,0; 84,96 oraz 86,66%. Średnia liczba puw-z w grupie dzieci 6-letnich wynosiła natomiast w poszczególnych środowiskach 3,25; 3,18 i 4,22, a wśród 7-latków 3,84; 3,66 i 4,50. Badania dzieci 6-letnich przeprowadzone przez Kruszyńską-Rosada i Borysewicz-Lewicką [13] na terenie Poznania w 1998 r. wykazały, że występowanie próchnicy badanej populacji wynosiło 7,11%, a intensywność próchnicy wyrażona wskaźnikiem puw-z równała się 3,82. Intensywność próchnicy wyrażona średnią liczbą puw-z w uzębieniu mlecznym u lubuskich 6–7-latków, która wzrosła w ciągu jednego roku z 6,18

do 6,34, jest większa od zarejestrowanej u 6-latków z województwa łódzkiego w 2008 r. – 4,32 i z województwa mazowieckiego w 2010 r. – 5,06, a zbliżona do wartości występującej u dzieci w tym wieku z województwa mazowieckiego w 2005 r. – 6,17 i z Wrocławia w 2006 r. – 6,23 oraz mniejsza od wartości odnotowanej w Białymstoku w 2008 r. 7,03–7,50 [7–11]. Również średnia liczba PUW-z w naszych badaniach w ciągu jednego roku w tej samej grupie dzieci wzrosła z 0,06 u 6-latków do 0,32 u 7-latków. Na uwagę zasługuje niepokojące zjawisko znacznego przyrostu nowych przypadków choroby próchnicowej w uzębieniu stałym u dzieci między 6. a 7. r.ż. (17,40%), które potwierdziło się także podczas obecnych badań. Wartość tego wskaźnika jest zbliżona do występującego u 6-letnich dzieci z województwa łódzkiego w 2008 r. (0,14), mazowieckiego w 2005 r. (0,18) i jest mniejsza od zanotowanego u wrocławskich 6-latków w 2006 r. (0,52) oraz u dzieci z województwa mazowieckiego w 2010 r. 0,03 [7–9, 11].

Wskaźnik leczenia u lubuskich 6–7-latków (0,10–0,12) był większy tylko w porównaniu z wartościami uzyskanymi dla dzieci z województwa mazowieckiego w 2005 r. (0,054), a mniejszy zarówno od występującego w województwie łódzkim w 2008 r. – 0,30, jak i u dzieci z Białegostoku – 0,21–0,25 [7, 9–10].

Przedstawione wyniki badań monitoringowych wykazały, że nadal trzeba intensyfikować opiekę stomatologiczną najmłodszej populacji w kraju. Należy zwiększyć dostępność specjalistów z dziedziny pedodoncji oraz gabinetów specjalnie przygotowanych do pracy z dziećmi. Sporadyczne wizyty u stomatologa, spowodowane często występującymi dolegliwościami bólowymi, ograniczają lekarzowi możliwość nawiązania kontaktu z dzieckiem oraz zachęcenia go do dalszego leczenia. Brak zaangażowania rodziców/opiekunów w kształtowanie w rodzinie właściwych nawyków dietetycznych oraz higienicznych nie sprzyja zdrowiu jamy ustnej. Zaniechanie okresowych badań kontrolnych uzębienia uniemożliwia wykrycie wczesnych stadiów choroby próchnicowej, ale także nie sprzyja prowadzeniu systematycznej profilaktyki przeciwpróchnicowej u dziecka. Tylko dzięki regularnie przeprowadzanym zabiegom profilaktycznym, edukacji prozdrowotnej dzieci i rodziców stan zdrowia jamy ustnej może się poprawić.

References

[1] Bromblik A., Wierzbicka M., Szatko F.: Impact of environmental conditions on the incidence and course of dental caries in children. Czas. Stomatol. 2010, 63, 301–309 [in Polish].

[2] Jodkowska E.: Percentage of children and adolescents covered by the nationwide caries prophylactic program in Poland. Czas. Stomatol. 2011, 64, 50–66 [in Polish].

[3] World Health Organization Oral Health Surveys Basic Methods. Geneva 1997.

[4] Pawka B., Dreher P., Herda J., Szwiec I., Krasicka M.: Dental caries in children as a social problem. Probl. Hig. Epidemiol. 2010, 91, 5–7 [in Polish].

[5] Ganowicz M., Wierzbicka M., Pierzynowska E., Zawadziński M., Jodkowska E.: Caries prevalence in 6 year-old children in Poland in 2005. Nowa Stomatol. 2007, 12, 3–7 [in Polish].

[6] Jodkowska E.: Fissure sealing of the masticatory surface of molar teeth as one of the methods of dental caries prophylaxis. Czas. Stomatol. 2010, 63, 672–681 [in Polish].

[7] Rybarczyk-Townsend E., Lubowidzka B., Wochna-Sobańska M.: Dental state of 6 year old children in the region of Łódź for the year 2005. Przegl. Epidemiol. 2007, 61, 593–599 [in Polish].

[8] Gmyrek-Marciniak A., Kaczmarek U., Fita K., Wilk-Sieczak B.: Dental status and treatment needs in 6-year-old children from randomly selected preschools in Wrocław. Dent. Med. Probl. 2007, 44, 463–469 [in Polish].

[9] Małkiewicz K., Kępa-Prokopienko J., Jodkowska E.: Caries frequency and intensity in 6 and 12-years-old children in mazowieckie province. Nowa Stomatol. 2006, 11, 1, 11–14 [in Polish].

[10] Szafrańska B., Waszkiel D.: The incidence and intensity of caries in 3- to 7-year-old children living in Białystok. Czas. Stomatol. 2008, 61, 480–487 [in Polish].

[11] Louklinski R., Sowa J., Jodkowska E.: Frequency and intensity of caries in children and youth aged 6, 15 and 18 years in the Mazowieckie Voivodeship. Magazyn Stomatol. 2010, 93–98 [in Polish].

[12] Chłapowska J.: Frequency and intensity of caries in the deciduous teeth of 6 and 7 year olds from the Poznań region. Stomatol. Współ. 2001, 8, 26–30 [in Polish].

[13] Kruszyńska-Rosada M., Borysewicz-Lewicka M.: Clinical evaluation of the progress of dental caries in deciduous teeth in preschool children. Czas. Stomatol. 2000, 53, 345–351 [in Polish].

Adres do korespondencji:

Joanna Chłapowska
Katedra i Klinika Stomatologii Dziecięcej UM
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań
tel.: 61 854 70 53
e-mail: joannachlapowska@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.02.2012 r.
Po recenzji: 24.03.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 4.04.2012 r.

Received: 22.02.2012
Revised: 24.03.2012
Accepted: 4.04.2012