

IWONA GRZESIAK, URSZULA KACZMAREK

Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym

The Child's First Dental Visit

Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Stomatologii Dziecięcej AM we Wrocławiu

Streszczenie

Próchnica zębów jest chorobą o złożonej etiologii. Niezadowalający stan uzębienia najmłodszych dzieci wynika z wielu przyczyn. Jedną z nich jest zbyt późny pierwszy kontakt dziecka ze stomatologiem, który powinien nastąpić między 6 a 12 miesiącem życia. Pierwsza wizyta stomatologiczna to nie tylko badanie jamy ustnej dziecka, ale także sposobność do edukacji prozdrowotnej matki/opiekuna odnośnie do higieny jamy ustnej dziecka i nawyków żywieniowych. Kolejne wizyty powinny odbywać się regularnie co 6 miesięcy w celu kontroli stanu uzębienia i realizacji działań zapobiegawczych oraz przygotowania do ewentualnych zabiegów interwencyjnych. Matka częściej kontaktuje się z lekarzem ogólnym, dlatego to on powinien sugerować konieczność zgłaszania się z małym dzieckiem do stomatologa, aby podjąć wczesne działania zapobiegawczo-interwencyjne. Odpowiednio skierowana edukacja zapobiegawczo-lecznicza, kształtująca prawidłowe nawyki dietetyczno-higieniczne może zmienić dotychczasowe niewłaściwe zachowania na całe życie, a tym samym istotnie wpłynąć na zapobieganie i rozwój próchnicy w późniejszym okresie (**Dent. Med. Probl. 2006, 43, 3, 433–437**).

Słowa kluczowe: próchnica wczesna, pierwsza wizyta, zęby mleczne.

Abstract

Dental caries is multifactorial disease. Unsatisfied dental condition in the youngest children results from many reasons. One of them is too late child's first dental visit, which should have taken place between 6 and 12 month of life. The first visit is not only clinical examination of child's oral cavity but, first of all, is an opportunity to provide health education of mother/carer on child's oral hygiene and feeding habits. Next visits should proceed regularly every 6 months in order to control dental condition and implement preventive or operative procedures after child's adaptation to dental treatment. As mother more often gets in touch with physicians, they should suggest her necessity of dental visit of small child. Preventive pro health education addressed to child's mother shaping proper hygienic and dietetic which habits can change existing improper health behavior for whole life and can influence the prevention of caries development in later periods of life (**Dent. Med. Probl. 2006, 43, 3, 433–437**).

Key words: early childhood caries, first visit, deciduous teeth.

Mimo że w minionych latach w wielu krajach istotnie obniżyło się występowanie próchnicy w zębach stałych, to tylko w niewielkim stopniu zmiana ta dotyczy uzębienia mlecznego. Częstość występowania próchnicy zębów we wczesnym okresie dzieciństwa mieści się w szerokim przedziale 5–90% w zależności od przyjętych kryteriów diagnostycznych, wieku, rasy, statusu socjoekonomicznego oraz populacji [1–3].

Wiedza prozdrowotna i pozytywne nastawienie do opieki stomatologicznej wpływa istotnie na cykl działań zapobiegawczych. Jednym z nich jest wczesny kontakt dziecka ze stomatologiem. Amerykańska Akademia Stomatologii Dziecięcej (AAPD

– *American Academy of Pediatric Dentistry*) zaleca, aby pierwsza wizyta stomatologiczna dziecka nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od wyrżnięcia pierwszych zębów mlecznych, nie później niż w wieku 12 miesięcy [4–7].

Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym to nie tylko badanie, ale również udzielanie praktycznych wskazówek matkom odnośnie do pielęgnacji jamy ustnej dziecka i implementacji kariostatycznych nawyków żywieniowych [8, 9]. Uświadomienie matce dróg przenoszenia kariogennych drobnoustrojów i czynników warunkujących ich kolonizację i proliferację oraz rehabilitacja jej jamy ustnej przyczyni się do przerwania

łańcucha infekcji [8]. Kolejne wizyty odbywające się w regularnych odstępach czasu natomiast (co 6 miesięcy) mają na celu kontrolę stanu uzębienia, wczesne wykrycie zmian próchnicowych i ich leczenie oraz realizację działań zapobiegawczych, a także przyzwyczajanie dziecka do leczenia stomatologicznego.

Argentyńscy lekarze uważają, że w czwartym miesiącu życia płodowego powinna odbyć się pierwsza wizyta u stomatologa o charakterze zapobiegawczym. Kobieta ciężarna jest wówczas bardziej zainteresowana nie tylko własnym zdrowiem, ale również stanem zdrowia nienarodzonego dziecka. Podczas tej wizyty przyszła matka dowiaduje się, że stan zdrowia jej jamy ustnej może pośrednio wpłynąć na rozwój dziecka, termin porodu, a po urodzeniu na rozwój próchnicy wczesnej. Uzyskuje informacje o infekcyjności choroby próchnicowej i porady dotyczące działań zapobiegawczych, co przyczyni się także do wzrostu zainteresowania stanem uzębienia dziecka i w rezultacie może modyfikować przebieg choroby próchnicowej. Wiedza o tym, że matka jest głównym źródłem przenoszenia bakterii z grupy *Streptococcus mutans* (transmisja pionowa), a także znajomość dróg przenoszenia umożliwi wdrożenie od-

powiednich działań zapobiegawczych [9]. Obniżenie lub eliminacja matczynego rezerwuaru bakterii z grupy *Streptococcus mutans* przez leczenie uzębienia i przyzębia oraz stosowania płukanek z chlorheksydyną może zapobiec lub opóźnić zakażenie dziecka. Nieużywanie przez matkę utensyliów dziecka (np. oblizywanie smoczka, łyżeczki) wyklucza tę drogę zakażenia. W badaniu własnym, opierając się na informacjach podanych przez matki, rozpatrzono związek między używaniem przez matkę utensyliów dziecka z częstotliwością a intensywnością próchnicy u dzieci. Zauważono nieznacznie wyższą częstość występowania próchnicy (57% vs 55%) u dzieci matek deklarujących takie praktyki, a także w grupie dzieci ze stwierdzoną chorobą próchnicową nieco wyższą jej intensywność – wyższe wartości p/z (2,6 vs 2,3) [10] (tab. 1).

Z oceny wpływu leczenia uzębienia przez matkę podczas ciąży na rozwój próchnicy u dzieci wynika, że 47% matek dzieci wolnych od próchnicy deklarowało leczenie i 53% matek dzieci z próchnicą [10]. U dzieci matek nieleczących własnego uzębienia zauważono jednak nieznacznie wyższą intensywność próchnicy (p/z = 2,8 i p/p = 5,2) w porównaniu z dziećmi matek leczą-

Tabela 1. Używanie utensyliów dziecka przez matkę a częstość i intensywność próchnicy u dzieci (według 10)

Table 1. Usage by mother child utensils but frequency and intensity of caries in children (according to 10)

Używanie utensyliów dziecka (Usage child utensils)	Liczba dzieci (Number of children)						p/z (d/t)		p/p (d/s)	
	ogółem (total)		bez próchnicy (caries free)		z próchnicą (with caries)					
	n	%	n	%	n	%	x	SD	x	SD
Tak (Yes)	67	44	29	43	38	57	2,6	3,1	4,7	9,0
Nie (No)	86	56	39	45	47	55	2,3	3,4	4,5	6,8
Razem (Total)	153	100	68	44	85	56	2,5	3,2	4,6	7,8

Tabela 2. Związek leczenia uzębienia matki w czasie ciąży z częstotliwością i intensywnością próchnicy u dzieci (według 10)

Table 2. Relationship of treatment mother's teeth in pregnancy time with frequency and intensity of caries in children (according to 10)

Leczenie uzębienia w czasie ciąży (Treatment teeth in pregnancy)	Liczba dzieci (Number of children)						p/z (d/t)		p/p (d/s)	
	ogółem (total)		bez próchnicy (caries free)		z próchnicą (with caries)					
	n	%	n	%	n	%	x	SD	x	SD
Tak (Yes)	81	53	38	47	43	53	2,2	2,9	4,0	7,4
Nie (No)	72	47	30	42	42	58	2,8	3,5	5,2	8,3
Razem (Total)	153	100	68	44	85	56	2,5	3,2	4,6	7,8

cymi zęby ($p/z = 2,2$; $p/p = 4,0$) (tab. 2). Prawdopodobnie mniejsza intensywność próchnicy u dzieci matek leczących zęby ma związek z większą dbałością o zdrowie własnych zębów i przeniesieniem tego nawyku na dzieci.

Wysoka częstość występowania próchnicy u najmłodszych dzieci, oprócz wieloczynnikowych uwarunkowań etiopatologicznych, jest związana również z późnym ich objęciem działaniem zapobiegawczo-leczniczym. Chociaż dziecko od urodzenia jest objęte stałą lub okresową opieką lekarza pediatry, to na ogół jest pozbawione opieki stomatologicznej, niewiele matek bowiem samodzielnie decyduje się na pierwszą wizytę stomatologiczną dziecka, gdy nie ma niepokojących objawów [11]. Większość matek zgłasza się z dzieckiem do gabinetu stomatologicznego dopiero po pojawieniu się dostrzegalnych wizualnie zmian próchnicowych, a niejednokrotnie dopiero wtedy, gdy pojawia się ból [12, 13]. Niepokojące jest, że matki nie dostrzegają początkowych lub powierzchownych zmian na szkliwie lub uważają je za nalo. Dane własne [10] wskazują na istotną różnicę ($p < 0,001$) w ocenie uzębienia dziecka przez matkę w porównaniu z badaniem klinicznym przez stomatologa. Większość zbadanych matek (80%) sądziła, że ich dzieci mają zdrowe uzębienie, przy czym w przypadku faktycznie zdrowych zębów ocena 55% matek pokrywała się z oceną stomatologa, a przy zmienionych chorobowo tylko w 36% (tab. 3). Wynika z tego, iż znaczna liczba matek nie potrafi dostrzec początkowych zmian próchnicowych, co jest jedną z przyczyn rozwoju choroby. W porównaniu z danymi własnymi z badań przeprowadzonych przez Wierzbicką [14] wynika, że matki częściej właściwie (tj. zgodnie z oceną lekarza) oceniły stan uzębienia dziecka – 78,4% matek dzieci w wieku 3 lat oceniło prawidłowo stan zębów jako zdrowy, a tylko 29,9% uznało zęby

z ubytkami za zdrowe. Przeprowadzone podobne badania u 6-letnich dzieci z Warszawy przez Piętoską [15] wykazały, że 44% ankietowanych rodziców określiło stan uzębienia dziecka jako dobry, ale w badaniu klinicznym stwierdzono, że aż 97% dzieci wymagało leczenia. Brakiem wiedzy o stanie zębów wykazali się również rodzice dzieci 6-letnich w badaniach Jańczuka [16]. Konieczność leczenia zębów potwierdziło 19%, 23% natomiast nie potrafiło udzielić odpowiedzi.

Niewątpliwym sukcesem w zwalczaniu próchnicy byłoby wczesne zapobieganie i diagnozowanie równoznaczne z regularnymi wizytami [17, 18], jednak wyniki badań wskazują, że w praktyce realizacja tych działań nie jest prosta. W badaniach własnych [10] przeprowadzonych u dzieci w wieku 1,5–3 lat pierwszy kontakt ze stomatologiem miało 33% dzieci w wieku wynoszącym średnio 32 miesiące, w tym 12% z powodu dostrzeżonych przez matkę zmian próchnicowych, a 21% w celu kontroli uzębienia (ryc. 1). Z danych uzyskanych w skali kraju dla dzieci 3-letnich wynika, że 61,5% z nich nie było dotychczas u stomatologa [19]. Badania dzieci do 3. roku życia w Iowa (USA) wskazują, że w wieku do 1. roku życia tylko 2% dzieci było u stomatologa, do 2. roku życia – 11%, a do 3. roku życia – 31% [20]. Z innych badań wynika, iż jedynie 15% dzieci 34–36-miesięcznych z Arizony w USA odbyło pierwszą wizytę stomatologiczną [21], a około 25% dzieci 2–3-letnich z Adelajdy (Australia) [22]. Savage et al. [23] wykazali, że wśród dzieci do 5. roku życia z Północnej Karoliny w USA pierwszy kontakt ze stomatologiem miało 0,24% dzieci (23/9204) w wieku do 1. roku życia, 2,7% (249/9204) między 1.–2. rokiem, 5,1% (465/9204) między 2.–3. rokiem, 9,9% (915/9204) między 3.–4. rokiem i 8,9%

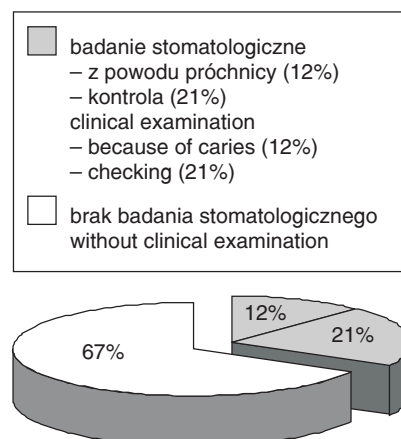
Tabela 3. Subiektywna ocena uzębienia dzieci przez matki weryfikowana badaniem klinicznym (według 10)

Table 3. Subjective estimation of children teeth by mothers verified by clinical examination (according to 10)

	Ocena matek (Estimate of mother)		Ocena stomatologa (Estimate of dentist)	
	N	%	N	%
Uzębienie zdrowe (Teeth without caries)	122*	80	68*	44
Uzębienie z próchnicą (Teeth with caries)	31*	20	85*	56
Razem (Total)	153	100	153	100

* Istotność różnic $p \leq 0,001$.

* Statistical significance $p \leq 0,001$.



Ryc. 1. Odsetek dzieci w wieku 1,5–3 lat badanych przez stomatologa i przyczyna wizyty (według 10)

Fig. 1. Percentage of children aged 1,5–3 years clinical examined by dentist and reason of visit (according to 10)

(823/920) między 4. i 5. rokiem życia. Ogółem przed ukończonym 5. rokiem życia 27% dzieci odbyło zapobiegawczą wizytę kontrolną, a symptomatyczną z powodu bólu 14%. Cytowani autorzy stwierdzili również istotny związek terminu pierwszej wizyty dziecka z kosztami przyszłego leczenia, tj. wzrost kosztów przyszłego leczenia wraz z opóźnionym w czasie terminem pierwszej wizyty. Jest to zrozumiałe, gdyż nielezione zmiany próchnicowe ulegają progresji i opóźnienie postępowania interwencyjnego zwiększa koszty późniejszego leczenia.

Z oceny Kenelissa et al. [24] wynika, że dzieci poniżej 6 lat z powodu próchnicy stanowią około 5% ogółu leczonych pacjentów, ale wymagają nakładów stanowiących 25–40% wszystkich środków przeznaczonych na leczenie stomatologiczne. Inne badania wskazują, że wśród pacjentów zgłaszających się z ostrym bólem 19% to dzieci z następstwami próchnicy wczesnej, w tym ponad połowa z nich to dzieci w wieku do 3,5 roku [25].

Godny uwagi jest zaproponowany przez Trykowskiego [26] program zapobiegający próchnicy wczesnej o nazwie PRE-PO-NAT, adresowany do matki i dziecka, a realizowany przez odpowiednie instytucje zdrowotne. Program dotyczący matki powinien być realizowany m. in. w szkołach rodzenia, na oddziałach położniczych, obejmując edukację w zakresie zapobiegania i leczenia

próchnicy u ciężarnej oraz poinformowanie o drogach przenoszenia zakażenia bakteriami próchnicotwórczymi jamy ustnej przyszłego dziecka. Po urodzeniu dziecka wszystkie informacje dotyczące stanu uzębienia, higieny, profilaktyki przeciwpróchnicowej powinny być przekazane matce podczas pierwszej wizyty, a także zachęcanie do stosowania pasty z fluorem z pokazem oczyszczania jamy ustnej dziecka. Kolejna wizyta kontrolna powinna nastąpić między 12. a 15. miesiącem życia, podczas której ocenia się ryzyko wczesnej próchnicy – w zależności od diagnozy – zaleca się matce zakres postępowania oraz wizyty kontrolne.

Jak wynika z przytoczonych powyżej danych, realizacja działań zapobiegawczych mieszcząca się w zakresie „pierwotnie pierwotnej profilaktyki próchnicy” jest trudna, gdyż zależy od poziomu wiedzy prozdrowotnej matki i konsekwentnego, systematycznego stosowania kariostatycznych zaleceń stomatologa. Z tego powodu lekarze innych specjalności powinni zachęcać, a nawet sugerować matkom konieczność zgłaszania się z małymi dziećmi do stomatologa w celu wczesnego podjęcia działań zapobiegawczych lub/i interwencyjnych.

Znaczenie wczesnego zapobiegania wynika z faktu, iż dzieci zakażone bakteriami z grupy paciorkowców zmiennych po 3. roku życia wykazują mniejszą zachorowalność i intensywność próchnicy niż dzieci wcześniej zainfekowane [27, 28].

Piśmiennictwo

- [1] RAMOS-GOMEZ F. J., SHEPARD D. S.: Cost-effectiveness model for prevention of early childhood caries. *J. Calif. Dent. Assoc.* 1999, 27, 539–544.
- [2] EDELSTEIN B. L., DOUGLASS C. W.: Dispelling the myth that 50 percent of U. S. schoolchildren have never had a cavity. *Public Health Rep.* 1995, 110, 522–530.
- [3] O’SULLIVAN D. M., TINANOFF N.: The association of early dental caries patterns with caries incidence in preschool children. *J. Public. Health Dent.* 1996, 56, 81–83.
- [4] American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on infant oral health care. *Pediatr. Dent.* 2002, 24, 47.
- [5] POULSEN S.: The child’s first dental visit. *Int. J. Pediatr. Dent.* 2003, 13, 264–265.
- [6] RAYNER J. A.: The child’s first dental visit: a UK viewpoint. *Int. J. Pediatr. Dent.* 2003, 13, 269.
- [7] SZPRINGER-NODZAK M., JANICHA J., REMISZEWSKI A., STAŃCZAK-SIOŃEK D., GOLIŃSKI A.: Problem zapobiegania próchnicy wczesnej u dzieci. *Przegl. Stomat. Wiek. Rozw.* 1995, 2, 10, 4–7.
- [8] KACZMAREK U.: Czy próchnicy zębów można skutecznie zapobiegać? Część II: Sposoby zapobiegania próchnicy. *Pol. Med. Rodz.* 2002, 4, 346–357.
- [9] FURZE H., BASSO B.M.: The first dental visit: an Argentine point of view. *Int. J. Pediatr. Dent.* 2003, 13, 266–268.
- [10] GRZESIAK I.: Wieloczynnikowa analiza uwarunkowań próchnicy wczesnej u dzieci. Praca doktorska, AM Wrocław 2004.
- [11] BAGIŃSKA J.: Próchnica wczesna – problem nie tylko stomatologiczny. *Nowa Stomatologia* 2004, 29, 3, 128–132.
- [12] CHŁAPOWSKA J.: Sterowanie dietą dziecka w profilaktyce przeciwpróchnicowej. *Pozn. Stomat.* 1992, 115–119.
- [13] GIERMAKOWSKA A., GIELNIEWSKA E., CHRANIUK Z., KAWKA P., OKOŃSKI P., FRELEK B., WYSOCKI P.: Wpływ higieny i diety na występowanie próchnicy u dzieci po 3 roku życia. *Magazyn Stomat.* 1994, 4, 9, 19–23.
- [14] WIERZBICKA M., ZAWADZIŃSKA M., PIERZYŃSKA E., STRUŻYCKA I., DYBIŻAŃSKA E., IWANICKA-FRANKOWSKA E.: Ogólnokrajowy Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowań. Polska 2002, Ministerstwo Zdrowia 2002.
- [15] PIĘTOWSKA M.: Ocena świadomości prozdrowotnej rodziców dzieci 6-letnich z makroregionu Warszawy w zakresie zdrowia jamy ustnej. *Magazyn Stomat.* 1996, 6, 12, 27–31.
- [16] JAŃCZUK Z.: Czy można pomóc polskim przedszkolakom w ich kłopotach zębowych? *Magazyn Stomat.* 1997, 7, 12, 17–20.
- [17] GROMADZIŃSKA-ZAPŁATA E.: Próchnica wczesna – przyczyny, przebieg, leczenie. *Pozn. Stomat.* 1988, 85–86.

- [18] VEERKAMP J. S. J., WEERHEIJM K. L.: Nursing-bottle caries: the importance of a developmental perspective. *J. Dent. Child.* 1995, 62, 381–386.
- [19] WIERZBICKA M., SZATKO F., PIERZYNOWSKA E., ZAWADZIŃSKI M., DYBIŻAŃSKA E., MAŁKIEWICZ E., GANOWICZ M., STRUŻYCKA I., IWANICKA-FRANKOWSKA E.: Świadomość i zachowania zdrowotne matek małych dzieci w Polsce z początkiem nowego tysiąclecia. *Stomat. Współczesna* 2003, 10, 4, 8–12.
- [20] NAINAR S. M. H., STRAFFON L. H.: Targeting of the year one dental visit for United States children. *Int. J. Pediatr. Dent.* 2003, 13, 258–263.
- [21] DOUGLASS J. M., TINANOFF N., TANG J. M.: Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers. *Commun. Dent. Oral Epidemiol.* 2001, 19, 14–22.
- [22] WYNE A. H., KHAN N. B.: Caries prevalence in 2 and 3 year old children of Adelaide, Australia. *Odontostomatol. Trop.* 1998, 21, 22–23.
- [23] SAVAGE M. F., LEE J. Y., KOTCH J. B., VANN W. F.: Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics* 2004, 114, 418–423.
- [24] KENELLIS M. J., DAMIANO P. C., MOMANY E. T.: Medicaid costs associated with the hospitalization of young children for restorative dental treatment under general anesthesia. *J. Public Health Dent.* 2000, 60, 28–32.
- [25] SELLER B., WILLIAMS B. J., LOMBARDI S. M.: Diagnosis and treatment of dental caries – related emergencies in a children's hospital. *Ped. Dent.* 1997, 19, 470–475.
- [26] TRYKOWSKI J.: Optymalna fluorowa profilaktyka próchnicy zębów w Polsce. *Czas. Stomat.* 2005, 58, 436–449.
- [27] KÖHLER B., ANDIEN I., JONSSON B.: The effect of caries prevention measures in mothers on the oral presence of the bacteria *Streptococcus mutans* and lactobacilli in their children. *Arch. Oral Biol.* 1984, 29, 879–883.
- [28] TENOVUO J., HAKKINEN P., PAUNIO P.: Effect of chlorhexidine-gel treatments in mothers on the establishment of mutant streptococci in primary teeth and the development of dental caries in children. *Caries Res.* 1992, 26, 275–280.

Adres do korespondencji

Iwona Grzesiak
Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej i Stomatologii Dziecięcej AM
ul. Krakowska 26
50-138 Wrocław
tel.: +48 071 344 32 60
e-mail: iwona.grzesiak@gtm.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 4.05.2006 r.
Po recenzji: 28.06.2006 r.
Zaakceptowano do druku: 21.07.2006 r.

Received: 4.05.2006
Revised: 28.06.2006
Accepted: 21.07.2006