



W numerze m.in.:

PRACE POGLĄDOWE

- Drgawki gorączkowe u dzieci — *Monika Paśnicka, Małgorzata Piłat i wsp.*
- Pielęgnacja skóry noworodka i małego dziecka — *Katarzyna Anna Kisiel, Katarzyna Dzilińska*
- Probiotyki dla wcześniaków: stosować czy nie? — *Hanna Szajewska, Iwona Sadowska-Krawczyńska*
- Zespół odstawienia u noworodka – matka uzależniona od narkotyków — *Marek Szczepański, Wojciech Szczepański*
- Składniki FODMAP w żywności — *Anna Stolarczyk*
- Jakość życia pacjentów po operacji wrodzonej wady serca – nowy aspekt oceny odległych wyników leczenia — *Jadwiga Anna Moll, Katarzyna Szaflik i wsp.*
- Zespół rzekomej niedrożności przewodu pokarmowego — *Ewelina Pąsko, Joanna Ciszewska i wsp.*
- Ultrasonografia płuc w pediatrii – podstawy, obraz prawidłowy — *Wojciech Kosiak, Jakub Wiśniewski*
- Zespół Coffina i Lowry’ego – omówienie choroby na przykładzie pacjenta z dotychczas nieopisanym wariantem molekularnym w genie RSK2 — *Magdalena Janeczko, Mirosław Bik-Multanowski*
- Tętniak rzekomy tętnicy śledzionowej jako powikłanie tępego urazu jamy brzusznej. Opis przypadku i przegląd piśmiennictwa — *Anna Kujawska, Wojciech Choiński*
- Paracetamol – czy zawsze bezpieczny? Omówienie problemu na podstawie opisu przypadku — *Karolina Tomaszewska-Szuszkiewicz, Diana Kamińska i wsp.*
- Niedojrzałość układu pokarmowego u niemowląt — *Elżbieta Czekwianianc, Krzysztof Pacześ i wsp.*

PRACE ORYGINALNE

- Ocena trudności w ustalaniu czynnika etiologicznego bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci — *Anna Skoczyńska, Ewelina Gowin i wsp.*
- Wylewy siatkówkowe u noworodków - ocena wskazań do badania okulistycznego w oddziale noworodkowym o I stopniu referencyjności — *Aleksandra Włodarczyk, Anna Kosowska-Sobol i wsp.*

Ocena dostępności leczenia i profilaktyki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym — *Dorota Olczak-Kowalczyk, Anna Dąbrowska-Gontarczyk i wsp.*

INNE

- Miejscowy i uogólniony niepożądany odczyn po szczepieniu BCG - proponowany standard postępowania — *Grupa Ekspertów*
- Wpływ diety eliminacyjnej na stan odżywienia oraz zaburzenia wzrastania u dzieci z alergią na pokarm — *Carlos Lifschitz*
- Wpływ stosowania antybiotyków u niemowląt na ryzyko rozwoju nadwagi i otyłości centralnej w okresie dzieciństwa — *Łukasz Obrycki, Mieczysław Litwin*

■ Ostre uszkodzenie nerek z hipernatremią w przebiegu zakażenia rotawirusowego: opis dwóch przypadków — *Joanna Tousty*



www.standardy.pl/pediatrics

Ocena dostępności leczenia i profilaktyki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym

Analysis of access to dental care and dental prophylaxis for children and adolescents with cerebral palsy

Anna Dąbrowska-Gontarczyk¹, Małgorzata Syczewska², Elżbieta Jelonek², Krzysztof Graff², Barbara Podobas³, Małgorzata Kalinowska², Ewa Szczerbik², Dorota Olczak-Kowalczyk¹

¹ Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Klinika Neurologii, Epileptologii i Rehabilitacji Pediatricznej, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

³ Zakład Ortodoncji, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Praca powstała w ramach projektu UMO-2011/01/B/NZ7/00644 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

STRESZCZENIE

Cel: Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD) stanowią grupę wysokiego ryzyka różnorodnych patologii w obrębie jamy ustnej i wymagają stałej opieki stomatologicznej. Celem pracy była ocena dostępności leczenia i profilaktyki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Materiał i metody: Badaniem ankietowym objęto jedno z rodziców (matkę lub ojca) 54 pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym w wieku od 2 do 18 lat leczonych w Klinice Neurologii, Epileptologii i Rehabilitacji Pediatricznej Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie.

Wyniki: Brak współpracy dziecka z lekarzem dentystą, zbyt duża odległość placówki leczniczej od miejsca zamieszkania, a także obawy rodziców dotyczące wywołania stresu u dziecka w czasie wykonywania procedur leczniczych są głównymi przeszkodami w dostępie do opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Wnioski: Częste niekorzystanie z możliwości opieki stomatologicznej i zaniedbania w zakresie profilaktyki chorób jamy ustnej u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym dowodzą konieczności stomatologicznej edukacji i motywowania ich rodziców do utrzymania zdrowia jamy ustnej.

Standardy Medyczne/Pediatrica ■ 2015 ■ T. 12 ■ 302-308

SŁOWA KLUCZOWE: ■ DOSTĘP ■ OPIEKA STOMATOLOGICZNA ■ PROFILAKTYKA ■ DZIECI ■ MŁODZIEŻ ■ MÓZGOWE PORAZENIE DZIECIĘCE

ABSTRACT

Aim: Cerebral palsy (CP) patients have an increased risk of various oral cavity pathologies and require constant dental care. The aim of this paper was to analyse this group of patients' access to dental care and dental prophylaxis.

Material and methods: Fifty four CP patients (aged 2 to 18 years old) treated in the Department of Neurology, Epileptology and Paediatric Rehabilitation of The Children's Memorial Health Institute were included in the analysis group. Data about dental care, prophylaxis and dental hygiene was collected by means of questionnaires answered by a parent of each child.

Results: Lack of cooperation between patient and dentist, too long distance between home and dental healthcare facility, together with parents' concerns about a stressful treatment, were the main barriers between the CP children and the appropriate dental care.

Conclusions: Neglect of dental care, prophylaxis and dental hygiene in children with cerebral palsy indicate the need for proper education and motivation of parents. **Standardy Medyczne/Pediatrica** ■ 2015 ■ T. 12 ■ 302-308

KEY WORDS: ■ ACCESS ■ DENTAL CARE ■ PROPHYLAXIS ■ CHILDREN ■ ADOLESCENTS ■ CEREBRAL PALSY

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia u około 7% ogólnej populacji dzieci stwierdza się zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego różnego stopnia i pochodzenia. Przyjmuje się, że na 1000 żywo urodzonych dzieci 10 wymaga specjalnej opie-

ki oraz leczenia ze względu na znaczne kalectwo. Wśród tych nieprawidłowości największe znaczenie mają choroby układu nerwowego, w tym także mózgowo-porazenie dziecięce, którego częstość wynosi 1,5-3 przypadków na 1000 żywo urodzonych dzieci¹.

Mózgowe porażenie dziecięce (MPD) jest zespołem przewlekłych, niepostępujących objawów, zaburzeń czynności ruchowych napięcia mięśniowego wywołanych uszkodzeniem mózgu lub nieprawidłowościami jego rozwoju. Zaburzeniom ruchowym towarzyszą napady padaczkowe, zaburzenia słuchowe, mowy, widzenia, niedorozwój umysłowy, zaburzenia zachowania. MPD jest całym zespołem chorobowym obejmującym wiele nieprawidłowości wymagających opieki interdyscyplinarnej.

Choroba ta sprzyja także występowaniu różnorodnych patologii w obrębie narządu żucia. U osób z mózgowym porażeniem dziecięcym obserwuje się częstsze niż w ogólnej populacji występowanie choroby próchnicowej oraz uszkodzeń chemicznych (erozji) i mechanicznych zębów, spowodowanych zarówno urazami ostrymi (np. złamania koron zębów) jak i przewlekłymi, powodującymi starcia (atrycje)²⁻⁴. Zauważono także dużą predyspozycję do rozwoju zmian infekcyjnych na błonie śluzowej jamy ustnej i w tkankach przyzębia oraz wad zgryzu⁵⁻⁸.

Osoby z MPD stanowią więc grupę wysokiego ryzyka różnorodnych patologii w obrębie jamy ustnej i wymagają stałej opieki stomatologicznej. Doniesienia z piśmiennictwa i własne doświadczenia kliniczne wskazują jednak na olbrzymie stomatologiczne zaniedbania profilaktyczno-lecznicze dzieci z porażeniem mózgowym, utrudnienia w dostępie do ambulatoryjnego leczenia stomatologicznego i częstą konieczność wykonywania zabiegów stoma-



GŁÓWNE TEZY

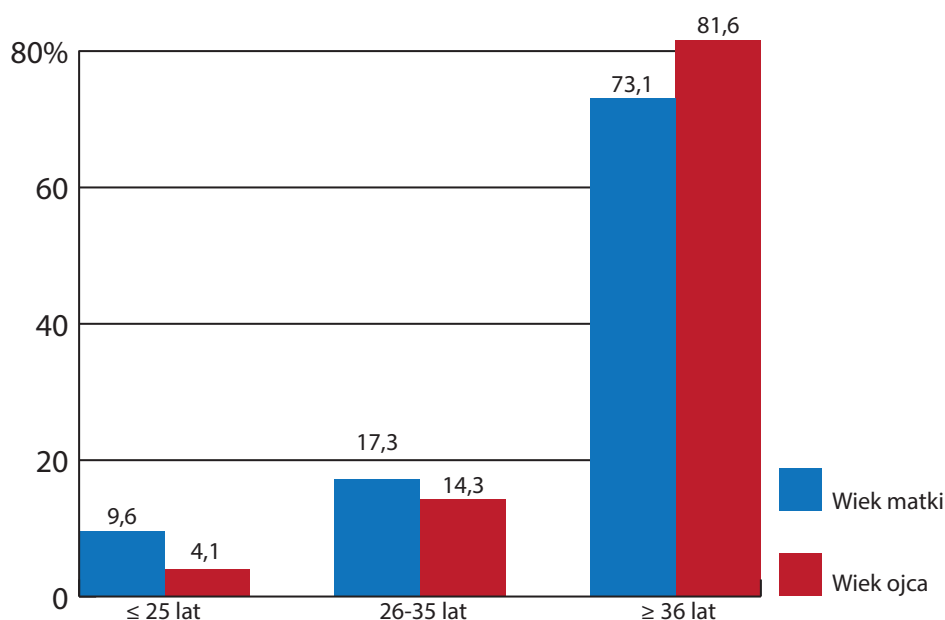
1. Mózgowe porażenie dziecięce sprzyja występowaniu różnorodnych patologii w obrębie narządu żucia.
2. Doniesienia z piśmiennictwa oraz własne doświadczenia kliniczne wskazują na olbrzymie stomatologiczne zaniedbania profilaktyczno-lecznicze dzieci z porażeniem mózgowym.

tologicznych w znieczuleniu ogólnym lub sedacji^{5,9}. Celem pracy była ocena dostępności leczenia i profilaktyki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym.

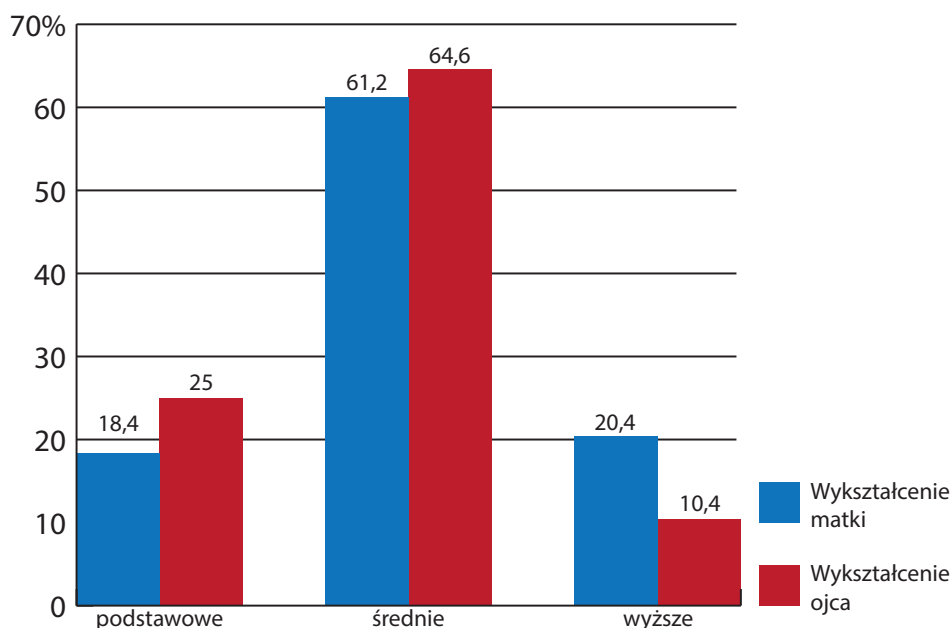
Materiał i metody

Badani

Badaniami objęto jedno z rodziców (matkę lub ojca) pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym w wieku od 2 do 18 lat leczonych w Klinice Neurologii, Epileptologii i Rehabilitacji Pediatricznej Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Kryterium kwalifikacyjnym było uzyskanie zgody na udział w badaniu. Kryterium wykluczające stanowił brak odpowiedzi na jakiekolwiek pytanie dotyczące opieki stomatologicznej nad dzieckiem. W związku z funkcjonowaniem na terenie szpitala poradni stomatologicznej dla dzieci wszyscy rodzice posiadali informacje dotyczące możliwości leczenia stomatologicznego.



RYC. 1 Wiek rodziców dzieci z MPD



RYC. 2 Wykształcenie rodziców dzieci z MPD

Metody

Przeprowadzono wywiad z rodzicami/opiekunami prawnymi pacjentów z MPD zgodnie z przygotowaną listą pytań dotyczących:

- wieku dziecka z MPD;
- rodziców i rodziny: wiek (≤ 25 lat, w przedziale 26-35 lat, ≥ 36 lat), wykształcenie rodziców (podstawowe, średnie, wyższe), liczba dzieci w rodzinie, warunki ekonomiczne (standard niski, przeciętny, dobry);
- korzystania z opieki stomatologicznej przez dziecko: prowadzenie leczenia, usytuowanie gabinetu stomatologicznego (w pobliżu miejsca zamieszkania, w dużej odległości od miejsca zamieszkania), rodzaj placówki stomatologicznej sprawującej opiekę stomatologiczną (nieszpecjalistyczny gabinet stomatologiczny/ośrodek specjalistyczny), sposób leczenia (konwencjonalne/w znieczuleniu ogólnym);
- przyczyny – w przypadku niekorzystania z opieki stomatologicznej (koszt, odległość od miejsca zamieszkania, odmowa objęcia opieką, nadmierny stres dziecka, brak wiedzy o lokalizacji podmiotu leczniczego, utrudnienia architektoniczne);
- stosowanych metod profilaktyki stomatologicznej.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testów chi-kwadrat. Wszystkie obliczenia wykonano w programie Statistica 10.0.

Wyniki

Zgodę na udział w badaniu uzyskano od 82 rodziców dzieci i młodzieży z MPD. Odpowiedzi na pytania udzieliły 54 osoby, w tym 50 matek i czterech ojców. Wiek dzieci z MPD wahał się od 2,25 do 17,6 lat (średnia wieku $11,2 \pm 4,5$ lat).

Informacje dotyczące rodziców i rodziny

Wśród ankietowanych rodziców 73,1% matek i 81,6% ojców miało 36 lub więcej lat (**Rycina 1**). Zarówno matki, jak i ojcowie dzieci z MPD najczęściej posiadali wykształcenie średnie (odpowiednio 61,2% i 64,6%) (**Rycina 2**). Liczba dzieci w rodzinie wahała się od 1 do 6 (średnio $2,5 \pm 1,3$ lat). Tylko 1,9% uczestników badania swój standard życia oceniło jako niski, 60,8% jako przeciętny, a 37,3% jako dobry.

Informacje dotyczące opieki stomatologicznej nad dziećmi

Tylko 38 dzieci (70,4%) pozostaje pod opieką lekarza dentysty (68,4% spośród nich w miejscu zamieszkania, 31,6% poza miejscem zamieszkania). Nieco ponad 1/4 (26,3%) dzieci leczonych stomatologicznie korzystała z usług ośrodków specjalistycznych zapewniających znieczulenie ogólne, pozostałe były leczone w gabinetach stomatologicznych metodą konwencjonalną. Rodzice dzieci leczonych stomatologicznie jako utrudnienia w prowadzeniu leczenia podawali trudną współpracę z dzieckiem oraz dużą

odległość placówki medycznej od miejsca zamieszkania. Brak współpracy dziecka był przyczyną konieczności leczenia w znieczuleniu ogólnym.

Spośród wszystkich ankietowanych w 15 przypadkach (27,8%) lekarz dentysta w pobliżu miejsca zamieszkania nie podjął się leczenia stomatologicznego dziecka, kierując je do jednostki specjalistycznej. Z możliwości tej nie skorzystało 5 dzieci.

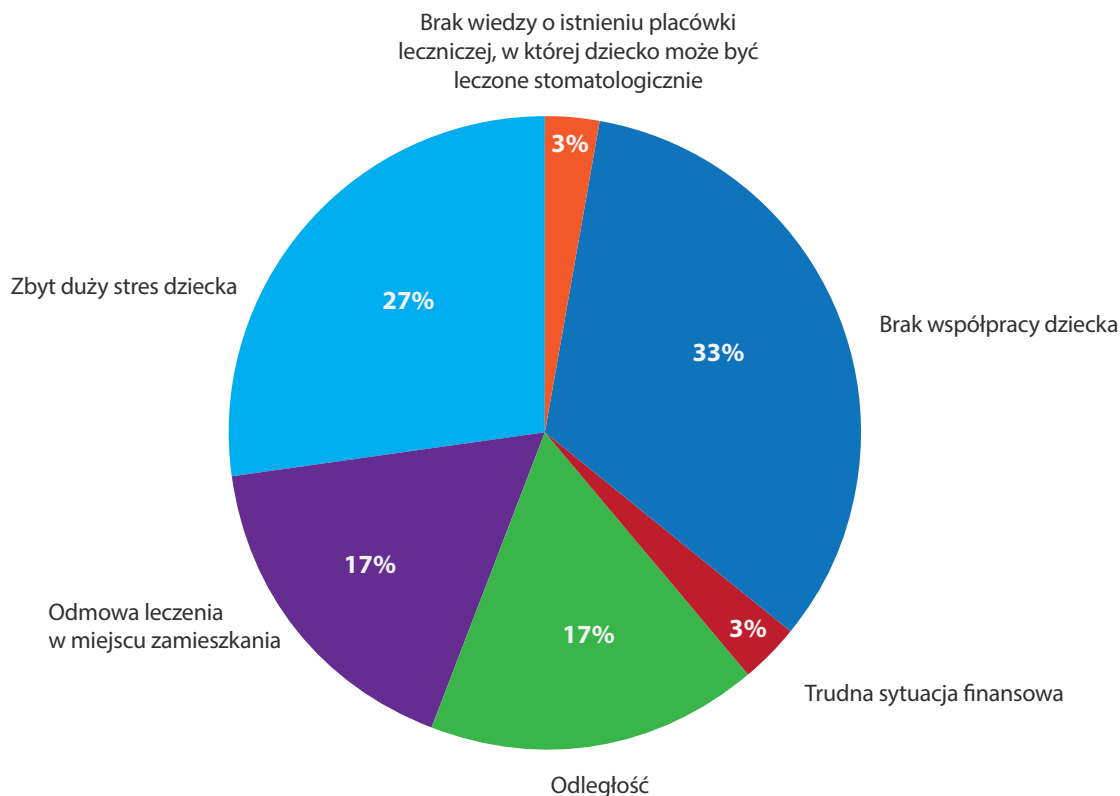
W przypadku 26 dzieci, które nie pozostają pod opieką lekarza dentysty, rodzice podawali od 1 do 5 powodów uniemożliwiających im zapewnienie opieki stomatologicznej dziecku. Najczęstszą przyczyną był brak współpracy dziecka lub jego stres związany z wizytą u dentysty (odpowiednio 31% i 24%). Zbyt duża odległość od placówki leczniczej (związane z nią koszty finansowe i czasowe) stanowiła barierę dla rodziców 17% dzieci. W przypadku 5 dzieci, którym odmówiono leczenia stomatologicznego w pobliżu miejsca zamieszkania, w dwóch przypadkach rodzice nie wyjaśnili, dlaczego nie skorzystali z przekazanej informacji o możliwości leczenia w jednostce specjalistycznej, w jednym uznali, że w innej placówce leczenie także nie będzie możliwe ze względu na brak współpracy, w dwóch – oprócz braku współpracy, barierą okazała się również odle-

głość polecanej placówki od miejsca zamieszkania. Rodzice tylko jednego dziecka nie posiadali wiedzy o istnieniu placówki leczniczej, w której dziecko może być leczone stomatologicznie. Nie zgłosili się jednak do najbliższego gabinetu stomatologicznego i nie podali żadnego innego powodu niepodjęcia leczenia. Żaden z ankietowanych nie wskazał utrudnień architektonicznych jako czynnika utrudniającego korzystanie z opieki stomatologicznej.

Analiza statystyczna nie wykazała wpływu na podejmowanie leczenia stomatologicznego: wykształcenia matki ($p = 0,805$), wykształcenia ojca ($p = 0,838$) oraz liczby dzieci w rodzinie ($p = 0,115$). Ujawniła natomiast wpływ wieku matki ($p = 0,033$) i wieku ojca ($p = 0,036$). Dzieci starszych rodziców częściej były leczone stomatologicznie niż dzieci młodszych rodziców.

Profilaktyka stomatologiczna

Zabiegi higieniczne w jamie ustnej są wykonywane u 53 spośród 54 dzieci. Dziecko, u którego nie są szczotkowane zęby, nie korzysta także z opieki stomatologicznej. Najczęściej zęby są szczotkowane dwukrotnie w ciągu dnia (53,7%). 11,1% rodziców zgłosiło szczotkowanie 3 razy dziennie. Nieste-



RYC. 3 Przyczyny niekorzystania z opieki stomatologicznej wskazane przez rodziców dzieci z MPD

ty 31,5% dzieci zabiegi higieniczne wykonuje samodzielnie, tylko 70,4% czyści zęby po posiłkach, a zaledwie 9,3% używa szczoteczki elektrycznej. Spośród 9 dzieci stosujących płukanki profilaktyczne (16,7%) siedmioro pozostaje pod opieką lekarza dentysty. Ze szczoteczek elektrycznych korzystają wyłącznie dzieci pozostające pod opieką stomatologiczną. Tylko w tej grupie stosowano także profesjonalną profilaktykę fluorkową. Zaledwie u 1 dziecka stosowano suplementację fluorkową (1,8%).

Nie wykazano statystycznej zależności pomiędzy pozostawianiem pod stałą opieką stomatologiczną a częstością szczotkowania zębów w ciągu dnia ($p = 0,192$).

Dyskusja

Dolegliwości bólowe związane z chorobami jamy ustnej, zwłaszcza powikłaniami choroby próchnicowej, przedwczesna utrata uzębienia mlecznego i wczesna utrata uzębienia stałego pogarszają jakość życia dzieci z MPD, pogłębiają dysfunkcję narządu żucia i mogą niekorzystnie wpływać na ogólne zdrowie. Niezbędne jest więc zapewnienie tej grupie dzieci stałej opieki stomatologicznej, obejmującej zarówno leczenie, jak i intensywną profilaktykę. U części pacjentów z MPD możliwe jest wykonywanie zabiegów stomatologicznych po przygotowaniu dziecka metodami behawioralnymi lub po zastosowaniu uspokojenia farmakologicznego. Ze względu na brak współpracy dziecka, niekontrolowane zachowania, ryzyko zranienia dziecka w czasie niekontrolowanego przez nie ruchu, a także rozległość potrzeb stomatologicznych często zachodzi konieczność wykonywania zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu ogólnym lub sedacji⁹. W Polsce leczenie stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym u osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i nasilonym jest refundowane ze środków publicznych. Dostępne są także informacje o lokalizacji placówek medycznych udzielających ww. świadczeń. W badaniach Borysewicz-Lewickiej i wsp. 21,2% dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym lub padaczką było leczonych w znieczuleniu ogólnym¹⁰. Odsetek ten jest zbliżony do uzyskanych przez nas wyników (18,5%). Przeprowadzone badania ujawniają jednak, że część dzieci nie jest objęta opieką stomatologiczną. Badania ankietowe 223 rodziców dzieci ze szkół specjalnych w Łodzi pokazały, że 2 dzieci nigdy nie było u lekarza dentysty, 39,9% ankietowanych nie potrafiło udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące częstości wizyt ich dziecka w gabinecie stomatologicznym, a 5,4% nie wiedziało, kiedy dziecko odbyło ostatnią wizytę¹¹.

W piśmiennictwie wymienia się wiele przyczyn stomatologicznych zaniedbań profilaktyczno-leczniczych w grupie pacjentów dotkniętych niepełnosprawnością. Najczęściej są to: utrudniony kontakt z pacjen-

tem, który może powodować niechęć i obawy ze strony lekarzy dentystów, odległość placówki medycznej od miejsca zamieszkania, brak zainteresowania rodziców leczeniem stomatologicznym, problemy z przewiezieniem dziecka do gabinetu z powodu jego złej kondycji zdrowotnej oraz brak funduszy na leczenie¹¹⁻¹⁴. Zgodnie z prezentowanymi wynikami badań, barierą dla rodziców był brak współpracy dziecka lub stresogenny wpływ leczenia stomatologicznego oraz odległe położenie ośrodka leczniczego od miejsca zamieszkania. Jako przyczyny niepodjęcia leczenia nie podawano jednak utrudnień architektonicznych. Zgodnie z doniesieniami z piśmiennictwa polskiego, ograniczenia architektoniczne zgłasza 2-4,9% opiekunów dzieci niepełnosprawnych^{11,13,14}.

W prezentowanych badaniach blisko 1/3 rodziców odmówiono leczenia stomatologicznego dziecka w pobliskim gabinecie ze względu na brak możliwości wykonania zabiegów leczniczych. Dzieci skierowano do ośrodków specjalistycznych, w których możliwe jest leczenie w znieczuleniu ogólnym. Lekarze dentyści dość niechętnie obejmują opieką lub nawet tylko profilaktyką stomatologiczną tę grupę pacjentów. Jest to zgodne z obserwacjami innych autorów. W badaniach Borysewicz-Lewickiej z 1996 roku leczenia stomatologicznego odmówiono 11,3% dzieci niepełnosprawnych¹⁴. Według Proc (2008) odsetek ten jest niższy – 9,8%¹¹. Jako prawdopodobne przyczyny wymienia się niewystarczającą wiedzę lekarzy dentystów dotyczącą specyfiki postępowania stomatologicznego z dzieckiem niepełnosprawnym, a także konieczność poświęcenia dłuższego czasu dziecku niepełnosprawnemu¹³. Należy jednak wziąć pod uwagę również brak współpracy dziecka, a w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego – stan dziecka uniemożliwiający prawidłowe wykonywanie procedur terapeutycznych. Nasze obserwacje potwierdzają doniesienia piśmiennictwa. Zgodnie z badaniami ankietowymi, 68% spośród 1237 lekarzy dentystów amerykańskich udzielających świadczeń w ramach podstawowej opieki stomatologicznej nigdy nie leczy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i tylko 6% robi to często. Odsetki dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i dzieci z chorobami przewlekłymi, których leczenia nie podejmuje się ankietowana grupa dentystów, są niższe (odpowiednio 52% i 50%). Lekarze dentyści jako podstawowy powód takiego stanu rzeczy wskazywali brak współpracy dziecka i stopień nasilenia niepełnosprawności. Rzadziej jako główną przyczynę odmowy leczenia podawano brak przygotowania lekarza i personelu pomocniczego. Warto podkreślić, że lekarze amerykańscy podejmujący się leczenia dziecka niepełnosprawnego najczęściej prowadzili je w sedacji płytkiej z zastosowaniem podtlenku azotu lub w znieczuleniu ogólnym¹⁵.



DO ZAPAMIĘTANIA

1. Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym stanowią grupę wysokiego ryzyka różnorodnych patologii w obrębie jamy ustnej i wymagają stałej opieki stomatologicznej.
2. Ze względu na brak współpracy dziecka oraz utrudnienia w dostępie do leczenia ambulatoryjnego zabiegi stomatologiczne często są wykonywane w znieczuleniu ogólnym lub sedacji.
3. Niezbędne jest zapewnienie tej grupie pacjentów stałej opieki stomatologicznej.

Opieka stomatologiczna obejmuje nie tylko jednoczasowe leczenie w znieczuleniu ogólnym, ale także profilaktykę chorób jamy ustnej, zwłaszcza zapobieganie próchnicy zębów. Bez względu na sposób leczenia dziecka (metodami konwencjonalnymi czy w znieczuleniu ogólnym) działania profilaktyczne powinny być prowadzone stale, zarówno w domu przez rodziców, jak i w pobliskim gabinecie stomatologicznym (zabiegi profesjonalne). U dzieci niepełnosprawnych intelektualnie lub fizycznie, u których istnieją trudności w prawidłowym wykonywaniu zabiegów higienicznych w obrębie jamy ustnej, ważne jest także rozważenie (po ustaleniu ekspozycji na fluor) stosowania endogennej profilaktyki fluorkowej. Niestety suplementację fluorkową stosowano tylko u jednego dziecka z badanej grupy. W badaniach Gerreth i wsp. u 26,7% uczniów szkół specjalnych zastosowano tę formę profilaktyki, natomiast u 14,5% niepełnosprawnych w stopniu znacznym i głębokim¹⁶. W podobnych badaniach dzieci łódzkich, tabletki lub krople z fluorem otrzymywało natomiast 33,2% dzieci niepełnosprawnych¹¹.

Przedstawione przez nas wyniki wskazują na nieumiejętne wykonywanie domowych zabiegów higienicznych u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i niewykorzystywanie przez rodziców specjalnych środków ułatwiających higienizację jamy ustnej lub zwiększających jej skuteczność. Podobne wyniki opublikowali badacze analizujący zachowania zdrowotne dzieci niepełnosprawnych ze szkół specjalnych w Łodzi. Badania ankietowe przeprowadzone wśród rodziców i opiekunów wykazały, że aż 76,8% dzieci szczotkuje zęby samodzielnie, bez nadzoru rodziców. 73% myje zęby częściej niż raz dziennie. Szczotki elektrycznej używa 6,3%, a płynów profilaktycznych – 5,4%¹¹. O konieczności poprawy stanu higieny jamy ustnej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym przekonują także inni autorzy¹⁷. Sugeruje to niewystarczającą wiedzę rodziców i brak motywacji do utrzymania zdrowia jamy ustnej dzieci. Niezbędne są więc działania edukacyjne i motywujące rodziców, w które powinni być zaangażowani zarówno lekarze dentyści, jak i pediatrzy. W prezentowanej pracy nie analizowa-

no częstości kierowania dzieci do leczenia stomatologicznego przez lekarza pediatrę, ponieważ informacje o możliwości leczenia stomatologicznego są dostępne na terenie szpitala. Badania polskich autorów wskazują jednak, że zaledwie 10,6% rodziców dzieci z MPD lub padaczką jest kierowanych do stomatologa przez pediatrę¹⁰.

Wnioski

1. Brak współpracy dziecka z lekarzem dentystą, zbyt duża odległość placówki leczniczej od miejsca zamieszkania, a także obawy rodziców dotyczące wywoływania stresu u dziecka w czasie wykonywania procedur leczniczych są głównymi przeszkodami w dostępie do opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym.
2. Częste niekorzystanie z możliwości opieki stomatologicznej i zaniedbania w zakresie profilaktyki chorób jamy ustnej u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym dowodzą konieczności stomatologicznej edukacji i motywacji ich rodziców do utrzymania zdrowia jamy ustnej. ■

prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

✉ Zakład Stomatologii Dziecięcej
Warszawski Uniwersytet Medyczny
00-246 Warszawa, ul. Miodowa 18

do-k@o2.pl

Autorstwo manuskryptu

Anna Dąbrowska-Gontarczyk - opracowanie koncepcji badania/pracy naukowej, zestawienie danych, analiza i interpretacja danych, napisanie artykułu,

Małgorzata Syczewska - analiza i interpretacja danych, merytoryczna recenzja artykułu, nadzór nad ostateczną wersją artykułu,

Elżbieta Jelonek - zestawienie danych, analiza i interpretacja danych,

Krzysztof Graff - zestawienie danych, analiza i interpretacja danych,

Barbara Podobas - zestawienie danych, analiza i interpretacja danych,

Małgorzata Kalinowska - analiza statystyczna,

Ewa Szczerbik - analiza statystyczna,

Dorota Olczak-Kowalczyk - opracowanie koncepcji badania/pracy naukowej, analiza i interpretacja danych, napisanie artykułu, merytoryczna recenzja artykułu, nadzór nad ostateczną wersją artykułu.

PIŚMIENNICTWO

- ¹ Michałowicz R. Wady rozwojowe oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego powstałe w życiu płodowym i w okresie okołoporodowym oraz noworodkowym. W: Michałowicz R (red). Mózgowe porażenie dziecięce. Warszawa, PZWL 1993;64.

- ² Holan G, Peretz B, Efrat J i wsp. Traumatic injuries to the teeth in young individuals with cerebral palsy. *Dent Traumatol* 2005;21:65-69.
- ³ dos Santos MT, Souza CB. Traumatic dental injuries in individuals with cerebral palsy. *Dent Traumatol* 2009;25:290-294.
- ⁴ Sobiech I, Komarnitki J, Witt A i wsp. Niepróchnicowe zmiany zmineralizowanych tkanek zębów związane z zaburzeniami w ośrodkowym systemie nerwowym. *Nowa Stom* 2009;1-2:21-25.
- ⁵ Stevanović R, Jovčić O. Oral health in children with cerebral palsy. *Srp Arh Celok Lek* 2004;132:214-218.
- ⁶ Guerreiro PO, Garcias Gde L. Oral health conditions diagnostic in cerebral palsy individuals of Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cien Saude Colet* 2009;14:1939-1946.
- ⁷ Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M. Występowanie dysfunkcji i parafunkcji narządu żucia u dzieci ze szkół specjalnych – badanie ankietowe rodziców. *Dent Med Probl* 2009;46,1:75-82.
- ⁸ Ortega AO, Guimarães AS, Ciamponi AL i wsp. Frequency of parafunctional oral habits in patients with cerebral palsy. *J Oral Rehabil* 2007;34:323-328.
- ⁹ de Nova García MJ, Gallardo López NE, Martín Sanjuán C i wsp. Criteria for selecting children with special needs for dental treatment under general anaesthesia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;1:496-503.
- ¹⁰ Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K, Wiśniewska K i wsp. Leczenie stomatologiczne jako część wymaganej opieki medycznej nad dziećmi niepełnosprawnymi – opinia rodziców. *Dent Med Probl* 2011;48:45-53.
- ¹¹ Proc P, Daszkowska M, Hilt A i wsp. Ocena stomatologicznych zachowań zdrowotnych dzieci niepełnosprawnych – badania ankietowe rodziców. *Czas Stomatol* 2008;61:767-774.
- ¹² Adamowicz A, Kaczmarek M. Ocena stomatologicznych potrzeb leczniczych dzieci uczęszczających do szkoły specjalnej. *Nowa Stom* 2002;2:20.
- ¹³ Elszyn B, Lewalska M, Rychlewska M i wsp. Dostępność usług stomatologicznych dla niepełnosprawnych wychowanków ośrodków szkolno-wychowawczych w Polsce. *Dental Forum* 2009;2:69-74.
- ¹⁴ Borysewicz-Lewicka M, Kaczmarek A, Krokos K. Ocena stanu uzębienia uczniów szkoły specjalnej. *Czas Stomatol* 1996;49:813-816.
- ¹⁵ Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ* 2004;68:23-28.
- ¹⁶ Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M. Ocena profilaktycznej opieki stomatologicznej u uczniów szkół specjalnych w badaniu klinicznym i socjomedycznym. *Czas Stomatol* 2008;61:691-703.
- ¹⁷ Jankowska K, Kaczmarek U. Ocena stanu narządu żucia pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Dent Med Probl* 2012;49,3:358-362.