

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (PTSD), Sekcji Stomatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego (PTS), Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (ACFF) i konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej dotyczące stomatologicznych zaleceń profilaktycznych dla pacjentów niepełnosprawnych

¹Kierownik Pracowni Stomatologii Społecznej, Klinika Stomatologii Dziecięcej, Katedra Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Sojusz dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy

²Kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, konsultant krajowy ds. stomatologii dziecięcej, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, Koordynator Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne

³Kierownik Katedry i Kliniki Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Sojusz dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy

Eksperci prezentujący opinię:

Prof. dr hab. n. med. Urszula Kaczmarek – Kierownik Katedry i Zakładu Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Przewodnicząca CEE ACFF CHAPTER, PTSD, PTS

Prof. dr hab. n. hum. Zbigniew Woźniak – Zakład Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej, Instytut Socjologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Dr hab. n. med. Aleksandra Szczawińska-Popłonyk – Klinika Pneumonologii, Alergologii Dziecięcej i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr n. med. Anna Jurczak – Kierownik Pracowni Stomatologii Dziecięcej Instytutu Stomatologii Collegium Medicum w Krakowie, Prezes PTSD, Członek Zarządu Sekcji Stomatologii Dziecięcej PTS, ACFF

SŁOWA KLUCZOWE

pacjenci niepełnosprawni,
próchnica zębów,
opieka stomatologiczna,
profilaktyka, leczenie

STRESZCZENIE

Problem leczenia pacjentów ze specjalnymi potrzebami zdrowotnymi wynikającymi z obecności deficytów w funkcji intelektualnej, ruchowej czy sensorycznej również w stomatologii nie został opracowany kompleksowo. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, iż około 15% populacji światowej posiada jakąś formę niepełno-

sprawności. Pacjenci z obniżoną sprawnością uważani są za populację charakteryzującą się większymi stomatologicznymi potrzebami leczniczymi w porównaniu do grupy osób zdrowych.

Spostrzega się często w tym środowisku wyższą frekwencję oraz intensywność próchnicy zębów i chorób dziąseł. Niejednokrotnie sytuacja związana jest m.in. z występowaniem chorób ogólnoustrojowych oraz stosowanym leczeniem, obecnością ograniczeń w zakresie możliwości wykształcenia prawidłowych stomatologicznych zachowań zdrowotnych, niewystarczającą wiedzą rodziców dotyczącą zdrowia jamy ustnej czy obecnością barier w dostępie do opieki stomatologicznej.

Poprawa sytuacji zdrowotnej tych pacjentów wymaga opracowania wskazówek dla rodziców/opiekunów i personelu medycznego celem poprawy stanu zdrowia i tym samym jakości ich życia. Dokument zawiera informacje dotyczące etiologii i epidemiologii choroby próchnicowej zębów u pacjentów z niepełnosprawnością, ale także zalecenia profilaktyczne dla osób z tej populacji oraz ich rodziców/opiekunów i lekarzy dentystów.

WSTĘP

Pacjenci z obniżoną sprawnością, która może być spowodowana deficytami w funkcji intelektualnej, ruchowej czy sensorycznej, są populacją charakteryzującą się większymi potrzebami leczniczymi w porównaniu do osób zdrowych (1). Większe ryzyko zachorowalności w tej grupie wymaga rozwinięcia, adekwatnie do potrzeb, działań zapobiegawczych, co dotyczy także problemów zdrowia jamy ustnej.

W Polsce aktualnie nieliczne są ogólnodostępne i wyspecjalizowane, a także przeznaczone dla populacji z niepełnosprawnością, placówki świadczące usługi stomatologiczne. Pacjenci są najczęściej przyjmowani w warunkach gabinetów stomatologicznych na tych samych zasadach jak osoby zdrowe (2). Niekiedy, w niektórych województwach, w ramach publicznej ochrony zdrowia wydzielane są ośrodki dla tych chorych. Należy przy tym podkreślić, iż konieczność profesjonalnej dbałości o stan zdrowia jamy ustnej tych osób na świecie jest wielokrotnie podkreślana.

Zgodnie z artykułem 25 Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 13 grudnia 2006 roku: „osoby niepełnosprawne mają prawo do możliwie najwyższego standardu zdrowia bez dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność” (3). Polski rząd podpisał Konwencję 20 marca 2007 roku, a jej ratyfikacja przez Polskę odbyła się 6 września 2012 roku (4).

Ponadto Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Dentystycznego (FDI) dnia 18 września 2003 roku w Sydney, w Australii, przyjęło stanowisko, które zostało także uwzględnione przez Polskie Towarzystwo Stomatologiczne (PTS), a dotyczyło opieki stomatologicznej dla osób niepełnosprawnych (5). Według podjętych ustaleń „o zdrowie jamy ustnej osób niepełnosprawnych należy zadbać poprzez edukację dotyczącą zdrowia jamy ustnej i zapobieganie chorobom jamy ustnej. (...) Współpraca z decydentami i innymi zainteresowanymi stronami powinna być częścią ogólnej strategii dotyczącej opracowania i wdrażania usług stomatologicznych dla osób niepełnosprawnych”.

Nie ma natomiast wytycznych pozwalających na szczegółowe określenie zasad postępowania profilaktycznego i leczniczego oraz służących jako podstawa programów zdrowotnych, odnoszących się do tej grupy pacjentów stomatologicznych.

Celem pracy jest przedstawienie zaleceń dotyczących postępowania zapobiegawczego i leczenia stomatologicznego u osób z niepełnosprawnością oraz ich rodziców/opiekunów i lekarzy dentystów. Opracowanie przygotowano na podstawie dokonanego przeglądu danych z piśmiennictwa krajowego i światowego dotyczącego badań na temat choroby próchnicowej oraz jej profilaktyki u pacjentów z obniżoną sprawnością.

SKALA PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, iż ponad miliard ludzi, co stanowi około 15% populacji światowej, posiada pewną formę niepełnosprawności (6, 7). Natomiast 110-190 milionów (2,2-3,8%) osób powyżej 15. roku życia ma znaczne trudności w funkcjonowaniu.

Informacje krajowe zamieszczone zostały w raporcie GUS, jednak opatrzone są uwagami. Zaznaczono, iż dane o osobach z obniżoną sprawnością pozyskiwane zostają w wielu badaniach statystycznych (8). Jednakże ze względu na zastosowaną w nich metodologię, dostępność informacji na określonym poziomie podziału terytorialnego pozostaje ograniczona. Jak dotąd największym badaniem, w którym zgromadzone zostały dane dotyczące osób niepełnosprawnych, były spisy powszechne. Ostatnio wykonany Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań odbył się w 2011 roku i został przeprowadzony metodą mieszaną, czyli przy użyciu administracyjnych źródeł danych, w tym rejestrów i systemów informacyjnych, oraz wykorzystaniu informacji pozyskanych bezpośrednio od ludności w ramach badania reprezentacyjnego. Podano ponadto, iż większość danych w Narodowym Spisie Powszechnym (NSP) 2011, w tym także dotyczących tematyki niepełnosprawności, została pozyskana w badaniu reprezentacyjnym wykonanym na 20% próbie wylosowanych mieszkańców, w skali całego kraju, a także na zasadzie dobrowolności. Stąd też podejście takie

ogranicza dostępność informacji na niższych poziomach podziału terytorialnego (8). Informacje te można traktować jako podstawę do podjęcia profesjonalnych badań epidemiologicznych.

Aktualnie dostępne dane wskazują także, iż zarówno w Polsce, jak i na świecie zwiększa się liczba niepełnosprawnych ze względu na starzenie się populacji oraz wzrost częstości występowania chorób przewlekłych (6). Ponadto znaczny rozwój w naukach medycznych oraz technologii, a także zaplecza socjalnego zezwala na przeżycie znacznego odsetka osób z obniżoną sprawnością (9), co powinno kształtować politykę zdrowotną w kierunku zapewnienia im właściwej jakości życia.

CHARAKTERYSTYKA STANU ZDROWIA JAMY USTNEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Stwierdza się w tej populacji pacjentów większy poziom występowania choroby próchnicowej zębów.

W latach 2006-2007 w czterech województwach Polski: wielkopolskim, łódzkim, podlaskim i lubelskim, przeprowadzono badania kliniczne stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością oraz socjomedyczne ich rodziców/opiekunów wykonane w ramach ekspertyzy „Epidemiologiczna ocena zdrowia jamy ustnej dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych” zleconej przez Ministerstwo Zdrowia (10-12). Badaną populację stanowiły osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu od umiarkowanego do głębokiego, chorobami układu nerwowego (dziecięce porażenie mózgowe i padaczka) oraz obniżeniem sprawności sensorycznej (niedowidzący i niewidomi). Na podstawie oceny stanu zdrowia uzębienia 289 pacjentów z uzębieniem mieszanym, stwierdzono częstość występowania próchnicy zębów wynoszącą 75,1% u ogółu tych dzieci, podczas gdy w grupie niepełnosprawnych intelektualnie wynosiła ona 72,8%, wśród osób z chorobami układu nerwowego – 76,1% oraz u niedowidzących i niewidomych – 76,1% (11). Natomiast wskaźnik intensywności próchnicy (puw-z + PUW-z) w tej populacji wynosił 5,3, podczas gdy w poszczególnych grupach chorych kształtował się odpowiednio na poziomie 4,8; 5,6 i 5,4. Wśród ogółu 499 badanych z uzębieniem stałym częstość występowania próchnicy miała wartość 68,3%, a intensywność próchnicy (PUW-z) 6,5. W poszczególnych grupach pacjentów utworzonych ze względu na stan ich zdrowia wartości kształtowały się odpowiednio: u osób z niepełnosprawnością intelektualną – 70,3% i 6,7, u chorujących na dziecięce porażenie mózgowe i padaczkę – 71,3% i 6,9, a u młodzieży z obniżeniem sprawności sensorycznej – 57,6% i 4,9 (11).

W badaniach wykonanych przez różnych autorów w Polsce i na świecie wskazuje się na większą liczbę zębów z próchnicą czy usuniętych, ale także gorszą higienę jamy ustnej aniżeli w populacji osób zdrowych (9, 13-16).

Ponadto u znacznego odsetka chorych odnotowywane są wady zębowo-twarzowe oraz upośledzenie funkcji jamy ustnej (17). Podkreślić jednak należy znacznie zróżnicowany stan zdrowia jamy ustnej w ramach tej grupy w zależności od rodzaju niepełnosprawności i współistnienia choroby ogólnoustrojowej, na co wskazują wyniki badań epidemiologicznych.

Dla porównania można podać wyniki badań dotyczących stanu zdrowia jamy ustnej osób niepełnosprawnych uczęszczających do placówek nauczania i wychowania, opublikowane przez innych autorów. Roberts i wsp. poddali ocenie stan zdrowia uzębienia 157 dzieci i młodzieży w wieku 3-19 lat, z obniżeniem sprawności intelektualnej w stopniu lekkim i umiarkowanym, uczęszczających do placówek nauczania specjalnego w Kapsztadzie, w Republice Południowej Afryki (18). Autorzy spostrzegli, iż wskaźnik frekwencji próchnicy u badanych wynosił 67,5%, natomiast obecność chorób dziąseł odnotowano u 69% osób. Wyniki badań przeprowadzonych w Jemenie w populacji 401 uczniów szkół specjalnych z różnym rodzajem dysfunkcji, w wieku od 6. do 14. roku życia, wykazały wskaźnik PUW-z w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną wynoszący $2,37 \pm 2,59$, podczas gdy puw-z miał wartość $4,27 \pm 3,12$ (16). Wśród osób z niepełnosprawnością fizyczną odnotowano wartości wskaźników równe odpowiednio $0,96 \pm 1,35$ i $4,68 \pm 3,30$, u badanych niesłyszących $1,91 \pm 2,07$ i $4,37 \pm 3,11$, u niewidomych $1,44 \pm 1,56$ i $3,44 \pm 3,1$, a u chorych z niepełnosprawnością sprzężoną $2,85 \pm 1,98$ i $4,28 \pm 2,91$. Gace i wsp. dokonali oceny stanu zdrowia uzębienia 599 uczniów w wieku 3-18 lat, z różnymi rodzajami niepełnosprawności, z 9 szkół specjalnych znajdujących się w 6 miastach Albanii (1). Autorzy odnotowali frekwencję próchnicy wynoszącą 72% w uzębieniu mlecznym i 85,3% w zębach stałych badanych, przy czym wskaźnik najwyższy był w uzębieniu stałym pacjentów niewidomych (91%), a najniższy w uzębieniu mlecznym chorych z zespołem Downa (54,5%). Wskaźnik zębowy intensywności próchnicy w uzębieniu mlecznym był najwyższy u pacjentów z dziecięcym porażeniem mózgowym ($4,5 \pm 4,2$), a następnie u niewidomych ($4,4 \pm 4,2$), natomiast w uzębieniu stałym u osób z niepełnosprawnością intelektualną ($5,8 \pm 5,2$) oraz z dziecięcym porażeniem mózgowym ($5,6 \pm 8,1$).

Warto przytoczyć także dane dotyczące stanu zdrowia jamy ustnej uczestników olimpiad specjalnych. W lutym 2010 roku odbyła się olimpiada (Latin-American Special Olympics Games) w San Juan w Portoryko, podczas której badaniem stomatologicznym objęto 445 zawodników (7). Hanke-Herrero i wsp. odnotowali występowanie nieleczonej próchnicy u 51%, chorób dziąseł u 48%, konieczność przeprowadzenia pilnego leczenia u 20%, a występowanie dolegliwości bólowych zębów u 13% osób spośród 367 badanych z krajów latynoamerykańskich. Natomiast wartości wśród 78 uczestników z krajów Morza Karaibskiego kształtowały się następująco: 71, 42, 28 i 13% (7).

PRZYCZYNY ZŁEGO STANU ZDROWIA JAMY USTNEJ U PACJENTÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Problem odnoszący się do przyczyn zaniedbań w opiece stomatologicznej i tego, co wynika z niezadowalającego stanu zdrowia jamy ustnej u pacjentów z obniżoną sprawnością, jest złożony. Z jednej strony, często występujące mniejsze zdolności intelektualne (powodujące brak zrozumienia konieczności szczotkowania zębów) i/lub manualne u chorych nie zezwalają na prawidłowe samodzielne przeprowadzanie systematycznych codziennych zabiegów profilaktyczno-higienicznych (1, 19, 20). Z drugiej strony, niejednokrotnie rodzice/opiekunowie skupiają się na terapii choroby ogólnoustrojowej powodującej niepełnosprawność bądź innych dolegliwości towarzyszących, nie doceniając wartości i konieczności wykonywania zabiegów profilaktycznych i leczenia stomatologicznego. Dodatkowo należy wspomnieć, iż w niektórych przypadkach, zwłaszcza osób z niepełnosprawnością sprzężoną, opiekunowie mogą nie mieć możliwości przeprowadzenia zabiegu szczotkowania zębów dziecka. Codzienna opieka nad chorym wymaga znacznego wysiłku i wielu godzin przeznaczonych na karmienie oraz wykonywanie innych zabiegów pielęgnacyjnych lub rehabilitacyjnych. Nie bez znaczenia jest także fakt małej świadomości problemu u rodziców i opiekunów wynikający z niewystarczającego poziomu edukacji prozdrowotnej (1). Gorsza stomatologiczna opieka profilaktyczna ze strony rodziców związana jest też niejednokrotnie z poziomem ich wykształcenia oraz statusem socjalno-ekonomicznym (1). Aktualnie w Polsce nie są powszechnie dostępne programy edukacyjne zarówno dla opiekunów osób niepełnosprawnych, jak i świadczeniodawców medycznych.

Zdarza się też, że lekarze różnych specjalności w pełni nie doceniają znaczenia związku pomiędzy stanem zdrowia jamy ustnej oraz chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością i wynikających z tego komplikacji w leczeniu, co dotyczy także osób bez niepełnosprawności. Pacjenci chorzy są kierowani bądź sami zgłaszają się do gabinetu stomatologicznego dopiero w momencie wystąpienia dolegliwości bólowych z powodu powikłań choroby próchnicowej (11, 14). Leczenie wymaga wtedy znacznego zaangażowania personelu medycznego oraz opiekunów, a także przeprowadzenia procedur leczniczych, które są bardziej skomplikowane u tych chorych, między innymi w takich sytuacjach konieczne może być wykonanie zabiegów terapeutycznych w znieczuleniu ogólnym (21). Dodatkowo lęk pacjenta i/lub rodzica/opiekuna przed zabiegami w obrębie jamy ustnej powoduje zbyt późne zgłaszanie się do lekarza dentystry, wpływając na poziom współpracy podczas leczenia. Duże znaczenie mają również występujące bariery w dostępie do opieki stomatologicznej, w tym m.in.: architektoniczne, transportowe, sprzętowe, ekonomiczne czy informacyjne (22). Trudności w porozumiewaniu się, nieprzystosowanie gabinetu stomatologicznego, a także złożoność

i czasochłonność postępowania powodują niekiedy niechęć lekarzy do leczenia osób z tej populacji (14, 23-25).

ZALECENIA DOTYCZĄCE PROFILAKTYKI STOMATOLOGICZNEJ U OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. Wprowadzenie systematycznych i dokładnie wykonywanych stomatologicznych zabiegów higienicznych z czynnym udziałem rodzica lub opiekuna w domu. Należy pamiętać o niezwykle istotnej roli personelu stomatologicznego (lekarza i higienistki dentystycznej) w doborze odpowiedniej szczoteczki do zębów, ale także pasty i ewentualnie innych przyborów i środków pomocnych w utrzymywaniu higieny jamy ustnej pacjentów na właściwym poziomie.
2. Odbywanie regularnych kontroli stanu zdrowia jamy ustnej u lekarza dentystry, a także systematyczne przeprowadzanie profesjonalnych zabiegów higienicznych w gabinecie.
3. Zastosowanie fluorków zarówno z past do zębów, ale także z preparatów aplikowanych przez wykwalifikowany personel w gabinecie.
4. Odpowiednie sterowanie dietą osoby niepełnosprawnej.

ZALECENIA DOTYCZĄCE USTALENIA PLANU LECZENIA ORAZ PRZEPROWADZANIA STOMATOLOGICZNYCH DZIAŁAŃ TERAPEUTYCZNYCH U PACJENTÓW Z OBNIŻONĄ SPRAWNOŚCIĄ

1. Adaptacja dziecka do warunków gabinetu stomatologicznego, uwzględniająca zapoznanie się z personelem medycznym, z którym dziecko powinno mieć stały kontakt.
2. Zebranie wyczerpującego wywiadu z rodzicami/opiekunami pacjenta, w tym informacji na temat ograniczeń w funkcjonowaniu dziecka, sposobów komunikowania się czy możliwości współpracy.
3. Przeprowadzenie dokładnego badania jamy ustnej.
4. Wykonanie badań dodatkowych (w tym badanie rtg).
5. Zebranie informacji od lekarza ogólnego, rodzinnego czy innych specjalistów.
6. Przygotowanie dokładnej historii choroby pacjenta wraz z zebraniem informacji dotyczących dotychczasowego leczenia stomatologicznego.
7. Przeprowadzenie leczenia zabiegowego i terapeutycznego, w zależności od stanu pacjenta i możliwości współpracy w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych w znieczuleniu ogólnym.
8. Prowadzenie działań profilaktycznych w zależności od oceny ryzyka chorób jamy ustnej u pacjenta, z uwzględnieniem zaleceń do realizacji zabiegów w domu oraz wykonywanych profesjonalnie w gabinecie dentystycznym.

9. Ponawiana systematyczna ocena stanu zdrowia jamy ustnej pacjenta w określonych przez lekarza okresach czasu.

10. Uwzględnienie i prowadzenie kompleksowej opieki nad ogólnym stanem zdrowia jamy ustnej pacjenta przez skoordynowany zespół specjalistów, w tym:

- przeciwdziałanie powstawaniu i leczenie wad zgryzu sprzężonych z niepełnosprawnością,
- terapia nawyków okołoustnych, takich jak: ssanie palca, ślinienie się itp.

Należy podkreślić, iż do każdego pacjenta z niepełnosprawnością powinno podchodzić się indywidualnie, z uwzględnieniem jego zdolności poznawczych, sposobów komunikowania się, możliwości nawiązania współpracy w gabinecie stomatologicznym czy stosowanej terapii ogólnoustrojowej (26).

Już we wczesnym dzieciństwie osoby z niepełnosprawnością intelektualną, fizyczną lub sensoryczną powinny zostać poddane badaniu oceniającemu stopień zagrożenia chorobami jamy ustnej, skutkiem czego powinny zostać zakwalifikowane do określonych grup ryzyka i objęte wskazanymi działaniami zapobiegawczymi.

Podkreślana jest rola lekarza stomatologa, a także higienistki i asystentki dentystycznej oraz technika dentystrycznego w zespole specjalistów opiekujących się niepełnosprawnym pacjentem. Stąd niezbędne jest właściwe

przygotowanie tych profesjonalistów, w kształceniu przed- i podyplomowym, do świadczenia usług obejmujących zabiegi profilaktyczne i lecznicze w tej populacji pacjentów, z zapewnieniem właściwych warunków, w jakich możliwe będzie przeprowadzenie zabiegów.

Pierwsza wersja zaprezentowanego tutaj dokumentu (MB-L, KG) została zrecenzowana przez konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej oraz zespół ekspertów, a następnie zmodyfikowana zgodnie z przesłanymi przez nich uwagami merytorycznymi i uzupełniona przez DO-K. Ostateczna akceptacja dokumentu dokonana została przez cały zespół autorów. Natomiast jego aktualizacja planowana jest nie później niż po 5 latach od publikacji.

Aktualne informacje dotyczące zaleceń w zakresie zapobiegania próchnicy u dzieci niepełnosprawnych w formie skróconej opublikowano także na stronie internetowej Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (www.acff.pl) oraz na stronie Projektu SPPW KIK33 „Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do małych dzieci, ich rodziców, opiekunów i wychowawców” współfinansowanego przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej oraz ze środków Ministerstwa Zdrowia (www.zebymalegodziecka.pl).

KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Karolina Gerreth
Pracownia Stomatologii Społecznej
Klinika Stomatologii Dziecięcej
Katedra Stomatologii Dziecięcej
Uniwersytet Medyczny
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel. +48 (61) 854-70-53,
fax +48 (61) 854-70-59
klstomdz@ump.edu.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Gace E, Kelmendi M, Fusha E: Oral health status of children with disability living in Albania. *Mater Sociomed* 2014; 26(6): 392-394.
2. Gerreth K, Lewicka A: Problemy opieki stomatologicznej nad dziećmi niepełnosprawnymi. *Polska Medycyna Rodzinna* 2004; 6 (supl. 1): 172-176.
3. Konwencji Praw Osób Niepełnosprawnych: www.unicef.org.pl/dokumenty/Konwencja_Praw_Osob_Niepelnosprawnych.pdf. Dz. U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169.
4. <https://www.rpo.gov.pl/pl/konwencja-o-prawach-osob-niepelnosprawnych>.
5. Oral and Dental Care of People with Disabilities Adopted by the FDI General Assembly: 18th September 2003, Sydney, Australia. FDI Policy Statement, Stanowisko PTS. *J Stoma* 2016; 69(5): 615-616.
6. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>.
7. Hanke-Herrero R, Lopez Dal Valle LM, Sanchez C et al.: Latin-American Special Olympics athletes: evaluation of oral health status, 2010. *Spec Care Dentist* 2013; 33(5): 209-212.
8. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/informacja-o-dostepnosci-danych-dotyczacych-osob-niepelnosprawnych-na-poziomie-wojewodztw-powiatow-i-gmin,15,1.html>.
9. Diab HA, Hamadeh GN, Ayoub F: A survey of Oral Health in Institutionalized Population with Intellectual Disabilities: Comparison with a National Oral Health Survey of Normal Population. *J Int Soc Prev Community Dent* 2017; 7(2): 141-147.
10. Borysewicz-Lewicka M, Wochna-Sobańska M, Mielnik-Błaszczak M et al.: Ocena stomatologicznych zachowań prozdrowotnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z wybranych województw Polski – badania socjomedyczne. *Czas Stomatol* 2010; 63(1): 18-26.

11. Borysewicz-Lewicka M, Wochna-Sobańska M, Mielnik-Błaszczak M et al.: Wyniki ekspertyzy oceniającej stan jamy ustnej, potrzeby lecznicze, a także dostępność do stomatologa dzieci oraz młodzieży niepełnosprawnej i przewlekle chorej. *Czas Stomatol* 2010; 63(2): 90-101.
12. Borysewicz-Lewicka M, Gerreth K, Wiśniewska K, Wysocki J: Leczenie stomatologiczne jako część wymaganej opieki medycznej nad dziećmi niepełnosprawnymi – opinia rodziców. *Dent Med Probl* 2011; 48(1): 45-53.
13. Pezzementi ML, Fisher MA: Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *J Am Dent Assoc* 2005; 136(7): 903-912.
14. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M: Dental caries occurrence in special-care school-children with varying degree of intellectual disability. *Polish J Environ Stud* 2008; 17(6A): 68-72.
15. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M: Stomatologiczne potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci i młodzieży – uczniów szkół specjalnych. *Fam Med Prim Care Rev* 2009; 11(1): 68-72.
16. Al-Maweri SA, Zimmer S: Oral health survey of 6-14-year-old children with disabilities attending special schools Yemen. *J Clin Pediatr Dent* 2015; 39(3): 272-276.
17. Kleint G, Kanitz G, Harzer W: Orthodontic treatment in handicapped children: report of four cases. *ASDC J Dent Child* 2002; 69(1): 31-38.
18. Roberts T, Chetty M, Kimmie-Dhansay F et al.: Dental needs of intellectually disabled children attending six special educational facilities in Cape Town. *S Afr Med J* 2016; 106 (6 suppl. 1): S94-97.
19. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M: Stomatologiczne nawyki higieniczne uczniów poznańskich szkół specjalnych. *Dental Forum* 2008; 36(2): 49-54.
20. Gerreth K: Sposoby utrzymywania higieny jamy ustnej u pacjentów niepełnosprawnych i przewlekle chorych – na podstawie piśmiennictwa. *Przegląd Lekarski* 2013; 1: 31-34.
21. Gerreth K, Cieślińska K: Zabiegi stomatologiczne w znieczuleniu ogólnym u dzieci niepełnosprawnych. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7(1): 63-67.
22. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M: Access barriers to dental health care in disabled children. A questionnaire study of parents. *J Appl Res Intellect Disabil* 2016; 29(2): 139-145.
23. Borysewicz-Lewicka M, Hędzielek D, Gerreth K: Czynności ułatwiające porozumiewanie się lekarza z osobami niepełnosprawnymi. *Czas Stomatol* 2010; 63(8): 478-483.
24. Al Agili DE, Roseman J, Pass MA et al.: Access to dental care in Alabama for children with special needs. Parents' perspective. *J Am Dent Assoc* 2004; 135(4): 490-495.
25. Gerreth K: Leczenie stomatologiczne pacjentów niepełnosprawnych i przewlekle chorych – diagnostyka i terapia. *Nowa Stomatol* 2015; 20(2): 59-64.
26. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M: Ocena profilaktycznej opieki stomatologicznej u uczniów szkół specjalnych w badaniu klinicznym i socjomedycznym. *Czas Stomatol* 2008; 61(10): 691-703.

nadesłano:

9.02.2018

zaakceptowano do druku:

1.03.2018