

# Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym – wiek dziecka oraz przyczyna zgłoszenia się. Przegląd piśmiennictwa

<sup>1</sup>Prywatna Praktyka Dentystyczna, Poronin

<sup>2</sup>Zakład Profilaktyki i Stomatologii Eksperymentalnej, Instytut Stomatologii Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie  
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Marta Cześniakiewicz-Guzik

<sup>3</sup>Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna im. dr. n. med. Zbigniewa Żaka w Krakowie,  
Specjalistyczna Poradnia Stomatologii Dziecięcej  
Kierownik Poradni: lek. dent. Iwona Sanak

## SŁOWA KLUCZOWE

pierwsza wizyta u stomatologa, próchnica wczesna, próchnica, stan uzębienia dzieci

## STRESZCZENIE

Próchnica jest chorobą o złożonej etiologii i może rozpoczynać się już w niedługim czasie po wyrznięciu zębów. Rozwój zmiany próchnicowej jest uwarunkowany brakiem wizyt lub nieregularnymi wizytami w gabinecie stomatologicznym, nieprawidłową higieną jamy ustnej, a także nieprawidłowymi nawykami dietetycznymi. Choroba próchnicowa stanowi bardzo poważny problem zdrowotny populacji dziecięcej w Polsce. Niezwykle istotne jest, aby pierwsza adaptacyjna wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym odbyła się na wczesnym etapie jego życia. Tak wczesna wizyta to nie tylko badanie uzębienia dziecka, ale przede wszystkim przekazanie rodzicom ważnych wskazówek odnośnie prawidłowych nawyków higienicznych oraz kariostatycznych nawyków żywieniowych. Celem pracy było określenie na podstawie piśmiennictwa przyczyny pierwszej w życiu wizyty dziecka w gabinecie stomatologicznym oraz określenie wieku dziecka w chwili zgłoszenia się.

Dokonano przeglądu piśmiennictwa z lat 1992-2017, wykorzystując bazy PubMed i Google Scholar. Badania uzupełniono o opracowania polskich autorów opisujące omawiane zagadnienia. Wykorzystano i przeanalizowano 39 pozycji piśmiennictwa jako najbardziej trafne dla tematu pracy.

Uzyskane dane wskazują, że pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym odbywa się zbyt późno w stosunku do zaleceń medycznych, w większości przypadków jest to wizyta symptomatyczna, wynikająca z obecności zaawansowanych procesów próchnicowych.

## WSTĘP

Stan zdrowia jamy ustnej to składowa zdrowia ogólnego człowieka i w głównej mierze jest determinowany przez zachowania zdrowotne jednostki oraz czynniki środowiskowe (socjodemograficzne, ekonomiczne, kulturowe). W utrzymaniu zdrowia jamy ustnej kluczowe znaczenie mają prawidłowe nawyki higieniczne i żywieniowe oraz regularne

wizyty stomatologiczne (1-3). W procesie kształtowania zachowań prozdrowotnych u dzieci główną rolę odgrywają rodzice, którzy są pierwszym i podstawowym źródłem wiedzy i umiejętności (4). Dzieci po osiągnięciu poziomu rozwoju pozwalającego im na otwarcie się na otaczające osoby, zaczynają je naśladować, przejmując ich zachowania. Prawidłowe wzorce systematycznego dbania o stan zdrowia

jamy ustnej i sprzyjające zdrowiu ogólnemu powinny być przekazywane przez rodziców jak najwcześniej – nie później niż w 3.-4. roku życia (5, 6). Dlatego tak niezwykle istotnym jest, aby pierwsza wizyta dziecka u stomatologa, która ma głównie na celu edukację prozdrowotną rodziców, odbyła się odpowiednio wcześnie. Wczesna wizyta to nie tylko badanie uzębienia dziecka, ale przede wszystkim przekazanie rodzicom ważnych wskazówek odnośnie prawidłowych nawyków higienicznych i kariostatycznych nawyków żywieniowych, poinformowanie o przyczynach oraz infekcyjności choroby próchnicowej, o czynnikach wpływających na rozwój wad zgryzu, udzielenie porad dotyczących działań zapobiegawczych, zaplanowanie wizyt stomatologicznych. Wiedza przekazana rodzicom na pierwszej wizycie może przyczynić się do wzrostu zainteresowania stanem uzębienia dziecka i w rezultacie modyfikować przebieg choroby próchnicowej (7, 8).

Choroba próchnicowa nadal stanowi bardzo poważny problem zdrowotny populacji dziecięcej w Polsce. Próchnica jest chorobą o złożonej etiologii i może rozpoczynać się już w niedługim czasie po wyrżnięciu zębów. Rozwój zmiany próchnicowej jest uwarunkowany brakiem wizyt lub nieregularnymi wizytami w gabinecie stomatologicznym, nieprawidłową higienizacją jamy ustnej, a także dietą bogatą w węglowodany. Próchnica charakteryzuje się gwałtownym przebiegiem, w krótkim czasie prowadzić może do zniszczenia twardych tkanek zęba, a u dzieci do 3. roku życia obserwuje się szczególnie szybki rozwój procesu próchnicowego. Znane są bardzo poważne konsekwencje kliniczne nieleczonej choroby próchnicowej, jak: miejscowe stany zapalne, choroby odogniskowe, utrata zębów prowadząca do rozwoju wad zgryzu, zaburzony rozwój mowy (9, 10). Wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia (11) w ramach programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej” wskazują na zły stan uzębienia polskich dzieci. Próchnica zębów występuje aż u 59,1% trzylatków, 79,9% pięcioletków, 85,6% dzieci 6-letnich i 90,5% dzieci w wieku 7 lat. W przeprowadzonych w Polsce wcześniejszych badaniach frekwencja próchnicy zębów mlecznych kształtowała się na poziomie 45,4-77,98% u dzieci 3-letnich, ponad 80% w grupie 3-4-latków i 51-66,4% u dzieci 4-letnich (12). Tak wysokie wskaźniki próchnicy u małych dzieci są niepokojące. Osiągnięcie celu zdrowia jamy ustnej, który Światowa Organizacja Zdrowia zakłada na 2020 rok – 80% dzieci 6-letnich wolnych od próchnicy – będzie niezmiernie trudne (13, 14). Obserwowana sytuacja zdrowotna polskich dzieci uwarunkowana jest wieloma czynnikami, za główne należy przyjąć: brak skutecznego modelu stomatologicznej, planowej opieki profilaktyczno-leczniczej oraz niska świadomość prozdrowotna rodziców (12). Z pewnością wiedza prozdrowotna rodziców dzieci dotycząca zdrowia jamy ustnej oraz nastawienie do opieki stomatologicznej stanowią ważny czynnik determinujący zgłaszalność się z dzieckiem do lekarza dentystry (15).

## WIEK DZIECKA PODCZAS PIERWSZEJ WIZYTY STOMATOLOGICZNEJ

Amerykańska Akademia Stomatologii Dziecięcej (American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD) (16) i Amerykańskie Towarzystwo Stomatologiczne (American Dental Association – ADA) (17) zalecają, aby pierwsza wizyta stomatologiczna dziecka odbyła się w ciągu 6 miesięcy od wyrżnięcia pierwszych zębów mlecznych, nie później niż w wieku 12 miesięcy. Polscy eksperci (18, 19) w zaleceniach dotyczących stosowania profilaktyki fluorkowej, żywienia dzieci oraz zasad higieny jamy ustnej opublikowanych na stronie Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (<http://ptsd.net.pl/wytyczne/>) oraz na stronie Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (<http://acff.pl/>) również podkreślają, iż pierwsza wizyta stomatologiczna powinna się odbyć między 6. a 12. miesiącem życia dziecka. Według innych źródeł za optymalny czas, w którym dziecko powinno odbyć pierwszą wizytę u stomatologa, uznaje się 12.-18. miesiąc życia (20, 21). Argentynscy autorzy Furze i Basso (22) podają natomiast, że pierwsza wizyta stomatologiczna o charakterze zapobiegawczym powinna się odbyć w 4. miesiącu życia płodowego. Podczas takiej wizyty przyszła matka otrzymuje informacje na temat choroby próchnicowej, jej infekcyjności, dowiaduje się o tym, że to ona jest głównym źródłem przenoszenia bakterii z grupy *Streptococcus mutans*, uzyskuje porady dotyczące pielęgnacji jamy ustnej dziecka oraz możliwości działań profilaktycznych. Kobieta ciężarna jest wówczas bardziej zainteresowana nie tylko własnym zdrowiem, ale również stanem zdrowia nienarodzonego dziecka.

Następnie dziecko powinno odbywać regularnie (co 3-6 miesięcy) kolejne wizyty, w celu kontroli stanu jamy ustnej, realizacji działań profilaktycznych, wczesnego wykrycia zmian próchnicznych oraz przyzwyczajenia małego pacjenta do ewentualnych zabiegów leczniczych (23). Warto podkreślić, że pierwsze wizyty dziecka w gabinecie stomatologicznym mają istotny wpływ na kształtowanie się jego postawy wobec dalszego leczenia i zaufania do stomatologa (24, 25).

Z badań epidemiologicznych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia (11, 13) wynika, że ponad 60% polskich dzieci w wieku 3 lat i około 25% dzieci w wieku 5 lat nie było nigdy wcześniej u lekarza stomatologa. Według badań Grzesiak i Kaczmarek (23) przeprowadzonych u dzieci w wieku 1,5-3 lat pierwszy kontakt ze stomatologiem miało 33% dzieci w wieku wynoszącym średnio 2,7 roku. Badania Marcinkowskiej i wsp. (21) wykazały, że z badanej grupy 551 dzieci w wieku 4-6 lat 22% nigdy nie było u stomatologa, w 1. roku życia wizytę odbyło 11,6% dzieci, w 2. roku życia – 19%, w 3. roku życia – 24%, a średni wiek dziecka podczas pierwszej wizyty stomatologicznej wyniósł 2,9 roku. Rudnicka i wsp. (4) w badaniach własnych zaobserwowali, że w grupie 148 3-5-latków 16,2% dzieci nie było nigdy u lekarza stomatologa. W badaniu ankietowym Kargul i wsp. (1) przeprowadzonym wśród 363 opiekunów dzieci w wieku 2-5 lat 17% rodziców

zadeklarowało, że nie odbyło jeszcze z dzieckiem wizyty u stomatologa. W innym badaniu ankietowym (26) przeprowadzonym wśród rodziców dzieci 6-12-letnich wykazano, iż 74% rodziców udało się po raz pierwszy do stomatologa dopiero, gdy dziecko ukończyło 3. rok życia, w 1. roku życia wizytę odbyło tylko 8% dzieci, a w 2. roku życia – 14%. Bruzda-Zwiech i wsp. (27) zaobserwowali, że w badanej grupie 4-5-latków odsetek dzieci odbywających pierwszą wizytę u stomatologa między 1. a 3. rokiem życia wyniósł 61%, po ukończeniu 3. roku życia – 23%, 5% dzieci nigdy nie było u stomatologa, a najmniejszy był odsetek pierwszorazowych pacjentów w wieku poniżej 1. roku życia – 4%. Zbliżone wyniki odnotowali Topolska i wsp. (28): odsetek dzieci między 1. a 3. rokiem życia zgłaszających się po raz pierwszy do stomatologa wyniósł 66,5%, po ukończeniu 3. roku życia – 24,8%, a w wieku poniżej 1. roku życia – 8,7%. Dane z piśmiennictwa wskazują, że odsetek polskich dzieci, które zgłaszają się na pierwszą wizytę stomatologiczną w 1. roku życia, wynosi 4-11,6%. Również autorzy z innych krajów nie obserwują prawidłowych zachowań zdrowotnych, Nainar i Straffon (29) w badaniach dzieci do 3. roku życia w Iowa w USA podają, że tylko 2% dzieci do 1. roku życia odbyło wizytę stomatologiczną, 11% dzieci do 2. roku życia i 31% dzieci do 3. roku życia. Z badań Slayton i wsp. (30) przeprowadzonych również w USA u dzieci do 3. roku życia wynika, że jedynie 2% rodziców podaje, że ich dziecko miało pierwszy kontakt ze stomatologiem przed ukończeniem 1. roku życia. Savage i wsp. (31) wykazali, że spośród dzieci do 5. roku życia z Karoliny Północnej w USA 73% z nich nie było nigdy na wizycie stomatologicznej. Indyjscy autorzy podają starszy zakres wieku, w którym dzieci mają pierwszy kontakt ze stomatologiem. Nino i wsp. (32) wskazują, że najczęściej pierwsza stomatologiczna wizyta dziecka odbywa się w wieku 7 lat, a z badań retrospektywnych Meera i wsp. (33) wynika, że 59% dzieci na pierwszą wizytę stomatologiczną zgłasza się w wieku 6-12 lat, a w grupie badanych dzieci do 3. roku życia kontakt ze stomatologiem miało jedynie 8,52% dzieci. Na podstawie badań przeprowadzonych w Bułgarii Mileva i Kondeva (34) stwierdziły, że pierwsza wizyta stomatologiczna odbywa się najczęściej w wieku 3-6 lat (51,9% badanych), a wśród dzieci do 1. roku życia kontakt ze stomatologiem miało jedynie 1,73% dzieci. Nepalscy autorzy Ghimire i wsp. (35) podają wiek 7-11 lat, w którym dzieci najczęściej pierwszy raz odwiedzają gabinet stomatologiczny (52,7% badanych), tylko 7% nepalskich dzieci w wieku do 3 lat odbyło wizytę stomatologiczną. Natomiast w Arabii Saudyjskiej z badań Murshid (36) wynika, że dzieci trafiają do stomatologa najczęściej w wieku 3-5 lat (52,9% badanych), a wśród najmłodszych do 3. roku życia kontakt ze stomatologiem miało 32,2% dzieci.

### PRZYZCZYNA PIERWSZEJ WIZYTY U STOMATOLOGA

W badaniach własnych Wilk-Sieczak i wsp. (25) wykazali, że w grupie badawczej obejmującej 100 dzieci w wieku 3-6 lat u 63% pierwsza wizyta w gabinecie stomatologicznym

była wywołana koniecznością leczenia (ubytek próchnicowy, ból zęba), natomiast mały był odsetek dzieci (26,3%), których pierwsza wizyta miała charakter kontrolny, adaptacyjny lub były to zabiegi profilaktyczne. Z badań ankietowych Rogalskiej i wsp. (26) przeprowadzonych wśród rodziców dzieci w wieku 6-12 lat wynika, że w 50% pierwsza wizyta u stomatologa miała charakter symptomatyczny, związany z występowaniem ubytków próchnicowych lub bólu zęba, a w 40% powodem pierwszej wizyty było badanie kontrolne. Natomiast Grzesiak i Kaczmarek (23) podają, że w badaniach przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 1,5-3 lat odsetek dzieci zgłaszających się na pierwszą w życiu wizytę do stomatologa z powodu dostrzeżonych przez matkę zmian próchnicowych wyniósł 36,4%, a 63,6% w celu kontroli uzębienia. Większość polskich matek zgłasza się z dzieckiem do lekarza stomatologa dopiero po pojawieniu się dostrzegalnie wizualnych zmian próchnicowych, a niejednokrotnie dopiero wtedy, gdy pojawia się ból (37, 38). Z badań międzynarodowych wynika również, iż niestety pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym jest najczęściej wizytą symptomatyczną, przeważnie z powodu dolegliwości bólowych: Meera i wsp. (33) podają ból zęba (42,04%) oraz obecność ubytków próchnicowych (28,49%) jako główne przyczyny zgłoszenia się na pierwszą wizytę; Murshid (36) wskazuje ból zęba (71,5%) jako dominujący powód pierwszej wizyty i wizytę kontrolną w 27,3% przypadkach; Ghimire i wsp. (35) mówią również o bólu (32,4%) i próchnicy (26,5%) jako głównych powodach pierwszej wizyty; z badań Mileva i Kondeva (34) wynika, że wizyta adaptacyjna odbyła się w 26,99% przypadków, a pierwsza wizyta była najczęściej wizytą symptomatyczną z powodu próchnicy i jej powikłań (59,86%); Daou i wsp. (39) w badaniach przeprowadzonych wśród dzieci libańskich stwierdzają, że obecność próchnicy (50,9%) oraz ból zęba (29,5%) to najczęstsze powody pierwszej wizyty stomatologicznej.

### PODSUMOWANIE

Uzyskane dane z przeglądu piśmiennictwa wskazują na niski poziom świadomości prozdrowotnej rodziców w zakresie profilaktyki choroby próchnicowej oraz na niewystarczające działania zapobiegawcze prowadzone w ramach indywidualnej pierwotnej profilaktyki próchnicy realizowanej w obrębie rodziny. Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym odbywa się zbyt późno w stosunku do zaleceń medycznych, odsetek dzieci zgłaszających się do stomatologa w 1. roku życia wynosi zaledwie 4-11,6%.

W większości przypadków pierwsza wizyta stomatologiczna dziecka jest wizytą symptomatyczną, wynikającą z obecności zaawansowanych procesów próchnicowych, bardzo często z powodu dolegliwości bólowych. Istnieje pilna potrzeba podjęcia działań edukacyjnych rodziców i opiekunów prawnych małych dzieci w zakresie profilaktyki stomatologicznej i zachowań prozdrowotnych. Należy zwiększyć świadomość opiekunów dotyczącą konieczności odbycia pierwszej wizyty u lekarza dentysty w odpowiednim

czasie, przeprowadzania regularnych zabiegów higienicznych w jamie ustnej dziecka, nadzorowania zabiegów szczotkowania zębów, ograniczenia spożycia produktów sprzyjających powstawaniu próchnicy. Liczne opracowania wskazują na brak skutecznego modelu opieki stomatologicznej w Polsce w grupie najmłodszych pacjentów. Działania prowadzone w obrębie profilaktyki instytucjonalnej, w postaci przedszkolnej i szkolnej profilaktyki grupowej są niezadowalające, obecnie główną rolę odgrywa profilaktyka

indywidualna wykonywana przez dziecko i rodziców, a ta jest niewystarczająca. Wydaje się konieczna intensyfikacja współpracy polskich lekarzy pediatrów, lekarzy ginekologów i lekarzy pierwszego kontaktu z lekarzami stomatologami wraz z wdrożeniem w Polsce skutecznego modelu opieki stomatologicznej ukierunkowanego na odpowiednio wczesną diagnostykę, adaptację do leczenia, działania profilaktyczne i ewentualne wczesne działania lecznicze u najmłodszych dzieci.

## KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

## ADRES DO KORESPONDENCJI

\*Anna Mika  
Prywatna Praktyka Dentystyczna  
ul. Za Torem 28 D, 34-520 Poronin  
tel.: +48 502-173-548  
z.anna@interia.pl

## PIŚMIENNICTWO

1. Kargul A, Koperny M, Bała M et al.: Ocena stanu wiedzy na temat czynników wywołujących chorobę próchnicową oraz metod jej zapobiegania na podstawie badania ankietowego wśród rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. *Dent Med Prob* 2015; 52(3): 316-323.
2. Szatko F: Społeczne uwarunkowania stanu zdrowotnego jamy ustnej. *Rozprawa habilitacyjna*. Akademia Medyczna w Łodzi 2001.
3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H et al.: The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 661-669.
4. Rudnicka J, Kowalczyk K, Ganowicz E, Iwanicka-Grzegorek E: Czynniki warunkujące zdrowie jamy ustnej u dzieci w wieku przedszkolnym. *Stomatol Współcz* 2015; 22(1): 8-15.
5. Bruzda-Zwiech A, Szydłowska-Walendowska B, Wochna-Sobańska M et al.: Wpływ nawyków higienicznych i żywieniowych na stan uzębienia dzieci w wieku przedszkolnym. *Dent Med Prob* 2005; 42(2): 267-272.
6. Marcinkowska U, Piekarczyk T, Mosler B et al.: Wybrane elementy profilaktyki próchnicy zębów dzieci w wieku przedszkolnym. I. Profilaktyka w rodzinie. *Dent Med Probl* 2013; 50(1): 45-51.
7. Hale K, Shah S: An infant's first dental visit. When, why and how. *J Mich Dent Ass* 2001; 83(2): 28-31.
8. Poulsen S: Child's first dental visit. *Int J Pediatr Dent* 2003; 13: 264-265.
9. Bagińska J: Próchnica wczesna – problem nie tylko stomatologiczny. *Nowa Stomatol* 2004; 3: 128-132.
10. Iwanicka-Frankowska E, Kępa J, Pierzynowska E: Ocena stanu zdrowotnego uzębienia dzieci w wieku przedszkolnym w Warszawie. *Nowa Stomatol* 2003; 3: 125-128.
11. Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej; <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/monitorowanie-stanu-zdrowia-jamy-ustnej-populacji-polskiej-w-latach-2013-2015/>.
12. Szymańska J, Szalewski L: Próchnica zębów mlecznych w populacji polskich dzieci w wieku 0,5-6 lat. *Zdr Publ* 2011; 121(1): 86-89.
13. Monitorowanie zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2016-2020; <http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2013/12/monitoring-2016-2020.doc>.
14. Strużycka I, Wierzbicka M, Jodkowska E et al.: Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 lat w Polsce w roku 2012. *Przegl Epidemiol* 2014; 68(1): 133-137.
15. Zanio-Kulaszewska A, Zduniak A, Zawadziński M, Jodkowska E: Ocena świadomości stomatologicznej matek dzieci sześciolletnich w województwie mazowieckim. *Nowa Pediatria* 2012; 2: 32-39.
16. American Academy of Pediatric Dentistry: Guideline on infant oral health care. *Pediatr Dent* 2014; 36(6(1)): 1141-1145.
17. American Dental Association. Statement on early childhood caries; <http://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-positions-policies-and-statements/statement-on-early-childhood-carries>.
18. Olczak-Kowalczyk D, Jackowska T, Czerwionka-Szaflarska M et al.: Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej. *Nowa Stomatol* 2015; 20(2): 81-91.

19. Olczak-Kowalczyk D, Szczepańska J, Postek-Stefańska L et al.: Stanowisko Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej (PTSD), Sekcji Stomatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy (ACFF) i konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej dotyczące związku sposobu karmienia dziecka w 2. roku życia z próchnicą wczesnego dzieciństwa. *Nowa Stomatol* 2017; 22(1): 45-52.
20. Adamowicz-Klepalska B: Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci. *Pediatr Pol* 2009; 84(6): 511-516.
21. Marcinkowska U, Piekarz T, Mosler B et al.: Wybrane elementy profilaktyki próchnicy zębów dzieci w wieku przedszkolnym. II. Profilaktyka instytucjonalna. *Dent Med Probl* 2013; 50(1): 52-56.
22. Furze H, Basso BM: The first dental visit: an Argentine point of view. *Int J Pediatr Dent* 2003; 13: 266-268.
23. Grzesiak I, Kaczmarek U: Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym. *Dent Med Probl* 2006; 43(3): 433-437.
24. Kaczmarek U: Metody behawioralne kształtujące zachowanie dziecka w gabinecie stomatologicznym na podstawie piśmiennictwa. *Czas Stomatol* 2009; 62(6): 456-466.
25. Wilk-Sieczak B, Zakrzewski M, Chmielewska-Łuczak D: Lęk matek przed leczeniem stomatologicznym i przyczyna pierwszej wizyty dziecka a czynniki prognozowania negatywnej postawy dziecka w wieku przedszkolnym podczas leczenia stomatologicznego. *Dent Med Probl* 2005; 42(1): 77-82.
26. Rogalska A, Zieleniewicz K, Mikołajczyk M, Pypeć J: Poziom wiedzy rodziców na temat stanu jamy ustnej dzieci. *Nowa Stomatol* 2004; 9(2): 80-82.
27. Bruzda-Zwiech A, Filipińska R, Szydłowska-Walendowska B et al.: Stomatologiczne zachowania prozdrowotne 4-5-letnich dzieci w świetle badań ankietowych rodziców. *Dent Med Probl* 2012; 49(2): 272-278.
28. Topolska J, Bałanda W, Malicka M et al.: Ocena świadomości prozdrowotnej rodziców dzieci w zakresie nawyków higienicznych i żywieniowych oraz ich wpływu na stan uzębienia mlecznego. *Dent Forum* 2006; 34(1): 37-41.
29. Nainar SMH, Straffon LH: Targeting of the year one dental visit for United States children. *Int J Pediatr Dent* 2003; 13: 258-263.
30. Slayton RL, Warren JJ, Levy SM et al.: Frequency of reported dental visits and professionals fluoride application in a cohort of children followed from birth to 3 years. *Pediatr Dent* 2002; 24: 64-68.
31. Savage MF, Lee JY, Kotch JB, Vann WF: Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *Pediatrics* 2004; 114: 418-423.
32. Nino J, Ashino J, Varsha J et al.: First dental visit of a child: a retrospective study. *Pushpagiri Medical Journal* 2010; 2(1): 21-23.
33. Meera R, Muthu MS, Phanibabu M, Ratnaprabhu V: First dental visit of a child. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2008; 26: 68-71.
34. Mileva SP, Kondeva VK: Age at and reasons for the first dental visit. *Folia Med* 2010; 52(4): 56-61.
35. Ghimire N, Kayatsha B, Nepal P: The first dental visit. *J Chitwan Med Coll* 2013; 3(6): 30-33.
36. Murshid EZ: Children's ages and reasons for receiving their first dental visit in a Saudi community. *Saudi Dent J* 2016; 28: 142-147.
37. Chłapowska J: Sterowanie dietą dziecka w profilaktyce przeciwpróchnicowej. *Pozn Stoma* 1992; 20: 115-119.
38. Giermakowska A, Gielniowska E, Chraniuk Z et al.: Wpływ higieny i diety na występowanie próchnicy u dzieci po 3. roku życia. *Magazyn Stomat* 1994; 4(9): 19-23.
39. Daou MH, Eden E, El Osta N: Age and reasons of the first dental visit of children in Lebanon. *J Med Liban* 2016; 64(1): 18-22.

**nadesłano:**

14.02.2019

**zaakceptowano do druku:**

03.06.2019