

Problem próchnicy u dzieci z obszarów wiejskich ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji w województwie lubelskim

Kinga Bernat¹, Jacek Majewski¹, Karolina Kuśmierz¹, Katarzyna Smoleń¹

¹ Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Bernat K, Majewski J, Kuśmierz K, Smoleń K. Problem próchnicy u dzieci z obszarów wiejskich ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji w województwie lubelskim. Med Og Nauk Zdr. 2017; 23(2): 134–137. doi: 10.26444/monz/75550

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) próchnica jest to proces patologiczny, miejscowy, pochodzenia zewnątrzustrojowego, prowadzący do odwapnienia szkliwa, rozpadu twardych tkanek zęba i w konsekwencji tworzenia ubytku. Zachorowalność na próchnicę zwiększa się wraz z wiekiem, zbliżając się do 100% u dzieci między 6. i 7. rokiem życia. Polska jest jednym z niewielu krajów Europy, w którym nie udało się zmniejszyć zapadalności na próchnicę u dzieci pomimo zaleceń WHO na rok 2000, mających na celu obniżenie frekwencji próchnicy wśród dzieci 6-letnich do poziomu 50%.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie i porównanie stanu zdrowia jamy ustnej dzieci z obszarów wiejskich i miejskich oraz wskazanie przyczyn i możliwych rozwiązań tego problemu, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na obszarze województwa lubelskiego.

Skrócony stan wiedzy. Aktualne dane na temat stanu zdrowia jamy ustnej w naszej populacji czerpiemy z ogólnopolskich badań realizowanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Główny problem w zakresie zdrowia jamy ustnej w naszym społeczeństwie dotyczy częstości występowania próchnicy wczesnej, która dotyczy dzieci do 3. roku życia. Statystycznie ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Z danych Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015 wynika, iż jedynie 20,4% dzieci 12-letnich jest wolnych od próchnicy, 21,3% z terenów miejskich i 19,2% z terenów wiejskich. W województwie lubelskim – 16,2%.

Podsumowanie. Za katastrofalny stan zdrowia jamy ustnej dzieci w polskiej populacji w dużej mierze odpowiada ograniczona dostępność do zabiegów profilaktyczno-leczniczych świadczonych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jednym z założeń ministerialnego programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej jest wyrównywanie różnic w dostępie do edukacji prozdrowotnej oraz położenie nacisku na zabiegi profilaktyczno-lecznicze w zależności od lokalizacji i regionu [1]. W realizacji tego celu w odniesieniu do dzieci z obszarów wiejskich trafnym rozwiązaniem mogą okazać się dentobusy.

Słowa kluczowe

próchnica, obszary wiejskie, świadczenia stomatologiczne, dentobusy

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Próchnica zębów, obok nowotworów, choroby niedokrwiennej serca, alergii, cukrzycy typu 2, uznawana jest za poważną chorobę cywilizacyjną, silnie warunkowaną stylem życia oraz czynnikami systemowymi i środowiskowymi [1].

Zgodnie z definicją WHO jest to proces patologiczny, umiejscowiony, pochodzenia zewnątrzustrojowego, prowadzący do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba [2]. Ubytki próchnicowe powstają na skutek działania kwasów wytwarzanych z cukrów przez bakterie obecne w jamie ustnej. U dzieci proces demineralizacji w zębach mlecznych, ale także w zębach stałych niedojrzałych przebiega znacznie szybciej niż u osób dorosłych. Dlatego nieleczony ubytek próchnicowy stosunkowo szybko będzie się rozwijać, czego konsekwencją będzie zapalenie miazgi, a następnie powikłania ze strony ozębnej i kości szczęk, co spowoduje dolegliwości bólowe. Stosunkowo często następstwem takiego stanu jest przedwczesna utrata uzębienia mlecznego, co z kolei przyczynia się do powstania różnego

rodzaju wad zgryzu. Skutkiem zaniedbań trwających od wczesnego dzieciństwa jest zły stan zdrowia jamy ustnej w dorosłym wieku. Z badań naukowych wynika, że infekcje bakteryjne towarzyszące chorobom jamy ustnej mogą stanowić dodatkowy czynnik ryzyka wystąpienia ciężkich chorób ogólnoustrojowych takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego, alergiczne oraz immunologiczne [3].

Obecnie wiadomo, że zapadalność na próchnicę zwiększa się wraz z wiekiem, zbliżając się do 100% u dzieci między 6. a 7. rokiem życia. W znacznym odsetku pojawia się ona u dzieci już między 2. a 3. rokiem życia (35–50%) oraz 3. a 4. rokiem życia (56–60%). Wśród dzieci w wieku przedszkolnym odsetek dzieci z próchnicą może sięgać nawet 85% [4].

Na podstawie ogólnopolskich badań na temat stanu zdrowia jamy ustnej wiemy, że próchnica i choroby przyzębia wciąż stanowią poważny problem naszego społeczeństwa, a stan zdrowotny uzębienia dzieci w wieku przedszkolnym jest bardzo zły. Dlatego celem niniejszej pracy jest przedstawienie i porównanie stanu zdrowia jamy ustnej u dzieci z obszarów wiejskich i miejskich wraz ze wskazaniem przyczyn i możliwych rozwiązań tego problemu, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na obszarze województwa lubelskiego.

Adres do korespondencji: Kinga Bernat, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie
E-mail: kinga.wojcik@op.pl

Nadesłano: 17 Marca 2017; zaakceptowano do publikacji: 23 Maja 2017

OPIS STANU WIEDZY

W Polsce od 1997 roku corocznie przeprowadza się Ogólnopolski Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej, na podstawie którego można nie tylko dokonać klinicznej oceny stanu uzębienia, ale także dowiedzieć się, jakie uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, organizacyjne i kulturowe wpływają na stan zdrowia jamy ustnej [1].

Z danych monitoringu na lata 2013–2015 wynika, że główny problem w zakresie zdrowia jamy ustnej w naszym społeczeństwie dotyczy częstości występowania próchnicy wczesnej, która dotyczy dzieci do 3. roku życia. Statystycznie ponad 50% trzylatków ma zęby z ubytkami próchnicowymi. Średnio u dziecka w tym wieku objęte próchnicą są ok. 3 zęby [1]. Ponadto profilaktyka próchnicy u dzieci w wieku przedszkolnym jest na bardzo niskim poziomie. Z badań ankietowych wynika, że ponad 60% matek dzieci w wieku 3 lat nie było z dzieckiem u stomatologa [1]. U dziecka w wieku 5 lat stwierdza się średnio ok. 5 zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci w wieku 5 lat bez próchnicy nie przekracza 20% [1]. Warto więc wspomnieć, że cel zdrowia WHO na XXI wiek, proponowany do realizacji do 2020 roku zakłada, że we wszystkich krajach europejskich odsetek dzieci 6-letnich bez próchnicy osiągnie 80% [2].

Z danych Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015 wynika, iż jedynie 20,4% dzieci 12-letnich jest wolnych od próchnicy, 21,3% z terenów miejskich i 19,2% z terenów wiejskich. W województwie lubelskim jest to 16,2%. Wśród dzieci z terenów miejskich średnio występują: 1,8 zęba z wypełnieniem, 0,02 usuniętego i 1,6 z wypełnieniem, zaś z terenów wiejskich 2,2 z próchnicą, 0,04 usuniętego oraz 1,6 z wypełnieniem. W województwie lubelskim na statystycznego 12-latkę przypada 1 ząb stały z próchnicą, 0,02 usuniętego oraz 2,1 z wypełnieniem [1].

Z aktualnych badań stanu zdrowia jamy ustnej z 2015 roku wynika, że odsetek dzieci w wieku 3 lat wolnych od próchnicy (PUWZ = 0) z uwzględnieniem miejsca zamieszkania wygląda następująco: miasto – 58,5%, wieś – 41,5%, natomiast na obszarze województwa lubelskiego wynosi on 46,3%.

Uwzględniając intensywność próchnicy (wskaźnik PUWZ – oznacza liczbę zębów z próchnicą, usuniętych z powodu próchnicy i wypełnionych) w badanej grupie dzieci 3-letnich w zależności od miejsca zamieszkania sytuacja kształtowała się następująco: na obszarach miejskich wynosiła 1,97, a na terenach wiejskich – 2,97, natomiast w województwie lubelskim ogółem – 2,4. Uwzględniając wartość wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy u dzieci w wieku 3 lat w zależności od miejsca zamieszkania, można stwierdzić, że sytuacja nieco lepiej wygląda na obszarach miejskich (0,07) niż na wsi (0,05).

Odsetek badanych osób w wieku 15 lat wolnych od próchnicy (PUW = 0) z uwzględnieniem miejsca zamieszkania prezentuje się następująco: miasto – 7,2%, wieś – 4,6%. Natomiast intensywność próchnicy dla całej populacji badanych osób w wieku 15 lat z uwzględnieniem miejsca zamieszkania kształtuje się następująco: miasto – 5,43, wieś – 6,15, zaś w województwie lubelskim wskaźnik PUWZ wynosi 4,65. Dane statystyczne wskazują, że ogółem 5% 15-latków utraciło ząb stały z powodu próchnicy, z czego 2,7% stanowią 15-latkowie z miasta, a 7,8% – ze wsi. Uwzględniając wartość wskaźnika leczenia zachowawczego próchnicy w omawianej grupie wiekowej w zależności od miejsca zamieszkania,

można zauważyć, że sytuacja w mieście (0,628) i na wsi (0,62) niewiele się różni. Natomiast województwo lubelskie z wartością ww. wskaźnika 0,79 wypadła lepiej niż województwo mazowieckie – 0,514. Z powyższych danych wynika, iż mimo gorszej sytuacji dzieci z obszarów wiejskich w zakresie zdrowia jamy ustnej, świadomość prozdrowotna dotycząca konieczności korzystania ze świadczeń stomatologicznych jest bardzo podobna, na co wskazują dane uwzględniające częstość zgłaszania się 15-letniej młodzieży do dentystry. Do odwiedzenia gabinetu stomatologicznego 2 razy w roku przyznało się 22,8% respondentów z terenów miejskich i 20,6% z obszarów wiejskich, natomiast 5,7% 15-latków z obszarów miejskich i 6,8% z terenów wiejskich w ogóle nie korzystało z usług stomatologicznych w ciągu ostatnich 12 miesięcy [1]. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać nie tylko w niedostatecznej wiedzy i świadomości prozdrowotnej społeczeństwa, ale również w ograniczonej dostępności do świadczeń stomatologicznych, szczególnie na obszarach podmiejskich.

Dane statystyczne z 2015 roku jednoznacznie wskazują, że zdecydowanie więcej, bo aż 64% dzieci i młodzieży korzysta z prywatnych usług stomatologicznych, natomiast tylko 14% ze świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ [1].

Ponadto na podstawie danych zgromadzonych w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Lubelskiej Izby Lekarskiej dowiadujemy się, że w województwie lubelskim jest ok. 2006 lekarzy dentyistów z czynnym prawem wykonywania zawodu, z czego tylko 68 posiada specjalizację w dziedzinie pedodontji i 149 w stomatologii zachowawczej z endodontją. Natomiast w mniejszych miejscowościach, jak Chełm jest tylko 1 pedodonta, zaś w Zamościu i Białej Podlaskiej po 2 lekarzy specjalizujących się w dziedzinie stomatologii dziecięcej i zachowawczej. Powyższe dane są orientacyjne, ale wskazują na niedostateczną liczbę lekarzy specjalistów w zakresie stomatologii dziecięcej i zachowawczej, a powszechnie wiadomo, że kontrakty na świadczenia stomatologiczne są przyznawane tylko lekarzom posiadającym odpowiednie kwalifikacje.

Wyniki wielu badań socjoepidemiologicznych dowodzą, że zapadalność i przebieg choroby próchnicowej aż w 80% determinowane są przez czynniki o charakterze pozamedycznym, tj. środowisko, styl życia czy uwarunkowania systemowe [6, 7, 8, 9]. Niemal wszystkie opracowania w polskim piśmiennictwie, które ukazały się do końca XX wieku wskazywały na zdecydowanie większą zapadalność, a tym samym większe potrzeby lecznicze w zakresie próchnicy zębów u dzieci ze środowiska wiejskiego w stosunku do dzieci z większych aglomeracji [6, 7, 10, 11]. Podobnie sytuacja kształtowała się w odniesieniu do osób dorosłych. Dane epidemiologiczne z lat 70. XX wieku dowodzą, że osoby ze środowiska wiejskiego w przedziale wiekowym 35–44 lata miały trzykrotnie mniej zębów z wypełnieniem (12% vs 37%) i jednocześnie dwukrotnie więcej zębów usuniętych z powodu próchnicy, w porównaniu do ich rówieśników wywodzących się z obszarów miejskich [5, 8]. Na skutek zmian systemowych w naszym kraju z początkiem XXI wieku zdecydowanej poprawie uległo wiele zachowań prozdrowotnych Polaków, co z kolei przełożyło się na zminimalizowanie różnic środowiskowych w zapadalności i przebiegu próchnicy. Jednak mimo że frekwencja próchnicy u dzieci z obszarów wiejskich uległa znacznej poprawie, nie zmienia to faktu, że stan zdrowotny jamy ustnej odnoszący się do całej polskiej populacji na tle innych krajów jest wg kryteriów WHO bardzo zły.

Wśród przyczyn tak złej sytuacji epidemiologicznej wymienia się błędne podejście Polaków do choroby próchnicowej oraz brak świadomości na temat tego, że można jej skutecznie zapobiegać.

Na podstawie dotychczasowych badań mających na celu ocenę stanu wiedzy i zachowań prozdrowotnych rodziców na temat higieny jamy ustnej i profilaktyki próchnicy u niemowląt i małych dzieci stwierdzono, że jest wciąż alarmująco niska. Taka sytuacja jest nie tylko wynikiem niedostatecznej edukacji, ale również mylnego przekonania, które od lat funkcjonuje w naszym społeczeństwie odnośnie braku konieczności leczenia zębów mlecznych, ponieważ wkrótce zostaną zastąpione przez zęby stałe. Dlatego rodzice przeważnie zgłaszają się do lekarza stomatologa, dopiero gdy dziecko uskarża się na ból zęba. Wówczas konieczne jest już rozpoczęcie leczenia inwazyjnego, a wizyta często kończy się płaczem małego pacjenta i wpływa na negatywne nastawienie do kolejnych wizyt w gabinecie stomatologicznym. Dlatego najbardziej pożądaną metodą profilaktyki jest jej odmiana pierwotna, czyli zapobieganie powstaniu ognisk próchnicznych. Pozwala ona na podjęcie kroków prowadzących do odwrócenia procesu patologicznego i ponownej remineralizacji szkliwa [12, 13].

Kaczmarek i wsp. dowodzą, iż w metodach profilaktycznych ważna jest nie tylko świadomość zdrowotna rodziców, ale przede wszystkim praktyczna jej realizacja przez krzewienie właściwych nawyków żywieniowo-higienicznych oraz odpowiednie stosowanie preparatów zawierających fluor [14]. Dlatego tak ważna jest odpowiednio wczesna wizyta z dzieckiem u stomatologa, której zasadniczym celem jest przekazanie rodzicom istotnych informacji o przyczynach choroby próchnicowej oraz wiedzy, jakimi metodami i środkami pielęgnować jamę ustną dziecka w poszczególnych okresach jego rozwoju.

Niestety, jak podają dane z NIK, w naszym społeczeństwie dostępność profesjonalnej profilaktyki i leczenia stomatologicznego w małych miasteczkach i na wsiach jest ograniczona [11]. Sytuacja ta wynika m.in. z faktu, że lekarze stomatolodzy w większości prowadzą swoje gabinety w dużych miastach i ośrodkach akademickich, co zmusza mieszkańców małych miejscowości do szukania dentysty poza granicami ich gmin [4].

Z tego względu skutecznym rozwiązaniem powyższego problemu mogą okazać się tzw. dentobusy. Mobilna stomatologia jest innowacyjnym rozwiązaniem systemowym i skutecznie funkcjonuje w wielu krajach rozwiniętych, m.in. w USA, Danii, Indiach, Niemczech czy Francji.

Z danych zawartych w badaniach przesiewowych wiemy, że nowatorskie metody są efektywne, bowiem w USA frekwencja próchnicy wśród dzieci 6-letnich w wyniosła 30%, we Francji 22,2%, zaś w Danii 25%. W Polsce natomiast częstotliwość występowania próchnicy wśród sześciolatków wynosi 86,9%. Mobilny gabinet stomatologiczny wyposażony jest w niezbędny sprzęt – unit, lampy, w pełni wyposażone stanowisko pracy dla lekarza i asystenta, autoklaw oraz aparat rtg. W dentobusach przeprowadza się jedynie zabiegi na podstawowym poziomie, takie jak wypełnianie ubytków, zdjęcie rtg, skaling czy zabiegi profilaktyki fluorokowej, natomiast jeśli pacjent wymaga bardziej zaawansowanego leczenia, wówczas jest kierowany do gabinetu stacjonarnego [15].

PODSUMOWANIE

Za katastrofalny stan zdrowia jamy ustnej dzieci w polskiej populacji odpowiada niska świadomość społeczeństwa w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej oraz ograniczona dostępność zabiegów profilaktyczno-leczniczych świadczonych ze środków publicznych.

Odpowiedzialność za stan uzębienia dzieci i młodzieży spoczywa nie tylko na rodzicach, ale również na lekarzach stomatologach oraz pracownikach służby zdrowia, zwłaszcza lekarzach pediatrach czy pielęgniarkach, których zadaniem jest promowanie zachowań prozdrowotnych w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej oraz właściwe edukowanie rodziców w tym zakresie.

Na podstawie wieloletnich analiz i doświadczeń WHO uznano, że najkorzystniejszym środowiskiem promocji zdrowia jest szkoła, gdzie realizacja programów edukacyjnych powinna mieć charakter działań kompleksowych. Oznacza to, że istotną wiedzę z zakresu właściwego dbania o stan zdrowia jamy ustnej należy przekazywać zarówno dzieciom, jak i ich rodzicom, jednocześnie ucząc ich współodpowiedzialności za stan swojego zdrowia. Generalnie edukacja powinna dotyczyć zasad racjonalnego odżywiania, przestrzegania zasad higieny jamy ustnej, obowiązkowych badań kontrolnych w gabinecie stomatologicznym, a także uczestnictwa w akcjach profilaktycznych z wykorzystaniem preparatów fluorowych przeprowadzanych w regularnych odstępach czasu.

Z tego względu powrót gabinetów stomatologicznych do szkół wydaje się niezbędnym elementem na drodze realizacji wyżej postawionych celów. Niestety z przyczyn kadrowych i finansowych często okazuje się to niemożliwe, dlatego coraz częściej poszczególne gminy walczą z próchnicą u dzieci „na własną rękę”, współfinansując część niezbędnych zabiegów [16].

Z danych NIK wiemy, że na wsiach i w małych miasteczkach większość dzieci niemal całkowicie pozbawiona jest publicznej opieki stomatologicznej, a ministerialne programy na rzecz popularyzacji zdrowia i higieny jamy ustnej są mało skuteczne [12]. Świadczy o tym bardzo wysoka frekwencja próchnicy wśród dzieci z obszarów wiejskich, co w głównej mierze powinno skłaniać do podjęcia skuteczniejszych działań w celu poprawy dostępu do świadczeń gwarantowanych w ramach NFZ oraz wdrożenia programów profilaktycznych skutecznie motywujących do dbania o stan uzębienia. Ponadto należałoby rozważyć innowacyjne rozwiązania, takie jak idea wdrożenia mobilnej stomatologii.

PIŚMIENICTWO

1. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/monitjamyust_prog2013_20130510.pdf (dostęp: 13.05.2017).
2. Pawka B, Dreher P, Herda J i in. Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91(1): 5–7.
3. Woynarowska B (red.). Zapobieganie próchnicy zębów i chorobom przyzębia. *Profilaktyka w pediatrii*, Wyd. 2. Warszawa, PZWL; 2008.
4. Szymańska J, Szalewski L. Próchnica zębów mlecznych w populacji polskich dzieci w wieku 0,5–6 lat. *Zdr Publ.* 2011; 121(1): 86–9.
5. Dybizańska E, Pierzynowska E, Strużycka I, Zawadziński M, Wierzbicka M. Występowanie próchnicy u dzieci 12-letnich w Polsce w okresie kolejnych zmian zarządzania i finansowania opieki zdrowotnej. *Stom Współcz.* 2004; 11, 4: 8–13.
6. Arnljot H, Barmes D, Cohen L, Hunter P, Ship I. *Oral Health Care Systems – an International Collaborative Study.* World Health Organization, Geneva 1985: 147–160.

7. Chen M, Andersen R, Barmes D, Leclercq M, Lyttle C. Comparing Oral Health Care Systems – a Second International Collaborative Study. World Health Organization, Chicago 1997: 136–151.
8. Bromblik A, Wierzbicka M, Szatko F. Wpływ warunków środowiskowych na zapadalność i przebieg próchnicy zębów u dzieci. Czas Stomatol. 2010; 63(5): 301–309.
9. Banaszek D. Świadomość i zachowania zdrowotne matek objętych edukacją stomatologiczną w szkole rodzenia oraz stan narządu zucia ich dzieci w wieku 2–5 lat. Nowa Stomat. 2006; 4: 140–145.
10. Jańczuk Z. Stan narządu zucia populacji polskiej. Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin 1990: 18–29.
11. Wierzbicka M, Szatko F, Radziejewska M, Rucińska K, Zawadziński M. Stan zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 6 lat. W: M. Wierzbicka (red.). Ogólnokrajowy monitoring zdrowia jamy ustnej i jego uwarunkowań – 2000. Instytut Stomat. AM w Warszawie, Katedra Hig. i Epidem. AM w Łodzi, Warszawa 2000: 10–42.
12. Najwyższa Izba Kontroli. Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych. Nr ewid. 131/2013/P/12/124/K z dnia 02.07.2013 r.
13. Hallas D, Fernandez J, Lim L, Carobene M. Nursing strategies to reduce the incidence of early childhood caries in culturally diverse populations. J Pediatr Nurs. 2011; 26: 248–256.
14. Kaczmarek U, Grzesiak I. Częstość i intensywność próchnicy u dzieci do 3. roku życia ze żłobków wrocławskich. Porad Stomatol. 2005; 9: 4–7.
15. Kuśmierz K, Kulsharova A, Smoleń K, Marcyniuk P, Węgrzyniak M. Innowacyjny organizacyjny model prewencji stomatologicznej, Med Og Nauk Zdr. 2016; 22(3): 187–189.
16. <http://samorzad.pap.pl/depesze/podatki/152466/Zadbac-o-zeby--Gminy-walcza-z-prochnica-u-dzieci> (dostęp: 13.05.2017).

Problem of dental caries in rural children with particular consideration of situation in the Lublin Region

Abstract

Introduction and objective. According to the World Health Organization (WHO), dental caries is a pathological, local process of extracorporeal origin, leading to decalcification of the enamel, disintegration of hard dental tissue and, in consequence, development of decay. Morbidity due to caries increases with age, reaching up to 100% in children aged between 6–7. Poland is among the few European countries where efforts to reduce morbidity due to dental caries in children have been unsuccessful, despite the WHO recommendations for 2000, aimed at a decrease in the frequency of dental caries among 6-year-old children to the level of 50%.

The objective of the presented study was demonstration and comparison of the state of the oral cavity in children from rural and urban areas, and indicate the causes and possible solutions to this problem, with particular consideration of the situation in the Lublin Region.

Brief state of knowledge. Up-to-date data concerning the state of oral health in Polish population come from all-Polish studies conducted by order by the Ministry of Health. The main problem concerning oral health in our society is the frequency of occurrence of early childhood caries, affecting children aged up to 3 years. Statistically, more than 50% of children aged 3 have decayed teeth. Data from the All-Polish Oral Health Monitoring carried out among the Polish population during the period 2013–2015, showed that only 20.4% of children aged 12 are free from caries, 21.3% from urban areas and 19.2% from rural areas; in the Lublin Region – 16.2%.

Summing up. The limited availability of prophylactic-therapeutic procedures provided within the Act in the matter of health services financed from public resources, to a great extent is responsible for the disastrous state of oral health of children in the Polish population. Among the assumptions of the Ministry programme for the monitoring of oral health is the levelling of differences in access to health promoting education, and placing emphasis of prophylactic-therapeutic procedures, according to the localization and region [1]. In order to attain this goal with respect to children from rural areas, dentobuses may be an on point solution.

Key words

dental caries, rural areas, dental services, dentobus