

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ



ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ

Με τη συνεργασία των εργαστηρίων:

- Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών
- Παιδοδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

ΑΘΗΝΑ 2003

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Αθανασούλη Θ Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής Οδοντιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών
- Ουλής Κ. Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών
Συντονιστής Προγράμματος
- Παπαγιαννούλη Λ. Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- Ε. Μαμάη-Χωματά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής
Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Χ. Κωλέτση-Κουνάρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής
Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Π. Οικονόμου, Αναπληρωτής Καθηγητής Κινητής Προσθητικής
Πανεπιστημίου Αθηνών
- Χ. Παναγόπουλος, Επίκουρος Καθηγητής Προληπτικής & Κοινωνικής
Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Β. Τοπίτσογλου Επίκουρη Καθηγήτρια Προληπτικής Οδοντιατρικής,
Περιοδοντολογίας και Βιολογίας εμφυτευμάτων
Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
- Α. Πολυχρονοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής
Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Γ. Βαδιάκας, Επιστημονικός Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών
- Κ. Τσινίδου, Επιστημονική Συνεργάτης Παιδοδοντιατρικής
Πανεπιστημίου Αθηνών
- Β. Τσανίδης Παιδοδοντίατρος Ms

Προετοιμασία του εκπαιδευτικού υλικού

- Χ. Κουνάρη-Κωλέτση Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Προληπτικής & Κοινωνικής
Οδοντιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α' ΜΕΡΟΣ

ΑΓΩΓΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Ο ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	11
ΑΓΩΓΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	11
ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΤΕΡΗΔΟΝΑ	22
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	24
ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ	24
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ	26
ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ	28
ΟΥΛΙΤΙΔΑ – ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΟΥ	34
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	36
ΥΓΙΕΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΟΙ ΙΣΤΟΙ.....	37
ΟΥΛΙΤΙΔΑ.....	38
ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ.....	39
Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ.....	44
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	46
ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ.....	46
Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΦΘΟΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ.....	47
<i>Φθοριούχα σκευάσματα τοπικής εφαρμογής (αυτοχορήγηση).....</i>	<i>53</i>
<i>Φθοριούχα ζελέ.....</i>	<i>55</i>
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	56
ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΟΠΩΝ ΚΑΙ ΣΧΙΣΜΩΝ (SEALANTS).....	58
ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ.....	59

Β' ΜΕΡΟΣ (ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ ΔΙΑΦΑΝΕΙΩΝ).....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

A' ΜΕΡΟΣ

ΑΓΩΓΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχος της σύγχρονης οδοντιατρικής είναι η προαγωγή και διατήρηση της στοματικής υγείας των ατόμων. Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια ο πρωταρχικός ρόλος του οδοντιάτρου είναι η προσφορά των υπηρεσιών του στο κοινωνικό σύνολο. Ως εκ τούτου, η έρευνα είναι συνεχής για την εξεύρεση των πιο αποτελεσματικών μεθόδων παροχής οδοντιατρικής φροντίδας. Η σύγχρονη έρευνα, ωστόσο, δεν αφορά μόνο στην ανάπτυξη νέων μεθόδων θεραπείας, εξοπλισμού και τεχνολογίας. Αφορά εκ παραλλήλου και στην ανάπτυξη καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων με τον ασθενή ώστε να προωθήσει ο οδοντίατρος την **προσωπική συμμετοχή** του ασθενούς για τη βελτίωση της στοματικής του υγείας.

Είναι γεγονός, ότι η ανάπτυξη της οδοντιατρικής επιστήμης και οι σύγχρονες μέθοδοι θεραπείας έχουν συμβάλει στην βελτίωση του επιπέδου στοματικής υγείας των πληθυσμών που ζουν σε ανεπτυγμένες χώρες. Η έρευνα και η εμπειρία, ωστόσο, έχουν δείξει ότι το μεγαλύτερο μερίδιο στη βελτίωση της στοματικής υγείας κατέχει η άσκηση της **προληπτικής οδοντιατρικής** τόσο σε προσωπικό επίπεδο στο ιατρείο, αλλά και μέσω οργανωμένων προγραμμάτων στην κοινότητα. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία για τη **μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των πολιτών όσον αφορά στη στοματική υγεία**, οι οποίες διευρύνονται, παρά τη βελτίωση που έχει παρατηρηθεί στη στοματική υγεία των πληθυσμών, με αποτέλεσμα στα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα να παρουσιάζονται αυξημένες ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη.

Στην αυγή του 21ου αιώνα η πρόκληση της άσκησης προληπτικής οδοντιατρικής εμφανίζεται ιδιαίτερα επιτακτική. Κατ' αρχήν, η προληπτική οδοντιατρική στηρίζεται σε ένα φιλοσοφικό, ηθικό και κοινωνικό πλαίσιο που δεν αμφισβητείται από κανέναν. Οι οδοντίατροι, ως φορείς παροχής οδοντιατρικής φροντίδας, γνωρίζουν τους τρόπους ελέγχου των νόσων του στόματος και δεν υπάρχει άλλη επιλογή από το να δοθεί το προβάδισμα στην προληπτική οδοντιατρική. Εκτός όμως από την ιδεαλιστική αυτή τοποθέτηση απέναντι στην άσκηση της οδοντιατρικής, υπάρχει και η ουσιαστική πλευρά. Σε κοινωνικό επίπεδο, η προληπτική παρέμβαση μπορεί να μειώσει σε σημαντικό βαθμό τις ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη. Αντιθέτως, είναι πλέον γνωστό ότι η προσέγγιση των οδοντιατρικών προβλημάτων **μόνο** με την επανορθωτική

οδοντιατρική είναι επίπονη, δαπανηρή, αναποτελεσματική ως προς το σύνολο του πληθυσμού και οδηγεί σε ανισότητες.

Ο ΝΕΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ

Στις σύγχρονες κοινωνίες προωθείται η **ολιστική αντίληψη της υγείας**. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως «η φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός, που είναι γενικά αποδεκτός, βρίσκεται πιο κοντά στην Ιπποκράτεια φιλοσοφία όπου αναφερόταν ότι η διατήρηση της υγείας απαιτεί μια κατάσταση ισορροπίας ανάμεσα στις επιδράσεις του περιβάλλοντος, στον τρόπο ζωής και στα διάφορα στοιχεία της ανθρώπινης φύσης. Η ολιστική αντίληψη της υγείας απαιτεί τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου των επαγγελματιών υγείας και φυσικά των οδοντιάτρων. Έτσι, ο νέος ρόλος του οδοντιάτρου οριοθετείται μέσα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Να έχει προσανατολισμό προς την πρόληψη και να την ασκεί σε όλα τα επίπεδα.
2. Να έχει άριστες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις και να ενημερώνεται συνεχώς για τις νέες επιτεύξεις και τεχνολογίες της οδοντιατρικής επιστήμης.
3. Να είναι σε θέση να γνωρίζει όλους εκείνους τους παράγοντες – βιολογικούς, περιβαλλοντικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς, συμπεριφοράς κ.ά., που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη στοματική υγεία των ατόμων.
4. Να έχει κοινωνική ευαισθησία.

ΑΓΩΓΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στη νέα αυτή φιλοσοφία για την υγεία, που αναπόσπαστο τμήμα αποτελεί η στοματική υγεία, κυρίαρχο ρόλο κατέχει η **αγωγή υγείας** που αποτελεί τη βάση κάθε προληπτικού οδοντιατρικού προγράμματος, εφόσον τα νοσήματα του

στόματος έχουν ισχυρή συσχέτιση με τη συμπεριφορά υγείας των ατόμων καθώς και με τις περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιδράσεις. **Στόχος της αγωγής στοματικής υγείας** είναι η διαμόρφωση ή και η τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς που οδηγούν στη βελτίωση του επιπέδου στοματικής υγείας. Στοχεύει, δηλαδή, στη σωστή διαμόρφωση των συνηθειών των ατόμων που καθορίζουν και επηρεάζουν τη στοματική τους υγεία. Μέσα στα πλαίσια αυτά, προωθείται διεθνώς η έννοια της **αυτό-φροντίδας** που σημαίνει **ενεργό συμμετοχή των ατόμων** για την βελτίωση της στοματικής τους υγείας.

Η διαδικασία τροποποίησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ωστόσο, με σκοπό την απόκτηση θετικών για την υγεία συνηθειών, είναι ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση. Σύμφωνα με έρευνες ειδικών ψυχολόγων παρεμβάλλεται σημαντικό χρονικό διάστημα μεταξύ της γνώσης του αντικειμένου και της απόκτησης της συνήθειας. Το χρονικό αυτό διάστημα ποικίλλει στις διάφορες ομάδες και εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ατόμων. Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης οι προδιαθεσιακοί παράγοντες κάθε ατόμου που έχουν άμεση σχέση με την προσωπικότητά του.

Γενικά, έχει βρεθεί ότι ακολουθούνται τα εξής 5 στάδια από τη γνώση του αντικειμένου μέχρι την απόκτηση της θετικής συνήθειας.

- 1. Ενημέρωση:** Στο στάδιο αυτό το άτομο αναγνωρίζει τι πρέπει να πράξει για την πρόληψη της νόσου, αλλά η γνώση αυτή δεν εξασφαλίζει τη δράση.
- 2. Ενδιαφέρον:** Στο στάδιο αυτό το άτομο δείχνει κάποιο ενδιαφέρον για δράση.
- 3. Συμμετοχή:** Παρατηρείται ενδιαφέρον και υπάρχει συγκεκριμένη πρόταση για δράση.
- 4. Δράση:** Γίνεται προσπάθεια εφαρμογής των προληπτικών μέτρων.
- 5. Συνήθεια:** Τακτική δράση για σημαντικό χρονικό διάστημα.

Στην Ελλάδα, έχουν γίνει ορισμένες έρευνες σχετικά με τις γνώσεις, τις απόψεις και τη συμπεριφορά των ατόμων όσον αφορά στη στοματική υγεία. Από τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών προκύπτει ότι οι οδοντιατρικές γνώσεις των Ελλήνων, ενηλίκων και παιδιών, είναι περιορισμένες και πολλές φορές λανθασμένες ενώ παρατηρείται αντίφαση μεταξύ της πίστης στην προληπτική οδοντιατρική και της μοιρολατρικής άποψης ότι τα δόντια θα χαθούν με την πάροδο της ηλικίας. Όσον αφορά στην οδοντιατρική συμπεριφορά, ένα πολύ μικρό ποσοστό παρουσιάζει ικανοποιητικό επίπεδο ενώ η επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών τάξεων είναι εμφανής, όπου στα χαμηλότερα στρώματα το επίπεδο γνώσεων και συμπεριφοράς είναι σημαντικά χαμηλότερο σε σχέση με

τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα. Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν την ανάγκη που υπάρχει στην Ελλάδα για την **οργάνωση και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής στοματικής υγείας**.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι η νέα φιλοσοφία της υγείας δεν αφορά μόνο στα άτομα – χρήστες των φροντίδων υγείας, αλλά και στα ίδια τα επαγγέλματα υγείας και φυσικά στους ίδιους τους οδοντιάτρους. Αυτό συμβαίνει γιατί, πέρα από το γεγονός ότι αλλάζει η παραδοσιακή σχέση γιατρού ασθενή, επιτελείται στροφή της οδοντιατρικής επιστήμης από τη θεραπεία στην πρόληψη και θα πρέπει να πιστέψουν οι οδοντίατροι ότι αυτό που δεν έχει επιτευχθεί τόσα χρόνια με την άσκηση **μόνον** της επανορθωτικής οδοντιατρικής, δηλαδή η βελτίωση της στοματικής υγείας των πληθυσμών, μπορεί να επιτευχθεί τώρα με την αγωγή στοματικής υγείας και την πρόληψη.

Από έρευνες που έχουν γίνει στον διεθνή και στον ελληνικό χώρο σχετικά με την στάση των οδοντιάτρων απέναντι στην άσκηση της προληπτικής οδοντιατρικής, έχουν προκύψει θετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, από στοιχεία ελληνικών μελετών έχει βρεθεί ότι το επίπεδο πληροφόρησης των ασθενών από τον οδοντίατρο, σχετικά με την προληπτική οδοντιατρική είναι πολύ χαμηλό και δυστυχώς, οι οδοντίατροι δεν δίνουν τον απαραίτητο χρόνο για την άσκηση της προληπτικής οδοντιατρικής. Επιβεβαίωση του γεγονότος αυτού είναι τα πολύ χαμηλά ποσοστά εφαρμογής των διαφόρων μέτρων πρόληψης από τον παιδικό πληθυσμό που έχουν βρεθεί στις ως άνω μελέτες. Αυτό δείχνει τη δυσκολία μετατροπής της πίστης στην πρόληψη, σε ουσιώδη, δηλαδή, επικοινωνία με τον ασθενή, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την χαμηλή ανταπόκριση των ασθενών και εφαρμογή αυτών των μέτρων πρόληψης που διδάσκονται να εφαρμόσουν, διότι δεν έχει δημιουργηθεί σωστή σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η αγωγή υγείας όμως απαιτεί ικανότητα για επικοινωνία προκειμένου να μεταδοθούν τα μηνύματα της πρόληψης και να υπάρξει συμμετοχή των ίδιων των ατόμων. Η κατανόηση του προβλήματος αυτού από τους οδοντιάτρους αποτελεί, ίσως, ένα σημαντικό βήμα προς την ανάπτυξη προσωπικών μεθόδων επικοινωνίας. Η ικανότητα για επικοινωνία αποτελεί προϋπόθεση και επιταγή για την εφαρμογή της σύγχρονης φιλοσοφίας για την υγεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μελέτησε τις τάσεις και τις επιτεύξεις στην οδοντιατρική έρευνα, στην παροχή των φροντίδων υγείας και στην εκπαίδευση του οδοντιατρικού προσωπικού, σε σχέση με τις αλλαγές στις απόψεις και τις προσδοκίες των ατόμων για στοματική υγεία και κατέληξε στο

συμπέρασμα ότι τόσο η παροχή φροντίδων στοματικής υγείας όσο και η εκπαίδευση του οδοντιατρικού δυναμικού χρειάζονται ριζική μεταρρύθμιση. Και τούτο επειδή η νέα τεχνολογία απαιτεί περισσότερες ειδικές ικανότητες στην διάγνωση των παθήσεων του στόματος, στην παθοφυσιολογία, στον προσδιορισμό του κινδύνου νόσησης των ατόμων, στην αξιολόγηση του τρόπου αντιμετώπισης και διαχείρισης των προβλημάτων της στοματικής υγείας και τέλος **στην επικοινωνία**. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια η επιτροπή ειδικών του ΠΟΥ προσδιόρισε 12 κατευθυντήριες αρχές σχετικά με την στοματική υγεία στην αυγή του 21ου αιώνα.

Κατευθυντήριες αρχές σχετικά με τη στοματική υγεία στον 21ο αιώνα

1. Η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της γενικής υγείας και της ποιότητας της ζωής.
2. Η κατάσταση της στοματικής υγείας θα μπορούσε να βελτιωθεί και να διατηρηθεί με πιο οικονομικό τρόπο και ταυτοχρόνως να υπάρχει ποιότητα και πρόσβαση.
3. Ως γενικός κανόνας ισχύει ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη της θεραπείας.
4. Τα άτομα θα πρέπει να πράττουν όσα μπορούν περισσότερο για τον εαυτό τους ώστε να αποκτούν και να διατηρούν τη στοματική τους υγεία.
5. Η τερηδόνα, η ουλίτιδα και τα περισσότερα νοσήματα του περιοδοντίου μπορεί να προλαμβάνονται και να ελέγχονται.
6. Τα προληπτικά μέτρα που εφαρμόζει η κάθε κοινότητα θα πρέπει να υποστηρίζουν την ατομική και προσωπική φροντίδα
7. Η στοματική υγεία θα πρέπει να παρέχεται μέσα στα πλαίσια ενοποιημένων προγραμμάτων φροντίδων της γενικής υγείας.
8. Οι φορείς παροχής οδοντιατρικής φροντίδας θα πρέπει να προετοιμάζονται και να έχουν το κίνητρο να αξιολογούν την γενική υγεία και να συμμετέχουν στην παροχή φροντίδων γενικής υγείας.
9. Ο αριθμός, η κατανομή και το είδος του οδοντιατρικού δυναμικού θα πρέπει να προγραμματίζονται ανάλογα με τις ανάγκες, την ποιότητα, το κόστος και την πρόσβαση που θεωρούνται αναγκαία για να επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο στοματικής υγείας.
10. Ο σχεδιασμός, η παροχή φροντίδων και τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να είναι τα κατάλληλα για τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται

11. Η έρευνα, η αξιολόγηση και η εκπαίδευση αποτελούν ουσιαστικούς παράγοντες για την συνεχή προαγωγή της στοματικής υγείας.
12. Η εκπαίδευση πρέπει να συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής των οδοντιάτρων.

Από τις αρχές αυτές, προκύπτει ότι η έμφαση δίνεται **στην προληπτική κατεύθυνση, στα προγράμματα πρόληψης στην κοινότητα, στη συμμετοχή των ατόμων (αυτοφροντίδα) και στην εκπαίδευση των οδοντιάτρων** ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις μιας επιστήμης που αναπτύσσεται συνεχώς.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως προκύπτει από προγράμματα αγωγής στοματικής υγείας που έχουν εφαρμοσθεί διεθνώς σε παιδιά και σε ενήλικες έχει βρεθεί ότι βελτιώνουν τις γνώσεις των ατόμων σε θέματα οδοντιατρικής υγείας και πρόληψης καθώς και την οδοντιατρική συμπεριφορά τους. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η αγωγή στοματικής υγείας μπορεί να έχει μια θετική και σταθερή επίδραση στη στοματική υγεία των ατόμων. Δείχνει, επιπλέον, ότι η μεθοδολογία που ακολουθείται και οι πρωτοβουλίες που αναπτύσσονται από τους φορείς που εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής στοματικής υγείας είναι σημαντικοί παράγοντες επιτυχίας.

Σε γενικές γραμμές, το περιεχόμενο ενός προγράμματος αγωγής υγείας αποτελεί και το κλειδί της επιτυχίας του. Έτσι, το περιεχόμενο ενός αποτελεσματικού προγράμματος θα πρέπει να είναι σύγχρονο και ακριβές και θα πρέπει να ενισχύει αλλά και να ενισχύεται από τα προληπτικά οδοντιατρικά προγράμματα που τυχόν εφαρμόζονται ή και από επιδράσεις του περιβάλλοντος. Για παράδειγμα, η διδασκαλία σωστού βουρτσίσματος των δοντιών η οποία θα γίνει μία μόνο φορά σε παιδιά ή ενήλικες έχει βρεθεί ότι είναι αναποτελεσματική. Αντιθέτως, η επαναλαμβανόμενη διδασκαλία έχει άριστα αποτελέσματα, αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά πόσον τα άτομα στα οποία απευθύνεται η αγωγή είναι σε θέση να αγοράζουν οδοντόκρεμα και οδοντόβουρτσα. Επίσης, σε ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας που απευθύνεται σε παιδικό πληθυσμό και

περιλαμβάνει αγωγή σωστής διατροφής, οι υπεύθυνοι θα πρέπει να έχουν επιτύχει εκ των προτέρων κάποια συνεργασία με τα κυλίκια των σχολείων ώστε να προωθηθεί η υγιεινή διατροφή και έτσι οι προτεινόμενες σωστές συνήθειες των παιδιών να είναι και εύκολες συνήθειες.

Γενικώς, η **αγωγή για τη στοματική υγεία** διέπεται από τις ακόλουθες **βασικές αρχές**:

- Η αγωγή στοματικής υγείας αποτελεί τμήμα της αγωγής υγείας.
- Η αγωγή στοματικής υγείας είναι μια διαδικασία που διαρκεί σε όλη τη ζωή του ατόμου.
- Η έναρξη της αγωγής στοματικής υγείας πρέπει να ξεκινά όσο το δυνατόν ενωρίτερα ηλικιακά διότι ευκολότερα αποκτάται μια συνήθεια ενώ δύσκολα τροποποιείται μια λανθασμένη.
- Η αγωγή στοματικής υγείας αποτελεί βασική δραστηριότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στοιχείο κάθε προληπτικού οδοντιατρικού προγράμματος.
- Απαιτεί ανάπτυξη προγραμμάτων σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο που απευθύνονται σε συγκεκριμένο στόχο πληθυσμό, με συγκεκριμένο περιεχόμενο και με χρήση κατάλληλης μεθοδολογίας.

Η **βελτίωση της στοματικής υγείας** του πληθυσμού στηρίζεται σε **4 στόχους** οι οποίοι απλά διατυπώνονται ως εξής:

1. Περιορισμός κατανάλωσης των τροφών και ποτών με ζάχαρη μεταξύ των γευμάτων.
2. Προσεκτικό βούρτσισμα των δοντιών για την αποτελεσματική απομάκρυνση της Οδοντικής Μικροβιακής Πλάκας (ΟΜΠ) καθημερινά με φθοριούχο οδοντόκρεμα.
3. Χρήση φθοριούχων (αυτοχορήγηση και στο ιατρείο).
4. Καλύψεις οπών και σχισμών (sealants).
5. Τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο για έλεγχο της στοματικής υγείας.

Για την επίτευξη των στόχων της αγωγής για τη στοματική υγεία απαιτείται η συμβολή των επαγγελματιών υγείας, των ατόμων που λαμβάνουν αποφάσεις για την υγεία καθώς και τη συμμετοχή των ίδιων των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας.

Όπως προαναφέρθηκε, η αγωγή για τη στοματική υγεία στοχεύει στις καθημερινές πράξεις των ατόμων που επηρεάζουν την υγεία του στόματος. Η απόκτηση σωστής συμπεριφοράς σε θέματα στοματικής υγείας προϋποθέτει,

όπως είναι φυσικό, την ανάλογη πληροφόρηση που γίνεται μέσω της **επικοινωνίας** του οδοντιάτρου είτε με το μεμονωμένο άτομο στο ιατρείο είτε με ομάδες ατόμων στην κοινότητα.

Η **επικοινωνία** είναι μια δυναμική διαδικασία όπου ο ομιλητής μεταβιβάζει μηνύματα τα οποία λαμβάνονται από τον ακροατή, αποκωδικοποιούνται και ερμηνεύονται. Πολλές φορές, ωστόσο, ο ακροατής δεν αντιλαμβάνεται τη σωστή έννοια του μηνύματος και δίνει ερμηνείες που επηρεάζονται από τις δικές του αντιλήψεις και αξίες.

Για να είναι **επιτυχής η επικοινωνία** τα **μηνύματα** πρέπει:

- να διατυπώνονται σύμφωνα με τις με τις δυνατότητες και τις ανάγκες του ατόμου ή της ομάδας που απευθύνονται.
- να είναι σαφή, σύντομα και να έχουν επιστημονική βάση.
- να υπάρχει χρόνος για ερωτήσεις και επεξηγήσεις.
- τα σημαντικά σημεία της ενημέρωσης να αναφέρονται από την αρχή της παρουσίασης.
- Να είναι κοινά και διατυπωμένα από όλους τους φορείς με τον ίδιο τρόπο.

Οι μέθοδοι επικοινωνίας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων: διάλεξη – συζήτηση, οπτικοακουστικά μέσα, εκπαιδευτική τηλεόραση, μέσα μαζικής επικοινωνίας.

Η αγωγή στοματικής υγείας στην κοινότητα γίνεται μέσω οργανωμένων προγραμμάτων ή άτυπα ως μεμονωμένες εκδηλώσεις με την πρωτοβουλία διαφόρων φορέων και αφορά ομάδες ατόμων όπως έγκυες μητέρες και γονείς, παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, εφήβους, ομάδες ενηλίκων και ηλικιωμένων καθώς και άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι στόχοι της αγωγής στοματικής υγείας είναι ίδιοι σε κάθε ομάδα ατόμων στην οποία απευθύνονται. Διαφοροποιούνται ωστόσο, ως προς τη διαδικασία της μεθοδολογίας στον τρόπο προσέγγισης ανάλογα με την ηλικία.

Προκειμένου να επιτύχει ένα πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας θα πρέπει να έχει σωστή οργάνωση και ορθολογικό σχεδιασμό και να αποτελεί ολοκληρωμένο τμήμα του εθνικού σχεδιασμού αγωγής υγείας. Επιπλέον, η αγωγή στοματικής υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνεται στις δραστηριότητες και άλλων επαγγελματικών ομάδων του πληθυσμού εκτός των οδοντιάτρων (νηπιαγωγοί, δάσκαλοι, καθηγητές, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές κ.ά.).

Ο σχεδιασμός και η οργάνωση προγραμμάτων αγωγής στοματικής υγείας περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

1. **Γενικός στόχος:** Βελτίωση και διατήρηση της στοματικής υγείας του πληθυσμού (Συμβολή στην Προαγωγή της Στοματικής Υγείας).

- Πρόληψη των κύριων νοσημάτων του στόματος, τερηδόνας, ουλίτιδας και νοσημάτων περιοδοντίου.
- Πρόληψη ορθοδοντικών ανωμαλιών.
- Πρόληψη καρκίνου του στόματος.

Άλλοι στόχοι:

- Πρόληψη AIDS και ηπατίτιδας.
- Διακοπή καπνίσματος κ.ά.

Η επίτευξη των στόχων προϋποθέτει την ανάπτυξη της έννοιας της αυτοεκτίμησης και της αυτοφροντίδας στον πληθυσμό.

2. Πληθυσμιακοί στόχοι

Προτεραιότητες:

- α. Παιδικός και εφηβικός πληθυσμός.
- β. Ειδικές ομάδες ενηλίκων (έγκυοι γυναίκες, γονείς, άτομα με ειδικές ανάγκες, ηλικιωμένοι, ένοπλες δυνάμεις).
- γ. Σύνολο πληθυσμού.

3. Περιεχόμενο προγράμματος

- Ενημέρωση για τη φύση και την παθογένεια, την αιτιολογία και την πρόληψη των νοσημάτων του στόματος.
- Πρώτη επίσκεψη του παιδιού στον οδοντίατρο.
- Στοματική υγιεινή.
- Σωστή διατροφή.
- Χρήση φθοριούχων και sealants.
- Τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο.

4. Τόπος εφαρμογής του προγράμματος

Κέντρα υγείας, σχολεία, παιδικοί σταθμοί, μουσεία, χώροι εργασίας, ΚΑΠΗ κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού κ.ά.

6. Ανθρώπινο δυναμικό

- Οδοντίατροι.
- Βοηθοί οδοντιάτρου.
- Δάσκαλοι.
- Νοσηλευτές κ.ά.

6. Μεθοδολογία

Πολλαπλή προσέγγιση ανάλογα με τους στόχους του προγράμματος.

7. Εξασφάλιση οικονομικών πόρων

8. Αξιολόγηση του προγράμματος

Αγωγή Στοματικής Υγείας

Στη σύγχρονη φιλοσοφία για την υγεία, που αναπόσπαστο τμήμα της αποτελεί η στοματική υγεία, κυρίαρχο ρόλο κατέχει η **αγωγή υγείας** που αποτελεί τη βάση κάθε προληπτικού οδοντιατρικού προγράμματος, εφόσον τα νοσήματα του στόματος έχουν ισχυρή συσχέτιση με τη συμπεριφορά υγείας των ατόμων καθώς και με τις περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιδράσεις. Η Αγωγή Στοματικής Υγείας στοχεύει στη διαμόρφωση ή/και την τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς που οδηγούν στη βελτίωση του επιπέδου στοματικής υγείας. Η **βελτίωση της στοματικής υγείας** του πληθυσμού στηρίζεται **σε 5 στόχους** οι οποίοι απλά διατυπώνονται ως εξής:

1. Περιορισμός κατανάλωσης των τροφών και ποτών με ζάχαρη μεταξύ των γευμάτων.
2. Προσεκτικό βούρτσισμα των δοντιών για την αποτελεσματική απομάκρυνση της Οδοντικής Μικροβιακής Πλάκας (ΟΜΠ) καθημερινά με φθοριούχο οδοντόκρεμα.
3. Χρήση φθοριούχων (αυτοχορήγηση και στο ιατρείο).
4. Καλύψεις οπών και σχισμών (sealants).
5. Τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο για έλεγχο της στοματικής υγείας.

Η απόκτηση σωστής συμπεριφοράς σε θέματα στοματικής υγείας προϋποθέτει, όπως είναι φυσικό, την ανάλογη πληροφόρηση που γίνεται μέσω της **επικοινωνίας** του οδοντίατρου είτε με το μεμονωμένο άτομο στο ιατρείο είτε με ομάδες ατόμων στην κοινότητα. Για να είναι **επιτυχής η επικοινωνία τα μηνύματα** πρέπει:

- να διατυπώνονται σύμφωνα με τις με τις δυνατότητες και τις ανάγκες του ατόμου ή της ομάδας που απευθύνονται.
- να είναι σαφή, σύντομα και να έχουν επιστημονική βάση.
- να υπάρχει χρόνος για ερωτήσεις και επεξηγήσεις.
- τα σημαντικά σημεία της ενημέρωσης να αναφέρονται από την αρχή της παρουσίασης.
- Να είναι κοινά και διατυπωμένα από όλους τους φορείς με τον ίδιο τρόπο.

Μέσα στα πλαίσια αυτά, προωθείται διεθνώς η έννοια της αυτοφροντίδας που σημαίνει ενεργό συμμετοχή των ατόμων για τη βελτίωση της στοματικής τους υγείας. Η νέα φιλοσοφία της υγείας αφορά φυσικά και τους ίδιους τους οδοντιάτρους. Πέρα από το γεγονός ότι αλλάζει η παραδοσιακή σχέση γιατρού ασθενή, επιτελείται στροφή της οδοντιατρικής επιστήμης από τη θεραπεία στην πρόληψη και θα πρέπει να πιστέψουν οι οδοντίατροι ότι αυτό που δεν έχει επιτευχθεί τόσα χρόνια με την άσκηση **μόνον** της επανορθωτικής οδοντιατρικής – δηλαδή η βελτίωση της στοματικής υγείας των πληθυσμών, μπορεί να επιτευχθεί τώρα με την αγωγή στοματικής υγείας και την πρόληψη. Όπως προκύπτει από προγράμματα αγωγής στοματικής υγείας που έχουν

εφαρμοσθεί διεθνώς σε παιδιά και σε ενήλικες έχει βρεθεί ότι βελτιώνουν τις γνώσεις των ατόμων σε θέματα οδοντιατρικής υγείας και πρόληψης καθώς και την οδοντιατρική συμπεριφορά τους. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η αγωγή στοματικής υγείας μπορεί να έχει μια θετική και σταθερή επίδραση στη στοματική υγεία των ατόμων. Δείχνει, επιπλέον, ότι η μεθοδολογία που ακολουθείται και οι πρωτοβουλίες που αναπτύσσονται από τους φορείς που εφαρμόζουν προγράμματα αγωγής στοματικής υγείας είναι σημαντικοί παράγοντες επιτυχίας. Αρκεί να γίνονται από πρόσωπα που έχουν εκπαιδευτεί γι' αυτό ώστε τα μηνύματα να είναι κοινά και να μη δημιουργούν σύγχυση ή αμφιβολία στο κοινωνικό σύνολο που καλείται να τα εφαρμόσει.

ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΤΕΡΗΔΟΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τερηδόνα είναι νόσος μικροβιακής αιτιολογίας που προκαλεί τοπική διάλυση της ανόργανης δομής των δοντιών από οξέα προερχόμενα από τον μεταβολισμό των υδατανθράκων των τροφών. Η νόσος προχωρεί στη σταδιακή καταστροφή των ιστών αν δεν ελεγχθεί.

Η τερηδόνα, παρά το γεγονός ότι δεν απειλεί τη ζωή του ανθρώπου, τοποθετείται ανάμεσα στις πλέον σημαντικές νόσους του ανθρώπινου είδους λόγω της μεγάλης συχνότητάς της στον πληθυσμό. Τα χαρακτηριστικά της τερηδόνας θα μπορούσαν να συνοψισθούν στα ακόλουθα:

1. Προσβάλλει όλους τους πληθυσμούς.
2. Η μη έγκαιρη αντιμετώπιση των οδοντιατρικών προβλημάτων που προκαλεί η τερηδόνα, οδηγεί σε συσσώρευσή τους και επιδείνωση της σοβαρότητάς τους.
3. Η θεραπεία της τερηδόνας και η αποκατάσταση των βλαβών που προκαλεί, απαιτεί υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας με μεγάλο κόστος χρημάτων και χρόνου.
4. Η μη αντιμετώπισή της προκαλεί πόνο και ταλαιπωρία.
5. Διαταράσσει την αισθητική, την ομιλία, τη σωστή διατροφή και πέψη της τροφής, την κοινωνική ζωή και γενικώς συμβάλλει στην υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής.
6. Τα άτομα βρίσκονται σε συνεχή κίνδυνο να αναπτύξουν τερηδόνα (έλλειψη αυτοφροντίδας, προληπτικών προγραμμάτων και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας).
7. Η πρόληψη της τερηδόνας είναι εφικτή, αποτελεσματική και οικονομική
8. Τα προληπτικά μέτρα πρέπει να είναι συνεχή και αδιάλειπτα.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ

Ο επιπολασμός της τερηδόνας έχει μειωθεί σημαντικά σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες στα παιδιά κυρίως αλλά και στους ενήλικες. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, ευρήματα επιδημιολογικών μελετών σχετικά με την τερηδόνα, μετά το 1990, δείχνουν μία τάση περαιτέρω μείωσης της νόσου στον παιδικό πληθυσμό και τους εφήβους. Στη μόνιμη οδοντοφυΐα, για παράδειγμα, παρατηρήθηκε ακόμη μεγαλύτερη μείωση στην ηλικία των 12 ετών καθώς και

στις ηλικίες 15 – 19 ετών. Στις ΗΠΑ, τη δεκαετία του '90, η τερηδόνα στα παιδιά αποτελεί κυρίως πρόβλημα οπών και σχισμών ενώ η τερηδόνα προσθίων δοντιών είναι πλέον σπάνιο εύρημα.

Ωστόσο, παρά τη γενικευμένη μείωση του επιπολασμού της τερηδόνας στον παιδικό πληθυσμό, ορισμένα παιδιά και έφηβοι παρουσιάζουν ακόμη ένα σχετικά υψηλό επίπεδο της νόσου. Στις Σκανδιναβικές χώρες το ποσοστό των ατόμων υψηλού κινδύνου προσβολής από τερηδόνα υπολογίζεται περίπου σε 10-15% και ακόμη, άτομα υψηλού κινδύνου προσβολής από τερηδόνα θεωρούνται κυρίως τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και εκείνα που λαμβάνουν ορθοδοντική θεραπεία καθώς και οι ξηροστομικοί ασθενείς.

Αν θελήσουμε, βέβαια, να συμπεριλάβουμε και τους ενήλικες, το ολοένα αυξανόμενο βιοτικό επίπεδο και οι προσδοκίες των ατόμων για ποιοτικά καλύτερη ζωή – που συμπεριλαμβάνει οπωσδήποτε και τη φροντίδα της στοματικής υγείας – έχει οδηγήσει σε αύξηση των ατόμων τα οποία σε μεγάλες ηλικίες έχουν αρκετά φυσικά δόντια στο στόμα τους. Για το λόγο αυτό, η τερηδόνα ρίζας αποτελεί συχνό φαινόμενο όχι μόνο στα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας αλλά και σε πολύ νεώτερα. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, παρά τη μείωση της τερηδόνας στον παιδικό πληθυσμό και σε νέους κάτω των 35 ετών, η τερηδόνα παραμένει κύριο νόσημα για τους ενήλικες.

Απ' την άλλη μεριά, υπάρχουν ομάδες πληθυσμών στις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και στις ΗΠΑ, όπως είναι οι πρόσφυγες και οι μετανάστες που έχουν ιδιαίτερη ανάγκη εφαρμογής μέτρων για την πρόληψη της τερηδόνας. Επιπλέον, οι αλλαγές που σημειώθηκαν τα τελευταία χρόνια στην πρώην ανατολική Ευρώπη και η ανάπτυξη νέων κρατών με πολλά κοινωνικά προβλήματα και αλλαγές στο υπάρχον υγειονομικό τους σύστημα, αποτελούν απειλή για τη στοματική υγεία των πληθυσμών αυτών και κυρίως των παιδιών.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι ενώ παρατηρείται σημαντική μείωση στον επιπολασμό της τερηδόνας στις ανεπτυγμένες χώρες, η τερηδόνα συνεχίζει να αποτελεί ένα βασικό πρόβλημα δημόσιας υγείας για δύο λόγους : (α) είναι η πλέον συχνή νόσος που προσβάλλει τον άνθρωπο μετά το κοινό κρυολόγημα και (β) τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για την πρόληψή της πρέπει να είναι συνεχή και αδιάλειπτα. Είναι γεγονός, ότι αν σταματήσουν ή χαλαρώσουν τα μέτρα πρόληψης της τερηδόνας η νόσος θα εμφανιστεί και πάλι απειλητική. Επομένως, η ανάγκη εφαρμογής προληπτικών μέτρων κατά της τερηδόνας συνεχίζει να είναι επιτακτική και δεν αφορά μόνον σε πληθυσμούς με υψηλό

επιπολασμό τερηδόνας αλλά και σε πληθυσμούς που ο επιπολασμός της νόσου βρίσκεται σε ύφεση.

Με τις μέχρι σήμερα γνώσεις μας, η μείωση της τερηδόνας φαίνεται ότι οφείλεται σε σημαντικό βαθμό στην χορήγηση φθοριούχων με διάφορους τρόπους. Από την χορήγηση με τη γενική οδό ως την αυτοχορήγηση στο σπίτι. Έχουν διατυπωθεί διάφοροι μηχανισμοί αντιτερηδογονόου δράσης του φθορίου, εκ των οποίων ο πλέον σημαντικός θεωρείται η δράση του στην ενίσχυση και επιτάχυνση της επαναλάτωσης της αδαμαντίνης.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ

Συνοπτικά οι αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης της τερηδόνας είναι οι ακόλουθοι:

1. Ευαίσθητη οδοντική επιφάνεια.
2. Μικροβιακός παράγοντας με τερηδογονικές ιδιότητες.
3. Κατάλληλο διατροφικό υπόστρωμα.

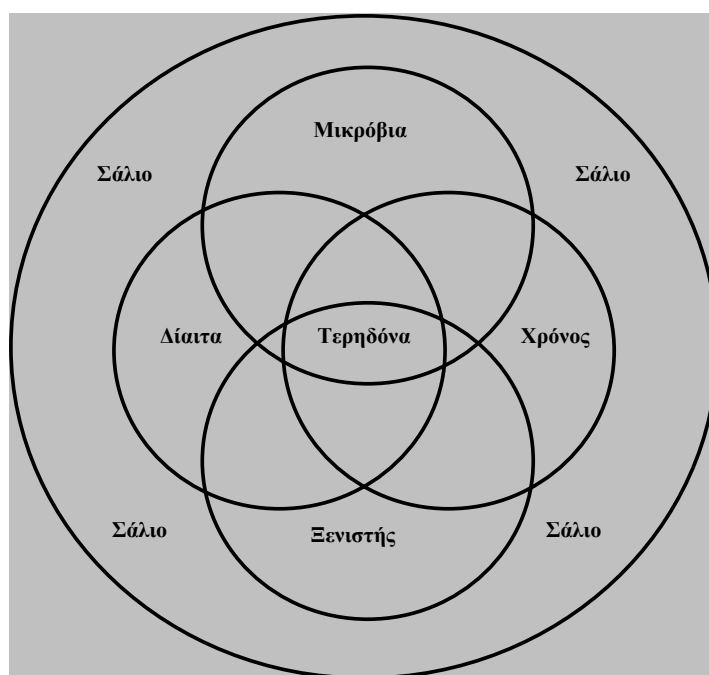
Η αιτιολογία της τερηδόνας παρουσιάζεται σχηματικά στην εικόνα 1. Όπως προκύπτει και από το σχήμα για να εκδηλωθεί τερηδόνα θα πρέπει να συνυπάρχουν ταυτόχρονα και οι τρεις παράγοντες. Θεωρητικά, η απουσία ενός από τους παράγοντες αυτούς συνεπάγεται και απουσία της τερηδόνας.

Ο μηχανισμός εξέλιξης της οδοντικής τερηδόνας περιλαμβάνει αρχικά τη διάλυση των ανόργανων και κατόπιν την καταστροφή των οργανικών συστατικών των οδοντικών ουσιών. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική καταστροφή των δοντιών, η οποία αρχίζει από την εξωτερική επιφάνεια και προχωρεί προς τα έσω, προσβάλλοντας τελικά τον πολφό του δοντιού. Η προσβολή του πολφού από την εξέλιξη της οδοντικής τερηδόνας συνεπάγεται φλεγμονή, οξεία ή χρόνια, και νέκρωσή του. Η επέκταση της φλεγμονής στη συνέχεια στους περιακρορριζικούς ιστούς και η εισβολή της μόλυνσης στην κυκλοφορία δίνει ακόμα μεγαλύτερη βαρύτητα στην τερηδόνα, όχι μόνο για την τύχη του δοντιού, αλλά και γενικά για την υγεία του οργανισμού.

Με την ανατολή των δοντιών στο στόμα γίνεται συνεχής ιοντική ανταλλαγή αλάτων ασβεστίου και φωσφόρου μεταξύ των οδοντικών επιφανειών και του υγρού περιβάλλοντος και εγκαθίσταται μια δυναμική ισορροπία. Η ισορροπία αυτή διαταράσσεται με την επίδραση διαφόρων εξωγενών παραγόντων

(διατροφή) οι οποίοι προκαλούν πτώση του pH του στόματος με αποτέλεσμα τη σταδιακή απώλεια αλάτων από την οδοντική επιφάνεια.

Τα άλατα που απελευθερώνονται από τους διαλυμένους κρυστάλλους της αδαμαντίνης σε ιοντική μορφή, βασικά ασβέστιο και φωσφόρος, εισέρχονται στην πλάκα. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται απασβεσίωση ή αφαλάτωση (demineralization). Σε κατάσταση ηρεμίας, όταν σταματήσει η επίδραση των εξωγενών παραγόντων, το στοματικό περιβάλλον έχει την ικανότητα να επαναφέρει τα απολεσθέντα ιόντα στην οδοντική επιφάνεια. Η αντίστροφη αυτή διαδικασία κατά την οποία άλατα από το υγρό περιβάλλον εισέρχονται στην αδαμαντίνη, καλείται επανασβεσίωση ή επαναλάτωση (remineralization). Τέτοιοι κύκλοι απασβεσίωσης και επανασβεσίωσης γίνονται άπειρες φορές στο στόμα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όταν, κάτω από ορισμένες συνθήκες στο στόμα, η ισορροπία μετατοπίζεται προς τη μία κατεύθυνση και η αφαλάτωση επικρατεί της επαναλάτωσης, τότε αρχίζει να σχηματίζεται η τερηδονική βλάβη.



Εικόνα 1. Αιτιολογία τερηδόνας

Η διαλυτότητα της αδαμαντίνης στα οξέα και η αντίστασή της στην τερηδόνα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το pH του περιβάλλοντος, η επίδρασή του στην επιφάνεια του δοντιού, η ρυθμιστική επίδραση του σάλιου, καθώς και η σύνθεση της αδαμαντίνης και κυρίως η περιεκτικότητά της σε φθοριούχα. Όσο μεγαλύτερη είναι η περιεκτικότητά της

επιφανειακής αδαμαντίνης σε φθόριο, τόσο αυξημένη παρουσιάζεται η αντίστασή της στην τερηδόνα. Το σάλιο, επειδή αποτελεί το φυσικό περιβάλλον των δοντιών, επιδρά ως ρυθμιστικό διάλυμα, εξουδετερώνοντας τα οξέα που παράγονται.

Η αρχική εμφάνιση της οδοντικής τερηδόνας παρατηρείται στις οδοντικές επιφάνειες που καλύπτονται από την Οδοντική Μικροβιακή Πλάκα (Ο.Μ.Π.). Η Ο.Μ.Π. προσκολλάται στα όμορα και αυχενικά τμήματα των λείων επιφανειών και στις οπές και σχισμές των μασητικών επιφανειών των δοντιών. Από τους τερηδογονόμους μικροοργανισμούς της Ο.Μ.Π. εξέχουσα θέση καταλαμβάνει ο *S mutans*, μικρόβιο που θεωρείται υπαίτιο για την έναρξη της τερηδονικής διεργασίας στις λείες επιφάνειες, ενώ διάφορα είδη γαλακτοβακίλλων συνδέονται με την εξέλιξη της νόσου.

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ

Τερηδόνα αδαμαντίνης

Η αδαμαντίνη, αποτελείται από ανόργανα και οργανικά συστατικά. Το ανόργανο τμήμα της συνιστά το 98% στη ώριμη μορφή της (95% κατά βάρος, 87% κατ' όγκον), ενώ το οργανικό υπόστρωμα κυμαίνεται μεταξύ 0.2 - 2.0% (1% κατά βάρος, 2% κατ' όγκον). Τα κύρια οργανικά συστατικά στην ώριμη αδαμαντίνη είναι πρωτεΐνες ($\approx 58\%$) και λιπίδια ($\approx 40\%$), ενώ παρατηρούνται ίχνη υδατανθράκων, κιτρικών και γαλακτικών ιόντων. Έχουν επίσης, ανιχνευτεί τριγλυκερίδια, χοληστερίνη, εστέρες χοληστερίνης, ουδέτερα και σύνθετα λιπίδια. Η αδαμαντίνη στους ενήλικες περιέχει νερό σε αναλογία περίπου 3.0% κατά βάρος ή 10% κατ' όγκον. Αναλύοντας τη μικροδομή της αδαμαντίνης, καθίσταται σαφές ότι η αδαμαντίνη δεν αποτελεί στην πραγματικότητα μία συμπαγή αδιαπέραστη δομική οντότητα αλλά μάλλον ένα επαρκώς ενασβεστωμένο ιστό που περιέχει μικροπόρους και οργανικά μέρη που χρησιμεύουν ως κανάλια διάχυσης υγρών ή/και ιοντικής ανταλλαγής. Έτσι, εφόσον η ισορροπία μεταξύ της αδαμαντίνης και του εξωτερικού περιβάλλοντος δεν διαταράσσεται, η μικροδομή παραμένει αναλλοίωτη χημικά και μορφολογικά. Ωστόσο, εάν η ισορροπία διαταραχθεί, τότε αρχίζει η αποδόμηση της αδαμαντίνης που συμβαίνει σε μικροσκοπικό επίπεδο και η οποία σταδιακά προχωρεί και σε κλινικό επίπεδο. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την διαλυτότητα του υδροξυαπατίτη είναι

σημαντικοί για την κατανόηση του μηχανισμού έναρξης τερηδόνας σε μοριακό επίπεδο. Υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερις παράγοντες δομής και οργάνωσης των κρυστάλλων του υδροξυαπατίτη που έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη διαλυτότητά του. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι δομικές ατέλειες των κρυστάλλων, το μέγεθος των κρυστάλλων, οι ατέλειες στην κρυσταλλικότητα (διευθέτηση των κρυστάλλων στο χώρο) και ο ρυθμός διάχυσης των ιόντων, που προέρχονται από τη διάλυση, στον μεσοπρισματικό χώρο.

Αρχικά, και πολύ πριν η αρχόμενη τερηδόνα, με τη μορφή της «λευκής κηλίδας», γίνει κλινικά εμφανής, μπορεί να διαπιστωθούν με το μικροσκόπιο, χαρακτηριστικά σημεία μερικής αποδόμησης των κρυστάλλων στην επιφανειακή στιβάδα της αδαμαντίνης προκαλώντας μια ομοιόμορφη διεύρυνση των χώρων μεταξύ των κρυστάλλων. Εξέταση με μικροσκόπιο πολωμένου φωτός δείχνει μια μικρή αύξηση των πόρων που υποδηλώνει ανάλογη απώλεια αλάτων, σε βάθος 10 - 200 μm από την εξωτερική επιφάνεια. Ο ποσοτικός προσδιορισμός του μεγέθους των πόρων αυτών στο σώμα της βλάβης που προκλήθηκε δείχνει ότι η υποεπιφανειακή στιβάδα της αδαμαντίνης έχει υποστεί μεγαλύτερο βαθμό αφαλάτωσης 10% – 70% κατ'όγκον.

Γενικώς, μία αρχόμενη βλάβη της αδαμαντίνης εμφανίζεται κλινικά ως **λευκή κηλίδα**. Η περιοχή της βλάβης είναι ελαφρώς πιο μαλακή από την περιβάλλουσα υγιή αδαμαντίνη και γίνεται λευκότερη όταν στεγνωθεί με αέρα.

Οι βλάβες της αρχόμενης τερηδόνας έχουν μελετηθεί με πολλές φυσικοχημικές μεθόδους και προκύπτει ότι υπάρχει υποεπιφανειακή αφαλάτωση και απώλεια, επιλεκτικά, Mg και ανθρακικών ομάδων. Ιστολογικά, η εικόνα, όπως φαίνεται με μικροσκόπιο πολωμένου φωτός, παρουσιάζει τέσσερις διαδοχικές ζώνες από την επιφάνεια προς τα βαθύτερα στρώματα που σχετίζονται προς τον βαθμό βλάβης του ιστού: 1. Την άθικτη επιφανειακή ζώνη, 2. Το κυρίως σώμα της βλάβης, 3. Τη σκοτεινή ζώνη και 4. Την ημιδιαφανή ζώνη.

Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του Darling, η τερηδόνα της αδαμαντίνης στην αρχική φάση προσβάλλει τις γραμμές του Retzius, δημιουργώντας υπομικροσκοπικούς χώρους. Στη δεύτερη φάση, παρατηρείται διεύρυνση των παραπάνω χώρων και απασβεστίωση η οποία δεν μπορεί ακόμα να διαγνωσθεί κλινικά. Αργότερα, τα μικροσκοπικά ευρήματα αφορούν στις γραμμές Retzius, στις εγκάρσιες ραβδώσεις των πρισματών και στη μεσοπρισματική ουσία και χαρακτηρίζονται από απασβεστίωση.

Η τερηδογονός διεργασία μέχρι του σημείου αυτού, **αρχόμενη τερηδόνα**, χωρίς κοιλότητα, είναι αναστρέψιμη με την έννοια ότι είναι δυνατόν να επέλθει επανάκτηση των απολεσθέντων αλάτων της αδαμαντίνης. Η αφαλάτωση και στη συνέχεια η επαναλάτωση της αδαμαντίνης έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό *in vitro* και *in vivo* από πολλούς ερευνητές και είναι σημαντικότερη η συμβολή του Έλληνα καθηγητή στις ΗΠΑ Θεόδωρου Κουλουρίδη.

Η μαρτυρία της επαναλάτωσης δηλώνει ότι οι βλάβες της αδαμαντίνης μπορεί να μετατραπούν σε περιοχές υψηλής ανθεκτικότητας στην τερηδογονό προσβολή ακόμη και όταν η επαναδόμηση της πυκνότητας των αλάτων δεν είναι πλήρης. Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια, οι αρχικές αυτές βλάβες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τρόπο ώστε να ενισχύεται και να βελτιώνεται η δυνατότητα εναπόθεσης αλάτων. Παρά το γεγονός, ότι οι αρχόμενες τερηδόνες φαίνεται ότι έχουν άθικτη επιφάνεια, η πίεση με τον ανιχνευτήρα μπορεί να προκαλέσει κοιλότητα λόγω της υποκείμενης βλάβης. Ο κλινικός οδοντίατρος θα πρέπει να αποφεύγει τη χρήση ανιχνευτήρα στις περιοχές αυτές και να δίνει την δυνατότητα επαναλάτωσης στην αδαμαντίνη εμπλουτίζοντάς τη με φθόριο.

Όταν η τερηδόνα στην αδαμαντίνη εξελιχθεί και σχηματισθεί κοιλότητα, η τερηδονισμένη αδαμαντίνη εμφανίζει από την οδοντίνη προς την περιφέρεια τις ακόλουθες τρεις ζώνες:

Πρώτη ζώνη: Χαρακτηρίζεται από μερική αφαλάτωση των εγκάρσιων ραβδώσεων των πρισμάτων και των γραμμών του Retzius, που εμφανίζονται πιο έντονες.

Δεύτερη ζώνη: Χαρακτηρίζεται από πλήρη αφαλάτωση της οδοντικής ουσίας στην οποία τα πρίσματα διακρίνονται ακόμη.

Τρίτη ζώνη: Χαρακτηρίζεται από πλήρη καταστροφή και απώλεια της αδαμαντίνης ουσίας, στην οποία διακρίνονται υπολείμματα από τροφές και μικρόβια.

Τερηδόνα οδοντίνης

Η ιστοπαθολογική εικόνα της τερηδόνας στην οδοντίνη και η προοδευτική σε βάθος εξέλιξη της εμφανίζει στο μικροσκόπιο πέντε ζώνες από το εξωτερικό προς το εσωτερικό τμήμα της:

- Η πρώτη ζώνη επιφανειακά παριστάνει την οδοντίνη που αποσυντίθεται.

- Η δεύτερη ζώνη εμφανίζει, υπό το μικροσκόπιο, οδοντινοσωληνάκια διαπλατυσμένα με ανωμαλίες στα τοιχώματά τους και μερική επέκταση της βλάβης στη μεσοϊνική οδοντίνη.
- Η τρίτη ζώνη εμφανίζει αδιαφάνεια των οδοντινοσωληναρίων ενώ το οργανικό υπόστρωμα της οδοντίνης είναι ακόμα σχετικά άθικτο.
- Η τέταρτη ζώνη χαρακτηρίζεται από τη διαφανή οδοντίνη.
- Η πέμπτη ζώνη εμφανίζει φυσιολογική οδοντίνη με μερικά σημεία διάφανης οδοντίνης.

Η **δευτερογενής οδοντίνη** προσβάλλεται από την τερηδόνα, αλλά η εξέλιξη σ' αυτήν είναι βραδύτερη λόγω του μικρού αριθμού των οδοντινοσωληναρίων.

Τερηδόνα οστεΐνης

Παρατηρείται έπειτα από αποκάλυψη των ριζών συνεπεία περιοδοντικής νόσου. Συνήθως πρόκειται για δισκοειδή κοιλότητα που επεκτείνεται κάτω από επαρκή ποσότητα εναποθέσεων πλάκας ή τρυγίας. Είναι πιθανό να αποτελεί επιπλοκή μιας αυχενικής διάβρωσης ή αποτριβής.

Δευτερογενής τερηδόνα

Δευτερογενής τερηδόνα μπορεί να συμβεί:

- Κάτω από εμφράξεις.
- Στα όρια των σφραγισμάτων σε όμορες επιφάνειες.
- Στα σημεία επαφής των εμφράξεων με την οδοντική ουσία εξαιτίας της πλημμελούς προσαρμογής των εμφρακτικών υλικών.

Η κλινική κατανομή της τερηδόνας γίνεται και σήμερα σύμφωνα περίπου με τις υποδιαιρέσεις του G. V. Black, που μίλησε για τερηδόνα των οπών και σχισμών και των λείων επιφανειών. Κατά σειρά συχνότητας η οδοντική τερηδόνα εμφανίζεται εντοπιζόμενη ως εξής:

- Σε σχισμές, αύλακες και οπές, στη μασητική επιφάνεια της αδαμαντίνης, κυρίως στους γομφίους και προγομφίους.
- Σε όμορες επιφάνειες.
- Στην αυχενική μοίρα των γλωσσικών και παρειακών ή χειλικών επιφανειών των δοντιών.
- Στην οστεΐνη που έχει αποκαλυφθεί από την υφίζηση των ούλων.

Ανάλογα με την ταχύτητα εξέλιξης η τερηδόνα διακρίνεται σε:

1. Τερηδόνα ταχείας εξέλιξης (οξεία τερηδόνα). Παρατηρείται κυρίως σε δόντια παιδιών. Η μορφή αυτή της τερηδόνας προκαλεί σύντομα φλεγμονώδη αντίδραση από τον πολφό, επειδή δεν δίδεται αρκετός χρόνος για εναπόθεση δευτερογενούς οδοντίνης. Στην οξεία τερηδόνα το χρώμα της οδοντίνης είναι ανοιχτό κίτρινο.

Ταχύτατη εξέλιξη της τερηδόνας **υπεροξεία** (καλπάζουσα) τερηδόνα. Η μορφή αυτή παρατηρείται συνήθως σε νήπια που συνηθίζεται από τις μητέρες να τοποθετούν στο στόμα τους μπιμπερό, που το περιεχόμενό του είναι ζαχαρούχο γάλα ή ζαχαρόνερο (σύνδρομο του μπιμπερό - baby bottle syndrome). Παρατηρείται, επίσης, και σε άτομα με μειωμένη ροή σιέλου (ξηροστομία).

2. Βραδέως εξελισσόμενη τερηδόνα (χρόνια τερηδόνα). Αυτή παρατηρείται κυρίως σε ενήλικους, στους οποίους η εξέλιξη διαρκεί μερικές φορές χρόνια. Η αποσύνθεση των οδοντικών ουσιών γίνεται βραδέως και οι αντιδράσεις από τον πολφό ακόμα αργότερα. Το χρώμα της οδοντίνης είναι συνήθως καστανό.

3. Στάσιμη τερηδόνα. Αυτός ο τύπος της τερηδόνας χαρακτηρίζεται από επιβράδυνση της εξέλιξης ή και πλήρη στασιμότητα. Παρατηρείται σε όμορες επιφάνειες δοντιών, στις οποίες μια αρχόμενη τερηδόνα μετά από εξαγωγή παρακειμένου δοντιού και εξαιτίας του αυτοκαθαρισμού μεταβάλλεται και από λευκό στίγμα σαν κιμωλία μετατρέπεται σε σκληρή καστανή επιφάνεια. Στάσιμη τερηδόνα μπορεί να παρατηρηθεί επίσης σε μασητικές επιφάνειες γομφίων ή προγομφίων, καθώς και σε υποπλαστικά στίγματα, όταν η τερηδονισμένη επιφάνεια του δοντιού, λόγω θραύσης των χειλέων της αδαμαντίνης, αυτοκαθαρίζεται από τη μάσηση.

Οδοντική Τερηδόνα

*Η τερηδόνα είναι νόσος μικροβιακής αιτιολογίας που προκαλεί τοπική διάλυση της ανόργανης δομής των δοντιών από οξέα προερχόμενα από τον μεταβολισμό των μικροβίων. Η τερηδόνα εξελίσσεται συνεχώς και αν δεν ελεγχθεί προκαλεί την καταστροφή των δοντιών. Από τη μελέτη της ιστοπαθολογικής εικόνας της τερηδόνας προκύπτει ότι στα αρχικά στάδια υπάρχει υποεπιφανειακή αφαλάτωση στην αδαμαντίνη ενώ στην επιφάνεια παρατηρείται μια σχετικά άθικτη ζώνη. Η τερηδονογόνος διεργασία μέχρι του σημείου αυτού— **αρχόμενη τερηδόνα** - είναι αναστρέψιμη με την έννοια ότι είναι δυνατόν να επέλθει επανάκτηση των απολεσθέντων αλάτων της αδαμαντίνης. Μέσα σ'*

αυτά τα πλαίσια, οι αρχικές αυτές βλάβες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται μόνο με προληπτικά μέτρα ώστε να ενισχύεται και να βελτιώνεται η δυνατότητα επούλωσης της βλάβης με επαναλάτωση. Παρά το γεγονός ότι οι αρχόμενες τερηδόνες φαίνεται ότι έχουν άθικτη επιφάνεια, η πίεση με τον ανιχνευτήρα μπορεί να προκαλέσει κοιλότητα λόγω της υποκείμενης βλάβης. Ο κλινικός οδοντίατρος θα πρέπει να αποφεύγει τη χρήση ανιχνευτήρα στις περιοχές αυτές και να δίνει την δυνατότητα επαναλάτωσης στην αδαμαντίνη εμπλουτίζοντάς τη με φθόριο. Παρά το γεγονός ότι παρατηρείται σημαντική μείωση στον επιπολασμό της τερηδόνας στις ανεπτυγμένες χώρες, κυρίως στον παιδικό πληθυσμό αλλά και στους ενήλικες, η τερηδόνα συνεχίζει να αποτελεί ένα βασικό πρόβλημα δημόσιας υγείας για δύο λόγους : (α) είναι η πλέον συχνή νόσος που προσβάλλει τον άνθρωπο μετά το κοινό κρυολόγημα και (β) τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για την πρόληψή της πρέπει να είναι συνεχή και αδιάλειπτα. Είναι γεγονός, ότι αν σταματήσουν ή χαλαρώσουν τα μέτρα πρόληψης της τερηδόνας η νόσος θα εμφανιστεί και πάλι απειλητική. Επομένως, η ανάγκη εφαρμογής προληπτικών μέτρων κατά της τερηδόνας συνεχίζει να είναι επιτακτική και δεν αφορά μόνον σε πληθυσμούς με υψηλό επιπολασμό τερηδόνας αλλά και σε πληθυσμούς που ο επιπολασμός της νόσου βρίσκεται σε ύφεση.

ΟΥΛΙΤΙΔΑ – ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από στοιχεία διεθνών επιδημιολογικών μελετών προκύπτει ότι το 50% των ενηλίκων παρουσιάζει αιμορραγία κατά την ανίχνευση, που αποτελεί το σύμπτωμα αξιολόγησης για την παρουσία ουλίτιδας και ότι το ποσοστό αυτό αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας. Επίσης, έχει βρεθεί ότι περισσότερο από το 90% των ενηλίκων ενοδόντων σε ολόκληρο τον κόσμο, παρουσιάζει ουλίτιδα κάποια φορά στη ζωή του. Η ουλίτιδα προσβάλλει, επίσης, σε σημαντικό ποσοστό, τον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό. Η πρόληψη κι η θεραπεία της ουλίτιδας είναι μεν εφικτή, απαιτείται ωστόσο τόσο η έγκαιρη αντιμετώπιση και θεραπεία από τον οδοντίατρο όσο και η συμμετοχή των ατόμων στη διατήρηση της υγείας των ούλων. Για το λόγο αυτό σε προγράμματα πρόληψης των νοσημάτων του περιοδοντίου, είτε αυτά εφαρμόζονται στην κοινότητα είτε σε ιδιωτικό ιατρείο, σημαντικότερο ρόλο παίζει η αγωγή στοματικής υγείας με επικέντρωση στην αποτελεσματική στοματική υγιεινή και στην ανάπτυξη της έννοιας της αυτοφροντίδας στα άτομα.

Ο επιπολασμός της καταστρεπτικής περιοδοντικής νόσου παραμένει σε χαμηλά ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 7% και 15%. Τα ποσοστά αυτά ισχύουν ακόμη και για πληθυσμούς όπου η στοματική υγιεινή είναι πλημμελής, υπάρχουν έντονες εναποθέσεις Ο.Μ.Π. και η ουλίτιδα είναι χρόνια και σοβαρής μορφής. Η κατάσταση αυτή δείχνει ότι η παλαιά άποψη ότι όλες οι ουλίτιδες εάν δεν θεραπευθούν θα μεταπέσουν σε περιοδοντίτιδες δεν φαίνεται να ισχύει πλέον και δηλώνει ότι ορισμένα άτομα προσβάλλονται από διαφορετικούς μικροοργανισμούς πρόκλησης της νόσου ή ότι παρουσιάζουν διαφορετικό επίπεδο ευαισθησίας.

Η επικέντρωση της έρευνας στην εξέλιξη της νόσου διαχρονικά έδειξε ότι η περιοδοντική νόσος χαρακτηρίζεται από οξέα επεισόδια υποτροπής τα οποία ακολουθούνται συνήθως από περιόδους ύφεσης. Οι έρευνες αυτές βοήθησαν να αναπτυχθεί μια νέα άποψη για την εξέλιξη της νόσου, κατά την οποία πιστεύεται ότι τα διάφορα τμήματα του στόματος μπορεί να παρουσιάζουν οξέα επεισόδια εξέλιξης της νόσου ακολουθούμενα από περιόδους όπου δεν παρατηρείται περαιτέρω απώλεια πρόσφυσης και αργότερα μπορεί να παρουσιασθούν άλλα επεισόδια απώλειας πρόσφυσης του επιθηλίου.

Οι νέες επιστημονικές γνώσεις για την φύση και την αιτιοπαθογένεια της περιοδοντικής νόσου δείχνουν πόσο σημαντική είναι η παρέμβαση των

οδοντιάτρων στον έλεγχο της νόσου και επιπλέον πόσο σημαντική είναι η ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών, όχι μόνο για αποτελεσματική στοματική υγιεινή αλλά κυρίως, για το σύστημα επανεξέτασης το οποίο θα πρέπει να τηρείται ανελλιπώς, σύμφωνα με τις οδηγίες των κλινικών οδοντιάτρων.

ΥΓΙΕΙΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΟΙ ΙΣΤΟΙ

Τα φυσιολογικά **ούλα** έχουν χρώμα ανοικτό ρόδινο, συμπαγή σύσταση και διακρίνονται σε ελεύθερα, προσπεφυκώτα και μεσοδόντια. Τα ελεύθερα ούλα ακολουθούν τους αυχένες των δοντιών που περιβάλλουν και μεταξύ αυτών και της οδοντικής επιφάνειας υπάρχει η ουλοδοντική σχισμή. Το βάθος της ουλοδοντικής σχισμής κυμαίνεται μεταξύ 0.5 – 1.0 χιλ. , ενώ μπορεί να φθάσει και τα 3 χιλ. χωρίς να υπάρχει φλεγμονή. Τα προσπεφυκώτα ούλα αποτελούν συνέχεια των ελεύθερων ούλων είναι πλούσια σε κολλαγόνες ίνες και χαρακτηρίζονται από σταθερή σχέση με το υποκείμενο οστόν μέσω του χορίου. Τα μεσοδόντια ούλα, που ονομάζονται και μεσοδόντιες θηλές, καταλαμβάνουν το χώρο μεταξύ των δοντιών. Τα ούλα αποτελούνται από το επιθήλιο και τον συνδετικό ιστό. Το επιθήλιο χωρίζεται σε στοματικό (κερατοποιημένο), καταδυσόμενο (μερικώς κερατοποιημένο) και προσπεφυκός (μη κερατοποιημένο). Ο συνδετικός ιστός (χόριο) των ούλων καταλαμβάνει το τμήμα μεταξύ του επιθηλίου και του φατνιακού οστού. Σε κλινικώς υγιή ούλα ο συνδετικός ιστός αποτελείται κυρίως από κολλαγόνο καθώς και από αγγειακά στοιχεία, νεύρα και θεμέλιο ουσία. Οι ίνες κολλαγόνου του συνδετικού ιστού των ούλων διαχωρίζονται σε κύριες και δευτερεύουσες και έχουν ως λειτουργική αποστολή τη στέρεη πρόσφυση των ούλων στα δόντια και στο οστόν συμβάλλοντας στην προστασία των βαθύτερων περιοδοντικών ιστών από τη μικροβιακή προσβολή.

Το **περιρρίζιο** είναι χαλαρός συνδετικός ιστός ο οποίος βρίσκεται μεταξύ οστεΐνης της ρίζας και του φατνιακού οστού. Ιστολογικά, το περιρρίζιο αποτελείται από κύτταρα, κολλαγόνες ίνες και θεμέλιο ουσία και περιλαμβάνει αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία καθώς και νεύρα. Η σημαντικότερη λειτουργία του περιρριζίου είναι ότι συγκρατεί το δόντι μέσα στο φατνίο και το βοηθά να ανταποκριθεί επιτυχώς στη λειτουργική του αποστολή.

Η **οστεΐνη** είναι εξειδικευμένος ενασβεστωμένος ιστός με σύσταση που παρουσιάζει ομοιότητες με εκείνη του οστού και ο οποίος καλύπτει το εξωτερικό

μέρος της ρίζας του δοντιού από την αδαμαντίνη μέχρι το ακρορρίζιο. Οι βασικές λειτουργίες της οστεΐνης σχετίζονται με τη στήριξη του δοντιού, την προστασία του και τη λειτουργία του. Με τον μηχανισμό της συνεχούς δια βίου πλάσης της οστεΐνης και της διαρκούς ανανέωσης των ινών του περιρριζίου, διασφαλίζεται η στήριξη και η λειτουργική συμμετοχή του δοντιού στις γενικότερες απαιτήσεις του στοματογναθικού συστήματος όπως για παράδειγμα με τη διατήρηση των συγκλεισιακών σχέσεων των δοντιών.

Το τμήμα του οστού της άνω και κάτω γνάθου το οποίο υποδέχεται τα φατνία των δοντιών, ονομάζεται **οστούν των φατνίων** ή **φατνιακή απόφυση**. Η φατνιακή απόφυση σχηματίζεται μετά την ανατολή των δοντιών και εξαφανίζεται κατά μεγάλο μέρος μετά την απόπτωσή τους.

ΟΥΛΙΤΙΔΑ

Η **ουλίτιδα** είναι φλεγμονή των ούλων όπου χωρίς απώλεια πρόσφυσης του επιθηλίου και οφείλεται στην οδοντική μικροβιακή πλάκα. Από τη στιγμή που η οδοντική μικροβιακή πλάκα αποκτά παθογόνο δομή και ιδιότητες αρχίζει μια σειρά μεταβολών στο περιοδόντιο οι οποίες σταδιακά οδηγούν στην μετάπτωση του υγιούς σε παθολογικό και έχουν ως αποτέλεσμα την εκδήλωση αρχικά της ουλίτιδας και αργότερα της περιοδοντίτιδας. Ιστοπαθολογικώς η εξέλιξη της φλεγμονής διακρίνεται σε τέσσερα στάδια: α. στάδιο αρχικής προσβολής, β. στάδιο πρώιμης βλάβης, γ. στάδιο εγκατεστημένης βλάβης και δ. στάδιο προχωρημένης βλάβης.

Η ουλίτιδα αποτελεί την πιο συνηθισμένη παθολογική κατάσταση των ούλων με υψηλό επιπολασμό σε άνδρες και γυναίκες, παιδιά και ενήλικες και είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την αποτελεσματικότητα της στοματικής υγιεινής που εφαρμόζεται. Οφείλεται στην ύπαρξη μικροβίων στην ουλοδοντική σχισμή, η μικροβιακή χλωρίδα της οποίας παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από εκείνη των υγιών ούλων. Κλινικά, η νόσος περιλαμβάνει σημεία και συμπτώματα τα οποία είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σε διαφορετική αναλογία και ποικίλη βαρύτητα. Το πλέον χαρακτηριστικό σύμπτωμα της ουλίτιδας είναι η αιμορραγία κατά την ανίχνευση ή κατά το βούρτσισμα ή και αυτόματα. Άλλο χαρακτηριστικό σημείο είναι η μεταβολή στο χρώμα και στη σύσταση των ούλων όπου από ανοιχτό ρόδινο χρώμα που έχουν τα υγιή ούλα και συμπαγή σύσταση,

παρουσιάζουν ερυθρότητα και σημεία οιδήματος ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις συνυπάρχει και κακή αναπνοή. Η θεραπεία της ουλίτιδας είναι πολύ αποτελεσματική εφόσον γίνει έγκαιρα. Ωστόσο, χωρίς την προσωπική συμμετοχή του ασθενούς για αποτελεσματική καθημερινή απομάκρυνση της πλάκας η ουλίτιδα μπορεί να εξελιχθεί.

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ

Η **περιοδοντίτιδα** αποτελεί εξέλιξη της ουλίτιδας, δηλαδή επέκταση της φλεγμονής από τα ούλα στους υπόλοιπους περιοδοντικούς ιστούς. Παρόλο που αυτό θεωρείται δεδομένο, εντούτοις δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί με απόλυτη ακρίβεια το ποσοστό των ουλίτιδων που εξελίσσονται σε περιοδοντίτιδα. Το ενδεχόμενο της εξέλιξης της ουλίτιδας σε περιοδοντίτιδα καθιστά υποχρεωτική και επιβεβλημένη τόσο την έγκαιρη διάγνωση όσο και την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η πλέον συχνή περιοδοντίτιδα η οποία καλύπτει το 80 - 90% των νόσων του περιοδοντίου, είναι η **χρόνια περιοδοντίτιδα των ενηλίκων βραδείας εξέλιξης**. Είναι μικροβιολογικής αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη περιοδοντικών θυλάκων και τη απώλεια πρόσφυσης. Ανάλογα με την τοπογραφία της διακρίνεται σε γενικευμένη και εντοπισμένη. Η χρόνια περιοδοντίτιδα μπορεί να εμφανισθεί κατά την εφηβεία ως βραδέως εξελισσόμενη νόσος και γίνεται κλινικά εμφανής μετά την ηλικία των 35 ετών και συνεχίζει για την υπόλοιπη ζωή. Οι εξάρσεις και υφέσεις της χρόνιας περιοδοντίτιδας πιστεύεται ότι εξαρτώνται από την απάντηση του ανοσοποιητικού συστήματος στην προσπάθεια αντιμετώπισης του μικροβιακού παράγοντα που προκαλεί τη νόσο.

Η **χρόνια περιοδοντίτιδα ταχείας εξέλιξης** (επιθετική περιοδοντίτιδα) συχνά παρουσιάζεται σε νεαρά άτομα και διακρίνεται σε **προεφηβική και εφηβική**. Προβλήματα του ανοσοποιητικού συστήματος και γενετικοί λόγοι έχουν θεωρηθεί ως πιθανοί παράγοντες όλων των μορφών της επιθετικής περιοδοντίτιδας. Στις περιπτώσεις που η νόσος είναι εντοπισμένη και θεραπευθεί τότε το αποτέλεσμα είναι θετικό. Παρουσιάζεται σοβαρή φλεγμονή και ταχεία απώλεια οστού και συνδετικού ιστού, ενώ απώλεια δοντιών είναι πιθανή μέσα σε ένα χρόνο από την αρχική προσβολή. Γενικώς, τα άτομα που παρουσιάζουν

σοβαρή και γενικευμένη επιθετική περιοδοντίτιδα θεωρούνται ως άτομα υψηλού κινδύνου για απώλεια δοντιών. Η προεφηβική περιοδοντίτιδα είναι μια κατάσταση εξαιρετικά σπάνια, μπορεί να εμφανιστεί με την ανατολή του πρώτου νεογιλού και προκαλεί σοβαρή φλεγμονή και απώλεια οστού και δοντιών. Η νεανική περιοδοντίτιδα εμφανίζεται κατά την εφηβεία και χαρακτηρίζεται από σοβαρή απώλεια οστού γύρω από τους πρώτους γομφίους και τους κυνόδοντες. Είναι περισσότερο συνήθης στα κορίτσια. Κλινικά συμπτώματα όπως φλεγμονή, αιμορραγία και σοβαρή συσσώρευση πλάκας δεν παρατηρούνται στη σχετικά σπάνια αυτή νόσο.

Η περιοδοντίτιδα μπορεί επίσης, να συσχετισθεί με ορισμένα γενικά νοσήματα μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται ο διαβήτης τύπου I, το σύνδρομο Down καθώς επίσης και σοβαρές σπάνιες ανωμαλίες των λευκών αιμοσφαιρίων του αίματος.

Η **νεκρωτική ελκώδης περιοδοντίτιδα** είναι οξεία νόσος των ούλων και μπορεί να οφείλεται σε διάφορους προδιαθεσιακούς παράγοντες όπως είναι το stress, η κακή διατροφή, το κάπνισμα και ιογενείς φλεγμονές. Παρουσιάζεται επί εδάφους περιοδοντίτιδας.

Στις αρχές του 1970 υπήρχε ένα σαφές μοντέλο σχετικά με τη φύση της περιοδοντικής νόσου. Πιστευόταν, τότε, ότι η περιοδοντική νόσος προσέβαλε ευρέως τον πληθυσμό, ότι αποτελούσε την κύρια απειλή της στοματικής υγείας και οι απόψεις για την έναρξη και την εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου περιελάμβαναν τα ακόλουθα:

- Όλα τα μικρόβια της πλάκας ενέχονται για την πρόκληση της περιοδοντικής νόσου.
- Ο ξενιστής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και κυρίως δρα προστατευτικά εναντίον όλων των μικροβίων.
- Η ουλίτιδα μεταπίπτει σε περιοδοντίτιδα με συνέπεια την απώλεια οστού και κατόπιν των δοντιών.
- Μη θεραπευθείσα περιοδοντίτιδα εξελίσσεται αργά αλλά σταθερά με την πάροδο του χρόνου.
- Στην πραγματικότητα όλα τα άτομα και όλα τα δόντια σε κάθε άτομο μπορεί να προσβληθούν από περιοδοντίτιδα.
- Η στοματική υγιεινή και η ηλικία αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την περιοδοντική νόσο.

Το τελευταίο τέταρτο του 20ου αιώνα έχουν γίνει πολύ μεγάλες προσπάθειες στην περιοδοντολογική έρευνα προκειμένου να διασαφηνιστεί και να γίνει ακριβέστερα κατανοητή η φύση της περιοδοντικής νόσου και έχει επιτευχθεί σημαντικότερη πρόοδος. Σήμερα, αναδύεται ένα νέο πρότυπο σχετικά με την ευαισθησία, την αιτιολογία και την παθογένεια της περιοδοντικής νόσου. Ερευνητές και κλινικοί από κοινού έχουν δώσει μια πολύ διαφορετική άποψη της περιοδοντικής νόσου από αυτήν που υπήρχε 25 με 30 χρόνια πριν.

Οι ερευνητές στην μικροβιολογία στόματος, για παράδειγμα, έχουν ανακαλύψει σημαντικά νέα δεδομένα σχετικά με τον ρόλο των ειδικών μικροβιακών τύπων στην αιτιολογία της περιοδοντικής νόσου. Σήμερα γνωρίζουμε ότι από τα 300 και πλέον είδη μικροβίων που βρίσκονται στην στοματική κοιλότητα, μόνο λίγα, είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμούς, είναι υπεύθυνα για την καταστροφή των ιστών που παρατηρείται στην περιοδοντική νόσο. Έχουν αναγνωρισθεί σαφείς διαφορές στα είδη των μικροβίων που βρίσκονται σε υγιείς σχισμές και σε περιοδοντικούς θυλάκους. Τα μικρόβια που σχετίζονται με την υγεία των ούλων σε νεαρά άτομα και γενικά σε υγιείς ανθρώπους είναι λίγα (10^2 - 10^3 μικροοργανισμοί) και είναι κυρίως gram+ στρεπτόκοκκοι και *Actinomyces*, με περίπου 15% gram⁻ μικροοργανισμούς. Η ουλίτιδα σχετίζεται με αύξηση της μικροβιακής μάζας (10^4 - 10^6 μικροοργανισμοί) καθώς και αύξηση στο ποσοστό των gram⁻ μικροοργανισμών. Στην περιοδοντίτιδα των ενηλίκων παρατηρείται αύξηση στο σύνολο της μικροβιακής μάζας (10^5 - 10^8 μικροοργανισμοί) και ισχυρή συσχέτιση της νόσου με τους μικροοργανισμούς *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, και *Treponema denticola*.

Οι επιδημιολόγοι, επίσης, έχουν ανακαλύψει νέα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα, τον επιπολασμό και τους κινδύνους της περιοδοντικής νόσου. Στην τελευταία δεκαετία άρχισαν να αξιολογούνται «παράγοντες κινδύνου» για την ευαισθησία και την εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου. Ως «παράγων κινδύνου» μπορεί να ορισθεί μία ιδιότητα ή η έκθεση των ατόμων σε κίνδυνο που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Σύμφωνα με τις σημερινές γνώσεις οι παράγοντες κινδύνου ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες, στους «ενδογενείς» και στους «επίκτητους και περιβαλλοντικούς». Στους ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνονται σε γενικές γραμμές τα ακόλουθα: (1) φυλή, (2) φύλο, (3) γενετικοί παράγοντες/κληρονομικότητα, (4) εκ γενετής ανοσολογική ανεπάρκεια, (5) δυσλειτουργία φαγοκυττάρων και (6) σύνδρομα, όπως το σύνδρομο Down. Οι

επίκτητοι και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν: (1) κακή στοματική υγιεινή, (2) ηλικία, (3) λήψη φαρμάκων όπως διφαινυλυδαντοΐνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, (4) κάπνισμα, (5) επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια, (6) επίκτητες νόσοι ενδοκρινών αδένων, όπως ο διαβήτης, (7) στρεσογόνοι παράγοντες και (8) διατροφικές ανεπάρκειες. Η σύγχρονη έρευνα υπερτονίζει τον ρόλο των παραγόντων κινδύνου στην έναρξη και εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου. Σήμερα είναι σαφές ότι τόσο οι ενδογενείς όσο και οι επίκτητοι παράγοντες κινδύνου προσδιορίζουν την έναρξη, την εξέλιξη και την ανταπόκριση στη θεραπεία της περιοδοντικής νόσου.

Επιπλέον, οι ερευνητές έχουν εξηγήσει τον ρόλο της ευαισθησίας του ξενιστή στην εξέλιξη της νόσου. Υπάρχουν μαρτυρίες, για παράδειγμα, που δείχνουν ότι η περιοδοντική νόσος μπορεί να είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα, όπου οι ανοσολογικοί παράγοντες του σώματος επιτίθενται στα κύτταρα και στους ιστούς των ίδιων των ατόμων – που στην περίπτωση αυτή είναι τα ούλα.

Τέλος, οι κλινικοί ερευνητές έχουν σαφώς δείξει πως είναι δυνατόν να επιβραδύνουν ή και να σταματήσουν την εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου καθώς και να επανακτηθούν οι απολεσθέντες περιοδοντικοί ιστοί με νέες πολύ ενδιαφέρουσες στρατηγικές θεραπείας.

Έτσι, λοιπόν, σήμερα με τις σύγχρονες γνώσεις, **η νέα αντίληψη της περιοδοντικής νόσου** συνοψίζεται στα ακόλουθα:

- ❑ Ειδικά μικρόβια προκαλούν περιοδοντίτιδα.
- ❑ Η ανοσοφλεγμονώδης απάντηση του ξενιστή, αν και είναι προστατευτική, θεωρείται υπεύθυνη για την καταστροφή των ιστών στην περιοδοντίτιδα.
- ❑ Η περιοδοντίτιδα εξελίσσεται με περιόδους ενεργότητας όπου παρατηρείται απώλεια πρόσφυσης.
- ❑ Υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ ατόμων και δοντιών στο στόμα ως προς την ευαισθησία στην περιοδοντίτιδα.
- ❑ Για την ευαισθησία στην περιοδοντίτιδα σημαντικό ρόλο παίζουν ενδογενείς, επίκτητοι και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου.
- ❑ Η περιοδοντίτιδα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καρδιακή νόσο και γέννηση λιποβαρών νεογνών και
- ❑ Οι κυτταρικές διεργασίες επούλωσης μπορούν να τροποποιηθούν.

Με βάση τις σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις για τη νέα αυτή αντίληψη της περιοδοντικής νόσου, φαίνεται ότι έχουν ανοιχθεί νέοι δρόμοι και πολλά μπορούν

να γίνουν στο μέλλον για την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών, προληπτικών και θεραπευτικών στρατηγικών για τον έλεγχο της.

Ουλίτιδα και Νοσήματα Περιοδοντίου

Η ουλίτιδα αποτελεί την πιο συνηθισμένη παθολογική κατάσταση των ούλων με υψηλό επιπολασμό σε άνδρες και γυναίκες, παιδιά και ενήλικες και είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την αποτελεσματικότητα της στοματικής υγιεινής που εφαρμόζεται. Οφείλεται στην ύπαρξη μικροβίων στην ουλοδοντική σχισμή, η μικροβιακή χλωρίδα της οποίας παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από εκείνη των υγιών ούλων. Κλινικά, η νόσος περιλαμβάνει σημεία και συμπτώματα τα οποία είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σε διαφορετική αναλογία και ποικίλη βαρύτητα. Η θεραπεία της ουλίτιδας είναι πολύ αποτελεσματική εφόσον γίνει έγκαιρα. Ωστόσο, χωρίς την προσωπική συμμετοχή του ασθενούς για αποτελεσματική καθημερινή απομάκρυνση της πλάκας η ουλίτιδα μπορεί να εξελιχθεί. Η περιοδοντίτιδα αποτελεί εξέλιξη της ουλίτιδας, δηλαδή επέκταση της φλεγμονής από τα ούλα στους υπόλοιπους περιοδοντικούς ιστούς. Παρόλο που αυτό θεωρείται δεδομένο, εντούτοις δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί με απόλυτη ακρίβεια το ποσοστό των ουλίτιδων που εξελίσσονται σε περιοδοντίτιδα. Το ενδεχόμενο της εξέλιξης της ουλίτιδας σε περιοδοντίτιδα καθιστά υποχρεωτική και επιβεβλημένη τόσο την έγκαιρη διάγνωση όσο και την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση. Η πλέον συχνή περιοδοντίτιδα η οποία καλύπτει το 80 - 90% των νόσων του περιοδοντίου, είναι η χρόνια περιοδοντίτιδα των ενηλίκων βραδείας εξέλιξης. Είναι μικροβιολογικής αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από ύπαρξη περιοδοντικών θυλάκων και απώλεια πρόσφυσης του επιθηλίου. Ανάλογα με την τοπογραφία της διακρίνεται σε γενικευμένη και εντοπισμένη. Σήμερα έχουν προκύψει νέα δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα, τον επιπολασμό και τους κινδύνους της περιοδοντικής νόσου. Στην τελευταία δεκαετία άρχισαν να αξιολογούνται «παράγοντες κινδύνου» για την ευαισθησία και την εξέλιξη της περιοδοντικής νόσου οι οποίοι ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες, στους «ενδογενείς» και στους «επίκτητους και περιβαλλοντικούς». Με βάση τις σύγχρονες επιστημονικές γνώσεις για την περιοδοντική νόσο, έχουν ανοιχθεί νέοι δρόμοι και πολλά μπορούν να γίνουν στο μέλλον για την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών, προληπτικών και θεραπευτικών στρατηγικών για τον έλεγχο της.

**Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΝΟΣΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΕ
ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΗΛΙΚΙΕΣ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόληψη των νόσων του στόματος είναι αναγκαία και αποτελεσματική σε όλες τις ηλικίες. Η πρόληψη αρχίζει πριν τη γέννηση ακόμη του παιδιού με την ενημέρωση της εγκύου τόσο για τη δική της στοματική υγεία όσο και για τη στοματική υγεία του παιδιού που περιμένει και συνεχίζεται μέχρι το τέλος της ζωής. Τα νοσήματα του στόματος τερηδόνα και νόσοι περιοδοντίου καθώς και ο καρκίνος του στόματος, απαιτούν συνεχή ενημέρωση και συμμετοχή των ασθενών για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση. Για το λόγο αυτό προωθείται διεθνώς η έννοια της αυτοφροντίδας.

Το περιεχόμενο ενός ολοκληρωμένου προληπτικού οδοντιατρικού προγράμματος που πρόκειται να εφαρμοσθεί στην κοινότητα εξαρτάται από τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται. Αντιθέτως, στο ιατρείο δίνεται η δυνατότητα εξατομίκευσης των προληπτικών προγραμμάτων. Σε γενικές γραμμές το περιεχόμενο των προληπτικών προγραμμάτων περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- 1. Αγωγή στοματικής υγείας σχετικά με τη στοματική υγιεινή.**
- 2. Χρήση φθοριούχων.**
- 3. Αγωγή στοματικής υγείας σχετικά με την ορθή διατροφή.**
- 4. Καλύψεις οπών και σχισμών των δοντιών (Sealants).**
- 5. Τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο.**

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Η οδοντική μικροβιακή πλάκα (Ο.Μ.Π.) θεωρείται ο κύριος παράγοντας ανάπτυξης των δύο συχνότερων νοσημάτων του στόματος της τερηδόνας και των νοσημάτων του περιοδοντίου. Για το λόγο αυτό, η καθημερινή απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας από τα δόντια αποτελεί τον κύριο άξονα ενός ολοκληρωμένου προληπτικού προγράμματος, τόσο σε επίπεδο δημόσιας υγείας όσο και σε επίπεδο ιδιωτικής φροντίδας. Στη διδασκαλία περιλαμβάνεται εκτός από τη μέθοδο βουρτσίσματος των δοντιών και τη μέθοδο χρήσης του οδοντιατρικού νήματος, οι συμβουλές για την επιλογή της κατάλληλης οδοντόβουρτσας, της κατάλληλης οδοντόκρεμας, της συχνότητας βουρτσίσματος των δοντιών και των άλλων βοηθητικών μέσων στοματικής υγιεινής, όπως είναι για παράδειγμα τα μεσοδόντια βουρτσάκια. Τέλος ανάλογα με την περίπτωση και

σύμφωνα πάντοτε με την κρίση του οδοντιάτρου συστήνεται η χρήση στοματικών διαλυμάτων ελέγχου της Ο.Μ.Π.

Η διδασκαλία μεθόδων σωστού και αποτελεσματικού βουρτσίσματος των δοντιών είναι απαραίτητη από την παιδική ηλικία, πάντοτε με την ουσιαστική συμβολή των γονέων, προκειμένου να τεθούν οι βάσεις ώστε οι αυριανοί ενήλικες να έχουν αποκτήσει σωστές συνήθειες στοματικής υγιεινής.

Η συμβολή του οδοντιάτρου στην αποτελεσματική πρακτική στοματικής υγιεινής του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική και φυσικά απαιτεί χρόνο και προσωπική διάθεση, ενώ παρουσιάζει δυσκολίες όταν πρόκειται για ενήλικες.

Από έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα έχει βρεθεί ότι το ποσοστό διδασκαλίας στοματικής υγιεινής και γενικώς της προώθησης της πρόληψης σε ασθενείς ιδιωτικών ιατρείων είναι χαμηλό, παρά το γεγονός ότι η αποτελεσματικότητα της προσωπικής διδασκαλίας είναι ιδιαίτερα επιτυχής. Δεδομένου ότι η οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα παρέχεται κατά κύριο λόγο ιδιωτικώς, είναι πρόδηλη η σημασία της ενεργοποίησης των οδοντιάτρων προς αυτή την κατεύθυνση.

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΦΘΟΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ

Η εντυπωσιακή μείωση της τερηδόνας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως στον παιδικό πληθυσμό αλλά και σε ενήλικες, οφείλεται στην ευρεία χρήση φθοριούχων σκευασμάτων και κυρίως στη χρήση φθοριούχων οδοντοκρεμών. Η αντιτερηδογονόγος δράση του φθορίου έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας στην οδοντιατρική τις τελευταίες δεκαετίες και έχουν διατυπωθεί διάφοροι μηχανισμοί δράσης του. Ο κύριος αντιτερηδογονόγος μηχανισμός του φθορίου θεωρείται η συμβολή του στην επαναλάτωση της αδαμαντίνης και στην επούλωση των αρχόμενων τερηδόνων. Οι γνώσεις που προέρχονται από τις έρευνες αυτές, έχουν βρει εφαρμογή στην κλινική πράξη με την εισαγωγή μιας σειράς διαφορετικών τρόπων και μέσων χορήγησης φθορίου ανάλογα με τις ανάγκες της πληθυσμιακής ομάδας στην οποία αναφέρονται.

Η ανάγκη της χρησιμοποίησης φθοριούχων σκευασμάτων για την πρόληψη της τερηδόνας είναι επιτακτική σε όλα τα άτομα, εφόσον έχουν φυσικά δόντια στο στόμα τους. Παρά το γεγονός ότι η τερηδόνα έχει μειωθεί σημαντικά στον παιδικό πληθυσμό τα τελευταία χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες και στη

χώρα μας, εντούτοις παρουσιάζεται ακόμη με ένα σχετικά υψηλό ποσοστό σε παιδιά και εφήβους ενώ ιδιαίτερο πρόβλημα φαίνεται να υπάρχει στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στους ενήλικες, η τοπική χορήγηση φθοριούχων συστήνεται για την πρόληψη της τερηδόνας και ιδιαίτερα για την τερηδόνα ρίζας που σχετίζεται με την υφίζηση των ούλων. Ανάγκη χορήγησης φθορίου έχουν και τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης τερηδόνας όπως είναι τα άτομα που έχουν ήδη τερηδόνες στο στόμα τους, οι ξηροστομικοί ασθενείς, άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου, οι μετανάστες, άτομα με ειδικές ανάγκες, άτομα που παρουσιάζουν χρόνια προβλήματα γενικής υγείας και όσοι φέρουν ορθοδοντικά μηχανήματα, παιδιά και ενήλικες. Άλλες καταστάσεις που απαιτούν τη χορήγηση φθοριούχων είναι οι οδοντινικές ευαισθησίες που εμφανίζονται στα άτομα λόγω αποκάλυψης των οδοντινοσωληναρίων μετά από περιοδοντική θεραπεία ή λόγω διάβρωσης της αδαμαντίνης.

Το φθόριο χορηγείται μέσω της γενικής οδού και με τοπική εφαρμογή. Η συστηματική χορήγηση αφορά στην φθορίωση του πόσιμου νερού, του μαγειρικού αλάτος ή του γάλακτος καθώς και στη χορήγηση καθημερινά τροχίσκων φθορίου ως συμπλήρωμα διαίτας. Τα τοπικά φθοριούχα αφορούν στη χρήση οδοντόκρεμας και στοματοπλύματος ή ζελέ που γίνονται με αυτοχορήγηση στο σπίτι καθώς επίσης και την εφαρμογή φθοριούχων σκευασμάτων στο ιατρείο με ζελέ, αφρούς και βερνίκια.

Το είδος του φθοριούχου σκευάσματος, ο τρόπος χρήσης του καθώς επίσης και η συχνότητα εφαρμογής του εξαρτάται από το είδος του προληπτικού προγράμματος και τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Χορήγηση φθορίου με τη γενική οδό

Φθορίωση πόσιμου νερού

Η φθορίωση του πόσιμου νερού αποτέλεσε την πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια εφαρμογής προληπτικού προγράμματος δημόσιας υγείας με στόχο την καταπολέμηση της οδοντικής τερηδόνας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Τα αποτελέσματα των πρώτων εμπειριστατωμένων ερευνητικών μελετών ως προς την αποτελεσματικότητα του μέτρου, κατά τις δεκαετίες 50-70, υπήρξαν εντυπωσιακά. Πληθυσμοί περιοχών με φθοριωμένο νερό σημείωσαν μείωση τερηδόνας σε ποσοστά της τάξης του 50-60% τόσο στη νεογιλή όσο και στη μόνιμη οδοντοφυΐα συγκριτικά με περιοχές με μη φθοριωμένο νερό.

Μεταγενέστερες έρευνες, κατά τη δεκαετία του '80, συνέχισαν να δείχνουν υψηλά ποσοστά μείωσης τερηδόνας στις φθοριωμένες περιοχές της τάξης του 20%, σημαντικά μικρότερα όμως αυτών που είχαν αναφερθεί στις προηγούμενες δεκαετίες. Η φαινομενική αυτή μείωση της αποτελεσματικότητας του φθορίου δεν οφείλεται σε μεταβολή της αντιτερηδογονόου δράσης του αλλά στην εισαγωγή και άλλων μεθόδων χορήγησης φθορίου κατά τα χρόνια αυτά με αποτέλεσμα να μειωθεί η τερηδόνα λόγω εφαρμογής αυτών των νέων μέτρων πρόληψης και όχι αποκλειστικά λόγω του φθοριωμένου νερού. Επιπλέον, η βελτιωμένη παροχή οδοντιατρικής φροντίδας καθώς και η μακροχρόνια εφαρμογή ολοκληρωμένων προληπτικών προγραμμάτων σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα οδήγησαν σε σημαντική μείωση των δεικτών τερηδόνας στο γενικότερο αλλά κυρίως στον παιδικό πληθυσμό. Οι παραπάνω λόγοι φέρονται σαν οι πιο πιθανοί για να ερμηνεύσουν τη συγκριτικά μικρότερη αποτελεσματικότητα ως μέσο πρόληψης που φαίνεται να έχει κατά τα τελευταία χρόνια η φθορίωση του πόσιμου νερού.

Η πληθώρα των μελετών που έχουν δημοσιευτεί στη διεθνή βιβλιογραφία αποτελεί αδιάσπαστο στοιχείο που καθιερώνει το φθοριωμένο νερό ως ένα από τα αποτελεσματικότερα μέσα πρόληψης σε επίπεδο δημόσιας υγείας, με πρόσθετα πλεονεκτήματα το σχετικά χαμηλό κόστος εφαρμογής και τη δυνατότητα χρήσης του από όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Ωστόσο, ο προβληματισμός για την εισαγωγή του σε άλλες χώρες, σήμερα, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον επιπολασμό της τερηδόνας στις χώρες αυτές. Για τον λόγο αυτό η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) συστήνει την εφαρμογή της φθορίωσης του νερού σε πληθυσμούς όπου η τερηδόνα είναι σε επίπεδα ίδια ή ανώτερα του μετρίου ($DMFT \geq 3.0$). Άρα η φθορίωση του νερού σε πληθυσμούς με $DMFT = 1,2-2$ για την ηλικία των 12 ετών δεν μπορεί να αποτελεί την επιλογή για πρόληψη στα άτομα αυτά και ειδικότερα όταν το μικρό αυτό πρόβλημα εντοπίζεται στο 30% περίπου του πληθυσμού. Επιπλέον, η εμφάνιση κηλίδων φθορίασης της αδαμαντίνης σε παιδιά περιοχών με φθοριωμένο νερό έχει προβληματίσει και τον οδοντιατρικό κόσμο. Μελέτες δείχνουν αύξηση των κηλίδων φθορίασης ελαφριάς μορφής σε παιδιά περιοχών με φθοριωμένο νερό που προσλαμβάνουν φθόριο και από άλλες πηγές όπως είναι οι τροχίσκοι φθοριούχου νατρίου καθώς επίσης και από τη λανθασμένη χρήση τοπικών φθοριούχων από τα παιδιά όπως είναι η κατάποση της οδοντόκρεμας ή των διαφόρων στοματοπλυμάτων.

Φθορίωση του αλατιού

Η φθορίωση του αλατιού αποτελεί την εναλλακτική λύση χρήσης φθορίου για την πρόληψη της τερηδόνας. Η συγκέντρωση φθορίου στο αλάτι θα πρέπει να καθορίζεται από τοπικές κλιματολογικές και κοινωνικές συνθήκες καθώς και τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων.

Ταυτόχρονη χρήση του με φθοριωμένο νερό θα πρέπει να αποφεύγεται. Το φθοριωμένο αλάτι επιτρέπει σε όλους το δικαίωμα επιλογής για την χρήση του ή όχι.

Φθορίωση του γάλακτος

Ενθαρρυντικά αποτελέσματα στη μείωση της τερηδόνας έχουν επίσης αναφερθεί από τη χρήση φθοριωμένου γάλακτος. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι το φθοριωμένο γάλα είναι ένα πολύ αποτελεσματικό και εύκολο μέτρο μείωσης της τερηδόνας, αν και από ορισμένες άλλες μελέτες προκύπτουν αντίθετα αποτελέσματα. Παρά το γεγονός ότι η φθορίωση του γάλακτος είναι μία μέθοδος σχετικά πρόσφατη, η Ευρωπαϊκή Ακαδημία Παιδιατρικής Οδοντιατρικής (EAPD) επικυρώνει την υποστήριξή της στη συνέχιση της διερεύνησης αυτού του τρόπου πρόληψης της τερηδόνας στα παιδιά.

Τροχίσκοι φθοριούχου νατρίου

Η μορφή αυτή συστηματικής λήψης φθορίου χρησιμοποιείται για τους ακόλουθους λόγους:

- Να καλύψει ανάγκες περιοχών όπου άλλα μέτρα ευρείας εφαρμογής χορήγησης φθορίου (φθορίωση του πόσιμου νερού, του γάλακτος ή του μαγειρικού αλάτος) δεν είναι δυνατά ή είναι ανεπαρκή.
- Να καλύψει τις επιπλέον ανάγκες σε φθόριο ατόμων υψηλού κινδύνου σε συνδυασμό με άλλα μέτρα πρόληψης.
- Να καλύψει την ανάγκη για έγκαιρη και όσο το δυνατόν νωρίτερα σε ηλικία χορήγησης φθορίου σε πολύ μικρά παιδιά (άνω των 6 μηνών) που το έχουν ανάγκη για πιο αποτελεσματική πρόληψη.
- Να υποκαταστήσει το φθοριωμένο νερό για ατομική κατ' οίκον χρήση (με τη διάλυση 1mg F σε 1 lt νερού που δίνει 1 ppm F) σε άτομα με ειδικές ανάγκες και για όσους επιθυμούν αυτό το μέτρο πρόληψης. Επίσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από ηλικιωμένα άτομα που δυσκολεύονται στη χρήση φθοριούχων διαλυμάτων και τα χρησιμοποιούν για την τοπική επίδραση του φθορίου.

Η χορήγηση συμπληρωμάτων φθορίου αρχίζει κατά τους πρώτους 6 μήνες μετά τη γέννηση και συνεχίζεται τουλάχιστον μέχρι το 8^ο έτος της ηλικίας ή για όσο καιρό είναι απαραίτητο σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού.

Η αποτελεσματικότητα των τροχίσκων περιορίζεται από μία σειρά παραγόντων που αφορούν κυρίως στη δυνατότητα πιστής τήρησης των οδηγιών χρήσης (καθημερινή χρήση) καθώς και στη δυνατότητα μακροχρόνιας εφαρμογής του μέτρου από ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες λόγω χαμηλής αντίληψης ως προς την αξία της πρόληψης.

Αυτό που θα πρέπει να τονισθεί και να προσεχθεί είναι να μην γίνεται κατά τα χρόνια της προσχολικής περιόδου (0-4 χρόνια) κατάχρηση συμπληρωμάτων φθορίου και άλλων μορφών φθορίου δια της συστηματικής οδού, διότι έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης φθορίασης στη μόνιμη οδοντοφυΐα των παιδιών. Αν και παλαιότερα επικρατούσε η άποψη ότι η υπερβολική λήψη φθορίου κατά τα πρώιμα στάδια της εκκριτικής φάσης της οδοντικής ανάπτυξης ήταν υπεύθυνη για την εμφάνιση φθορίασης, νεώτερες απόψεις υποστηρίζουν ότι τόσο κατά τα τελευταία στάδια της εκκριτικής φάσης όσο και κατά την πρώιμη ωρίμανση ο κίνδυνος εξακολουθεί να είναι υπολογίσιμος. Ηλικιακά, κάτι τέτοιο μεταφράζεται στην περίοδο 0-4 έτη της ζωής του παιδιού. Ιδιαίτερα, το χρονικό διάστημα έως την ηλικία των 30 μηνών περίπου θεωρείται κρίσιμο για την εμφάνιση φθορίασης. Αυτό το ηλικιακό διάστημα είναι γνωστό στη βιβλιογραφία ως “παράθυρο ευαισθησίας”. Όπως δείχνουν πολλές μελέτες η αιτία της συχνότερης εμφάνισης περιπτώσεων φθορίασης κατά την τελευταία δεκαετία οφείλεται σε αύξηση της συνολικής ποσότητας φθορίου που λαμβάνουν τα παιδιά καθημερινά από τη γενική οδό. Αυτή η αύξηση της λήψης φθορίου προέρχεται από τη δίαιτα, το φθοριωμένο νερό, αλλά και τη χρήση τοπικών φθοριούχων (στοματοπλύματα ή οδοντόκρεμες) όπου εμφανίζεται το φαινόμενο τα παιδιά να μην χρησιμοποιούν οδοντόκρεμα χαμηλής περιεκτικότητας σε φθόριο (< ή =500ppm F) ή να μην εφαρμόζουν τις οδηγίες χρήσης για αποφυγή κατάποσης. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μελέτης που έδειξε ότι το 35% των παιδιών που ζούσαν σε φθοριωμένη περιοχή έπαιρναν επιπλέον και συμπλήρωμα φθορίου κατόπιν συνταγής παιδιάτρου ή οδοντιάτρου, στοιχείο που συνέλαβε σημαντικά στη αύξηση των περιπτώσεων φθορίασης στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Για την Ελλάδα βέβαια κάτι τέτοιο δεν ισχύει, ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα, γιατί δεν έχουμε φθοριωμένο νερό. Αντίθετα μετά την ηλικία των 4 ετών η χορήγηση

τροχίσκων φθορίου μπορεί να γίνεται ανεπιφύλακτα και δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας. Τέλος, η αλλαγή αυτή των δεδομένων σε συνδυασμό με την άποψη της μη εφαρμογής μέτρων πρόληψης σε άτομα που δεν τα επιθυμούν ή δεν τα έχουν ανάγκη οδήγησε τους ερευνητές στην αλλαγή και του τρόπου χρήσης αυτής της μορφής φθορίου.

Μεγαλύτερη αξία όσον αφορά την αντιτετηδογόνο δράση των δισκίων φθορίου έχει το επίπεδο συγκέντρωσης φθορίου στο άμεσο υδατικό περιβάλλον του δοντιού, παρά η ενσωματωμένη συγκέντρωση φθορίου στην αδαμαντίνη. Η επιθυμητή διαδικασία επανασβεσίωσης μίας αρχόμενης τετηδονικής βλάβης βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση και ευνοείται από μια σταθερά υψηλή συγκέντρωση φθορίου στο άμεσο περιβάλλον του υπό προσβολή δοντιού. Κάτι τέτοιο προσδίδει μεγαλύτερη αξία στον παράγοντα της τοπικής δράσης των τροχίσκων φθοριούχου νατρίου στην ενσωμάτωση του στην αδαμαντίνη μέσα από την συστηματική οδό. Σήμερα η τάση που επικρατεί είναι να χορηγούνται τα δισκία για τις ηλικίες από τούς 6 μήνες έως τα 4 χρόνια στα άτομα που το έχουν ανάγκη, δηλαδή τουλάχιστον στο 50% του πληθυσμού που έχει ή θα αναπτύξει πρόβλημα. Δηλαδή, σε παιδιά τα οποία λόγω ύπαρξης τετηδόνας, τουλάχιστον μια τετηδόνα, ή λευκές κηλίδες, ή ιστορικού παρατεταμένης χρήσης του μπιμπερό στο κρεβάτι καθώς και σε παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν κακή στοματική υγεία με πολλές τετηδόνες, έχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης πολυτετηδοντισμού και ως εκ τούτου χρειάζονται τροχίσκους φθορίου. Γενικότερα και για όλες τις άλλες ηλικίες και τους ενήλικες η χρήση των δισκίων θα πρέπει να γίνεται κατά περίπτωση και σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντος οδοντιάτρου και πάντοτε για την τοπική τους δράση.

Η χορήγηση άλλωστε της συνολικής ημερήσιας δόσης συμπληρώματος φθορίου σε δυο χωριστές ημίσειες δόσεις κινείται προς αυτή την κατεύθυνση με στόχο τη διατήρηση υψηλών συγκεντρώσεων φθορίου στο σάλιο κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ο παραπάνω τρόπος χορήγησης ευνοεί επίσης και τη μείωση του μεγέθους αύξησης του επιπέδου φθορίου στο πλάσμα συγκριτικά με τη χορήγηση μονής δόσης, συγκέντρωση η οποία σχετίζεται με το κίνδυνο εμφάνισης φθορίασης.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα ανωτέρω, η Ευρωπαϊκή Ακαδημία Παιδιατρικής Οδοντιατρικής (EAPD) προχώρησε στη σύσταση των ακόλουθων οδηγιών για τη χορήγηση διαιτητικών συμπληρωμάτων φθορίου σε περιοχές που δεν έχουν καθόλου φθόριο ($< 0.03 \text{ ppm F}$) στο πόσιμο νερό (Πίνακας 1):

Πίνακας 1: Χορήγηση συμπληρωμάτων φθορίου ανάλογα με την ηλικία

Ηλικία	Δόση
6 μήνες - 3 έτη	0.25 mgF ως μονή δόση
3 - 6 έτη	0.25 mgF 2 φορές ημερησίως
> 6 έτη	0.50 mgF 2 φορές ημερησίως

Φθοριούχα σκευάσματα τοπικής εφαρμογής (αυτοχορήγηση)

Φθοριούχος οδοντόπαστα

Η φθοριούχος οδοντόπαστα αποτελεί σήμερα ίσως την πιο διαδεδομένη στο ευρύ κοινό μορφή τοπικής εφαρμογής φθορίου με αυτοχορήγηση. Η ευρεία και συχνή χρήση της σε συνδυασμό με την αντιπερηδονογόνο της δράση έχουν οδηγήσει αρκετούς ερευνητές στο να θεωρούν τη φθοριούχο οδοντόπαστα τον σημαντικότερο παράγοντα για τη δραματική μείωση της τερηδόνας στον παιδικό πληθυσμό.

Το πρώτο εμπορικό σκεύασμα φθοριούχου οδοντόπαστας κυκλοφόρησε στην αγορά στα μέσα της δεκαετίας του '50, έχοντας σαν ενεργό φορέα φθορίου την ένωση $\text{SnF}_2/\text{Ca}_2\text{P}_2\text{O}_7$. Από τότε η σύνθεσή της έχει τροποποιηθεί αρκετές φορές, ώστε σήμερα να έχουμε στη διάθεσή μας προϊόντα με υψηλή περιεκτικότητα σε βιοδιαθέσιμο ιόν φθορίου και παράλληλη σταθερότητα του κύριου ενεργού φορέα. Ως ενεργά συστατικά χρησιμοποιούνται σήμερα, κυρίως, οι ενώσεις φθοριούχου νατρίου (NaF) και μονοφθοριοφωσφορικού νατρίου ($\text{Na}_2\text{PO}_3\text{F}$). Όσον αφορά στην περιεκτικότητα σε φθόριο, η πλειοψηφία των προϊόντων που κυκλοφορούν στο εμπόριο περιέχουν συγκεντρώσεις φθορίου της τάξης των 1000-1450 ppm φθορίου. Για τα παιδιά κυκλοφορούν οδοντόπαστες με χαμηλότερη περιεκτικότητα φθορίου (500 ppm φθορίου). Η καθημερινή χρήση φθοριούχου οδοντόπαστας συνιστάται σε παιδιά και ενήλικες. Ωστόσο, για τα παιδιά, το είδος της οδοντόπαστας, η συχνότητα καθώς και η ποσότητα που χρησιμοποιείται θα πρέπει να μεταβάλλονται ανάλογα με την ηλικία.

Οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Παιδοδοντιατρικής (EAPD) για χρήση οδοντόπαστας από παιδιά (Πίνακας 2):

Πίνακας 2: Ποσότητα φθοριούχου οδοντόπαστας ανάλογα με την ηλικία

Ηλικία (σε έτη)	Συγκέντρωση F (σε ppm)	Συχνότητα (ημερήσια)	Ποσότητα
6 μήνες – 2 έτη	500	1 φορά	ελαφρά επάλειψη στην οδοντόβουρτσα
2 –6 έτη	500	2 φορές	μέγεθος μπιζελιού ή μικρού νυχιού
> 6 έτη	1000-1450	2 φορές	1/3-1/2 της κεφαλής οδοντόβουρτσας

Η επίβλεψη των παιδιών μέχρι την ηλικία των 7 - 8 ετών από το γονέα κατά τη διάρκεια του βουρτσίσματος κρίνεται επιβεβλημένη, όχι μόνο για την αποτελεσματικότερη εφαρμογή της τεχνικής του βουρτσίσματος αλλά και για τον έλεγχο της ποσότητας της οδοντόπαστας που χρησιμοποιείται καθώς και για την κατά το δυνατόν αποφυγή κατάποσης αυτής.

Φθοριούχα στοματοπλύματα

Τα φθοριούχα στοματοπλύματα αποτελούν το δεύτερο κατά σειρά πιο διαδεδομένο τρόπο τοπικής εφαρμογής φθορίου από τον ίδιο τον ασθενή μετά την οδοντόπαστα. Στοματοπλύματα που συνιστώνται για καθημερινή χρήση περιέχουν συγκεντρώσεις φθορίου 0.05% ενώ αυτά για εβδομαδιαία χρήση 0.2%. Σημαντικός αριθμός μελετών έχει επιβεβαιώσει την αποτελεσματικότητά τους, ιδιαίτερα όσον αφορά στην τερηδόνα των ομόρων επιφανειών.

Η χρήση των φθοριούχων στοματοπλυμάτων θα πρέπει να συστήνεται σε παιδιά μετά την ηλικία των 6 ετών.

Με βάση τη νεώτερη φιλοσοφία της συχνής χρήσης σκευασμάτων χαμηλής περιεκτικότητας σε φθόριο για αποτελεσματικότερη αντιτερηδογονόνο δράση, συνιστάται η καθημερινή χρήση φθοριούχων στοματοπλυμάτων σε χρονικές στιγμές διαφορετικές αυτών του βουρτσίσματος με φθοριούχο οδοντόπαστα.

Φθοριούχα ζελέ για χρήση στο σπίτι

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται σκευάσματα στα οποία η κύρια ενεργός ουσία είναι η φθοριούχος κασσίτερος ή το ουδέτερο φθοριούχο νάτριο σε μορφή ζελέ για καθημερινή εφαρμογή από τον ίδιο τον ασθενή στο σπίτι. Τα σκευάσματα αυτά περιέχουν συγκεντρώσεις φθορίου των 1000 ppm με τη μορφή 0.4% SnF₂ για εφαρμογή με τη βοήθεια οδοντόβουρτσας, ή συγκεντρώσεις των 5000 ppm F ως 1.1% NaF για εφαρμογή με τη βοήθεια εξατομικευμένων δισκαρίων.

Η χρήση ζελέ φθοριούχου κασσιτέρου συστήνεται σε επιλεκτικές ομάδες ασθενών που εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο τερηδονισμού. Τα σκευάσματα ζελέ φθοριούχου κασσιτέρου συστήνονται για εφαρμογή μία ή δύο φορές την ημέρα μετά το βούρτσισμα με φθοριούχο οδοντόπαστα. Μετά την εφαρμογή, ο ασθενής απομακρύνει τις περισσιες του ζελέ αλλά δεν ξεπλένει το στόμα του με νερό. Η χρήση τους θα πρέπει να συστήνεται σε παιδιά μετά την ηλικία των 8 ετών.

Τοπική εφαρμογή φθορίου στο ιατρείο

Φθοριούχα ζελέ

Η τοπική εφαρμογή φθορίου στο οδοντιατρείο αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα εφαρμογής ενός προληπτικού προγράμματος για παιδιά και εφήβους αλλά και για ενήλικες σύμφωνα με την κρίση του οδοντιάτρου. Στόχος της είναι η πρόσληψη φθορίου από την αδαμαντίνη μετά την εφαρμογή σκευασμάτων σε διάφορες μορφές με πολύ υψηλή περιεκτικότητα σε φθόριο που κυμαίνεται από 9.000 έως 19.000 ppm F.

Προσοχή, απαιτείται κατά την εφαρμογή τοπικών φθοριούχων στο οδοντιατρείο ώστε να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την αποφυγή κατάποσης της ουσίας από τα παιδιά. Μελέτες έχουν δείξει ότι τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες είναι δυνατό να καταπιούν σημαντικές ποσότητες φθορίου κατά την εφαρμογή με συνέπειες την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμπτωμάτων. Η χρήση δισκαρίων με απορροφητική επένδυση καθώς και αναρρόφησης κατά την εφαρμογή και η προτροπή για αποφυγή κατάποσης και για αποβολή της περισσιειας μετά το τέλος της εφαρμογής συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της απορροφημένης ποσότητας. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στην χρησιμοποίηση μικρής ποσότητας ζελέ στα δισκάρια, όχι μεγαλύτερη των 2½ ml / δισκάριο.

Φθοριούχα βερνίκια

Τα φθοριούχα βερνίκια αποτελούν μια ακόμα επιλογή για την τοπική εφαρμογή φθορίου. Η δημιουργία των βερνικιών αυτών είναι αποτέλεσμα των προσπαθειών για την αντιμετώπιση δύο μειονεκτημάτων που εμφανίζει η τοπική φθορίωση με τη χρήση γέλης. Το πρώτο μειονέκτημα συνίσταται στην απώλεια που παρατηρείται στο φθόριο λόγω έκπλυσης σημαντικής ποσότητας φθορίου που έχει απορροφηθεί από την επιφάνεια της αδαμαντίνης αμέσως μετά την απομάκρυνση των δισκαρίων και δεύτερο στη πιθανότητα κατάποσης υψηλής δόσης φθορίου. Για να βελτιώσουν τα μειονεκτήματα αυτά, οι ερευνητές προχώρησαν στην προσθήκη φθορίου σε βερνίκια τα οποία επαλείφονται και

προσκολλούνται στην επιφάνεια των δοντιών, επιτρέποντας έτσι την αργή απελευθέρωση φθορίου για αρκετές ημέρες.

Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται ιδιαίτερα στις προηγμένες οδοντιατρικά ευρωπαϊκές χώρες, μία τάση ευρύτερης εφαρμογής φθοριούχων βερνικιών στην κλινική πράξη. Η τάση αυτή δικαιολογείται κυρίως από το πλεονέκτημα της επιλεκτικής τοποθέτησης σε οδοντικές επιφάνειες με υψηλό κίνδυνο τερηδονισμού που προσφέρει η χρήση φθοριούχων βερνικιών.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Για αρκετές δεκαετίες η οδοντιατρική έρευνα έχει ασχοληθεί με τη διαπίστωση ότι οι διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου και ιδιαίτερα η κατανάλωση υδατανθράκων εμφανίζει στενή σχέση με την ανάπτυξη τερηδόνας. Έχει δειχτεί σε πειραματικό επίπεδο στο εργαστήριο ότι η λήψη ζυμώσιμων υδατανθράκων οδηγεί στην παραγωγή οξέων από ορισμένα μικρόβια της οδοντικής πλάκας με αποτέλεσμα την πτώση του pH κάτω από την κρίσιμη περιοχή του 5.3-5.5. Αυτή η μείωση του pH με τη σειρά της οδηγεί σε διάλυση της αδαμαντίνης και στην απαρχή της τερηδονικής βλάβης. Μελέτη σε πειραματόζωα επιβεβαίωσε την ικανότητα μιας ποικιλίας διαφορετικών τροφών να οδηγήσουν στην ανάπτυξη τερηδόνας σε ποντίκια, ενώ πληθώρα κλινικών μελετών στον άνθρωπο έχει δώσει σαφείς ενδείξεις για την αιτιολογική σχέση κατανάλωσης ζάχαρης και εμφάνισης τερηδόνας. Εκτός απ' την συνολική κατανάλωση ζάχαρης, το ενδιαφέρον των ερευνητών έχουν συγκεντρώσει και μία σειρά παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες, όπως η συχνότητα κατανάλωσης τροφών, το είδος της διατροφής από άποψη σύστασης, διάρκειας παραμονής στο στόμα και τερηδονογόνου ικανότητας. Η κλασική μελέτη του Vîrholm η οποία έδειξε ότι η συχνότητα κατανάλωσης ζαχαρούχων τροφών είναι πρωταρχικής σημασίας για την ανάπτυξη τερηδόνας στον άνθρωπο αποτέλεσε την πρώτη τεκμηριωμένη ερευνητική προσπάθεια μελέτης του συγκεκριμένου παράγοντα. Έρευνα σε ποντίκια έφτασε στο ίδιο συμπέρασμα όσον αφορά στη σχέση ημερήσιου αριθμού γευμάτων και τερηδονικών βλαβών.

Αν και παραδοσιακά η ανάπτυξη τερηδόνας έχει συνδεθεί με τη λήψη σακχαρόζης (ζάχαρης), πτώση του pH κάτω απ' το κρίσιμο επίπεδο μπορεί να επιφέρει η πλειοψηφία των τροφών που περιέχει ζυμώσιμους υδατάνθρακες είτε

με τη μορφή άλλων σακχάρων είτε με τη μορφή αμύλων. Επιπλέον, ορισμένες τροφές, λόγω υψηλότερης ικανότητας προσκόλλησης στα δόντια, παραμένουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο στόμα αυξάνοντας τον κίνδυνο πρόκλησης τερηδογονόου προσβολής. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη διάρκεια παραμονής του pH σε χαμηλά επίπεδα, καθορίζουν το τερηδογονόνο ικανότητα της κάθε τροφής.

Τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα οδήγησαν την οδοντιατρική έρευνα σε μία μακροχρόνια προσπάθεια μείωσης της κατανάλωσης ζάχαρης και αλλαγής των διαιτητικών συνηθειών των ατόμων με στόχο τη μείωση της τερηδόνας. Παρά ταύτα, και ενώ η τερηδόνα παρουσίασε σημαντική μείωση στις ανεπτυγμένες χώρες, η κατανάλωση ζάχαρης παρέμεινε σχεδόν σε σταθερά επίπεδα. Με βάση τα στοιχεία αυτά, η τακτική που στοχεύει στη καθολική μείωση των ζαχαρούχων τροφών με στόχο την πρόληψη της τερηδόνας δεν αποτελεί πλέον ρεαλιστικό στόχο, αλλά θα πρέπει να αναθεωρηθεί και να περιλάβει πρακτικές οι οποίες φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερες. Τέτοιες πρακτικές περιλαμβάνουν τη μείωση του καθημερινού αριθμού γευμάτων ώστε να μειωθεί ο αριθμός των τερηδονικών προσβολών ανά ημέρα, με παράλληλη χρήση τοπικών φθοριούχων, τόσο στο σπίτι όσο και στο οδοντιατρείο.

Μία άλλη ρεαλιστική πρακτική η οποία αποκτά όλο και μεγαλύτερη εφαρμογή στον ευρύ πληθυσμό είναι η αντικατάσταση της ζάχαρης από συνθετικά γλυκαντικά (υποκατάστατα ζάχαρης) σε μία μεγάλη ποικιλία τροφών, ποτών, σνακ, αναψυκτικών και ροφημάτων. Ορισμένες από αυτές τις ουσίες έχειδειχτεί ότι δεν εμφανίζουν τερηδογονόνο δράση όπως η ασπαρτάμη, η σακχαρίνη η σουκραλόζη κ.λ.π., ενώ άλλες μεταβολίζονται με πολύ πιο αργό ρυθμό σε σχέση με τη ζάχαρη, όπως η σορβιτόλη, η μανιτόλη και η ξυλιτόλη που ανήκουν στην κατηγορία των αλκοολών ζάχαρης.

Συμπερασματικά, η διατροφή και ειδικότερα οι διαιτητικές συνήθειες τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες εμφανίζουν αιτιολογική σύνδεση με την τερηδόνα, ωστόσο, η ενημέρωση του κοινού για μεταβολή των συνηθειών αυτών, ιδιαίτερα σε ότι αφορά στην κατανάλωση ζαχαρούχων, αντιπαρατίθεται με την αξία που δίνεται στις γλυκαντικές ουσίες από άποψη κοινωνικής και φιλοσοφικής θεώρησης. Είναι χαρακτηριστικό ότι η σταθερά υψηλή κατανάλωση τροφίμων με ζάχαρη συνεχίζεται παρότι η πλειοψηφία του πληθυσμού είναι ενήμερη των βλαπτικών επιδράσεων στα δόντια. Επομένως, μεγαλύτερο βάρος πρέπει να δοθεί στη χρήση προληπτικών μέτρων όπως τα φθοριούχα ή ακόμα και τα

υποκατάστατα ζάχαρης για να επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι σε πληθυσμιακές ομάδες που ανήκουν σε κατηγορίες μέτριου ή υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη τερηδόνας δε θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια για αλλαγή του διαιτολογίου προς κατανάλωση τροφών με χαμηλότερη τερηδονογόνο ικανότητα, καθώς και για μείωση του αριθμού γευμάτων ανά ημέρα. Κάτι τέτοιο έχει ιδιαίτερη εφαρμογή στους παιδικούς πληθυσμούς όπου ο έλεγχος του διαιτολογίου από τους γονείς και η καθιέρωση «καλών» συνηθειών είναι ευκολότερη. Ως εκ τούτου, οι συμβουλές ορθής διατροφής ως μέρος ενός προληπτικού προγράμματος θα πρέπει να παρέχονται με υπευθυνότητα και με μεγαλύτερη συχνότητα από τον κλινικό οδοντίατρο.

ΚΑΛΥΨΕΙΣ ΟΠΩΝ ΚΑΙ ΣΧΙΣΜΩΝ (SSEALANTS)

Οι οπές και σχισμές των δοντιών έχουν από παλιά απασχολήσει τον οδοντιατρικό κόσμο ως περιοχές όπου παρατηρείται υψηλή συχνότητα ανάπτυξης τερηδόνας. Με δεδομένο λοιπόν το πρόβλημα που προκύπτει από την έκταση της τερηδόνας των οπών και σχισμών και τη δυσκολία ελέγχου της με τα συνήθη προληπτικά μέτρα, η οδοντιατρική έρευνα οδηγήθηκε στη λύση της προληπτικής κάλυψης των ανατομικών αυτών σημείων, τα οποία από ορισμένους έχουν περιγραφεί ως ατέλειες κατά το σχηματισμό της αδαμαντίνης. Οι προληπτικές καλύψεις των οπών και σχισμών των δοντιών συνιστούν ένα πολύ αποτελεσματικό μέτρο για τη μείωση της τερηδόνας και θα πρέπει να αποτελούν βασικό στοιχείο ενός προληπτικού οδοντιατρικού προγράμματος.

Όσον αφορά στην αποδοχή των προληπτικών καλύψεων οπών και σχισμών από το γενικό οδοντίατρο, παρά το μεγάλο χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει από την καθιέρωσή τους και την εκτεταμένη ερευνητική μελέτη που έχει οδηγήσει στην καταξίωσή τους ως προληπτικό μέσο, δεν έχουν τύχει ευρείας αποδοχής. Είναι χαρακτηριστικό ότι στον ελληνικό χώρο, σε δείγμα πληθυσμού παιδιών ηλικίας 12 ετών στην περιοχή Αθηνών, το 93% των υγιών οπίσθιων δοντιών δεν είχε καλυφθεί προληπτικά. Η κατάσταση αυτή θα πρέπει να αντιστραφεί λαμβάνοντας υπόψη ότι η σωστή τοποθέτηση των προληπτικών καλύψεων προστατεύει 100% την επιφάνεια από την τερηδόνα και επομένως θα πρέπει να εφαρμόζονται σε όλο το φάσμα του πληθυσμού παιδιών και εφήβων.

ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

Αν η εφαρμογή και η τήρηση ενός συστήματος επανεξετάσεων για όλους τους οδοντιατρικούς ασθενείς είναι αναγκαία, για τα παιδιά και τους εφήβους 3-16 ετών είναι τελείως απαραίτητη και επιβεβλημένη. Είναι πολλές και διάφορες οι αλλαγές που συμβαίνουν στις ηλικίες αυτές για τις οποίες χρειάζεται άμεση παρακολούθηση. Οι αλλαγές αυτές έχουν να κάνουν με την αύξηση και την ανάπτυξη, την αλλαγή της ψυχολογίας και των συνηθειών συμπεριφοράς, δίαιτας και διατροφής. Έχουν να κάνουν επίσης με αλλαγές σαν αποτέλεσμα των ανωτέρω όπως ανατολή δοντιών, ορθοδοντικά προβλήματα, νόσους μαλθακών ιστών, τερηδόνα, συνήθειες στοματικής υγιεινής, διατροφής κλπ. Όλα αυτά πρέπει να παρακολουθούνται γιατί σ' έναν αυξανόμενο οργανισμό αλληλεξαρτώνται και αλληλοεπηρεάζονται.

Ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο που κάνει επιβεβλημένες τις επανεξετάσεις είναι η πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση της τερηδόνας. Γι' αυτό και οι επανεξετάσεις αποτελούν ένα βασικό και αναπόσπαστο μέρος ενός πλήρους προληπτικού προγράμματος. Σήμερα, στο ερώτημα για τη συχνότητα των επανεξετάσεων η επικρατέστερη άποψη είναι «κάθε 6 μήνες» και ο οδοντίατρος μπορεί να εξατομικεύει το πρόγραμμα ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενούς και την προσβολή του από την τερηδόνα. Σε Εθνικά Συστήματα Υγείας προτείνεται η επανεξέταση να γίνεται μία φορά το χρόνο.

Αναφορικά με την περιοδοντική νόσο, οι επανεξετάσεις αποτελούν αναπόσπαστο σημείο της θεραπευτικής αντιμετώπισης και η συχνότητα των επανεξετάσεων αυτών αξιολογείται από τον οδοντίατρο κατά περίπτωση.

Τελειώνοντας, θα πρέπει να τονισθεί ότι καμία οδοντιατρική αποκατάσταση δεν είναι αιώνια. Κανένας ασθενής δεν ακολουθεί πιστά και για πολύ χρόνο τις οδηγίες αντιμετώπισης των προβλημάτων του. Οι αποκαταστάσεις χρειάζονται συχνό έλεγχο και συντήρηση, ενώ οι ασθενείς χρειάζονται παρακολούθηση και ενίσχυση των προσπαθειών τους. Οι επανεξετάσεις είναι το μέτρο που θα καλύψει τα αδύνατα αυτά σημεία και θα συμπληρώσει την αποτελεσματικότητα της όποιας θεραπείας.

Η Πρόληψη των νοσημάτων του στόματος σε όλες τις ηλικίες

Η **οδοντική μικροβιακή πλάκα** θεωρείται ο βασικός παράγοντας ανάπτυξης των δύο συχνότερων νοσημάτων του στόματος της τερηδόνας και των νοσημάτων του περιοδοντίου. Για το λόγο αυτό, η καθημερινή απομάκρυνση της μικροβιακής πλάκας από τα δόντια αποτελεί τον κύριο άξονα ενός ολοκληρωμένου προληπτικού προγράμματος, τόσο σε επίπεδο δημόσιας υγείας όσο και σε επίπεδο ιδιωτικής φροντίδας. Η συμβολή του οδοντιάτρου στην αποτελεσματική πρακτική στοματικής υγιεινής του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική και φυσικά απαιτεί χρόνο και προσωπική διάθεση, ενώ παρουσιάζει δυσκολίες όταν πρόκειται για ενήλικες. Δεδομένου ότι η οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα παρέχεται κατά κύριο λόγο ιδιωτικώς, είναι πρόδηλη η σημασία της ενεργοποίησης των οδοντιάτρων προς αυτή την κατεύθυνση. Η εντυπωσιακή μείωση της τερηδόνας που έχει παρατηρηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως στον παιδικό πληθυσμό, αλλά και σε ενήλικες, οφείλεται στην ευρεία χρήση φθοριούχων σκευασμάτων και κυρίως στη χρήση φθοριούχων οδοντοκρεμών. Ο κύριος **αντιτερηδογόνος μηχανισμός του φθορίου** θεωρείται η προαγωγή της επαναλάτωσης της αδαμαντίνης και η επούλωση των αρχόμενων τερηδόνων. Η ανάγκη της χρησιμοποίησης φθοριούχων σκευασμάτων για την πρόληψη της τερηδόνας είναι επιτακτική σε όλα τα άτομα, εφόσον έχουν φυσικά δόντια στο στόμα τους. Το είδος του φθοριούχου σκευάσματος, ο τρόπος χρήσης του καθώς επίσης και η συχνότητα εφαρμογής του εξαρτάται από το είδος του προληπτικού προγράμματος και τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Παρά το γεγονός ότι η ανάπτυξη τερηδόνας έχει συνδεθεί με τη λήψη ζάχαρης, εντούτοις, πτώση του pH κάτω απ' το κρίσιμο επίπεδο μπορεί να επιφέρει και η πλειοψηφία των τροφίμων που περιέχει ζυμώσιμους υδατάνθρακες είτε με τη μορφή άλλων σακχάρων είτε με τη μορφή αμύλων. Ως εκ τούτου, οι **συμβουλές ορθής διατροφής** ως μέρος ενός προληπτικού προγράμματος θα πρέπει να παρέχονται με υπευθυνότητα και με μεγαλύτερη συχνότητα από τον κλινικό οδοντίατρο. Με δεδομένο το πρόβλημα που προκύπτει από την έκταση της τερηδόνας των οπών και σχισμών και τη δυσκολία ελέγχου της με τα συνήθη προληπτικά μέτρα, η οδοντιατρική έρευνα οδηγήθηκε στη επιτυχημένη λύση της **προληπτικής κάλυψης** των ανατομικών αυτών σημείων. Είναι γνωστό, ότι καμία οδοντιατρική αποκατάσταση δεν είναι αιώνια. Κανένας ασθενής δεν ακολουθεί πιστά και για πολύ χρόνο τις οδηγίες αντιμετώπισης των προβλημάτων του. Οι αποκαταστάσεις χρειάζονται συχνό έλεγχο και συντήρηση, ενώ οι ασθενείς χρειάζονται παρακολούθηση και ενίσχυση των προσπαθειών τους. Γι' αυτό και οι **επανεξετάσεις** αποτελούν βασικό και αναπόσπαστο μέρος ενός πλήρους προληπτικού προγράμματος.

Β' ΜΕΡΟΣ

Το παρόν εγχειρίδιο Αγωγής Στοματικής Υγείας έχει γίνει στα πλαίσια του Προγράμματος Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας με τη χορηγία της Εταιρείας Colgate Palmolive (Hellas).

Το εγχειρίδιο αυτό περιλαμβάνει ένα πλήθος διαφανειών (95) μαζί με τα κείμενά τους και ο σκοπός του είναι να βοηθήσει τον οδοντίατρο που επιθυμεί να λάβει μέρος στο πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας με ένα έτοιμο υλικό.

Οι διαφάνειες που περιέχονται περιλαμβάνουν το σύνολο σχεδόν των οδοντιατρικών προβλημάτων σε εκλαϊκευμένη μορφή και απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες (διαφάνειες 1 - 56). Οι διαφάνειες 57 – 77 περιέχουν ορισμένες ερωτήσεις και απαντήσεις για γονείς σχετικά με τη στοματική υγεία των παιδιών. Τέλος, οι διαφάνειες 78 – 95 αναφέρονται σε κάποιες άλλες οδοντιατρικές καταστάσεις που ενδιαφέρουν κυρίως ενήλικες.

Επαφίεται στην πρωτοβουλία του κάθε οδοντίατρου να επιλέξει ποιές διαφάνειες είναι κατάλληλες για το κοινό στο οποίο πρόκειται να απευθυνθεί.

