



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ
ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

ΑΣΠΑΣΙΑ Ε. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΩΛΗ
ΙΑΤΡΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ
ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

ΑΣΠΑΣΙΑ Ε. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ ΛΩΛΗ
ΙΑΤΡΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 798^α/6-6-2017

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Εξαρχάκος Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Καστανιουδάκης Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ράγκος Βασίλειος, Επίκουρος Καθηγητής Γναθοπροσωπικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 20-6-2017

«Συμβολή στη μελέτη για Εθνικό σχέδιο δράσης για τη Στοματική Υγεία. Επιδημιολογική έρευνα και στατιστική ανάλυση των δεδομένων»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 938^α/28-7-2020

Ασπρούδης Ιωάννης	Καθηγητής Οφθαλμολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Εξαρχάκος Γεώργιος	τ. Αναπληρωτής Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Καστανιουδάκης Ιωάννης	Καθηγητής Ωτορινολαρυγγολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Ράγκος Βασίλειος	Αναπληρωτής Καθηγητής Γναθοπροσωπικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Αλεξίου Γεώργιος	Επίκουρος Καθηγητής, Νευροχειρουργικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Σιόκα Χρύσα	Επίκουρη Καθηγήτρια Πυρηνικής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Τίγκας Στυλιανός	Επίκουρος Καθηγητής Ενδοκρινολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις
21-12-2020

Ιωάννινα 20-1-2021

ΠΡΟΕΔΡΟΣ του ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Άννα Μπατιστάτου

Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας

(νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)



ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή κ. Γεώργιο Εξαρχάκο για την επιλογή αρχικά του θέματος, που είναι σχετικό με την δημόσια υγεία όπου σε αντίστοιχη θέση της Περιφέρειας Ηπείρου είμαι τοποθετημένη όπως και για την ουσιαστική του συμβολή και τις πολύτιμες συμβουλές του στην εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής. Ευχαριστώ επίσης τους Καθηγητές κ. Ιωάννη Καστανιουδάκη και Βασίλειο Ράγκο για τις πολύτιμες συμβουλές τους που χωρίς την πολύτιμη βοήθειά τους δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης όπως και τον οδοντίατρο του ΠΓΝ Ιωαννίνων κ. Χαρίλαο Στεφανάκη για την πολύτιμη και άψογη συνεργασία του κατά την συλλογή στοιχείων από το αρχείο του ιατρείου του. Τέλος ευχαριστώ θερμά όλα τα μέλη της οικογένειάς μου για την κατανόηση που έδειξαν όλο αυτό το διάστημα για τις πολλές ώρες απουσίας μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
2. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	9
3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ	22
4. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (FDI)	35
5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	36
6. ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ / ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ / ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ / ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ / ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ	42
7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	51
8. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	58
9. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ	63
10. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ	71
11. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΟΣ	73
12. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ HIV	81
13. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	88
14. ΣΥΝΟΨΗ.....	90
B) ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	93
1. Υλικά και Μέθοδοι.....	93
Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	93
Πληθυσμός Μελέτης	93
Συλλογή Δεδομένων	93
2. Στατιστική Ανάλυση	94
3. Αποτελέσματα	96
Διαστρωματοποιημένη ανάλυση με βάση το φύλο.....	103
Διαστρωματοποιημένη ανάλυση με βάση την υπηκοότητα	109
Διαστρωματοποιημένη ανάλυση με βάση την ηλικία.....	115

4. Συζήτηση Ειδικού Μέρους.....	135
Συμβολή της παρούσης μελέτης στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη στοματική υγεία	145
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	147
SUMMARY	151
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	155

ΕΠΕΞΗΓΗΣΕΙΣ:

Abbreviations used in book

DALYs Disability Adjusted Life Years

DMFT Decayed, Missing, Filled Teeth

FDI International Dental Federation

MDGs Millennium Development Goals

NCDs Noncommunicable diseases

OECD Organisation for Economic Cooperation and Development

SDGs Sustainable Development Goals

UHC Universal Health Coverage

UNDP United Nations Development Programme

UNEP United Nations Environment Programme)

A) ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**«Συμβολή στη μελέτη για Εθνικό σχέδιο δράσης για την Στοματική Υγεία
Επιδημιολογική έρευνα και στατιστική ανάλυση των δεδομένων»**

ΟΡΙΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ:

Ο ΠΟΥ όρισε την **Υγεία** ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ (FDI):

Η στοματική υγεία είναι πολύπλευρη και περιλαμβάνει *«την ικανότητα του ατόμου να μιλάει, να χαμογελάει, να μυρίζει, να δοκιμάζει, να αγγίζει, να μασάει, να καταπίνει και να μεταφέρει μια σειρά από συναισθήματα μέσα από τις εκφράσεις του προσώπου με αυτοπεποίθηση και χωρίς πόνο, δυσφορία και ασθένεια του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος»*.

Σύμφωνα με τον άτλαντα στοματικής υγείας της παγκόσμιας οδοντιατρικής ομοσπονδίας μια υγιής και καλή λειτουργία της οδοντοστοιχίας είναι σημαντική σε όλα τα στάδια της ζωής, καθώς υποστηρίζει βασικές ανθρώπινες λειτουργίες, όπως την ομιλία, το χαμόγελο, την κοινωνικοποίηση και το φαγητό. Τα δόντια βοηθούν να δώσουν στο πρόσωπο και το σχήμα του. Η κανονική σειρά οδόντων περιλαμβάνει 20 πρωταρχικά, τα οποία αντικαθίστανται από 32 μόνιμα. Η “έκρηξη” των οδόντων ξεκινά όταν τα μωρά είναι ηλικίας από 6 έως 10 μηνών, συνήθως ξεκινώντας από τους χαμηλότερους πρωτογενείς κοπτήρες. Μέχρι την ηλικία των δύομισι ετών, όλα τα πρωτογενή δόντια έχουν ανατείλει. Τα υγιή πρωτογενή διατηρούν το χώρο για τους μόνιμους διαδόχους τους που αναπτύσσονται στην κάτω γνάθο. Η πρόωρη απώλεια, από φθορά των οδόντων ή τραυματισμό, συχνά έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια χώρου για τους διαδόχους τους και μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα συσσώρευσης με τη μόνιμη οδοντοφυΐα.

Η στοματική υγεία αφορά πέρα των υγιών οδόντων και ένα όμορφο χαμόγελο. Το στόμα είναι ένας καθρέφτης του σώματος, συχνά αντανακλώντας σημάδια συστηματικών ασθενειών. Η εξέταση του στόματος μπορεί να αποκαλύψει διατροφικές ανεπάρκειες και ανθυγιεινές συνήθειες όπως η χρήση καπνού ή οινόπνεύματος. Οι στοματικές βλάβες μπορεί να είναι τα πρώτα σημάδια μόλυνσης από τον ιό HIV και οι αλλαγές στην εμφάνιση των οδόντων μπορεί να υποδηλώνουν σοβαρές διατροφικές διαταραχές. Πολλές γενικές

καταστάσεις αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών από το στόμα, όπως ο αυξημένος κίνδυνος περιοδοντικής νόσου σε ασθενείς με διαβήτη. Ομοίως, η κακή στοματική υγεία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά ορισμένες γενικές συνθήκες υγείας καθώς και τη διαχείριση τους. (THE CHALLENGE OF ORAL DISEASE, A call for global action The Oral Health Atlas, FDI SECOND EDITION σελ 7)

Οι περισσότερες από τις ασθένειες του στόματος μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τους καρκίνους, το διαβήτη και τις αναπνευστικές ασθένειες. Οι **παράγοντες κινδύνου** περιλαμβάνουν

*τις ανθυγιεινές διατροφές (ιδιαίτερα εκείνες με υψηλή περιεκτικότητα σε πρόσθετα σάκχαρα),

*τη χρήση καπνού και

*το αλκοόλ.

Καταλήγουν σε ένα πολύ παρόμοιο πρότυπο ανισοτήτων στο φόρτο των στοματικών ασθενειών και γενικά στις ασθένειες μεταξύ των διάφορων πληθυσμιακών ομάδων. Με την παγκόσμια βελτίωση του προσδόκιμου ζωής, θα αποκτήσει μεγαλύτερη σημασία η προσέγγιση της ζωής στην στοματική υγεία. Οι διαφορετικές ηλικίες στη ζωή έχουν διαφορετικές ανάγκες για στοματική υγιεινή και τα ειδικά προβλήματα των ηλικιωμένων, οι οποίοι συχνά πάσχουν και από άλλες ασθένειες, γίνονται όλο και πιο διαδεδομένα. Η γνώση και η ευαισθητοποίηση σχετικά με τις στενές σχέσεις μεταξύ στοματικής και γενικής υγείας είναι επομένως σημαντικές για την ολιστική φροντίδα, όπως και η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών του στόματος και των γενικών ιατρών. **Η στενή σχέση μεταξύ της στοματικής και της γενικής υγείας και η επίδρασή της στην υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου παρέχει μια ισχυρή εννοιολογική βάση για την ενσωμάτωση της στοματικής υγειονομικής περίθαλψης στις γενικές προσεγγίσεις της υγειονομικής περίθαλψης.** (THE CHALLENGE OF ORAL DISEASE, A call for global action The Oral Health Atlas, FDI SECOND EDITION σελ 9)

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι η μελέτη των στοματικών προβλημάτων ανά ηλικιακή ομάδα, φύλο, έθνος και η συσχέτισή τους με τη γενική τους υγεία. Επίσης ο σκοπός της εργασίας είναι και η συμβολή αυτής της μελέτης στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία μελετώντας περιστατικά που επισκέφτηκαν το οδοντιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων από διάφορους νομούς της Ηπείρου για τακτικά ή έκτατα θέματα της στοματικής τους υγείας.

2. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η φροντίδα του στόματος και των οδόντων του ανθρώπου δεν είναι επινοήση της εποχής μας. Ήδη από τότε που πρωτοεμφανίστηκε η οργανωμένη κοινωνία, εδώ και πολλές χιλιάδες χρόνια, οι άνθρωποι φρόντιζαν και περιποιόντουσαν το στόμα τους, σε βαθμό που επέτρεπαν οι σχετικές γνώσεις και το τεχνολογικό τους επίπεδο.

Όπως είναι φυσικό, μέχρι και τις αρχές του προπερασμένου αιώνα, τα αίτια και οι θεραπείες των παθήσεων των οδόντων περιβάλλονταν από το μύθο και τις προλήψεις. Έτσι, το ζήτημα της στοματικής υγιεινής ήταν άρρηκτα δεμένο με τη θρησκεία και με κάποιες μυστικιστικές αντιλήψεις ως προς τη θεραπευτική αξία διάφορων περιεργω ουσιών. Υπήρχε ένα παράδοξο μίγμα εμπειρικής και αφελούς υπερβατικής πίστης, με διαφορετικό από περίπτωση σε περίπτωση ποσοστό αλήθειας και χρησιμότητας. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, (Αθήνα, Απρίλιος 1988) σελ 131-132)

ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ



Από λείψανα που έχουν βρεθεί, φαίνεται ότι ο πρωτόγονος άνθρωπος υπέφερε από ασθένειες των οδόντων του. Τα κατάγματα οδόντων, η τερηδόνα, κινητικότητα καθώς και οι απώλειες ήταν συχνές.

Αυτό φαίνεται σε γνάθο ανθρωπίνου σκελετού 40.000 ετών που βρέθηκε στην Κίνα.

ΟΙ ΑΡΧΑΙΟΙ ΛΑΟΙ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΛΙΘΟΥ, ΤΟΥ ΧΑΛΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ

Στην περίοδο αυτή (ειδικά στη εποχή του λίθου και του χαλκού), η ιατρική βρίσκεται στα χέρια των μάγων και των ιερέων. Οι αρρώστιες αποδίδονται στην εκδικητικότητα των θεών, η ίαση στην εύνοια τους με τη μεσολάβηση των μάγων και των ιερέων και όταν η ίαση δεν επερχόταν, η εξήγηση των μάγων ήταν ότι οι θεοί δεν πείστηκαν. Από τότε που υπάρχουν γραπτά και ανασκαφικά στοιχεία, παρατηρούμε ότι όλοι οι λαοί, στους αρχαίους χρόνους, αντιμετώπιζαν την τερηδόνα και τις αρρώστιες των ούλων με

θεοκρατικές αντιλήψεις κάτι σαν τιμωρία των θεών. Αυτές τις αρρώστιες των οδόντων και των ούλων των ανθρώπων εκείνων των εποχών προσπαθούσαν να τις αντιμετωπίσουν με βότανα, αυτοσχέδια φάρμακα, "μαντζούνια", ξόρκια, προσευχές και επικλήσεις των θεών από αυτόκλητους θεραπευτές, αστρολόγους, ιερείς και μάγους. Σε αρκετές περιπτώσεις όλες αυτές οι ιδιότητες συγκεντρώνονταν στο πρόσωπο ενός ατόμου το οποίο κατείχε τεράστια δύναμη, επιρροή και εκτίμηση μεταξύ των ανθρώπων των κοινωνιών εκείνων των εποχών. Ταυτόχρονα προκαλούσαν δέος και φόβο για τις ικανότητες τους να επικοινωνούν με τα θεία!!! Αυτή η προσπάθεια βέβαια τις περισσότερες φορές δεν είχε αποτέλεσμα. Πέραν αυτών πολλές φορές μένουμε έκπληκτοι με την επινοητικότητα και την "εφευρετικότητα" των θεραπευτών της εποχής.

ΑΠΩ ΑΝΑΤΟΛΗ

Κίνα



Οι Κινέζοι, αν και ανέπτυξαν σπουδαίο πολιτισμό, λόγω δυσκολίας της γλώσσας και της ιδιαίτερης γραφής τους, παρέμειναν μια κοινωνία κλειστή η οποία δύσκολα δεχόταν γνώσεις και επιρροές. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι γνώσεις τους, για την Ιατρική και βέβαια και για την Οδοντιατρική, να παραμείνουν για πολλούς αιώνες προσκολλημένες στις δικές τους δοξασίες και πρακτικές όταν όλοι οι άλλοι λαοί ήδη είχαν κάνει άλματα μπροστά στην κατανόηση της Επιστήμης της Ιατρικής, ειδικά μετά τις βάσεις που έβαλε ο Ιπποκράτης.!

Είχαν κάνει διάφορες παρατηρήσεις ως προς τις διαφοροποιήσεις του πόνου (τον οποίο ονόμαζαν Ya-tong) ανάλογα με την προέλευση (οδόντες ή ούλα) και το αίτιο. Αναφέρονται εξαγωγές οδόντων καθώς και ενδείξεις γι' αυτές.

Δεν υπάρχουν αναφορές για προσθετικές εργασίες.



Τον πόνο οι Κινέζοι προσπαθούσαν να τον αντιμετωπίσουν με διάφορα μέσα και υπάρχουν στοιχεία ότι περίπου από το 2.700 π.Χ. χρησιμοποίησαν τον βελονισμό για την αντιμετώπιση του πόνου που σχετίζεται με τη φθορά των οδόντων. Για τα προβλήματα των οδόντων υπήρχαν 26 σημεία βελονισμού σε διάφορα μέρη του σώματος όχι κατ' ανάγκη στην περιοχή του προσώπου. Έτσι υπήρχαν αρκετά σημεία στα πόδια και ένα σημείο στον αγκώνα. Χρησιμοποίησαν επίσης ένα είδος καυτηριασμού σε διάφορα σημεία τα οποία ονόμαζαν σημεία ΒΟΧΑ, τον οποίον χρησιμοποιούσαν σαν θεραπευτικό μέσο. Όλες οι μέθοδοι καθώς και ο τρόπος εφαρμογής των φαρμάκων, βασίζονταν στην Ανατολίτικη Κινέζικη θεωρία της ζωτικής ισορροπίας, των ζωτικών σημείων, των ζωτικών ουσιών και της ροής αυτών μέσα από τις οδούς επικοινωνίας. Χρησιμοποίησαν διάφορα φάρμακα με διάφορα περιέργα υλικά για μας σήμερα. Τον 2ο μ.Χ. αιώνα οι Κινέζοι χρησιμοποιούσαν σκεύασμα αρσενικού (επικίνδυνη θανατηφόρα ουσία) για τη θεραπεία των τερηδονισμένων οδόντων από τον πόνο. Αυτό πιθανώς γινόταν για να νεκρώσουν τον πολφό και την ανακούφιση από τον πόνο. Δηλαδή έκαναν κατά κάποιο τρόπο Ενδοδοντική θεραπεία (απονεύρωση).

Η χρήση του αρσενικού για τις απονευρώσεις εφαρμοζόταν ακόμη και μέχρι πριν μερικές δεκαετίες σ' όλον τον "πολιτισμένο" κόσμο! Είχαν χρησιμοποιήσει διάφορες ουσίες για την λεύκανση των οδόντων και Οδοντόκρεμα χρησιμοποιήθηκε ήδη από το 300-500 π.Χ., τόσο στην Κίνα όσο και στην Ινδία!!!



Ιατρικό κείμενο στην Κίνα αναφέρεται στην χρήση "πάστα αργύρου", ένα είδος αμαλγάματος, από τον 7^ο αιώνα μ.Χ.

Οι Κινέζοι ήταν από τους πρώτους ανθρώπους που χρησιμοποίησαν ένα είδος οδοντογλυφίδας-οδοντόβουρτσας για να καθαρίζουν τους οδόντες και να κάνουν μασάζ στα ούλα !



Αυτά κατασκευαζόταν από ρίζες η “κλαδάκια” διαφόρων φυτών, το άκρο των οποίων χτυπούσαν η μασούσαν μέχρι να μαλακώσει και να γίνει ινώδες και να μπορούν να το χρησιμοποιήσουν για τρίψιμο, βούρτσισμα και καθαρισμό των οδόντων. Αυτή η μέθοδος εξακολουθεί να χρησιμοποιείται ακόμη μέχρι σήμερα από αρκετούς λαούς και έθνη. Ο Μάρκο Πόλο αναφέρει ότι οι Κινέζοι κάλυπταν τους οδόντες τους με φύλλο χρυσού στο σχήμα του οδόντος για καλλωπιστικούς λόγους.

Ινδία-Πακιστάν

Οι άνθρωποι του πολιτισμού των κοιλάδων του Ινδού ποταμού, ακόμη και από τις αρχές της περιόδου Harappan (3.300 π.Χ.), είχαν αρκετές αν και στοιχειώδεις γνώσεις της οδοντιατρικής.



Έκαναν εξαγωγές, εμφράξεις με διάφορα υλικά, χρυσές εμφράξεις και χρυσά ένθετα, προσθετική οδόντων με την χρήση χρυσών συρμάτινων ναρθήκων και “θεραπεία” των ούλων! Στην μέθοδο της προσθήκης ελλειπόντων οδόντων χρησιμοποιούσαν οδόντες από ελεφαντοστούν. Την μέθοδο αυτή με το σύρμα την ακολουθούν ακόμα οι Οδοντίατροι του δρόμου που υπάρχουν σε μεγαλουπόλεις της σημερινής Ινδίας! Σε κείμενα αναφέρονται η χρήση διαφόρων εργαλείων όπως π.χ. της οδοντάγρας. Επίσης εφαρμόζαν την προσθήκη πολυτίμων λίθων στους οδόντες τους. Θα λέγαμε εν συντομία

ότι έδιναν μεγάλη σημασία σε αυτά τόσο σαν στοιχείο ομορφιάς όσο και στοιχείο υγείας. Οι Βραχμάνες φρόντιζαν με μεγάλη επιμέλεια τους οδόντες τους και ειδικά κάθε πρωί μαζί με τις προσευχές τους φρόντιζαν την περιποίηση αυτών. Άλλες φυλές μετά την συμπλήρωση της μόνιμης οδοντοφυΐας τα "λίμαραν" σαν μέσο καλλωπισμού και ένδειξη τής τάξεως τους. Άλλες φυλές ήταν αντίθετες με τα λευκά δόντια και με διάφορους τρόπους τα "έβαφαν" μαύρα.

Ο Μάρκο Πόλο αναφέρει ότι συνάντησε στις Ινδίες φυλές με μαύρα δόντια.

Οι πρώτες γνωστές «Οδοντιατρικές» εργασίες, που αναφέρονται στην βιβλιογραφία, είναι αυτές σε κρανία που βρέθηκαν στο Μπαλουχιστάν του σημερινού Πακιστάν. Τα στοιχεία έχουν βρεθεί σε 11 δόντια κρανίων που χρονολογούνται από το 7.000-5.500 π.Χ.

Σ' αυτά φαίνεται καθαρά με τις ισοδιαμετρικές οπές που υπάρχουν, ότι έγιναν τεχνητά για πιθανή ανακούφιση από πόνο, όπως ακριβώς γίνεται σήμερα με τα σύγχρονα μέσα.



Στα ευρήματα αυτά φαίνονται τρυπανισμός οδόντων με πιθανό σαν οδοντοτρύπανο λίθινη μύτη κάποιου λίθινου βέλους κατασκευασμένο από πυριτόλιθο.

ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ

Μεσοποταμία-Σουμέριοι(3.000π.χ.- 1.500π.χ.)

Ο Κώδικας του Χαμουραμπί (περ. 1900 π.Χ.), (μια κωδικοποιημένη αναγραφή των νόμων της εποχής σε μια στήλη από βασάλτη), ρίχνει φως στην εξέλιξη της Ιατρικής εκείνη την εποχή. Αυτό δείχνει ότι ήδη από το 2.500 π.Χ. το ιατρικό επάγγελμα (συμπεριλαμβανομένης της οδοντιατρικής) ελεγχόταν από την κεντρική κυβέρνηση. Στον 18ου αιώνα π.χ. το επάγγελμα είχε μεγάλη αίγλη. Οι αμοιβές ρυθμίζονταν από την κυβέρνηση ανάλογα με τη θέση και την τάξη του ασθενούς. Προβλέπονται κυρώσεις για αμέλεια ή ανεπιτυχή θεραπεία. Η εσχάτη των ποινών δεν ήταν ο θάνατος, αλλά η αφαίρεση αδείας του γιατρού.



Ο κώδικας δεν περιέχει στοιχεία της ιατρικής διάγνωσης και θεραπείας, δεδομένου ότι ο κώδικας ασχολήθηκε με κοσμικά θέματα ενώ τόσο το βότανο εξορκισμού όσο και οι γιατροί ήταν από την τάξη των ιερέων. Ωστόσο, οι χειρουργοί δεν ήταν ιερείς για τους οποίους προβλέπονται αρκετά στοιχεία στον κώδικα. Προφανώς η οδοντιατρική θεραπεία ήταν στα χέρια των γιατρών και όχι σε χειρουργούς. Στον Κώδικα του Χαμουραμπί αναφέρεται δύο φορές την εξαγωγή του δοντιού, καθώς σχετίζονται με τιμωρία. Στην Μεσοποταμία συνήθιζαν να καθαρίζουν τα δόντια τους με την Οδοντογλυφίδα-Οδοντόβουρτσα όπως και στην Κίνα. Οι Μεσοποτάμιοι το αναφέρουν σαν Siwak, και το έφτιαχναν από βελόνες σκαντζόχοιρου, φτερά πουλιών, ξύλινα αγκάθια, ρίζες η βλαστούς φυτών.



Στη Μεσοποταμία, στους Σουμέριους υπήρχε ένας μύθος γύρω στο 3.000 π.χ. που ονομαζόταν μύθος του σκουληκιού και έλεγε ότι “η τερηδόνα και αλλά νοσήματα των οδόντων οφείλονταν σε ένα σκουλήκι που μπαίνει σε αυτά, καταβροχθίζει τα ούλα και κατατρώγει το αίμα τους”. Στοματική Υγιεινή ασκήθηκε από τους Σουμέριους από το 3.000 π.Χ., και περίτεχνα διακοσμημένα οδοντογλυφίδες χρυσού που βρέθηκαν στις ανασκαφές στην Ούρ στη Μεσοποταμία δείχνουν ενδιαφέρον για την καθαριότητα του στόματος.

Ασσύριοι (2.500 π.χ.-612π.χ.)



Σε κείμενο (700 π.χ.) που βρέθηκε στην Ασσυρία (τώρα βρίσκεται στο Βρετανικό Μουσείο) αναφέρεται σε περιπτώσεις θεραπευτικών εξαγωγών. Η Ασσυρο-Βαβυλωνιακή φαρμακοποιία περιείχε 250 φαρμακευτικά φυτά, 120 ανόργανες ουσίες και 180 άλλα φάρμακα δεν έχουν ακόμη προσδιοριστεί. Δύο συνταγές από την αρχαία Ασσυρία - Βαβυλωνία είναι σημαντικές στην ιστορία της στόματικής υγιεινής. Η πρώτη προορίζεται για την αφαίρεση της οδοντικής πλάκας που αποτίθεται επί των οδόντων, για την λεύκανση αποχρωματισμένων οδόντων και την αποφυγή της δυσάρεστης αναπνοής. Παρασκευάζεται ένα μείγμα από "άλας της Akkad", Ammi και Lolium (βότανα), και τερεβινθελαίο πεύκου ". Το μίγμα εφαρμόζεται σε αυτά και στη συνέχεια τρίβονται με το δάχτυλο. Μετά το στόμα έπρεπε να ξεπλυθεί με ένα μείγμα από "kuḡunnu-μπύρα, λάδι και μέλι".

Φοίνικες (2.000 π.χ.-900 π.χ.)

Γραπτά στοιχεία δεν υπάρχουν.



Η αρχαιολογική αποστολή του αρχαιολόγου Renan και των συνεργατών του στην αρχαία Σιδώνα το 1862, βρήκε σ' ένα τάφο της νεκροπόλεως της Σιδώνας, μία οδοντιατρική (προσθετική) εργασία. Σ' ένα τμήμα γνάθου γυναίκας, υπήρχε πρόθεση από χρυσό σύρμα που έπιανε από τον αριστερό στον δεξιό κυνόδοντα και περιελάμβανε και τους τομείς εκ των οποίων οι δύο (αριστερός κεντρικός και πλάγιος) ήταν πρόσθετα φυσικά δόντια στην θέση των αντιστοίχων ελλειπόντων.

Εβραίοι



Illustration of an ancient Hebrew manuscript page, likely from the Bible, showing dense handwritten text in two columns.

Στα γραπτά κείμενα των Εβραίων όπως η Βίβλος, το Ταλμούδ, το Άσμα Ασμάτων και τα παρόμοια που αντιπροσωπεύουν τα Θρησκευτικά και τα λογοτεχνικά βιβλία δεν υπάρχει πουθενά το παραμικρό για την υγιεινή, θεραπεία και οτιδήποτε άλλο περί Οδοντιατρικής. Η μόνη αναφορά για δόντια είναι αυτή του "Οδόντος αντί οδόντος"! ([http:// ΙΣΤΟΡΙΑ της ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ – Α Μέρος: Αρχαίοι Λαοί στην Άπω και Μέση Ανατολή. ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΟΙ ΑΡΧΑΙΟΙ ΛΑΟΙ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΛΙΘΟΥ, ΤΟΥ ΧΑΛΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ/ΑΠΩ ΑΝΑΤΟΛΗ- ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ](http://ΙΣΤΟΡΙΑ_της_ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ_-_Α_Μέρος:_Αρχαίοι_Λαοί_στην_Άπω_και_Μέση_Ανατολή._ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΚΗ_ΠΕΡΙΟΔΟΣ_ΟΙ_ΑΡΧΑΙΟΙ_ΛΑΟΙ_ΣΤΗΝ_ΕΠΟΧΗ_ΤΟΥ_ΛΙΘΟΥ,_ΤΟΥ_ΧΑΛΚΟΥ_ΚΑΙ_ΤΟΥ_ΣΙΔΗΡΟΥ/ΑΠΩ_ΑΝΑΤΟΛΗ-_ΜΕΣΗ_ΑΝΑΤΟΛΗ), Μαρία Ειρήνη Κριτσωτάκη, Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ)

Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ

Οι οδοντίατροι ήταν σπάνιοι, όπως και η οδοντιατρική περίθαλψη: για τον περισσότερο πληθυσμό οι παθήσεις των οδόντων αντιμετωπίζονταν με εξαγωγές. Σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη η Οδοντιατρική στο Βυζάντιο, όπως και στην Αρχαιότητα και σε ολόκληρο τον Μεσαίωνα, δεν θεωρούνταν εξειδικευμένο επάγγελμα. Τα συγγράμματα των ιατρών συμπεριελάμβαναν και εδάφια που αφορούσαν τη θεραπεία των οδόντων και των ούλων. Οι οδοντίατροι ήταν συνήθως απλοί γενικοί χειρουργοί ή λοιποί ιατροί και χρησιμοποιούσαν μεταλλικούς συνδέσμους ή γέφυρες για να σταθεροποιήσουν τα χαλαρά δόντια. Μπορούσαν επίσης να απομακρύνουν τερηδόνες, να προβούν σε εμφράξεις κοιλοτήτων και να κάνουν προσθετικά δόντια από οστά ζώων.

Οι εκκλησιαστικές πηγές (αγιολογικά κείμενα, έργα εκκλησιαστικών Πατέρων και συγγραφέων) μάς παρέχουν επίσης πλήθος πληροφοριών σχετικά με την άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος στο Βυζάντιο, για τις διάφορες παθήσεις του στόματος και των οδόντων, τις μεθόδους θεραπείας, τη φαρμακευτική τους αντιμετώπιση και τις μικροχειρουργικές επεμβάσεις. Σύμφωνα με αυτές τις πηγές, ήταν συνηθέστατη η θεραπεία και η αποκατάσταση οδόντων που είχαν υποστεί κάταγμα, όπως επίσης οι εμφράξεις και θεραπείες τερηδονισμένων οδόντων και η προσθετική.

Η θεραπευτική των οδόντων γινόταν με τη χρησιμοποίηση προϊόντων ζωικής, φυτικής και χημικής προελεύσεως, με τη χορήγηση ναρκωτικών αερίων διά μέσου σωλήνων, με την εφαρμογή επιθεμάτων, αλοιφών, αντιδότην, διακλυσμών, οδοντοτριμμάτων και επικουρικών ατμόλουτρων.

Υπνωτικά φάρμακα χορηγούνταν από το στόμα (υπό τη μορφή χυμών), με την όσφρηση αιθέριων ελαίων και με τη διάχυση πάνω από τους κροτάφους για την επίτευξη αναισθησίας (διά μέσου της χαλάρωσης και ύπνωσης του ασθενούς) με σκοπό τη διεξαγωγή χειρουργικών επεμβάσεων. Τα πιο συνηθισμένα φυτά που χρησιμοποιούνταν για τον σκοπό αυτό ήταν η παπαρούνα (*Papaver somniferum*), το ινδικό βότανο ασβαγκάντα (*Withania somnifera*), ο μανδραγόρας (*Mandragora officinarum*) και το κώνειο (*Conium maculatum*).

Οι Βυζαντινοί ιατροί περιέγραψαν στο συγγραφικό τους έργο την τρυγία (δηλαδή την ενασβεστωμένη οδοντική πλάκα), τη φλεγμονή και την αιμορραγία των ούλων, την κακοσμία του στόματος, την επουλίδα (μόρφωμα στα ούλα λόγω χρόνιου ερεθισμού) και την παρουλίδα (απόστημα στα ούλα), το περιοδοντικό απόστημα, τον περιοδοντικό τραυματισμό, την κινητικότητα των δοντιών και την ακινητοποίησή τους, τη στοματική υγιεινή, τα προβλήματα της κροταφογναθικής διάρθρωσης και τον βρυγμό (μη φυσιολογικό σφίξιμο ή τρίξιμο) των οδόντων. Για τις ουλίτιδες, δηλαδή τις φλεγμονές των ούλων, αναφέρονται οι όροι «φλεγμαίνοντα ούλα, σηπόμενα, ήλκωμένα, άναβιβρωσκόμενα, αίμασσοντα, αίμασσόμενα, απόστημα ούλων».

Η Στοματολογία (κλάδος της Οδοντιατρικής που έχει ως αντικείμενο τη διάγνωση, την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νόσων της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής) υπήρξε επίσης ένα πεδίο που προκάλεσε το ενδιαφέρον των Βυζαντινών ιατρών. Στα συγγράμματά τους υπάρχουν αναφορές στην αφθώδη, ελκώδη και σηπτική στοματίτιδα, στις απλές και στις ελκώδεις γλωσσίτιδες και, πιο περιορισμένα, στον στοματικό καρκίνο και ειδικότερα σε αυτόν της γλώσσας και των χειλέων.

Οι Βυζαντινοί ιατροί έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε ποικίλα ζητήματα που αφορούσαν στη στοματική κοιλότητα, τις γνάθους, την κεφαλή και τον τράχηλο, μέσα στο πλαίσιο της γενικής χειρουργικής τους πρακτικής. Οι στοματικές και κρανιογναθοπροσωπικές επεμβάσεις γίνονταν στα χειρουργικά τμήματα των ξενώνων, δηλαδή των βυζαντινών νοσοκομείων, τουλάχιστον από τον 6ο αιώνα μ.Χ. και μετά, ενώ νωρίτερα γίνονταν επίσης μέσα στα πλαίσια της γενικής χειρουργικής, αλλά σε ιδιωτική βάση, από ιατρούς που είχαν τον τίτλο του αρχιάτρου ή από συνήθεις χειρουργούς.

Τα χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιούσαν για τις διάφορες επεμβάσεις στο Βυζάντιο ήταν κατασκευασμένα κυρίως από χαλκό. Οδοντιατρικά κατά βάση εργαλεία, όπως οδοντάγρες (εργαλεία για την εξαγωγή των δοντιών), σπάθες και λαβίδες, έχουν

βρεθεί, μεταξύ άλλων, σε βυζαντινή κρύπτη τάφου στη Γκαντάρα της Δεκάπολης (περιοχή στη σημερινή Ιορδανία) με χρονολόγηση στο 350 μ.Χ., δηλαδή σχεδόν στην αρχή της βυζαντινής περιόδου. Ταυτόσημα εργαλεία έχουν ανακαλυφθεί με χρονολόγηση τουλάχιστον τριών αιώνων νωρίτερα. Για τις επεμβάσεις στα δόντια χρησιμοποιούνταν διάφορα εργαλεία, όπως *οξεία* μύλη, οδοντάγρα, μηλώτρις (τετριμμένη μύλη), σμιλάριον, σπαθίον, στορίνη (μαχαιρίδιον), ρινάριον (μικρά λίμα), μυδιόσκελλον (σαρκολαβίς) και οδοντοξύστης. Ορισμένα εργαλεία διατηρούν έως σήμερα την ίδια ονομασία κατά την οδοντιατρική πράξη, όπως για παράδειγμα το γλωσσοκάτοχον, που είναι ειδικό χειρουργικό εργαλείο με το οποίο έλκεται και κρατείται η γλώσσα εκτός του στόματος σε οδοντιατρικές ή γναθοχειρουργικές επεμβάσεις. Οι Βυζαντινοί συγγραφείς αναφέρονται στο γλωσσοκάτοχον, ως εργαλείο που πιέζει τη γλώσσα και το οποίο χρησιμοποιείται κατά τη σχάση του περιामυδαλικού αποστήματος, την αμυγδαλεκτομή και την εκτομή της παθολογικής σταφυλής της υπερώας, προσθέτοντας μάλιστα ότι θα πρέπει να το χειρίζεται ένας βοηθός (*δι' ύπηρέτου*).

Βιολογικές ανθρωπολογικές μελέτες Η βιολογική ή φυσική ανθρωπολογία είναι η επιστήμη που ασχολείται με τη μελέτη της εξέλιξης και προσαρμογής του ανθρώπου στο περιβάλλον του διαχρονικά. Με αυτόν τον τρόπο οι αρχαίοι πληθυσμοί εξετάζονται αυστηρά ως σκελετικά κατάλοιπα, απομονωμένοι από τα υπόλοιπα αρχαιολογικά ευρήματα και επομένως από το ιστορικό πλαίσιο, το οποίο αντιπροσωπεύουν. Σημαντικές πληροφορίες λαμβάνουμε από βιολογικές ανθρωπολογικές μελέτες σε σκελετικά υπολείμματα που ανακαλύπτονται σε βυζαντινά νεκροταφεία, παρότι η συνολική αποτίμηση των συμπερασμάτων τους είναι δύσκολη, επειδή αφορά μια επικράτεια που αποτελείται από ένα μωσαϊκό εθνοτήτων και έχει διαρκώς μεταβαλλόμενα σύνορα και πληθυσμό. Από τα στοιχεία των ερευνών αυτών αποτυπώνεται μέσα από ορισμένους δείκτες, όπως π.χ. η συχνότητα εμφάνισης της τερηδόνας ή της τρυγίας, η κατάσταση της στοματικής υγείας των αντίστοιχων πληθυσμών, η οποία σχετίζεται με τις διατροφικές συνήθειες, αλλά και το επίπεδο της στοματικής υγιεινής.

Σε ό,τι αφορά τη στοματική υγιεινή, είναι γνωστό πως ο καθαρισμός των οδόντων και η αφαίρεση της τρυγίας γινόταν μέσω διαφόρων ουσιών, φυσικών ή ζωικών, με τη μέθοδο της τριβής, της επάλειψης ή του διακλυσμού. Ανάμεσα στις ουσίες που χρησιμοποιούσαν ήταν η αριστολοχία (αμπελοκλάδι, πικρόρριζα), το όστρακο της σηπίας και των οστρέων, το όνειον γάλα και τα οδοντοτρίμματα. Επίσης φαίνεται πως υπήρχαν και διατροφικές οδηγίες για την προστασία των οδόντων, όπως για παράδειγμα η σύσταση της αραίωσης του γάλακτος στο παιδικό διαιτολόγιο δεδομένου ότι ήταν ευρέως αποδεκτή η αντίληψη της βλαπτικής δράσης του για τα δόντια στην περίπτωση που αυτό χορηγούνταν αυτούσιο.

Συγκριτικά στοιχεία για τον ελλαδικό χώρο υπάρχουν από νεκροταφεία με βυζαντινό πληθυσμό στη Σουρτάρα – Γαλάνη (6ος-7ος αιώνας μ.Χ.) που βρίσκεται στην περιοχή της Κοζάνης και σε περιοχές της Κρήτης, όπως το Κεφάλι Χανίων (6ος-7ος αιώνας μ.Χ.), τη Γόρτυνα (6ος-7ος αιώνας μ.Χ.), την Ελεύθερνα (6ος-7ος αιώνας μ.Χ.), την Καστέλα (11ος-12ος αιώνας μ.Χ.) και τον Στύλο (11ος-12ος αιώνας μ.Χ.). Ανάμεσα στα στοιχεία που αναφέρονται, διαπιστώνονται σχετικά υψηλά ποσοστά προθανάτιας απώλειας οδόντων, εύρημα μάλλον φυσιολογικό δεδομένου ότι η εξαγωγή αποτελούσε εκείνη την εποχή βασικό θεραπευτικό μέσο. Το ποσοστό της τερηδόνας είναι αρκετά χαμηλό και για την περιοχή της Κρήτης δεν οφείλεται τόσο στη στοματική υγιεινή του πληθυσμού, η οποία ήταν μάλλον πλημμελής, αλλά στις διατροφικές συνήθειες. Διατροφή με περιορισμένη λήψη υδατανθράκων, πλούσια σε φυτικές ίνες και σε φθόριο, όπως ήταν αυτή στη βυζαντινή Κρήτη, δεν ευνοεί το όξινο περιβάλλον που απαιτείται στη στοματική κοιλότητα για την ανάπτυξη της τερηδόνας. Αντιθέτως, το αλκαλικό περιβάλλον ευνοεί τον σχηματισμό της τρυγίας, δηλαδή της ενασβεστιωμένης οδοντικής πλάκας, η οποία παρατηρείται σε υψηλότερα ποσοστά στις συγκεκριμένες περιοχές.

Σε ανθρωπολογική έρευνα σε βυζαντινό πληθυσμό του 6ου αιώνα μ.Χ. που διενεργήθηκε σε σκελετικά υπολείμματα από την περιοχή του Sa'ad στη βόρεια Ιορδανία, διαπιστώθηκε ποσοστό εμφάνισης τερηδόνας 16,8%, συχνότητα που ήταν μικρότερη από αυτή των σύγχρονων Ιορδανών. Η διάβρωση που παρατηρήθηκε στα περισσότερα δόντια και οι κοίλες μασητικές επιφάνειες πιθανώς οφείλονται στη μάσηση τροφών που προκαλούν αποτριβή, στην κατάποση κρασιού ή όξινων ποτών, ενώ οι λοξές αποτριβές στις προσωπικές και υπερώιες επιφάνειες έχουν σχέση με την ενασχόληση ή τις χειροτεχνίες, όπως η κατασκευή καλαθιών και η επεξεργασία δερμάτων.

Σε άλλη ανθρωπολογική έρευνα σε βυζαντινό πληθυσμό από την περιοχή της **Κορύτιανης Θεσπρωτίας**, σε νεκροταφείο του 10ου-11ου αιώνα μ.Χ., εξετάστηκαν 2340 μόνιμα δόντια σε σύνολο 202 σχετικά καλά διατηρημένων σκελετικών υπολειμμάτων. Διαπιστώθηκε συνολικό ποσοστό τερηδόνας 10,7%, η οποία είχε αυξανόμενη συχνότητα με την πρόοδο της ηλικίας. Τρυγία βρέθηκε σε συνολικό ποσοστό 21,5%, ενώ απώλεια φατνιακού οστού, το οποίο αποτελεί σύμπτωμα περιοδοντικών παθήσεων, σε συνολικό ποσοστό 36,71%. Το ποσοστό της απώλειας του φατνιακού οστού ήταν ιδιαίτερα υψηλό στους εφήβους (34,4%), γεγονός που αποτελεί ένδειξη αυξημένης συχνότητας εφηβικής περιοδοντίτιδας. Οι οδοντικές αποτριβές βρέθηκαν σε σχετικά μέτριο ρυθμό (34,2% για τα δόντια της κάτω γνάθου και 27,5% για τα δόντια της άνω γνάθου), οι περιακρορριζικές παθήσεις (δηλαδή χρόνια αποστήματα, κύστεις ή κοκκιώματα) σε χαμηλό ποσοστό 1,08% και η υποπλασία της αδαμαντίνης στο 8,16%.

Υψηλά ποσοστά υποπλασίας της αδαμαντίνης (διαταραχή η οποία συνδέεται με εντοπισμένη μειωμένη σκληρότητα της αδαμαντίνης αλλά και μειωμένο πάχος) καταγράφηκαν σε έρευνα σε βυζαντινό νεκροταφείο στην Ξυρονομή Βοιωτίας του 10ου-11ου αιώνα μ.Χ., κυρίως σε παιδιά μικρότερα από την ηλικία των τεσσάρων ετών⁶⁵. Τέλος, σε άλλη ανθρωπολογική μελέτη σε βυζαντινό νεκροταφείο του 13ου αιώνα μ.Χ. στην περιοχή της Νίκαιας της Βιθυνίας διαπιστώθηκε πολύ μεγάλο ποσοστό οδοντικών αποτριβών (που σημαίνει διατήρηση των δοντιών στον οδοντικό φραγμό) και περιορισμένα ποσοστά τερηδόνας και προθανάτιας απώλειας.

Συμπεράσματα

Κατά τη βυζαντινή περίοδο υπήρξαν επιφανείς ιατροί, στα κείμενα των οποίων αποτυπώνεται το υψηλό επίπεδο της Οδοντιατρικής εκείνης της περιόδου. Η βυζαντινή Οδοντιατρική, μέσα στο πλαίσιο της μη σαφούς διαφοροποίησής της από την ιατρική επιστήμη γενικότερα, συνέβαλε στη διαφύλαξη και μετάδοση της αρχαίας ελληνικής ιατρικής παράδοσης στον ευρωπαϊκό Μεσαίωνα, ενώ επέδρασε καταλυτικά και στην άσκηση της αραβικής Ιατρικής.

Το υψηλό επίπεδο στην άσκηση της Ιατρικής επίσης αποδεικνύεται, με βάση βέβαια τα δεδομένα εκείνης της εποχής, και από τη **θέσπιση της ποινικής ευθύνης** των ιατρών στο Βυζάντιο σε περίπτωση βλάβης ή θανάτου του ασθενούς, η οποία αποδεικνυόταν με ιατροδικαστική έρευνα. **Στο Βυζάντιο επίσης η διάκριση μεταξύ ιατρικής επιστήμης και θρησκείας φαίνεται ότι ήταν σαφής, παρά το γεγονός ότι κατά την άσκηση της Ιατρικής υπήρχε και η επίκληση της Θείας Χάριτος, η οποία χαρακτηρίζει γενικά την ένθεη στάση ζωής της συγκεκριμένης κοινωνίας.** Βεβαίως δεν έλλειπε και η πίστη στα θαύματα, αλλά και στις δεισιδαιμονίες, τη μαγεία και τον μυστικισμό. **Αντιθέτως στον δυτικό κόσμο φαίνεται ότι αυτά τα όρια ήταν πιο δυσδιάκριτα, καθώς οι ιατροί περιοριζόνταν στην εξέταση των εξωτερικών συμπτωμάτων με την πεποίθηση ότι οι ασθένειες του σώματος ήταν προϊόν της αμαρτίας.** Η Δ΄ Σύνοδος του Λατερανού (1215 μ.Χ.) απαγόρευε στους ιατρούς να επισκέπτονται δεύτερη φορά έναν ασθενή, εκτός και αν τον είχε δει νωρίτερα ένας ιερέας, που παράγγελλε στον ιατρό να προειδοποιήσει τον ασθενή του ότι στην πραγματικότητα χρειαζόταν πνευματική και όχι σωματική θεραπεία.

Αναμφίβολα οι επιφανείς Βυζαντινοί ιατροί απέκτησαν μια μεγάλη και συσσωρευμένη εμπειρία από την πρακτική τους άσκηση, γεγονός που ενίσχυσε τις συγγραφικές τους ικανότητες, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να συστηματοποιήσουν και να αναμορφώσουν το εκτεταμένο και διάσπαρτο υλικό από κείμενα που ήδη προϋπήρχαν. Βεβαίως δεν λείπει

και η κριτική, ότι τα έργα των Βυζαντινών ιατρών είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος τους αντιγραφές προγενέστερων, ότι στερούνται σε μεγάλο βαθμό πρωτοτυπίας και ότι οι θεραπείες που προτείνονται για τις οδοντικές παθήσεις είναι μη σοβαρές και άτοπες. Ωστόσο, με βάση τα όσα αναφέρθηκαν αναδεικνύεται η συμβολή της βυζαντινής σκέψης στην εξέλιξη της οδοντιατρικής επιστήμης διαμέσου των αιώνων, παρότι η χρονική περίοδος που συμπίπτει με τη διάρκεια της βυζαντινής αυτοκρατορίας στερείται της σημερινής, πολύ ουσιαστικής βοήθειας της υψηλής τεχνολογίας στη διαγνωστική και στη θεραπευτική των παθήσεων του στόματος. Το συγγραφικό έργο των Βυζαντινών ιατρών, το οποίο θα πρέπει να αποτιμηθεί μέσα σε αυτό το πλαίσιο, σε συνδυασμό με τα ευρήματα σύγχρονων ανθρωπολογικών ερευνών μάς δίνουν μια εικόνα για την κατάσταση αλλά και την αντίληψη που υπήρχε σε ό,τι αφορά την παθολογία και τη θεραπευτική της στοματικής κοιλότητας και πιστοποιούν ένα υψηλό επίπεδο οδοντιατρικής περίθαλψης.

Στα τέλη του 17^{ου} αιώνα πρωτοεμφανίστηκε στη Δυτική Ευρώπη η οδοντόβουρτσα και κατά την καμπή του 19^{ου} προς τον 20^ο αιώνα διαδόθηκε εκεί η χρήση της μαγνησίας ενώ παράλληλα αναγνωριζόταν και η μικροβιακή αιτιοπαθογένεια της τερηδόνας. Από τότε η πρόοδος ήταν συνεχής και ταχεία. Τώρα πια υπάρχει στη διάθεση του κάθε ανθρώπου μια μεγάλη σειρά βιομηχανικών προϊόντων, που έχουν ως σκοπό τη σωστή καθημερινή φροντίδα του στόματος, σε βαθμό που να δημιουργείται πια πρόβλημα όχι δυνατότητας εξεύρεσης αλλά υποχρέωσης σωστής εκλογής. Στο σημείο αυτό ο πιο αρμόδιος να υποδείξει τα καταλληλότερα μέσα στοματικής φροντίδας είναι ο οδοντίατρος, που, ενήμερος στις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις, ξέρει ταυτόχρονα τις ιδιαίτερες προσωπικές ανάγκες του κάθε ασθενούς του, έτσι ώστε να του προσφέρει την πιο κατάλληλη γι' αυτόν λύση. (Η Οδοντιατρική στο Βυζάντιο» του οδοντιάτρου Ανδρέα Κόκκα (Βυζαντιακά 2015, τ.32, σ.217-239))

3. ANATOMIA

Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ

Η στοματική κοιλότητα είναι η αρχή του πεπτικού σωλήνα και μέρος της αναπνευστικής οδού. Προς τα εμπρός και έξω επικοινωνεί με το εξωτερικό περιβάλλον, με τη στοματική σχισμή, ενώ προς τα πίσω και μέσα επικοινωνεί, μέσω του ισθμού, με το φάρυγγα και το λάρυγγα.

Ο «οδοντικός φραγμός», διαιρεί την κοιλότητα σε δύο τμήματα: α) το πρόσθιο ή προστόμιο και β) το οπίσθιο της στοματικής κοιλότητας. Το προστόμιο είναι ένας σχισμοειδής τοξωτός χώρος που σχηματίζεται από τις μύλες των οδόντων, τις φατνιακές αποφύσεις των γνάθων, και τις έσω επιφάνειες των παρειών και χειλέων.

Τα κυρίως κοίλο έχει έξι τοιχώματα. Το πρόσθιο και τα δύο πλάγια, που αποτελούνται από τους οδόντες και τις φατνιακές αποφύσεις, το άνω τοίχωμα που σχηματίζεται από μαλακούς ιστούς, όπου στηρίζεται η γλώσσα, και το οπίσθιο τοίχωμα που παραμένει ανοικτό και επικοινωνεί με το φάρυγγα.

Ολόκληρο το μυικό σύστημα στο εσωτερικό του στόματος, καλύπτεται με βλεννογόνο, που σε άλλα σημεία είναι μαλακός, χαλαρός κι ελαστικός και σε άλλα σκληρός και στερεός. (Αλέξανδρος Σάββας, Επιτομή Ανατομική του ανθρώπου και άτλας, (Θεσσαλονίκη, Αφοι Κυριακίδη 1966), Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988)

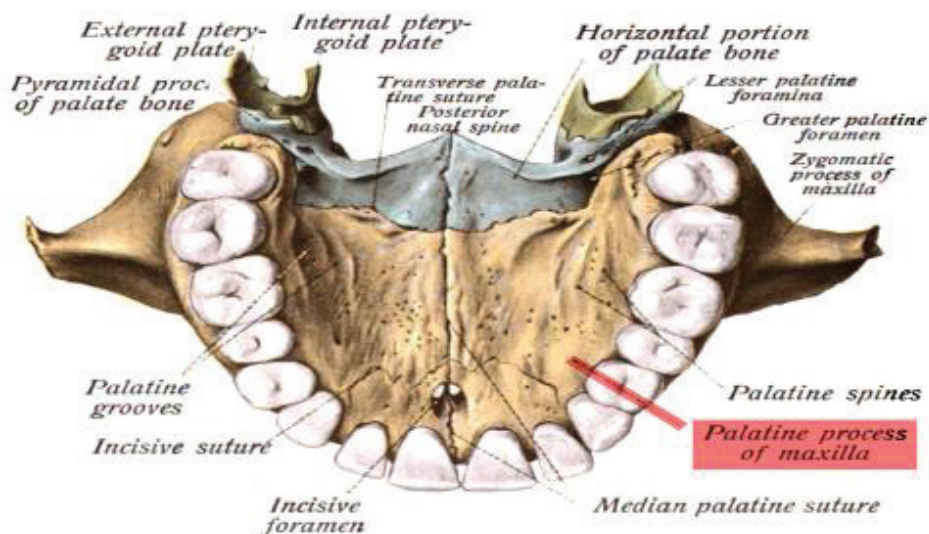
ΤΟ ΟΔΟΝΤΟΓΝΑΘΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ. ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΕΣ

ΤΟ ΣΤΟΜΑ

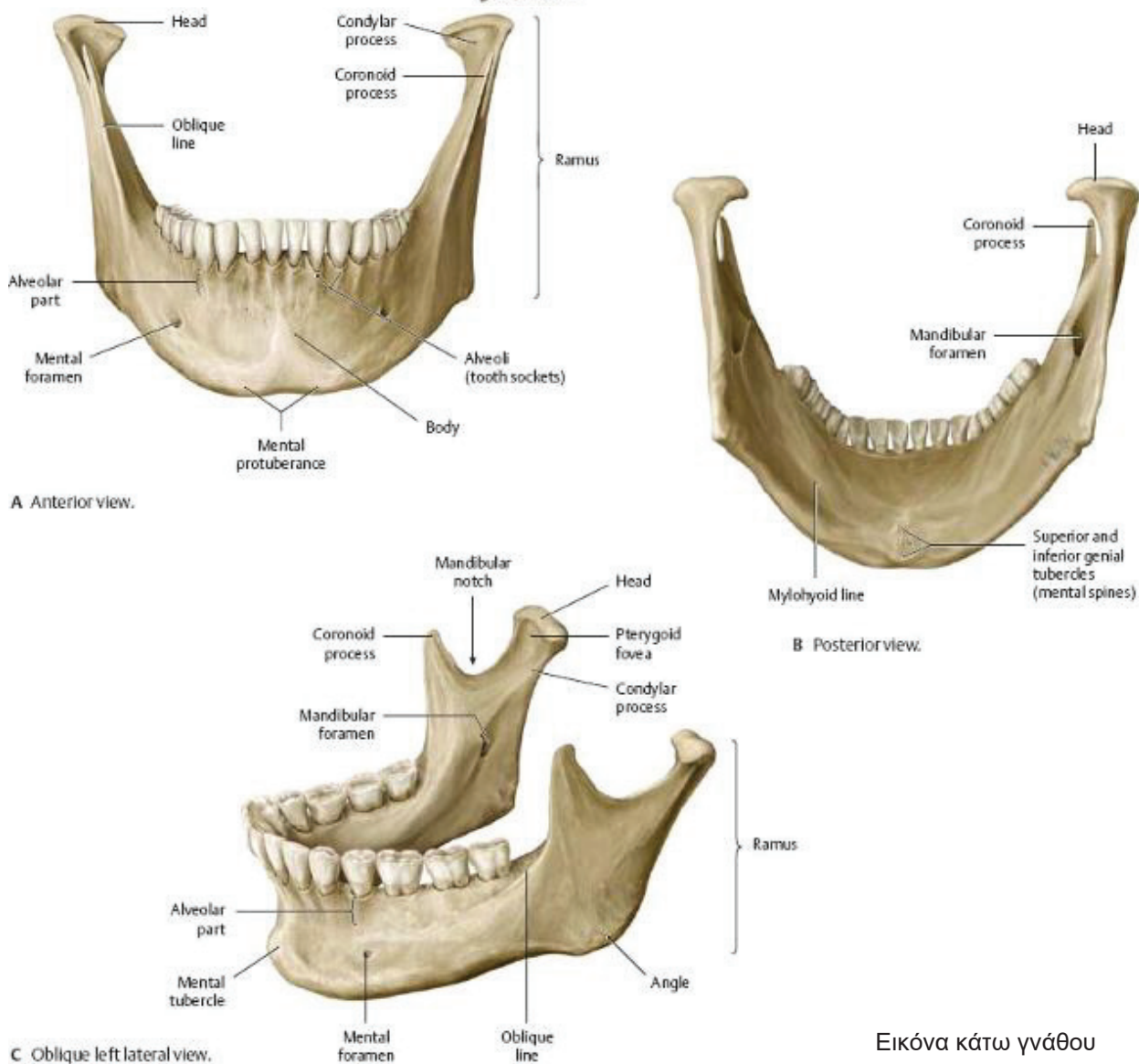
Με το όρο στόμα ή στοματογναθικό-οδοντογναθικό σύστημα, εννοούμε το οργανικά διαρθρωμένο σύνολο, που αποτελείται από το σκελετό του στόματος, τη στοματική κοιλότητα, τις κροταφογναθικές διαρθρώσεις, τους μυς, το βλεννογόνο, τις περιτονίες και τους χώρους χαλαρού συνδετικού υλικού, τις φλέβες και τις αρτηρίες, τα λεμφαγγεία και λεμφογάγγλια, τα νεύρα, τους σιαλογόνους αδένες, τους οδόντες και περιοδόντιο. Το στόμα εξασφαλίζει την καλή πρόσληψη, μάσηση και κατάποση της τροφής. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 21)

Ο ΣΚΕΛΕΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Τα κύρια οστά του είναι η άνω και κάτω γνάθος.



Εικόνα άνω γνάθου



Εικόνα κάτω γνάθου

Άλλα οστά που συμβάλλουν στη δημιουργία του σκελετού αυτού είναι το υπερώιο, το ζυγωματικό, το κροταφικό, και σφηνοειδές.

Η άνω γνάθος έχει σώμα και τέσσερις αποφύσεις, τη μετωπιαία, τη ζυγωματική, την υπερώια και τη φατνιακή, που συνδέονται με τα ομώνυμα οστά είναι σταθερή, ακίνητη, συνδέεται με ραφές με τα λοιπά οστά της κεφαλής και έχει αεροφόρο κοιλότητα, το ιγμόριο άντρο.

Η κάτω γνάθος έχει σχήμα πετάλου με σώμα και δύο κλαδους, που παίρνουν μέρος στη σχηματισμό της δεξιάς και αριστερής κροταφογναθικής διάρθρωσης, χάρη στην οποία η κάτω γνάθος παρουσιάζει σημαντική κινητικότητα εκτροφής, ενεργοποιούμενη από τους μυς.

Οι δύο γνάθοι, άνω και κάτω, είναι οι φορείς των ουλικών ιστών και των οδόντων, των οποίων οι ρίζες κατασκηνώνουν σε ειδικά διαμορφωμένες οστέινες υποδοχές τα φατνία.

Τα οστά του σκελετού του στόματος, συνδεόμενα με ραφές και μέσω των κροταφογναθικών αρθρώσεων με τον υπόλοιπο σκελετό της κεφαλής, απαρτίζουν ένα σαφώς διαμορφωμένο σύνολο, μια ισοζυγισμένη μηχανική δομή με αποτελεσματικούς μηχανισμούς απόσβεσης των μασητικών τάσεων. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 21-22)

ΟΙ ΜΑΛΑΚΟΙ ΙΣΤΟΙ: ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΣ, ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, ΣΙΑΛΟΓΟΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ, ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ, ΝΕΥΡΑ, ΜΥΣ

Ο ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΣ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΣ

Η στοματική κοιλότητα, μαζί με τη γλώσσα καλύπτεται από ένα στρώμα βλεννογόνου, του οποίου μια από τις βασικές λειτουργίες είναι η προστασία των υποκείμενων μαλακών και σκληρών ιστών και οργάνων (οστών, μυών, αδένων, κ.α). Παράλληλα, ο βλεννογόνος αυτός συμβάλλει στις λειτουργίες της μάσησης και της κατάποσης της τροφής.

Όπως είναι φυσικό, ο βλεννογόνος του στόματος είναι εκτεθειμένος σε διάφορους κινδύνους βλαβών, που μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες, με βάση το προκαλούν αίτιο. Έτσι διακρίνονται οι κακώσεις του βλεννογόνου σε οξείες μη ειδικές φλεγμονές και τις ειδικές φλεγμονές. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 22-23)

Η ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

A) Οι αρτηρίες

Η πλούσια αγγείωση του στοματογναθικού συστήματος πραγματοποιείται από τους κλάδους της έξω καρωτίδας, που χορηγεί διάφορες αρτηρίες, με κυριότερες τη γλωσσική, την προσωπική ή έξω γναθιαία αρτηρία, την επιπολής κροταφική και την έσω γναθιαία. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 23)

B) Οι φλέβες

Το πλούσια διακλαδούμενο αρτηριακό δίκτυο συνοδεύεται από τις ομώνυμες φλέβες, οι οποίες, πορευόμενες κατ' αντίστροφη φορά από τις αρτηρίες, μεταφέρουν το αίμα από την περιφέρεια και το οδηγούν στα μεγάλα φλεβικά στελέχη. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 23)

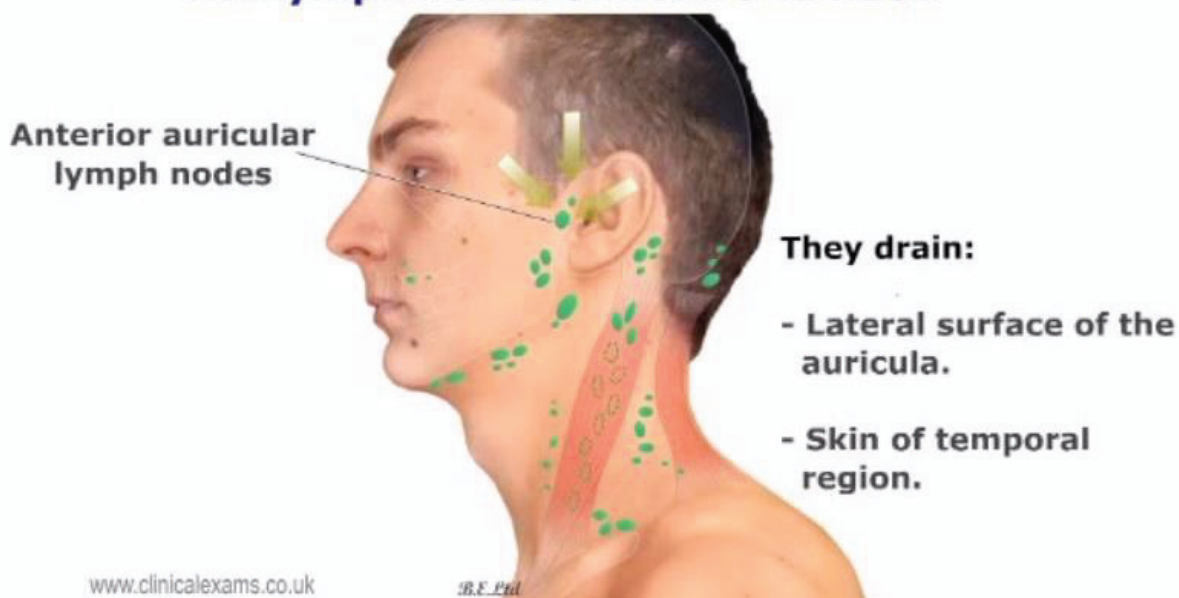
ΟΙ ΣΙΑΛΟΓΟΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Οι αδένες αυτοί αποτελούν τον εκκριτικό μηχανισμό του στόματος, που το εφοδιάζει σε συνεχή βάση με το πολύπλευρα πολύτιμο σάλιο. Διακρίνονται στην παρωτίδα, τον υπογνάθιο και τον υπογλώσσιο, στα αριστερά και δεξιά της μέσης γραμμής του στόματος. Οι κύριοι αυτοί αδένες συνοδεύονται από εκατοντάδες δευτερεύοντες, διάσπαρτους στο βλεννογόνο του στόματος. Κάθε αδένας παράγει σάλιο με ξεχωριστή σύνθεση και ιδιαίτερο ρυθμό αλλά το σύνολο των εκκρίσεων ενοποιείται στο στόμα και αποτελεί το ολικό σάλιο. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 23)

ΤΑ ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ

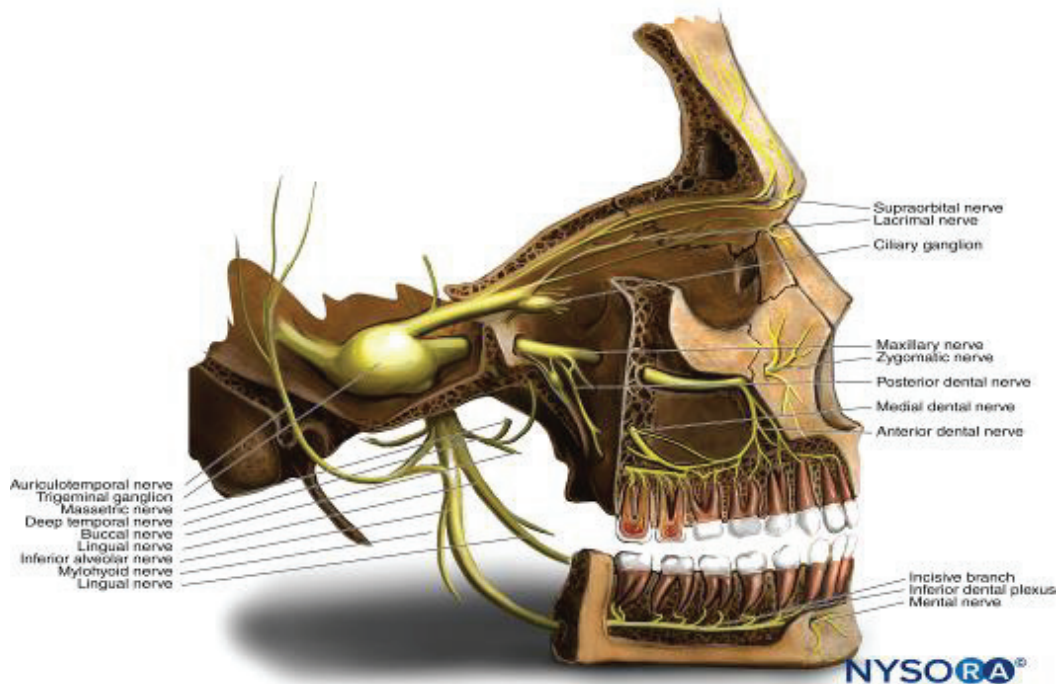
Αποτελούν το πρώτο βιολογικό φίλτρο (ηθμό) φλεγμονοδών και νεοπλασματικών στοιχείων. Η καλή υγεία του στόματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σωστή λειτουργία των λεμφογαγγλίων. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 23-24)

The lymph nodes of head and neck



ΤΑ ΝΕΥΡΑ ΚΑΙ ΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΤΟΥ

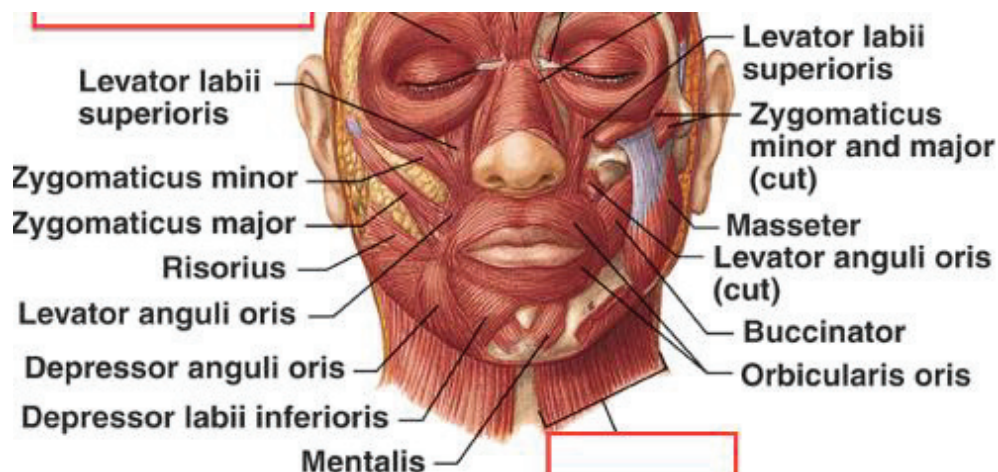
Το τρίδυμο είναι το κατεχοχόν αισθητικό νεύρο αλλά έχει και κινητικές ίνες. Άλλα νεύρα του στοματογναθικού συστήματος είναι το προσωπικό, το υπογλώσσιο και το γλωσσοφαρυγγικό. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988σελ 24)



Εικόνα νεύρων (τρίδυμο και κλάδοι του) άνω και κάτω γνάθου

ΜΥΕΣ

Στους στοματικούς μύες περιλαμβάνονται οι εκφραστικοί του προσώπου, οι μασητήριοι και οι γλωσσικοί. Η μυϊκή ενέργεια εξασφαλίζει κατά το μεγαλύτερο ποσοστό τη στατική ισορροπία του αναπτυσσόμενου συστήματος. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 24-25)



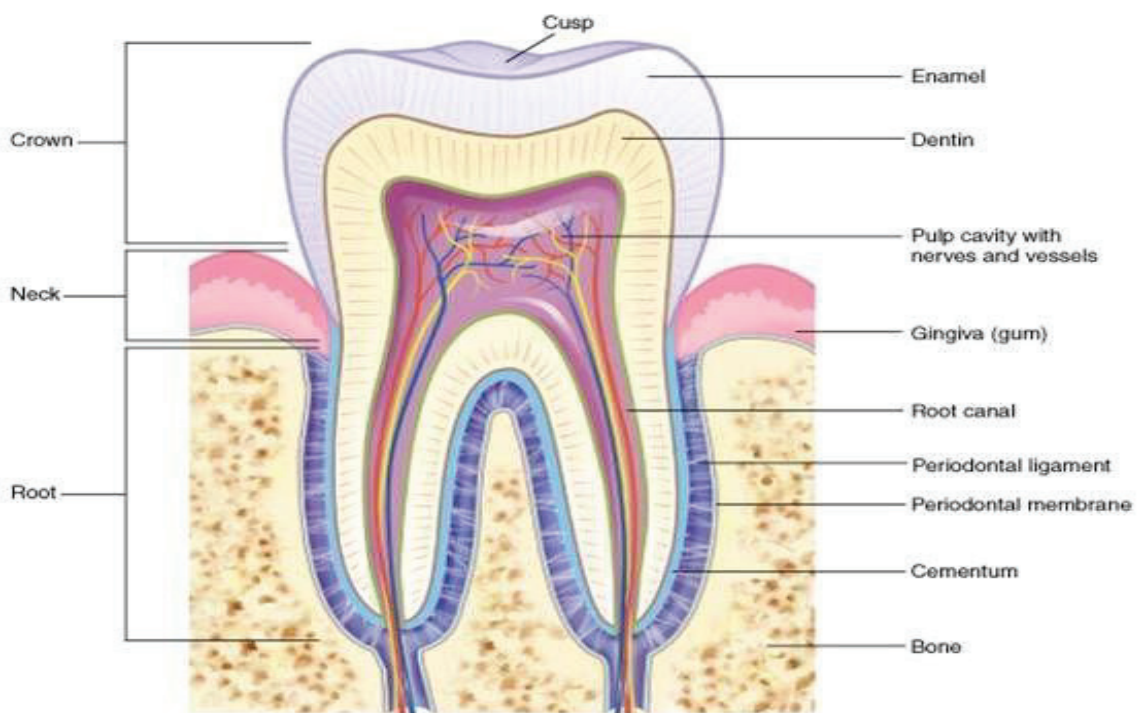
Η ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΩΝ

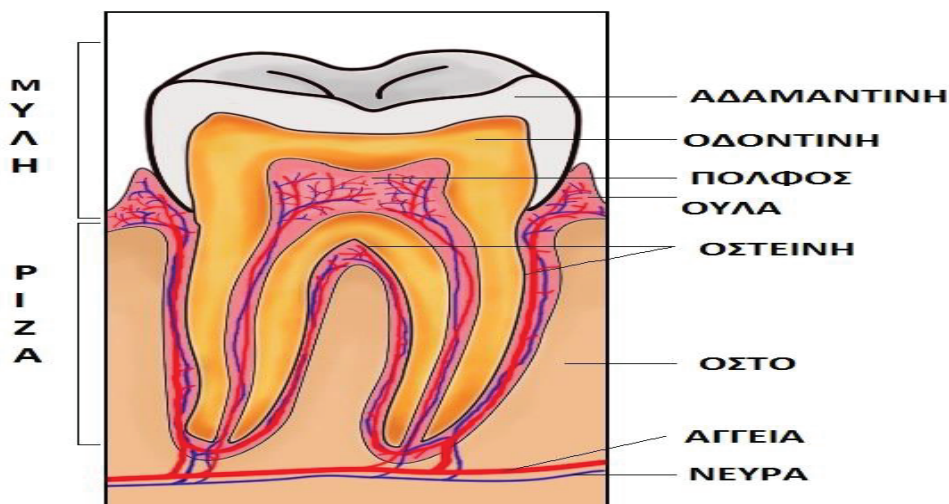
Κάθε δόντι αποτελείται από ένα ***εμφανές μέρος, τη μύλη ή στεφάνη** κι ***ένα αφανές, τη ρίζα**. Η μύλη είναι το μέρος του οδόντος που προβάλλει από τα ούλα, όταν κοιτάζει κανείς μέσα στο στόμα. Οι μύλες έχουν διαφορετικό σχήμα από ομάδα σε ομάδα οδόντων. Με κανονικές συνθήκες οι προεξοχές των οδόντων της μιας γνάθου ταιριάζουν στις κοιλότητες των αντίστοιχων οδόντων της άλλης και αντιστρόφως.

Η ρίζα είναι το μέρος του οδόντος, που το στερεώνει μέσα στο οστόν της γνάθου στο φατνίο. Η ρίζα, ανάλογα με το δόντι, είναι απλή ή διπλή και μερικές φορές τριπλή. Καλύπτεται και καθηλώνεται από τα ούλα. Συνήθως, η ρίζα αποτελεί τα 2/3 του ολικού μήκους του οδόντος, ενώ η μύλη μόλις φτάνει το υπόλοιπο 1/3.

Το ριζικό τμήμα, ο ριζικός σωλήνας και ο πολφικός θάλαμος στο εσωτερικό, συνδέουν το δόντι με τον υπόλοιπο οργανισμό και συμβάλλουν, μέσω του πολφού, στην υγιή διάπλαση, ανάπτυξη και διατήρησή του.

Το δόντι από έξω προς μέσα διακρίνουμε τρία διαφορετικά σκληρά υλικά.: 1)αδαμαντίνη, 2)οδοντίνη και την 3)οστεΐνη. Η αδαμαντίνη ή σμάλτο των οδόντων είναι το εξωτερικό κάλυμμα της μύλης. Προστατεύει τους οδόντες από τη φθορά που προκαλούν οι τριβές της μάσησης κι από τις χημικές και θερμικές επιδράσεις. Θεωρείται ο σκληρότερος ιστός του ανθρώπινου σώματος και αποτελείται από συσσωματώματα κρυστάλλων-πρίσματα αλάτων ασβεστίου και φωσφόρου με κύρια μορφή τον υδροξυαπατίτη.





Εικόνες ανατομίας δοντιού

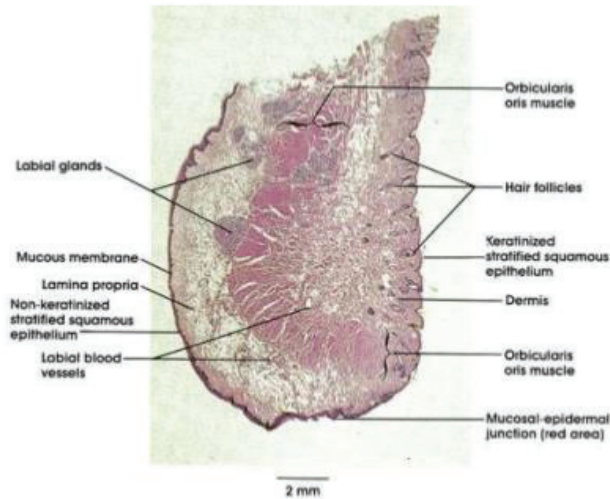
Η οδοντίνη είναι κι αυτή ένας οστέινος σκληρός ιστός, που βρίσκεται κάτω από την αδαμαντίνη αλλά επεκτείνεται και πέρα από αυτή φτάνοντας μέχρι το τέλος σχεδόν της ρίζας. Η οστέινη είναι ένας σκληρός ιστός μεσεγχυματικής προέλευσης που καλύπτει την οδοντίνη της ρίζας από τον αυχένα μέχρι το ακρορίζιο. Ο πολφός είναι ένας ζωντανός μαλακός ιστός στο εσωτερικό των ριζικών σωλήνων και του πολφικού θαλάμου. Περιβάλλεται από οδοντίνη και διασχίζεται από νεύρα, αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία. Είναι το μέσο που κρατάει το δόντι ζωντανό, σε σύνδεση με τον υπόλοιπο οργανισμό. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 26-28)

ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΟΔΟΝΤΩΝ

Το μόνιμο οδοντικό σύστημα των ενηλίκων αποτελείται από τις ακόλουθες ομάδες οδόντων διατεταγμένες συμμετρικά και σε ίσους αριθμούς στην άνω και κάτω γνάθο:

- Οκτώ τομείς ή κοπτήρες, 4 στην άνω και 4 στην κάτω γνάθο. Έχουν κοφτερές μύλες για τον τεμαχισμό της τροφής και από μια ρίζα ο καθένας.
- Τέσσερις κυνόδοντες, 2 στην άνω και δύο στην κάτω γνάθο. Έχουν από μια μακριά ρίζα κι ένα τριγωνικό άκρο για τη διάτμηση των τροφών.
- Οκτώ προγόμφιοι, 4 στην άνω και 4 στην κάτω γνάθο είναι τοποθετημένοι σε ζευγάρια ακριβώς πίσω από τους κυνόδοντες. Χρησιμεύουν για την σύνθλιψη και κατάτμησης των τροφών.
- Δώδεκα γομφίοι ή τραπεζίτες και έχουν 2 ή 3 ή και 4 ακόμη ρίζες. Χρησιμεύουν για το τελικό άλεσμα της τροφής προς ευκολοχώνευτο πολτό, με τη βοήθεια του σάλιου. (Παναγιώτης Χατζόπουλος, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, Αθήνα, Απρίλιος 1988 σελ 30-31)

Lip Anatomy



B CITYCLINICS

Εικόνα ανατομίας χειλέων

Αποτελούν ευκίνητες, μώδεις πτυχές, που περιβάλλουν την είσοδο της στοματικής κοιλότητας. Τα χείλη καλύπτονται εξωτερικά από δέρμα και εσωτερικά από βλεννογόνο. Μεταξύ των δύο αυτών στιβάδων παρεμβάλλονται μύες. (KEITH L. MOORE, ANATOMY, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ 1998)

Το μυικό υπόστρωμα των χειλιών διαμορφώνεται από το σφιγκτήρα του στόματος και προσκείμενα σε αυτόν μέρη των υπολοίπων μυών του στόματος. Ο βλεννογόνος καλύπτεται από πολύστιβο μη κερατινοποιημένο επιθήλιο. Η αιμάτωση επιτυγχάνεται από την άνω και κάτω χειλική αρτηρία που είναι κλάδοι των προσωπικών αρτηριών. Τα λεμφαγγεία εκβάλλουν στα υπογνάθια και παρωτιδικά λεμφογάγγλια. Οι υπογνάθιοι λεμφαδένες παροχετεύονται στους εν τω βάθει τραχηλικούς λεμφαδένες. Τα κινητικά νεύρα είναι κλάδοι του προσωπικού ενώ τα αισθητικά είναι κλάδοι του τριδύμου. Τα αισθητικά του άνω και κάτω χείλους προέρχονται από το υποκόγχιο και το γενειακό νεύρο, που είναι κλάδοι του άνω γναθικού και του κάτω γναθικού, αντίστοιχα.

Οι χειλικοί σιαλογόνοι αδένες βρίσκονται γύρω από το προστόμιο, μεταξύ του βλεννογόνου και του σφιγκτήρα μύος του στόματος. Η κατασκευή των μικρών αυτών αδένων μοιάζει με την κατασκευή βλεννογόνων σιαλογόνων αδένων και οι εκφορητικοί τους πόροι εκβάλλουν μέσα στο προστόμιο.

Το άνω και κάτω χείλος προσφύεται στα ούλα στη μέση γραμμή με επηρμένη πτυχή του βλεννογόνου, που ονομάζεται χαλινός του άνω και κάτω χείλους. (ΑΛ. ΑΓΙΟΣ, Περιγραφική και εφαρμοσμένη ανατομική, University studio press, 2002, Θεσσαλονίκη, σελ 28-29)
 NETTER F, Atlas of human Anatomy, Πασχαλίδης, 2004, Αθήνα σελ47
 KEITH L.. MOORE Κλινική Ανατομία II, Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα Lawrence Cl., An introduction to Dermatological Surgery Sergergy sec. Ed., Churchill Livingstone, 2002)

ΠΑΡΕΙΕΣ

Τα πλάγια τοιχώματα του προστομίου της στοματικής κοιλότητας, που σχηματίζονται από τις παρειές (μάγουλα), εμφανίζουν ουσιαστικά την δομή με τα χείλη, με τα οποία συνέχονται. Οι παρειές περιλαμβάνουν όχι μόνο τα κινητά μέρη τους, αλλά επίσης τα επάρματα πάνω από τα ζυγωματικά οστά και τόξα. Ο βυκανητής μυς απαρτίζει το μεγαλύτερο μέρος της μυικής στιβάδας των παρειών.

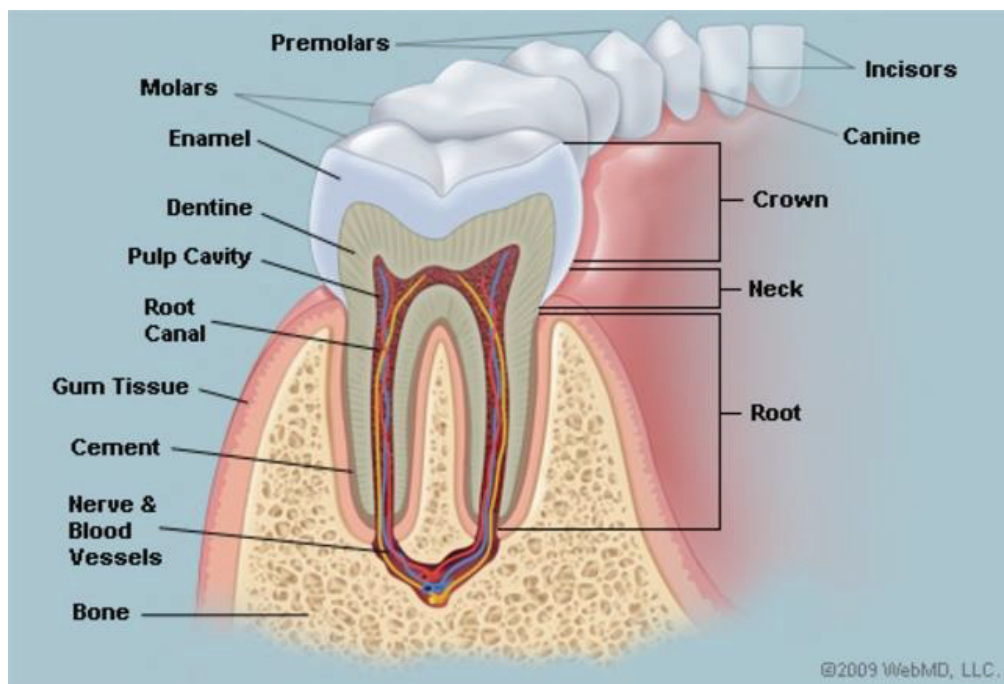
Επιπολής της βυκανητικής περιτονίας παρατηρείται το λιπώδες σώμα της παρειάς, που προσδίνει στις παρειές το στρογγυλό τους περίγραμμα, ιδιαίτερα στα νεογνά. Η σχετικά μεγάλη συσσώρευση λίπους στην περιοχή θεωρείται ότι ενισχύει τις παρειές στα νεογνά, αποτρέποντας τη σύμπτωση των τοιχωμάτων τους στη διάρκεια του θηλασμού ή της αναρρόφησης υγρών. Τα χείλη και παρειές αποτελούν ενιαία λειτουργικά ανατομική κατασκευή και δρουν σαν σφιγκτήρας του στόματος, προωθώντας την τροφή από το προστόμιο στην ιδίως στοματική κοιλότητα.

Οι παρειικοί αδένες είναι μικροί βλεννώδεις αδένες, που βρίσκονται ανάμεσα στο βλεννογόνο και το βυκανητή μυ. Ομάδες των αδένων αυτών αθροίζονται γύρω από την τελική μοίρα του παρωτιδικού πόρου, ο οποίος εκβάλλει στη σιαλική θηλή. Τα αισθητικά νεύρα των παρειών είναι κλάδοι του άνω και κάτω γναθικού νεύρου και νευρώνουν το δέρμα και το βλεννογόνο των παρειών. (NETTER F, Atlas of human Anatomy, Πασχαλίδης, 2004, Αθήνα σελ 47 και Κ. MOORE Κλινική Ανατομία II, Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα)

ΤΑ ΟΥΛΑ

Αποτελούνται από ινώδη συνδετικό ιστό, που καλύπτεται από βλεννογόνο. Προσφύονται στέρεα στα όρια των φατνιακών αποφύσεων της άνω και κάτω γνάθου και στους αυχένες των δοντιών. Η φατνιακή μοίρα του βλεννογόνου (ελεύθερη μοίρα των ούλων») έχει φυσιολογικά έντονο κόκκινο χρώμα και αποτελείται από μη κερατινοποιούμενο επιθήλιο. Ο ιδίως βλεννογόνος των ούλων («προσφυτική μοίρα των ούλων) έχει φυσιολογικά ανοικτό κόκκινο χρώμα (ροζ) και επαλείφεται από κερατινοποιούμενο επιθήλιο. Εκτός από

τα φατνιακά νεύρα που νευρώνουν και τα δόντια, τα ούλα λαμβάνουν επίσης νευρικές ίνες από τα γειτονικά αισθητικά νεύρα (βυκανητικό, υποκόγχιο, μείζον υπερώιο και γενειακό) (NETTER F, Atlas of human Anatomy, Πασχαλίδης, 2004, Αθήνα σελ 47 και Κ. MOORE Κλινική Ανατομία II, Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα)



Η ΥΠΕΡΩΑ

Η υπερώα σχηματίζει την καμπύλη οροφή του στόματος και το έδαφος των ρινικών κοιλοτήτων. Διαχωρίζει τη στοματική κοιλότητα από τις ρινικές κοιλότητες και από τη ρινική μοίρα του φάρυγγα ή επιφάρυγγα. Η υπερώα αποτελείται από δύο μοίρες: τα πρόσθια δύο τριτημόρια ή οστέινη μοίρα, που ονομάζεται σκληρή υπερώα και το ευκίνητο οπίσθιο τριτημόριο ή ινομυώδης μοίρα που ονομάζεται μαλακή υπερώα. (Κ. MOORE Κλινική Ανατομία II, Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα)

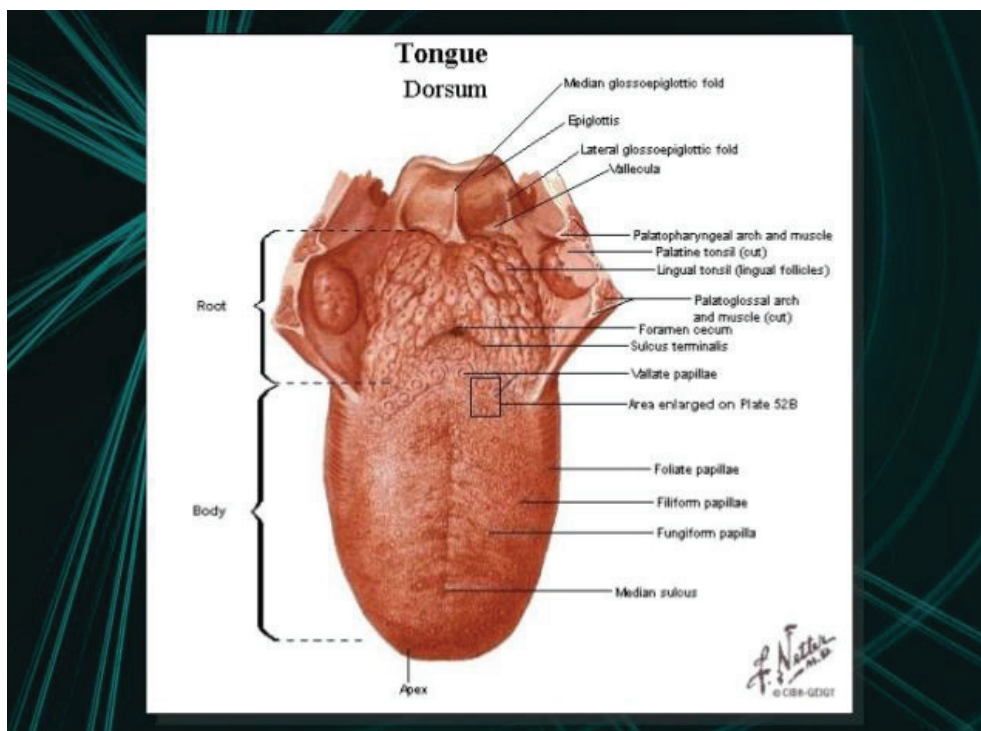
ΣΚΛΗΡΑ ΥΠΕΡΩΑ

Ο βλεννογόνος αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, χόριο και αδένες και συνάπτεται στερεά διαμέσου ινωδών πεταλίων με το περίοστεο του οστέινου υποστρώματος. Προς τα εμπρός και έξω, η σκληρή υπερώα αφορίζεται από τις φατνιακές αποφύσεις και ούλα της άνω γνάθου. Προς τα πίσω, η σκληρή υπερώα συνεχίζεται με τη μαλακή υπερώα. (Κ. MOORE Κλινική Ανατομία II, Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα)

ΜΑΛΘΑΚΗ ΥΠΕΡΩΑ

Η οπίσθια μοίρα της υπερώας δε διαθέτει οστέινο σκελετό, εντούτοις περιέχει την υπερώια απονεύρωση. Η μαλθακή υπερώα είναι ευκίνητη, ινομυώδης πτυχή, που προσφύεται στο οπίσθιο χείλος της σκληρής υπερώας. Η μαλακή υπερώα εκτείνεται προς τα πίσω και κάτω ως το καμπύλο ελεύθερο χείλος της, το οποίο εμφανίζει στη μέση μια μικρή κωνική προσεκβολή, τη σταφυλή. Διαχωρίζει τη ρινική από τη στοματική μοίρα του φάρυγγα. Τα αισθητικά νεύρα της υπερώας είναι το μείζων και έλασσον υπερώιο νεύρο. Τα νεύρα αυτά συνοδεύουν τις ομώνυμες αρτηρίες. Το μείζων υπερώιο νεύρο κατανέμεται στα ούλα, το βλεννογόνο και τους αδένες της σκληρής υπερώας. Το έλασσον υπερώιο νεύρο κατανέμεται στη μαλακή υπερώα. Η πλούσια αιμάτωση της υπερώας προέρχεται από δίκτυο αιμοφόρων αγγείων, κλάδων της έσω γναθιαίας αρτηρίας. (Κ. MOORE Κλινική Ανατομία II, Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα)

Η ΓΛΩΣΣΑ



Η γλώσσα είναι μυώδες και ιδιαίτερα ευκίνητο όργανο, το σχήμα του οποίου μπορεί να ποικίλλει πολύ. Αποτελείται από τρία μέρη: τη ρίζα, το σώμα και την κορυφή. Η γλώσσα χρησιμεύει για τη μάσηση, τη γέυση, την κατάποση, την άρθρωση του λόγου και τον καθαρισμό του στόματος, αλλά οι κύριες ενέργειές της είναι η προώθηση της τροφής μέσα στον φάρυγγα κατά την κατάποση και ο σχηματισμός λέξεων κατά την ομιλία. Το στοματικό μέρος απαρτίζει τα δύο τρίτα περίπου και φάρυγγικό μέρος ή ρίζα το ένα τρίτο της ράχης της

γλώσσας. Στην κορυφή της γωνίας της τελικής αύλακας βρίσκεται ένα μικρό εντύπωμα, το τυφλό τρήμα, το οποίο αποτελεί υπόλειμμα του στομίου του εμβρυϊκού θυρεογλωσσικού πόρου. Η νεύρωση της γλώσσας γίνεται από το υπογλώσσιο νεύρο, ενώ ο βλεννογόνος αποτελείται από επιθήλιο πολύστιβο πλακώδες μη-κερατινοποιημένο. Ο καλύπτων την κάτω επιφάνεια είναι λείος, λεπτός μαλθακός, πολύ καλά προσκολλημένος στους υποκείμενους μύες. Η κύρια αρτηρία είναι η γλωσσική, κλάδος της έξω καρωτίδας. Μέσα στους μύες της γλώσσας καθώς και αμέσως κάτω από το βλεννογόνο, αναπτύσσεται ένα πλούσιο αναστομωτικό αγγειακό δίκτυο το οποίο εξασφαλίζει την πλούσια αιμάτωση της γλώσσας. Η αιμορραγία αναστέλλεται αν συμπιεστεί η γλώσσα ανάμεσα στο δείκτη και τον αντίχειρα ή με άλλες τεχνικές οπότε πιέζεται ο κλάδος της γλωσσικής αρτηρίας. Η λεμφαγγειακή αποχέτευση της γλώσσας γίνεται με την περιοχή της κορυφής της γλώσσας να εκβάλλει στα υπογενείδια λεμφογάγγλια, ενώ η περιοχή μπροστά από το γευστικό λάμδα εκβάλλει στα υπογνάθια και όπισθεν από το γευστικό λάμδα εκβάλλει στα εν τω βάθει τραχηλικά. (Αλ. ΑΓΙΟΣ, Περιγραφική και εφαρμοσμένη ανατομική, University studio press, 2002, Θεσσαλονίκη, NETTER F, Atlas of human Anatomy, Πασχαλίδης, 2004, Αθήνα σελ 47 Κ. MOORE Κλινική Ανατομία II, Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα)

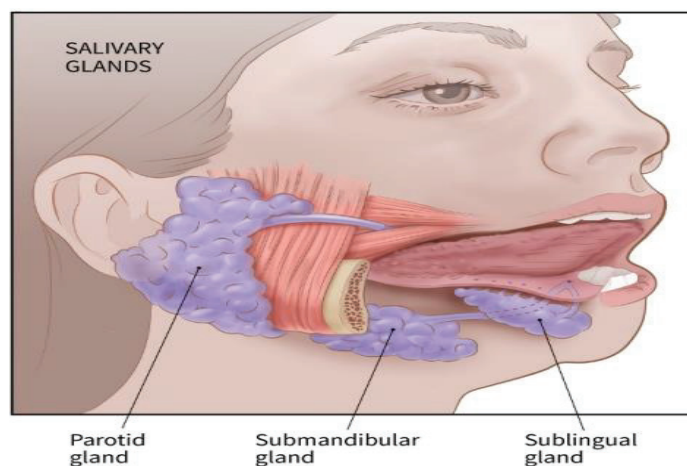
ΣΙΑΛΟΓΟΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Υπάρχουν τρία ζεύγη σιαλογόνων αδένων: οι παρωτίδες, οι υπογνάθιοι και οι υπογλώσσιοι αδένες.

Οι παρωτίδες είναι οι μεγαλύτεροι από τους σιαλογόνους αδένες και βρίσκονται μεταξύ της κάτω γνάθου και του στερνοκλειδομαστοειδούς μύος. Εκτός από την πεπτική τους δράση ξεπλένουν και απομακρύνουν τα μόρια των τροφών από την ιδίως στοματική κοιλότητα.

Ο υπογνάθιος αδένας είναι η μαλακή μάζα πάνω από την οπίσθια μοίρα του γναθοϋοειδούς μύος, που ψηλαφάται όταν ο μύς τεντωθεί με προσπάθεια ώθησης της κορυφής της γλώσσας πάνω στους άνω τομείς οδόντες.

Οι υπογλώσσιοι αδένες είναι οι μικρότεροι από τους τρεις σιαλογόνους αδένες και εντοπίζονται βαθύτερα από όλους. (Κ. MOORE Κλινική Ανατομία II, Πασχαλίδης, 1998, Αθήνα)



4. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (FDI)

Στοματική υγεία σημαίνει κάτι περισσότερο από υγιή δόντια και η καλή υγεία του στόματος σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής. Η σχέση της γενικής με τη στοματική υγεία είναι αναμφισβήτητη: στη στοματική κοιλότητα εκδηλώνονται σημεία και συμπτώματα γενικών νοσημάτων του περιοδοντίου από καρδιολογικές παθήσεις, προώρους τοκετούς και επιδείνωση του διαβήτη.

Παγκοσμίως, οι κοινωνικές ομάδες που πλήττονται περισσότερο από τα νοσήματα του στόματος είναι τα μειονεκτούντα και περιθωριοποιημένα άτομα και οι πληθυσμοί που βιώνουν την φτώχεια. Ο τρόπος και η έκταση που εκδηλώνονται τα νοσήματα του στόματος, σε κάθε χώρα, επηρεάζεται από τις συνθήκες διαβίωσης, συμπεριφορικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, το σύστημα παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης που οδήγησε στη μείωση των δεικτών τερηδόνας στα παιδιά και απώλειας οδόντων στους ενήλικες. Σε άλλες χώρες όμως η επίπτωση της τερηδόνας έχει αυξηθεί και ίσως αυξηθεί περαιτέρω στο μέλλον, εξαιτίας της αυξημένης κατανάλωσης ζάχαρης και της ελλιπούς πρόσληψης φθορίου.

Είναι σημαντικό επίσης να τονιστεί το γεγονός πως **τα τέσσερα πιο συχνά εμφανιζόμενα μη-μεταδοτικά νοσήματα** σήμερα δηλαδή *τα καρδιαγγειακά, *ο σακχαρώδης διαβήτης, *οι διάφορες μορφές καρκίνου και *η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής και οι οποίοι μπορούν να προληφθούν.

Οι βασικές προτεραιότητες της Δημόσιας Οδοντιατρικής Υγείας είναι η εκπαίδευση του πληθυσμού σε ζητήματα σχετικά με την υγεία του στόματος, η εφαρμοσμένη οδοντιατρική έρευνα, η οργάνωση προγραμμάτων οδοντιατρικής περίθαλψης αλλά και η πρόληψη και ο έλεγχος των νοσημάτων του στόματος σε επίπεδο κοινότητας.

Οι υπηρεσίες της Δημόσιας Οδοντιατρικής Υγείας βοηθούν όχι μόνο την κοινότητα αλλά επικεντρώνονται και σε ευαίσθητες πληθυσμιακά ομάδες όπως τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με πολύ χαμηλά ή καθόλου εισοδήματα, τα άτομα με κινητικές ή άλλες αναπτυξιακές δυσκολίες, οι άστεγοι, τα οροθετικά HIV άτομα όπως και εκείνα που δεν έχουν κοινωνική ή άλλα ασφάλιση και τέλος φυλετικές, πολιτισμικές ή άλλες μειονότητες. (Δημήτρης Δημητριάδης, Ρήγας Κωνσταντινίδης, Ελευθέριος Ντόκος, Προσεγγίζοντας την Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία, Θεματική Ενότητα, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική 1:13-18 2008, σελ 14)

5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ;

Δημόσια Υγεία είναι το σύνολο οργανωμένων δραστηριοτήτων της Πολιτείας και της Κοινωνίας, που αποβλέπουν στην προαγωγή της Υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012, Η. Αγγελόπουλο, Δ. Αγραφιώτη, Ε. Αλεξοπούλου – Βράχνου et al σελ 27)

Σύμφωνα με τον πιο πρόσφατο ορισμό της δημόσιας υγείας που δόθηκε από τους R. Beaglehole και R. Bonita σε άρθρο τους που δημοσιεύτηκε στο Lancet το 2004 "Δημόσια Υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού". Από τον ορισμό προκύπτει ότι η επίτευξη υψηλού επιπέδου δημόσιας υγείας του πληθυσμού απαιτεί πολιτική δέσμευση σε ανώτατο επίπεδο και παρέμβαση στο σύνολο των καθοριστών υγείας, μέσω διατομεακής διυπουργικής συνεργασίας. Ειδικότερα στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, το σύστημα Δημόσιας Υγείας δοκιμάστηκε με μείζονες περικοπές στον προϋπολογισμό που μείωσαν σημαντικά τη δαπάνη για τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας την ίδια στιγμή που οι δείκτες φτώχειας αυξήθηκαν σημαντικά. Παράλληλα υπήρξε μια εκτεταμένη είσοδος προσφύγων και μεταναστών, με αυξημένες ανάγκες για υγειονομική φροντίδα αλλά και με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. (ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2019-2022, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΣΔΥ, ΣΕΛ 5)

Η στοματική υγεία στη χώρα μας φαίνεται να βρίσκεται σε ελαφρώς χαμηλά επίπεδα συγκρινόμενη με τα δεδομένα των χωρών της Ε.Ε. Συγκρίνοντας τους δείκτες τερηδόνας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., παρατηρούμε ότι, αν και η Ελλάδα για τα παιδιά 5 ετών είναι στην 9η θέση, για τα παιδιά 12 ετών πέφτει κατακόρυφα και βρίσκεται μαζί με την Ιταλία στην τελευταία θέση μεταξύ των 15 κρατών-μελών της Ε.Ε. (πριν την τελευταία διεύρυνση) και 15η μεταξύ των 25 εταίρων μας στη διευρυμένη Ε.Ε. (Ουλής Κ. και συν. 2005).

Προκλήσεις και προτεραιότητες της Δημόσιας Υγείας

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος, ο πληθυσμός της χώρας, την 1η Ιανουαρίου του 2006, ανερχόταν σε 11.125.179. Τα τελευταία 10 χρόνια ο συνολικός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε κατά 4,2%. **Η αύξηση του**

πληθυσμού αποδίδεται κυρίως στη μετανάστευση, καθώς η αναπαραγωγικότητα του ελληνικού πληθυσμού κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Η μείωση της γεννητικότητας, σε συνδυασμό με την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής, έχουν ως αποτέλεσμα τη **δημογραφική γήρανση του ελληνικού πληθυσμού**. (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012, Η. Αγγελόπουλο, Δ. Αγραφιώτη, Ε. Αλεξοπούλου - Βράχνου et al σελ 40-41)

Ο Μόνιμος Πληθυσμός στην τελευταία απογραφή 2011 ήταν 10.816.286. (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. ΕΛΛΑΣ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ. Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2020).

Υπολογίζοντας τους πρόσφυγες ανά έτος από το 2015 έως το 2019 διαπιστώνει κανείς ότι μέσα σε πέντε χρόνια ήρθαν στην Ελλάδα 1.187.872 άτομα.

Η γενική θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα το 2004 ήταν 662,82 ανά 100.000 πληθυσμού. Οι Γεννήσεις το 2015= 91.847 το 2016=92.898 το 2017=88.553 το 2018=86.440 και το 2019=83.763. Οι θάνατοι το 2015=121.183 το 2016=118.788 το 2017=124.495 το 2018=120.296 και το 2019=124.965. (ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. ΕΛΛΑΣ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ. Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2020). Επίσης σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, ο μόνιμος πληθυσμός της χώρας την 1η Ιανουαρίου 2019 ήταν 10.724.599 άτομα (5.208.293 άνδρες και 5.516.306 γυναίκες), έναντι 10.741.165 την 1η Ιανουαρίου 2018. Η εξέλιξη αυτή είναι αποτέλεσμα της φυσικής μείωσης του πληθυσμού κατά 33.006 άτομα (86.440 γεννήσεις έναντι 119.446 θανάτων) και της καθαρής μετανάστευσης που εκτιμάται σε 16.440 άτομα (θετικό ισοζύγιο).

Ο πληθυσμός ηλικίας 0- 14 ετών ανήλθε σε 14,3% του συνολικού πληθυσμού, έναντι 63,6% του πληθυσμού 15- 64 ετών και 22,1% του πληθυσμού 65 ετών και άνω. Ο δείκτης γήρανσης (πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω προς τον πληθυσμό ηλικίας 0-14 ετών) ανήλθε σε 153,8.

Οι κύριες αιτίες θανάτου, είναι τα

**νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (48%),*

**τα κακοήγη νεοπλασμάτα (25%),*

**οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (7%) και*

**οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα (5%) και δηλητηριάσεις.* (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012, Η. Αγγελόπουλο, Δ. Αγραφιώτη, Ε. Αλεξοπούλου - Βράχνου et al σελ 51)

Στην Ελλάδα, για την προστασία της Δημόσιας Υγείας υπάρχουν τρεις βαθμίδες υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας: οι πρωτοβάθμιες, οι δευτεροβάθμιες και οι τριτοβάθμιες υπηρεσίες Υγείας. Η κατάσταση του ΕΣΥ στην Ελλάδα, ιδιαίτερα με την οικονομική κρίση, αρχίζει να χωλαίνει. **Η δημόσια παροχή υπηρεσιών**

Υγείας χαρακτηρίζεται από έλλειψη συντονισμού, συγκρούσεις αρμοδιοτήτων, απαρχαιωμένες δομές, έλλειψη προσωπικού, υποχρηματοδότηση και καθυστέρηση στις σύγχρονες τεχνολογίες με αποτέλεσμα να μην προασπίζεται ικανοποιητικά η Δημόσια Υγεία.

Η χώρα μας διαθέτει το πιο ακριβοπληρωμένο Σύστημα Υγείας στην Ευρώπη. Ενώ, λοιπόν, οι συνολικές δαπάνες των Ελλήνων για την Υγεία ξεπερνούν το 8% του Α.Ε.Π, οι Έλληνες είναι μετά τους Πορτογάλους οι πιο δυσαρεστημένοι στην Ευρώπη από την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η κατάσταση της υγείας σήμερα χαρακτηρίζεται, μεταξύ άλλων, από ανισοκατανομή νοσοκομειακών μονάδων, έλλειψη μονάδων και κλινών εντατικής θεραπείας, πρωτοφανή έλλειψη κλινών μακράς νοσηλείας, σπατάλη, κακοδιαχείριση πόρων και γενικά τालαιπωρία ασθενών και προσωπικού.

Στοματική υγιεινή και σχέδιο δράσης

Η στοματική υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της γενικής υγείας του ατόμου. Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση αντιμετωπίζει τη στοματική υγεία, όχι απλώς ως την υγεία των οδόντων και των ούλων, αλλά ως την απουσία χρόνιου στοματοπροσωπικού πόνου, καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, συγγενών ανωμαλιών και κάθε άλλης νόσου ή διαταραχής η οποία επηρεάζει το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα. Η οδοντιατρική επιστήμη έχει τεκμηριώσει τους παράγοντες που σχετίζονται αιτιολογικά με την εμφάνιση στοματικών νοσημάτων, γεγονός που μας παρέχει την πλήρη γνώση και τα εργαλεία για την πρόληψή τους και την προαγωγή της Στοματικής Υγείας. Η κατανάλωση ζάχαρης προκαλεί τερηδόνα στα δόντια.

Άλλος παράγοντας είναι το κάπνισμα το οποίο σχετίζεται με αύξηση της συχνότητας και της βαρύτητας της περιοδοντικής νόσου. Επίσης, ο συνηθέστερος τραυματισμός στην περιοχή του στόματος και των γνάθων δύναται να αφορά σε κάταγμα οδόντων και κυρίως σε παιδιά και εφήβους. Επίσης, στην Ελλάδα έχουμε αυξημένο αριθμό τροχαίων ατυχημάτων, όπου συχνά καταγράφονται τραυματισμοί της γναθοπροσωπικής χώρας. Το αποτέλεσμα είναι να απαιτείται υψηλό κόστος αποκατάστασης της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής. Στη χώρα μας παρατηρείται βελτίωση των δεικτών στοματικής υγείας την τελευταία εικοσαετία. Ωστόσο εμφανίζονται σημαντικές περιφερειακές ανισότητες στη στοματική υγεία, και κυρίως σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αναποτελεσματική λειτουργία είναι η έλλειψη εθνικής πολιτικής για τη στοματική υγεία και η αδράνεια στον τομέα της προαγωγής της στοματικής υγείας.

Στα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία για τη χώρα μας, παρατηρούμε ότι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες εμφανίζονται μεγάλες ανισότητες ως προς τη γεωγραφική κατανομή των νόσων του περιοδοντίου. Η παρουσία περιοδοντικών νόσων φάνηκε επίσης ότι

επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο σε 3 από τις 5 πληθυσμιακές ομάδες. Η πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη, που αποτελεί το 90% της οδοντιατρικής φροντίδας, εξασφαλίζεται στη χώρα μας από τον ιδιωτικό κυρίως τομέα. **Κύρια προβλήματα της οδοντιατρικής περίθαλψης μέσω του ιδιωτικού τομέα, είναι η έλλειψη ρεαλιστικού και εγκεκριμένου κατώτατου κρατικού τιμολογίου οδοντιατρικών θεραπειών, τόσο σε τοπικό, όσο και σε κεντρικό επίπεδο και η αδυναμία συμβάσεων με τα διάφορα ταμεία λόγω των εξαιρετικά χαμηλών προτεινόμενων αμοιβών.** Η οδοντιατρική περίθαλψη που παρέχεται από το δημόσιο τομέα και την κοινωνική ασφάλιση είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Σημειώνεται ότι ενώ θεωρητικά όλος ο ελληνικός πληθυσμός δύναται να έχει οδοντιατρική περίθαλψη, μόνο το 75% του πληθυσμού καλύπτεται με θεσμοθετημένες παροχές από τους κανονισμούς παροχών των ασφαλιστικών φορέων.

Η Ελλάδα κατέχει στην Ε.Ε. τα πρωτεία όσον αφορά στις δαπάνες για τη στοματική υγεία με 1,1% του Α.Ε.Π. και εμφανίζει διπλάσια αναλογία οδοντιάτρων στον πληθυσμό σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Μόλις το 1,23% των δημοσίων δαπανών υγείας διατίθεται για οδοντιατρική φροντίδα. Ως αποτέλεσμα της ελλιπούς χρηματοδότησης, το κάθε νοικοκυριό καλείται να επιβαρυνθεί το κόστος με αποτέλεσμα **το 33,98% των χρημάτων που πληρώνει από τις δαπάνες του για την υγεία να αφορούν στην οδοντιατρική φροντίδα.**

Από το 1998 μέχρι το 2004, οι ιδιωτικές οδοντιατρικές δαπάνες κυμαίνονται σταθερά στο 15-17% του συνόλου των (δημοσίων και ιδιωτικών) δαπανών υγείας της χώρας μας και στο 30-35% των συνολικών ιδιωτικών δαπανών. Από τα στοιχεία του 2004-2005, φαίνεται ότι το 2004 οι ιδιωτικές οδοντιατρικές δαπάνες αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας, έχοντας φτάσει το 47,4% του συνόλου, ενώ δεν υπάρχουν ξεκάθαρα στοιχεία για τις δημόσιες δαπάνες.

Επιχειρώντας μία αποτίμηση της λειτουργίας του συστήματος παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στη χώρα διαπιστώνουμε ότι εμφανίζει υψηλό κόστος και χαμηλή αποτελεσματικότητα, ενώ παράλληλα συντηρεί της περιφερειακές ανισότητες στη στοματική υγεία. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αναποτελεσματική λειτουργία του συστήματος παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στη χώρα της είναι 1) η πενιχρή εθνική πολιτική για τη στοματική υγεία, 2) η αδράνεια στον τομέα της προαγωγής της στοματικής υγείας, 3) η έλλειψη επιτελικής υπηρεσίας για τη στοματική υγεία, 4) η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη της οδοντιατρικής θεραπείας, 5) η έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ πρωτοβάθμιας-δευτεροβάθμιας-τριτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης, 6) η έλλειψη συστημάτων ελέγχου της ποιότητας της παρεχόμενης οδοντιατρικής φροντίδας, 7) ο υπερπληθωρισμός και 8) η άνιση κατανομή του οδοντιατρικού δυναμικού στη χώρα.

Ο Π.Ο.Υ. προσδιορίζει τη στοματική υγεία ως ένα από τα στοιχεία που καθορίζουν τη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Παράλληλα, οι ασθένειες του στόματος βρίσκονται στην 4η θέση των πιο ακριβών στη θεραπεία νοσημάτων. Συνεπώς, το Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία αποτελεί μία αποδοτική στρατηγική για να μειωθεί το οικονομικό βάρος των ασθενειών του στόματος και για να προαχθεί η στοματική υγεία και η ποιότητα ζωής των πολιτών. Αποστολή του είναι η θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής με σκοπό: 1)την πρόληψη των νόσων του στόματος, 2)την προαγωγή της Στοματικής Υγείας, 3)την αποτελεσματική θεραπεία των νόσων του στόματος, 4)την αποδοτική και ποιοτική λειτουργία των υπηρεσιών Οδοντιατρικής Φροντίδας, και 5)την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων.

Το Σχέδιο Δράσης για την φροντίδα της Στοματικής Υγιεινής επεκτείνεται σε τέσσερεις Άξονες. Ο πρώτος άξονας περιλαμβάνει την Πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας Παιδιών Προσχολικής και Σχολικής Ηλικίας, Ενηλίκων στους χώρους εργασίας, Ατόμων τρίτης ηλικίας και των Ευπαθών Ομάδων. Όλα αυτά θα υλοποιηθούν με εκπαιδευτικές δραστηριότητες προς τους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας που παρακολουθούν την υγεία των εγκύων και των παιδιών προσχολικής ηλικίας, ενημερωτικές και εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στους εκπαιδευτικούς, ανάπτυξη και διανομή ενημερωτικού υλικού στοματικής υγείας για τα παιδιά, τους ενήλικες στους χώρους εργασίας σε συνεργασία με τους εργοδότες, τους ηλικιωμένους και των μεταναστών στη γλώσσα τους.

Επίσης με εκπαιδευτικά προγράμματα και διαδραστικά μαθήματα στα σχολεία, θεσμοθέτηση υποχρεωτικής οδοντιατρικής εξέτασης για τους μαθητές της Α' Γυμνασίου, διενέργεια προληπτικών οδοντιατρικών ελέγχων στα σχολεία. Ενημέρωση των ιατρών εργασίας για την προαγωγή της στοματικής υγείας και συνεργασία στο πλαίσιο των ενημερωτικών παρεμβάσεων. Ενημέρωση των εργαζομένων στα Κ.Α.Π.Η. και στις υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας και στα ιδρύματα περίθαλψης ηλικιωμένων.

Ενημερωτικά προγράμματα σε Κέντρα Υποδοχής Προσφύγων, Κέντρα Υποδοχής Μεταναστών, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, συλλόγους μεταναστών, χώρους συναθροίσεων και θρησκευτικής λατρείας, ιδρύματα περίθαλψης Α.ΜΕ.Α.

Ενημερωτικά προγράμματα και προγράμματα καταγραφής της στοματικής υγείας των roma στην Ελλάδα.

Προγράμματα εκπαίδευσης ανθρώπινου δυναμικού των φορέων φιλοξενίας αστέγων και ψυχικά ασθενών.

Επίσης στο πρώτο Άξονα έχουμε δραστηριοποίηση στην πληροφόρηση του πληθυσμού και στην αύξηση της Πρόσληψης Φθορίου από τον πληθυσμό, τα οποία θα υλοποιηθούν με προβολή ενημερωτικών μηνυμάτων από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ανάπτυξη πληροφοριακού υλικού για την προαγωγή της στοματικής υγείας του γενικού πληθυσμού.

Στον δεύτερο άξονα δράσης έχουμε την Πιστοποίηση της ποιοτικής λειτουργίας και εποπτείας των Μονάδων Παροχής Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας καθώς και τον σχεδιασμό για την Αναβάθμιση της Ασφαλιστικής Οδοντιατρικής Κάλυψης. Η υλοποίηση αυτών των στόχων θα επιτευχθούν με καθιέρωση προϋποθέσεων ποιότητας των υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας που θα παρέχουν οι ιδιωτικοί και δημόσιοι φορείς. Καθορισμός του συστήματος πιστοποίησης της οδοντιατρικής φροντίδας, και δημιουργία κινητών μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας σε ειδικές ομάδες πληθυσμού. Και τέλος δημιουργία επιτροπής με αντικείμενο τον επανακαθορισμό και την ανακοστολόγηση της ασφαλιστικής κάλυψης των οδοντιατρικών πράξεων.

Στον τρίτο Άξονα έχουμε την διατομεακή Συνεργασία για την ασφαλή αποκομιδή, επεξεργασία και διάθεση των οδοντιατρικών αποβλήτων των φορέων παροχής πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης.

Τέλος, ο τέταρτος άξονας περιλαμβάνει την Έρευνα και την εκπαίδευση, δηλαδή δημιουργία δικτυακού τόπου για την παροχή επικαιροποιημένης επιστημονικής γνώσης στους οδοντιάτρους για την επιστημονική τεκμηρίωση των παρεμβάσεων και των πράξεων που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της προαγωγής και προστασίας της στοματικής υγείας. Ανάπτυξη υποδομών για την παροχή δια βίου εκπαίδευσης στους οδοντιάτρους, καθώς ανάπτυξη δομών για την εξοικείωση των οδοντιάτρων με τις Τεχνολογίες Πληροφορικής, Επικοινωνιών, ώστε οι οδοντίατροι να αναπτύξουν την ικανότητα να έρχονται σε επαφή και να ενσωματώνουν στην κλινική πράξη τις νέες επιστημονικές γνώσεις αυξάνοντας την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά τους.

Βέβαια η υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Στοματική Υγεία συντονίζεται και παρακολουθείται από την Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας. Η Επιτροπή για την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα πρέπει να συνεργάζεται άμεσα με το Τμήμα Στοματικής Υγείας της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής, τη Διεύθυνση Πρόληψης της Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τους εκάστοτε συνεργαζόμενους φορείς. (PERIOPERATIVE NURSING (2016), VOLUME 5, ISSUE 3 ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΔΡΑΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ Κουρέα –Κρεμαστινού Τ., Ρούκας ΚΙ, Diener Ed, et al σελ177,179-185)

6. ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ / ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ / ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ / ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ / ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

1) ΤΕΡΗΔΟΝΑ

Η τερηδόνα είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια, που προκαλείται από την αλληλεπίδραση μεταξύ της επιφάνειας των οδόντων, του βακτηριακού βιοφίλμ (οδοντική πλάκα) και της παρουσίας σακχάρων από τα τρόφιμα. Τα βακτηριακά βιοφίλμ μεταβολίζουν τα σάκχαρα και παράγουν οξέα, τα οποία με την πάροδο του χρόνου διασπούν το σμάλτο των οδόντων. Η αποσύνθεση συνήθως ξεκινάει από τις αύλακες των οδόντων ή στα σημεία επαφής μεταξύ τους. Στα αρχικά στάδια της, η ασθένεια μπορεί να θεραπευτεί, αλλά στα μεταγενέστερα στάδια σχηματίζεται μια κοιλότητα. Στη συνέχεια, Εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, η τερηδόνα μπορεί να οδηγήσει σε εκτεταμένη καταστροφή του οδόντος, του πόνου και της λοίμωξης. Το τελευταίο μπορεί να οδηγήσει σε σχηματισμό αποστημάτων ή σηψαιμία. Σε αυτό το στάδιο, δύναται να γίνει απονεύρωση ή αν ο οδούς δεν δύναται να διασωθεί γίνεται εξαγωγή αυτού και αντικατάσταση με γέφυρα ή εμφύτευμα.

Οι περισσότεροι από τους παράγοντες που σχετίζονται με τη φθορά των οδόντων είναι τροποποιήσιμοι, παρέχοντας σημεία εισόδου για τα άτομα και τους επαγγελματίες της υγείας/οδοντιάτρους για να αναλάβουν δράση για την πρόληψη ή τη μείωση της σοβαρότητας της νόσου. Η μείωση των προσβολών οξέος στο σμάλτο των οδόντων μπορεί να επιτευχθεί με τη μείωση της συνολικής ποσότητας και της συχνότητας κατανάλωσης ζάχαρης. Μπορεί να ληφθεί δράση για την προστασία της επιφάνειας του οδόντος, εξασφαλίζοντας επαρκή έκθεση στο φθόριο, για παράδειγμα χρησιμοποιώντας οδοντόκρεμα φθορίου ή φθορίωση νερού. Η δράση για το μικροβιακό βιοφίλμ μπορεί να ληφθεί με την εξασφάλιση καλών πρακτικών στοματικής υγιεινής. Επιπλέον, μια σειρά από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το πού και πώς ζουν οι άνθρωποι, επηρεάζουν επίσης την ανάπτυξη της φθοράς των οδόντων. Αυτό σημαίνει ότι αν και η τερηδόνα ξεκινά στην επιφάνεια του οδόντος, το πρόβλημα δεν μπορεί να λυθεί επικεντρώνοντας μόνο στους οδόντες. Απαιτεί επίσης δράση σε κοινοτικό επίπεδο για την αντιμετώπιση των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων που αποτελούν τη βάση της νόσου.

Η κλινική της εικόνα:

- *δυσφορία ή αίσθημα πόνου στη στοματική κοιλότητα ή γύρω από αυτή.
- *δυσκολία στη μάσηση ιδιαίτερα των σκληρών τροφών.
- *ευαισθησία στα ζεστά, στα κρύα ή ακόμα και στα γλυκά τρόφιμα.
- *κακή αναπνοή
- *άσπρα, έπειτα σκοτεινά, στίγματα στα δόντια.
- *τρόφιμα παγιδευμένα συχνά ανάμεσα στους οδόντες του.



Εικόνα τερηδόνας

Στον ελληνικό πληθυσμό παρατηρείται μείωση εμφάνισης της τερηδόνας κατά την τελευταία 20ετία. Η κατανομή τερηδόνας στη χώρα εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις, όπως και η ανάγκη θεραπείας της τερηδόνας. Τα παιδιά με γονείς κατώτερου επιπέδου εκπαίδευσης, παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες ανάγκες θεραπείας. Στα παιδιά ηλικίας 15 ετών εμφανίζεται επίσης διακύμανση της γεωγραφικής κατανομής και μεγαλύτερες ανάγκες θεραπείας στους εφήβους που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές και σε όσους έχουν γονείς κατώτερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Υπάρχουν ανισότητες στην τερηδονική προσβολή και πιο ευάλωτος στην τερηδόνα είναι ο αγροτικός πληθυσμός, τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ή τα άτομα προερχόμενα από γονείς χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και οικονομικού επιπέδου.

2) ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Φυσική κατάσταση της νόσου

Η ασθένεια αρχίζει ως ουλίτιδα (χρόνια φλεγμονή των ούλων), η οποία είναι πολύ διαδεδομένη και για την πλειονότητα των ασθενών είναι εντελώς αναστρέψιμη. Μπορεί να προχωρήσει σε περιοδοντίτιδα, μια πιο σοβαρή κατάσταση που καταστρέφει τους ιστούς και τα οστά που στηρίζουν τους οδόντες. Σε περίπου 15 τοις εκατό του πληθυσμού η ασθένεια μπορεί να προχωρήσει περαιτέρω σε σοβαρή περιοδοντίτιδα που οδηγεί γρήγορα στην απώλεια των οδόντων. Η διαδικασία της νόσου εξακολουθεί να είναι ελάχιστα κατανοητή, αλλά τείνει να προχωρήσει μέσω φάσεων ταχείας, μη αναστρέψιμης καταστροφής ιστού. Μέχρι την ηλικία των 65 έως 74 ετών περίπου 30% των ανθρώπων δύναται να έχουν χάσει όλους τους οδόντες τους, με την περιοδοντική νόσο να είναι η κύρια αιτία.



Εικόνες ουλίτιδας



Η σοβαρή περιοδοντική νόσος έχει σοβαρές συνέπειες για τους πάσχοντες, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων που αφορά τη μάσηση και την ομιλία, τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη γενική ευημερία και την ποιότητα ζωής. Η ασθένεια αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό παγκόσμιο φορτίο όσον αφορά τις στοματικές νόσους με σημαντικές κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις. Τα συγκεκριμένα βακτήρια είναι η βασική αιτία της περιοδοντικής νόσου. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι η χρήση καπνού, η ανθυγιεινή διατροφή, οι γενετικοί παράγοντες, το άγχος και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Η περιοδοντική νόσος μπορεί επίσης να συσχετισθεί με συστηματικές ασθένειες όπως ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα δυσμενή αποτελέσματα της εγκυμοσύνης και οι αναπνευστικές ασθένειες. Λόγω των κοινών παραγόντων κινδύνου και της αμφίδρομης σχέσης με ορισμένες συστηματικές ασθένειες, η περιοδοντική νόσος λαμβάνει παγκόσμια προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας, τις κυβερνήσεις και τις ασφαλιστικές και φαρμακευτικές εταιρείες. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι δεν γνωρίζουν ούτε τα μέτρα για την πρόληψή της. Η εξειδικευμένη περιοδοντική φροντίδα δεν είναι γενικά διαθέσιμη. Όταν είναι, είναι ανέφικτο για πολλούς. Όπως και με την τερηδόνα, τα δεδομένα επικράτησης και σοβαρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο είναι λιγοστά.

Στα παιδιά ηλικίας 5 ετών παρατηρήθηκε ανισότητα στη γεωγραφική κατανομή εμφάνισης της ουλίτιδας. **Η παρουσία ουλίτιδας** βρέθηκε ότι επηρεάζεται από 1) την κατηγορία πληθυσμού, 2) το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων και 3) το φύλο. Στα παιδιά 12 ετών εμφανίστηκαν μεγάλες ανισότητες ως προς τη γεωγραφική κατανομή των νόσων του περιοδοντίου. Στην ηλικία των 15 ετών παρατηρήθηκαν επίσης σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες. Στην ηλικία των 35-44 ετών η κατάσταση των περιοδοντικών ιστών συγκρινόμενη με αυτή του έτους 1985 βρέθηκε στάσιμη. Στις ηλικίες 65-74 ετών παρατηρήθηκαν επίσης μεγάλες ανισότητες ως προς τη γεωγραφική κατανομή των νόσων του περιοδοντίου. **Συνοψίζοντας τα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία** για τη χώρα μας, **παρατηρούμε ότι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες εμφανίζονται μεγάλες ανισότητες ως προς τη γεωγραφική κατανομή των νόσων του περιοδοντίου. Η παρουσία περιοδοντικών νόσων φάνηκε επίσης ότι επηρεάζεται από το μορφωτικό και το οικονομικό επίπεδο.**

3) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Το βάρος της νόσου

Ο καρκίνος του στόματος είναι μια ασθένεια με υψηλή θνησιμότητα και συγκαταλέγεται μεταξύ των 10 πιο κοινών καρκίνων, ανάλογα με τη χώρα ή τον κόσμο. Εκτιμάται ότι 300.000 έως 700.000 νέες περιπτώσεις συμβαίνουν κάθε χρόνο, αλλά λείπουν αξιόπιστα

δεδομένα επιτήρησης. Η *Νότια και η Νοτιοανατολική Ασία* συγκαταλέγονται στις περιφέρειες με τα *υψηλότερα ποσοστά νέων περιπτώσεων*, αλλά η Ανατολική Ευρώπη, η Γαλλία και ορισμένες περιοχές της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής υποφέρουν επίσης από υψηλό βάρος ασθενειών. Ο καρκίνος του στόματος είναι γενικά μια **ασθένεια των μεσήλικων ανδρών**, αλλά οι γυναίκες και οι νέοι άνθρωποι επηρεάζονται όλο και περισσότερο. Η ασθένεια **τυπικά παρουσιάζεται ως έλκος που δεν επούλωνεται**. Άλλα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν **πόνο, οίδημα, αιμορραγία και δυσκολία στη μάσηση και την κατάποση**. Σε πάνω από το 70% των περιπτώσεων καρκίνων του στόματος προηγούνται προκαρκινικές αλλοιώσεις από το στόμα, όπως επίμονες λευκές ή ερυθρές κηλίδες ή πλάκες (λευκοπλακία, ερυθροπλακία). Ο καρκίνος μπορεί να περάσει απαρατήρητος κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων του, επομένως είναι συχνά προχωρημένος όταν ο ασθενής τελικά επιδιώκει τη φροντίδα. Συνεπώς, το μέσο ποσοστό επιβίωσης 5τούς επιβίωσης είναι μόνο 50%. Κοινές **θέσεις** είναι τα **χείλη**, η **γλώσσα**, η **παρειά** και το **έδαφος του στόματος**. Η θεραπεία αποτελείται συνήθως από συνδυασμό χειρουργικής αφαίρεσης, ακτινοθεραπείας ή χημειοθεραπείας.



Εικόνα στοματικού καρκίνου

Οι κύριες αιτίες του καρκίνου του στόματος είναι η **χρήση καπνού** και **οινοπνεύματος**, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 90% των καρκίνων του στόματος. Ο καπνός, συχνά με άλλες **καρκινογόνες ουσίες**, είναι μια κοινή αιτία στην Ασία, ενώ η μόλυνση από τον ανθρώπινο **ιό των θηλωμάτων (HPV)** είναι ένας αναδυόμενος παράγοντας κινδύνου, ιδιαίτερα στις χώρες υψηλού εισοδήματος. Οι επαγγελματίες υγείας/οδοντίατροι είναι σε καίρια θέση για να παρακολουθήσουν ασθενείς υψηλού κινδύνου για πρώιμα συμπτώματα καρκίνου του στόματος, αλλά συχνά χάνεται η ευκαιρία για μια απλή στοματική εξέταση. Η έγκαιρη παραπομπή σε πολυεπιστημονικά κέντρα θεραπείας αποτελεί βασικό παράγοντα για τον προσδιορισμό των αποτελεσμάτων των

ασθενών, αλλά αυτός είναι ένας προκλητικός στόχος στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπου οι απαραίτητες εγκαταστάσεις δεν είναι διαθέσιμες, ή είναι ανεπαρκείς ή μη προσβάσιμες.

Εκτιμήσεις της Υποεπιτροπής για τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, υπολογίζουν ότι κάθε χρόνο στη χώρα μας εμφανίζονται 1.200 περίπου νέα περιστατικά καρκίνου της στοματικής κοιλότητας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο Π.Ο.Υ. αναφέρει ότι ο καρκίνος του στόματος είναι ιδιαίτερα συχνός μεταξύ του ανδρικού πληθυσμού και είναι ο 8ος σε συχνότητα καρκίνος. Η επίπτωσή του στον ανδρικό πληθυσμό, είναι από 1 έως 10 περιστατικά σε 100.000 πληθυσμού (WHO 2005).

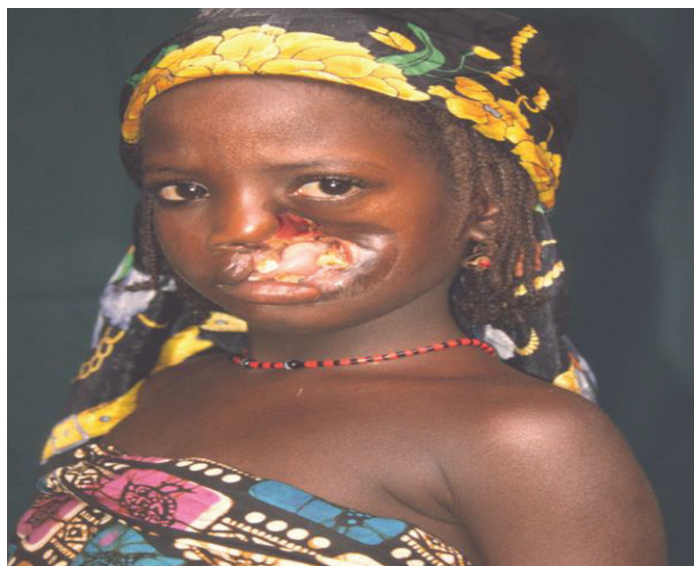
4) HIV / AIDS ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Συνολικά, εκτιμάται ότι 35 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με λοίμωξη από τον ιό HIV το 2013, πολλοί από τους οποίους επιβίωσαν χάρη στην εξαιρετικά δραστική αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART). Περισσότεροι από τους μισούς HIV-θετικούς ανθρώπους αναπτύσσουν από του στόματος συμπτώματα από την αρχή της νόσου, συμπεριλαμβανομένων μυκητιακών, βακτηριακών και ιικών λοιμώξεων, σοβαρή περιοδοντίτιδα, τριχωτή λευκοπλακία, κονδυλώματα, ξηροστομία, Σάρκωμα Kaposi και λέμφωμα. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν πόνο και δυσφορία, προκαλώντας δυσκολία στη μάσηση, κατάποση και γεύση των τροφίμων, γεγονός που έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με HIV/AIDS συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν το κοινωνικό στίγμα και τις διακρίσεις. Οι οδοντίατροι και άλλοι επαγγελματίες του τομέα της στοματικής υγειονομικής περίθαλψης έχουν την υποχρέωση να παρέχουν ηθική και δίκαιη περίθαλψη σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από την κατάσταση του HIV. Οι σχετικές με το HIV στοματικές αλλοιώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση της λοίμωξης από τον ιό HIV, για την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου, για την πρόβλεψη της ανοσολογικής κατάστασης και για την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση. Η θεραπεία και η διαχείριση των προληπτικών φαρμάκων από το στόμα μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την ευημερία.

Οι οδοντίατροι και οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας (ΩΡΛ, Γναθοχειρουργοί κλπ) μπορούν επίσης να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς με στοματικές εκδηλώσεις παραπέμπονται για έλεγχο του HIV/AIDS, έχουν την κατάλληλη ιατρική παρακολούθηση και παρακολουθούνται για συμμόρφωση με την αντιρετροϊκή θεραπεία (HAART). Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ενισχύσουν την παρακολούθηση των στοματικών αλλοιώσεων που σχετίζονται με τη λοίμωξη από τον ιό HIV, πραγματοποιώντας μια απλή, γρήγορη και ανέξοδη στοματική εξέταση ως μέρος της

φροντίδας των ασθενών. Αυτό μπορεί να είναι το πρώτο βήμα στην ανίχνευση, πρόληψη και θεραπεία αυτής της απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Εργαζόμενοι μαζί ως ομάδα, επαγγελματίες υγείας από διαφορετικό υπόβαθρο μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ανάγκες των ανθρώπων και των κοινοτήτων που ενδιαφέρονται.

5) ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ



Εικόνα γάγγραινας

Η γάγγραινα είναι μια παραμελημένη νόσος που επηρεάζει κυρίως τα παιδιά ηλικίας κάτω των έξι ετών στην υποσαχάρια Αφρική. Χαρακτηρίζεται από ταχεία πρόοδο, σοβαρή καταστροφή (γαγγραινών) των μαλακών και σκληρών ιστών του στόματος και του προσώπου. Αν και σπάνια, καταστρέφει τις ζωές των προσβεβλημένων. Εάν αφεθεί χωρίς θεραπεία, το 70 έως 90 τοις εκατό των παιδιών που έχουν προσβληθεί πεθαίνουν. Οι επιζώντες υφίστανται διαχρονική παραμόρφωση και συχνά αδυνατούν να μιλήσουν ή να τραφούν λόγω μαζικής καταστροφής ιστών. Ο όρος συνεπάγεται σημαντικό κοινωνικό στίγμα για τα θύματα και τις οικογένειές τους, αυξάνοντας τον κίνδυνο φτώχειας για το νοικοκυριό. **Η φτώχεια και ο υποσιτισμός αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου** για τη γάγγραινα. Άλλοι παράγοντες προδιάθεσης περιλαμβάνουν **κακή στοματική υγιεινή και ασθένειες** όπως **HIV, ελονοσία και ιλαρά**.

Το υψηλότερο φορτίο της νόσου εμφανίζεται στη Μπουρκίνα Φάσο, στο Μάλι, στο Νίγηρα, στη Νιγηρία, στη Σενεγάλη και στην Αιθιοπία, οι οποίες ονομάζονται συλλογικά "η ζώνη γάγγραινας του κόσμου". **Τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και η έλλειψη**

αξιόπιστης τεκμηρίωσης σημαίνουν ότι δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά δεδομένα. Εάν διαγνωστεί σε πρώιμο στάδιο, είναι δυνατή η απλή και αποτελεσματική θεραπεία. Ωστόσο, οι περιπτώσεις συχνά προωθούνται από τη στιγμή που παρουσιάζονται. Εάν επιβιώσουν, οι ασθενείς χρειάζονται δαπανηρή και σύνθετη χειρουργική επέμβαση και αυτό είναι συχνά μη διαθέσιμο. Η ενημέρωση των ομάδων πληθυσμού που διατρέχουν κίνδυνο, ιδίως των μητέρων, για τη νόσο είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη έγκαιρης ανίχνευσης και πρόληψης. Το Περιφερειακό Πρόγραμμα της NMS για τον έλεγχο της γάγγραινας, το οποίο συντονίζεται από το Περιφερειακό Γραφείο για την Αφρική, υποστηρίζει τις κυβερνήσεις για την ανάπτυξη εθνικών στρατηγικών κατά της γάγγραινας, την έναρξη παρεμβάσεων για τη δημιουργία ικανότητας και την εφαρμογή εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού. **Οι προληπτικές προσπάθειες αντιμετώπισης της ακραίας φτώχειας, του υποσιτισμού και των παιδικών νόσων πρέπει να αποτελούν πολιτικές προτεραιότητες για την εξάλειψη της γάγγραινας.** Αυτό έχει αναγνωριστεί από το Συμβούλιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών, το οποίο κάλεσε τα κράτη μέλη να προστατεύσουν καλύτερα τα ανθρώπινα δικαιώματα και το δικαίωμα στην παιδική διατροφή.

6) ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Οι συγγενείς ανωμαλίες του προσώπου και του στόματος είναι συχνές, με το λαγόχειλο και/ή την υπερωιοσχιστία (orofacial prongs - OFC) που αντιπροσωπεύουν τα δύο τρίτα του συνόλου. Οι σχιστίες **εμφανίζονται είτε μόνες τους (70%) είτε ως μέρος ενός συνδρόμου**, που επηρεάζουν περισσότερους από 12 στους 10.000 νεογνά παγκοσμίως. Για παράδειγμα, μόνο στην Ινδία υπολογίζεται ότι περίπου 100 μωρά με σχιστίες γεννιούνται καθημερινά και η πλειοψηφία αυτών των βρεφών δεν επιβιώνει. Στις ΗΠΑ ένα παιδί με σχιστία γεννιέται κάθε 75 λεπτά. Λιγότερο σοβαρές αλλά πιο διαδεδομένες γενετικά καθορισμένες καταστάσεις, όπως η κακοήθεια, εμφανίζονται σε περίπου 50 τοις εκατό του παγκόσμιου πληθυσμού. Άλλες μικρότερες συγγενείς οδοντικές ανωμαλίες, όπως η υποτονία (έλλειψη οδόντων) και τα επιπλέον δόντια, έχουν γενική συχνότητα εμφάνισης μέχρι 20% και 2-3% αντιστοίχως. Παρόλο που η **γενετική προδιάθεση είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τις συγγενείς ανωμαλίες, άλλοι τροποποιημένοι παράγοντες κινδύνου διαδραματίζουν επίσης κάποιο ρόλο.** Η κακή διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ και η παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι όλοι τεκμηριωμένοι πρόσθετοι παράγοντες κινδύνου, υπογραμμίζοντας τη σημασία της προληπτικής πολιτικής και συμβουλευτικές υπηρεσίες, ειδικά με στόχο τις μελλοντικές μητέρες.



Εικόνα συγγενούς ανωμαλίας

Η αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του στοματογναθικού συστήματος και της εμφάνισης σε ασθενείς με χειλεοπερωιοσχιστία είναι δυνατή και μπορεί να αποφύγει το κοινωνικό στίγμα, αλλά απαιτεί πρόωρες πολυκλαδικές παρεμβάσεις. Η παιδιατρική, η γναθοπροσωπική, η πλαστική χειρουργική, η λογοθεραπεία, η ορθοδοντική, η γενετική, η εξειδικευμένη νοσηλευτική και οι ψυχολογικές υπηρεσίες είναι όλες σημαντικές για την πλήρη αποκατάσταση των ασθενών με τέτοιες ανωμαλίες. Πολλές από αυτές τις υπηρεσίες δεν διατίθενται σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις οι εξειδικευμένες ΜΚΟ βοηθούν στην παροχή τουλάχιστον πρωτογενούς χειρουργικής επέμβασης. Η χειρουργική επέμβαση των στομιών προστέθηκε πρόσφατα στον κατάλογο των οικονομικά αποδοτικών βασικών υπηρεσιών χειρουργικής επέμβασης που συνιστώνται από την ΠΟΥ. Το άμεσο κόστος της φροντίδας σχισίματος στις ΗΠΑ εκτιμάται σε περίπου 200.000 δολάρια ΗΠΑ ανά ασθενή. Η συμπερίληψη του έμμεσου κόστους πιθανώς θα διπλασιάσει το οικονομικό βάρος που προσθέτει στο τεράστιο ψυχολογικό βάρος για τον ασθενή και τις οικογένειες που έχουν πληγεί.

Περίπου 500 γεννητικά νοσήματα αφορούν άμεσα ή έμμεσα τη στοματο γναθοπροσωπική περιοχή. Με βάση τα ευρωπαϊκά δεδομένα, αναμένεται εμφάνιση κάποιας μορφής συγγενούς κρανιοπροσωπικής ανωμαλίας σε ποσοστό 1%. Η εθνική υποεπιτροπή για τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, υπολογίζει ότι ειδικότερα για τις σχιστίες (χειλεοσχιστίες και/ή υπερωιοσχιστίες) η επίπτωσή τους ανέρχεται σε 1,5 ανά 1.000 γεννήσεις, δηλαδή αναμένονται 150 γεννήσεις τέτοιων νεογνών ετησίως (Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας - Υποεπιτροπή για τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα 2007). (The Oral Health Atlas, SECOND EDITION, THE CHALLENGE OF ORAL DISEASE, A Call for global action σελ 19-37 και Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία 2008 – 2012, Carlsson. G.E, Evans D.J, Hobdell, M.et al και THE CHALLENGE OF ORAL DISEASE, A CALL FOR GLOBAL ACTION, The Oral Health Atlas SECOND EDITION, σελ 39)

7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Ιπποκράτης διατύπωσε τη σοφή ρήση «κάλλιον το προλαμβάνειν ή θεραπεύειν». Όσον αφορά στην οδοντιατρική πρόληψη αυτή κυρίως αναφέρεται στα δύο μεγάλα προβλήματα του στόματος, την τερηδόνα και τις παροδοντιοπάθειες, που αποτελούν τις δυο πιο διαδεδομένες παθήσεις στο ανθρώπινο γένος. Ενώ γνωρίζουμε πάρα πολλά για την αιτιολογία και την παθογένεση τους παρόλα αυτά οι παθήσεις αυτές εμφανίζουν αυξητικές τάσεις. (ΔΗΜ. Β. ΛΑΜΠΡΟΥ, Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1987, σελ 9)

Οι αναπτυξιακοί στόχοι της Χιλιετίας (ΑΣΧ) αντιπροσωπεύουν μια άνευ προηγουμένου παγκόσμια συναίνεση σχετικά με τα μέτρα για την εξάλειψη της φτώχειας. Οι οκτώ στόχοι απευθύνονται σε:

- 1) αύξηση του εισοδήματος,
- 2) μείωση του υποσιτισμού,
- 3) επίτευξη παγκόσμιας αρχικής εκπαίδευσης,
- 4) εξάλειψη της ανισότητας των φύλων,
- 5) μείωση της θνησιμότητας και της παιδικής θνησιμότητας,
- 6) η αντιστροφή της εξάπλωσης του συνδρόμου του ιού της ανθρώπινης ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV)/έλλειψης ανοσοανεπάρκειας (AIDS), της φυματίωσης,
- 7) αντιστροφή της απώλειας φυσικών πόρων και βιοποικιλότητας, και
- 8) να βελτιώσουν την πρόσβαση σε νερό, αποχέτευση και καλή στέγη. Τα ισχυρά συστήματα υγείας θεωρούνται πλέον ως βασικά για την επίτευξη των ΑΣΧ. Αποτελεί επίσης βασική πρόκληση να βελτιωθεί η παροχή οικονομικά αποδοτικών παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη.

Η Διεθνής Οδοντιατρική Ομοσπονδία FDI (International Dental Federation) αναφέρει ότι η δέσμευση του προγράμματος για την «Οδήγηση του κόσμου στη βέλτιστη στοματική υγεία» είναι σήμερα περισσότερο χρήσιμη, ιδιαίτερα στις αναδυόμενες χώρες.

Οι στόχοι πολιτικής του FDI βασίζονται σε διάφορες δράσεις:

- 1) στην ενθάρρυνση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη
- 2) στην βελτίωση της συνολικής υγείας και
- 3) στη μείωση των ανισοτήτων με την ενθάρρυνση της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης και
- 4) στην αντιμετώπιση των κοινών παραγόντων κινδύνου.

Η εφαρμογή ενός νέου προτύπου για τη διαχείριση της τερηδόνας είναι απαραίτητη προκειμένου το επάγγελμα να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Έτσι, η Πρωτοβουλία Global Caries Initiative (FDI Global Caries Initiative - 10ετές πρόγραμμα) στοχεύει στην ανάπτυξη και ενθάρρυνση της εφαρμογής ενός νέου προτύπου για τη διαχείριση της τερηδόνας, το οποίο θα συνεισφέρει σε ένα κοινό όραμα για την υγεία. Υπάρχουν ορισμένες προκλήσεις που σχετίζονται με την στοματική υγεία.

Ολοκληρωμένη προσέγγιση

Η ενσωμάτωση της υγείας σε όλες τις πολιτικές, συνοδευόμενη από διατομεακή δράση και συνεργασία, είναι μια προσηλωμένη προσέγγιση για την ενίσχυση της λογοδοσίας σχετικά με την υγεία σε άλλους τομείς και την προώθηση της δικαιοσύνης και της ύπαρξης κοινωνιών ενσωμάτωσης και παραγωγής. Ο κύριος στόχος της παγκόσμιας στρατηγικής του ΠΟΥ για την καταπολέμηση των χρόνιων μη μεταδοτικών ασθενειών (NCD) είναι η μείωση της έκθεσης στους κύριους παράγοντες κινδύνου. Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση πρόληψης των χρόνιων ασθενειών μειώνει τους παράγοντες κινδύνου και την ενεργό συμμετοχή καθώς και τη συμμετοχή των κοινοτήτων στην αναποφασιστικότητα σχετικά με την υγεία τους και εφαρμογή συναινετικών στρατηγικών, η οποία περιλαμβάνει τη συγκέντρωση πόρων.

Η εμπειρία από χώρες με υψηλό εισοδηματικό έλεγχο που μπόρεσαν να ελέγξουν τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα δείχνει ότι οι απαντήσεις πρέπει να είναι ολοκληρωμένες και πολυτομεακές, ενσωματώνοντας τις στρατηγικές προώθησης της υγείας, της πρόληψης και αντιμετώπισης με τη συμμετοχή τόσο της κοινότητας όσο και του τομέα της υγείας. **Μια τέτοια πολύπλευρη προσέγγιση απαιτεί καλά λειτουργικά συστήματα υγείας.** Ο ΠΟΥ συνέστησε την ομάδα δράσης για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών που να ενθαρρύνει, να υποστηρίζει και να παρακολουθεί τη δράση για την υλοποίηση προσπαθειών που βασίζονται σε τεκμηριωμένες ενδείξεις για την προώθηση της παγκόσμιας, περιφερειακής και εθνικής δράσης για την πρόληψη και τον έλεγχο των χρόνιων ασθενειών. Η ολοκλήρωση της υπηρεσίας θεωρείται συχνά ως βασικό στοιχείο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπάρχουν ελπιδοφόρα, αν και περιορισμένα, αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις των στρατηγικών για την αύξηση της ενσωμάτωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. (Rationale for the prevention of oral diseases in primary health care: an international collaborative study in oral health education, Denis M. Bourgeois, Prathip Phantumvanit, Juan Carlos Llodra, et al, Faculty of Dentistry, Laboratory Health- Individual – Society (SIS, E.A. 4129), Université Claude Bernard Lyon, Lyon, France; Thammasat University, Bangkok, Thailand; FDI World Dental Federation, Geneva, Switzerland; Unilever Oral Care, London, UK. σελ 1-4

Προτάσεις για την στοματική υγεία στην δημόσια υγεία

Σε πολλές εκθέσεις, ο ΠΟΥ έχει δηλώσει τις οδηγίες και τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της στοματικής υγείας, ενώ διαφορετικά ψηφίσματα της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας και των περιφερειακών επιτροπών υπογραμμίζουν τον ρόλο της στοματικής υγείας στην υγεία και την ευημερία της κοινότητας.

Συνίσταται:

- Φθοριούχος οδοντόκρεμα,
- εκπαίδευση για την οδοντιατρική υγεία για τα παιδιά και μητέρες,
- και έπειτα εκπαίδευση για τους άλλους ενήλικες και πληθυσμούς που βρίσκονται σε κίνδυνο, μέσω μιας διαδικασίας ολοκληρωμένης προαγωγής της υγείας σε σχολικές και υγειονομικές ρυθμίσεις, από εξειδικευμένο προσωπικό
- και ένα ενεργό οδοντιατρικό επάγγελμα,

Τα παραπάνω αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο καλής στοματικής υγείας. (Rationale for the prevention of oral diseases in primary health care: an international collaborative study in oral health education, Denis M. Bourgeois, Prathip Phantumvanit, Juan Carlos Llodra, et al, Faculty of Dentistry, Laboratory Health- Individual – Society (SIS, E.A. 4129), Universit e Claude Bernard Lyon, Lyon, France; Thammasat University, Bangkok, Thailand; FDI World Dental Federation, Geneva, Switzerland; Unilever Oral Care, London, UK. Σελ 5)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η σημασία του σχολικού και εκπαιδευτικού χώρου στην προώθηση της στοματικής υγείας

Η καλή υγεία του στόματος εξαρτάται από τη χρήση των βασικών κανόνων της οδοντόβουρτσας με την οδοντόκρεμα φθορίου και τον έλεγχο των σνακ. Τα σχολεία παρέχουν τις ιδανικές καταστάσεις για την προσέγγιση παιδιών και εφήβων και, μέσω αυτών, των οικογενειών και της κοινότητας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου το 80% των παιδιών παρακολουθούν στα δημοτικά σχολεία, αν και υπάρχουν διαφορές στο σχολικό επίπεδο μεταξύ των χωρών και των φύλων. Τα σχολεία παραμένουν ένα σημαντικό περιβάλλον, προσφέροντας έναν αποδοτικό και αποτελεσματικό τρόπο προσέγγισης 1 δισεκατομμυρίου παιδιών παγκοσμίως, και μέσω αυτών, στις οικογένειες και τα μέλη της κοινότητας. Τα δημοτικά σχολεία παρέχουν μια πιθανή ρύθμιση στην οποία οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις μπορούν να στηρίξουν τα παιδιά στην ανάπτυξη ανεξάρτητων και συνήθων υγιεινών συμπεριφορών. Τα παιδιά είναι ιδιαίτερα δεκτικά κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου.

Τα σχολεία μπορούν να παρέχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την προαγωγή της στοματικής υγείας. Ωστόσο, με επαρκή κατάρτιση, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στις δραστηριότητες στοματικής υγείας. Τα σχολεία μπορούν επίσης να παρέχουν ένα σημαντικό δίκτυο και κανάλι στην τοπική κοινότητα όπως και προαγωγή της υγείας με δραστηριότητες που μπορούν να στοχεύουν στο σπίτι και σε ολόκληρη την περιοχή, την κοινότητα από το προσωπικό του σχολείου. Ομοίως, μέσω των μαθητών, μηνύματα προώθησης της υγείας μπορούν να μεταβιβαστούν σε άλλα μέλη της οικογένειας. Προσχολικά προγράμματα υγείας για την εκπαίδευση στοματικής υγείας πρέπει να δημιουργηθούν και να διατηρηθούν.

Το Ίδρυμα προληπτικών προγραμμάτων στοματικής υγείας (η οποία περιλαμβάνει κυρίως εποπτευόμενη καθημερινή οδοντόβουρτσα με τα φθοριούχα οδοντόπαστα) στο νηπιαγωγείο σε τακτική βάση έχει τη δυνατότητα να κλείσει το χάσμα της στοματικής υγείας στις πρώτες παιδικές ηλικίες μεταξύ των ευνοημένων και των μειονεκτουσών κοινοτήτων. Είναι μια εκπαιδευτική αρχή ότι στο νηπιαγωγείο τα μικρά παιδιά αναπτύσσουν τις ικανότητές τους μέσω του παιχνιδιού και της άσκησης. Προληπτικά προγράμματα στοματικής υγείας στο νηπιαγωγείο, με επίκεντρο την επιτηρούμενη οδοντόβουρτσα, είναι γενικά ένα ξεκίνημα και να γίνεται από επαγγελματίες οδοντιάτρων. Κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό των μελών στα νηπιαγωγεία μπορούν να συνεχίζουν το πρόγραμμα της κατάρτισης και της παρακολούθησης των παιδιών για αποτελεσματικό βούρτσισμα με την τακτική υποστήριξη μέσω περαιτέρω επισκέψεων από επαγγελματίες οδοντιάτρων. Συνεργάτες που μπορεί να συμμετέχουν περιλαμβάνουν επαγγελματικές ενώσεις, οδοντιατρικά, ιατρικά και συναφή επαγγέλματα και ΜΚΟ. Υπάρχουν όμως περιορισμένα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών για τα αποτελέσματά τους και τις γνώσεις των παιδιών σχετικά με την απόκτηση στοματικής υγείας. (Rationale for the prevention of oral diseases in primary health care: an international collaborative study in oral health education, Denis M. Bourgeois, Prathip Phantumvanit, Juan Carlos Llodra, et al, Faculty of Dentistry, Laboratory Health- Individual – Society (SIS, E.A. 4129), Université Claude Bernard Lyon, Lyon, France; Thammasat University, Bangkok, Thailand; FDI World Dental Federation, Geneva, Switzerland; Unilever Oral Care, London, UK. Σελ 6-7)

Σημασία των επαγγελματιών υγείας στην προαγωγή της υγείας του στόματος

Ενσωμάτωση της προαγωγής της στοματικής υγείας στην υγειονομική περίθαλψη συνιστάται ιδιαίτερα από την ΠΟΥ. Η διαχείριση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί βασικό στοιχείο αποτελεσματικής διαχείρισης και απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων του συστήματος υγείας που είναι η βελτίωση της υγείας, η

ανταπόκριση στις νόμιμες προσδοκίες του πληθυσμού και η δικαιοσύνη της συνεισφοράς. Πολιτικές και πρακτικές για την εξέταση για στοματικές ασθένειες έχουν σοβαρές συνέπειες για τα άτομα, τα συστήματα υγείας και την κοινωνία ως σύνολο. Έγκαιρη αναγνώριση των παιδιών με ασυμπτωματική και μακροχρόνια, λανθάνουσα στοματική ασθένεια είναι σημαντική στην αρχική ρύθμιση της στοματικής φροντίδας και αποτελεί βασικό συστατικό του προγράμματος της στοματικής υγείας. Σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων έχουν αδιάγνωστη τερηδόνα. Η διαλογή τους με τη χρήση ιατρικής στοματικής εξέτασης σε συνδυασμό με επαρκή παρακολούθηση και η προαγωγή της στοματικής υγείας μπορεί να επιτύχει σημαντικές μειώσεις σε νοσηρότητα, ειδικά σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή μεμονωμένα παιδιά. Ανάλογα με την οργάνωση του εκπαιδευτικού συστήματος και του συστήματος φροντίδας σε κάθε χώρα, τα προγράμματα παρακολούθησης μπορεί να πραγματοποιηθούν στα σχολεία.

Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας να στηριχθεί η προώθηση της στοματικής υγείας στο σχολείο ή σε άλλες κοινότητες με προγράμματα που επικεντρώνονται σε πρώιμα σημεία και συμπτώματα των στοματικών ασθενειών. Τέλος, είναι απαραίτητο να επικεντρωθούμε στην αξιολόγηση της σοβαρότητας της τερηδόνας καθώς στην αξιολόγηση της τερηδόνας που δεν έχει θεραπευτεί σε παιδιά και συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ώστε να αποδώσουν στο μέγιστο τα οργανωμένα προγράμματα υγείας στο πλαίσιο των πολιτικών που αποσκοπούν στη μείωση των ανισοτήτων. (Rationale for the prevention of oral diseases in primary health care: an international collaborative study in oral health education, Denis M. Bourgeois, Prathip Phantumvanit, Juan Carlos Llodra, et al, Faculty of Dentistry, Laboratory Health- Individual – Society (SIS, E.A. 4129), Université Claude Bernard Lyon, Lyon, France; Thammasat University, Bangkok, Thailand; FDI World Dental Federation, Geneva, Switzerland; Unilever Oral Care, London, UK. Σελ 7)

Η σημασία των μητέρων για την προαγωγή/πρόληψη της στοματικής υγείας

Οι ασθένειες του στόματος είναι, χωρίς αμφιβολία, σχετικές με τη συμπεριφορά. Παρόλο που η γνώση της στοματικής υγείας δεν σχετίζονται απαραίτητα με την καλύτερη συμπεριφορά στην υγεία, θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση. Άνθρωποι που είναι εξοικειωμένοι με αυτή τη γνώση αισθάνονται ότι ο προσωπικός έλεγχος της στοματικής υγείας τους είναι πιθανότερο να υιοθετηθεί μέσω πρακτικών αυτοεξυπηρέτησης. Στοματική εκπαίδευση για την υγεία που παρέχονται σε μητέρες από το γενικό προσωπικό υγείας είναι πολύτιμη εργαλείο για την πρόληψη της τερηδόνας σε βρέφη και μικρά παιδιά. Οι γονείς αποτελούν σημαντικά πρότυπα ρόλων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση του

παιδιού στην ανάπτυξη και επηρεάζουν τον τρόπο ζωής τους. Οι γονείς είναι υπεύθυνοι για την προσφορά συσκευασμένων γευμάτων σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, και για τις οδοντόβουρτσες των παιδιών τους. Σε πολλές χώρες, ένας σημαντικός αριθμός παιδιών έχει περιορισμένη γνώση των αιτιών και της πρόληψης των πιο κοινών ασθενειών του στόματος. Παρομοίως, η γνώση της μητέρας για τη στοματική υγεία είναι γενικά φτωχή και οι στοματικές διδασκαλίες των εκπαιδευτικών ως προς τη γνώση της στοματικής υγείας είναι καλύτερη από αυτή των μητέρων, όμως παραμένει μη ικανοποιητική. Τα παιδιά είναι πιθανό να επηρεαστούν σε μεγάλο βαθμό από τους συμπεριφορά των γονέων.

Ενημέρωση των μητέρων για το όφελος της προώθησης κατάλληλων συμπεριφορών στοματικής υγείας μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την εμπιστοσύνη τους στη διαχείριση της στοματικής υγείας των παιδιών. Το κλειδί για την προαγωγή της στοματικής υγείας και την πρόληψη των ασθενειών βασίζεται σε μια εκ των προτέρων καθοδήγηση και εκπαίδευση του γονέα, έγκαιρη ανίχνευση και έγκαιρη παραπομπή για κατάλληλη παρέμβαση. Οι γνώσεις των γυναικών σχετικά με τη διατροφή, την πρόληψη την τερηδόνα και τις περιοδοντικές νόσους είναι κρίσιμες για την υγεία της και εκείνη για την υγεία του βρέφους της. Οι μητέρες είναι τα καλύτερα μέσα ενημέρωσης μέσα στην οικογένεια και μέσα στην κοινότητα. Ενημέρωση των μητέρων για τη νόσο, τους κινδύνους και τις κατάλληλες συμπεριφορές που προάγουν την υγεία μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ικανότητά τους να αποτρέπουν κακή στοματική υγεία στα παιδιά τους.

Τα φθοριούχα ως το κύριο συστατικό των προγραμμάτων της προαγωγής της στοματικής υγείας

Η καλή στοματική υγιεινή έχει αποδεδειγμένη αξία στην πρόληψη της περιοδοντικής νόσου και της οδοντικής τερηδόνας. Η επιστημονική κοινότητα επιμένει στη σημασία που έχει η χρήση της οδοντόβουρτσας με φθοριωμένες οδοντόκρεμες σε καθημερινή βάση για την πρόληψη της οδοντικής τερηδόνας. Υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία για το αποτέλεσμα μεταξύ της καθημερινής χρήσης της φθοριωμένης οδοντόκρεμας και της πρόληψης της οδοντικής τερηδόνας. Η απόφαση για τα επίπεδα φθορίου που πρέπει να χρησιμοποιούνται για τα παιδιά κάτω των έξι ετών θα πρέπει να είναι ισορροπημένη με τον κίνδυνο της φθορίωσης. Χρησιμοποιώντας ένα φθοριούχο συμπλήρωμα με υψηλή συγκέντρωση φθορίου σε παιδιά κάτω από ηλικίας έξι ετών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο φθορίωσης. Ως εκ τούτου, η παροχή οδοντόπαστας φθορίου θεωρείται ως μια αποτελεσματική κοινοτική στρατηγική για την πρόληψη της φθοράς των οδόντων στα μόνιμα δόντια των παιδιών και στους νέους ενήλικες. Τέτοιες στρατηγικές αφορούν κυρίως ομάδες υψηλού κινδύνου που είναι κοινωνικά και οικονομικά σε μειονεκτική θέση. Τα

τοπικά φθοριούχα, με τη μορφή οδοντόκρεμας είναι τα προληπτικά μέτρα. (Rationale for the prevention of oral diseases in primary health care: an international collaborative study in oral health education, Denis M. Bourgeois, Prathip Phantumvanit, Juan Carlos Llodra, et al, Faculty of Dentistry, Laboratory Health- Individual – Society (SIS, E.A. 4129), Université Claude Bernard Lyon, Lyon, France; Thammasat University, Bangkok, Thailand; FDI World Dental Federation, Geneva, Switzerland; Unilever Oral Care, London, UK. Σελ 7-9)

8. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η στοματική υγειονομική περίθαλψη κατά την εγκυμοσύνη αποφεύγεται συχνά. Ορισμένες προγεννητικές στοματικές καταστάσεις μπορεί να έχουν δυσμενείς συνέπειες για το παιδί. Η περιοδοντίτιδα σχετίζεται με τον πρόωρο τοκετό και το χαμηλό βάρος γέννησης, και τα υψηλά επίπεδα καρδιογενών βακτηρίων στις μητέρες μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένη τερηδόνα στο βρέφος. Άλλες στοματικές βλάβες, όπως ουλίτιδα και όγκοι εγκυμοσύνης, είναι καλοήθεις και απαιτούν μόνο διαβεβαίωση και παρακολούθηση. Κάθε έγκυος γυναίκα πρέπει να ελέγχεται για στοματικούς κινδύνους, να λαμβάνει συμβουλές για σωστή στοματική υγιεινή και να υποβάλλεται σε οδοντιατρική περίθαλψη όταν είναι απαραίτητο. Οι οδοντικές διαδικασίες όπως η διαγνωστική ακτινογραφία, η περιοδοντική θεραπεία, οι αποκαταστάσεις και οι απονευρώσεις είναι ασφαλείς και εκτελούνται καλύτερα κατά το δεύτερο τρίμηνο. Η σωστή στοματική υγιεινή σε συνδυασμό με την ξυλιτόλη και τη χλωρεξιδίνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως ανοσοενισχυτική θεραπεία για μητέρες υψηλού κινδύνου κατά την πρώιμη μετά τον τοκετό περίοδο για τη μείωση της μετάδοσης των καρδιογενών βακτηρίων στα βρέφη τους. Η κατάλληλη οδοντιατρική φροντίδα και πρόληψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να μειώσει τα κακά προγεννητικά αποτελέσματα και να μειώσει την τερηδόνα. (Am Fam Physician. 2008; 77 (8): 1139-1144. Πνευματικά δικαιώματα © 2008 American Academy of Family Physicians.)

Μόνο το 22 έως 34% των γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες συμβουλευονται έναν οδοντίατρο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ακόμη και όταν εμφανίζεται ένα στοματικό πρόβλημα, μόνο το ήμισυ των εγκύων γυναικών το αντιμετωπίζει. Η Νέα Υόρκη έγινε πρόσφατα η πρώτη πολιτεία που δημιούργησε ένα έγγραφο συναίνεσης προγεννητικής στοματικής υγείας που βασίζεται σε τεκμήρια. Τα εμπόδια στην οδοντιατρική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν ανεπαρκή οδοντιατρική ασφάλιση, επίμονους μύθους σχετικά με τις επιπτώσεις της οδοντιατρικής υγείας στην εγκυμοσύνη και ανησυχίες για την ασφάλεια του εμβρύου κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας.

Ασθενείς, γιατροί και οδοντίατροι είναι προσεκτικοί, συχνά αποφεύγοντας τη θεραπεία προβλημάτων στοματικής υγείας κατά την εγκυμοσύνη. Παρ' όλα αυτά, η εγκυμοσύνη είναι μια εποχή που οι γυναίκες μπορεί να έχουν περισσότερα κίνητρα για να κάνουν υγιείς αλλαγές. Οι γιατροί μπορούν να αντιμετωπίσουν μητρικά στοματικά προβλήματα, μειώνοντας δυνητικά τον κίνδυνο πρόωρης γέννησης και τερηδόνας στην παιδική ηλικία μέσω της πρόληψης από του στόματος, της διάγνωσης, της έγκαιρης διαχείρισης και της οδοντικής παραπομπής.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η στοματική κοιλότητα εκτίθεται συχνότερα στο γαστρικό οξύ που μπορεί να διαβρώσει την οδοντική ουσία. Η γαστροοισοφαγική

παλινδρόμηση είναι μια κοινή αιτία πρωινής αδιαθεσίας στις αρχές της εγκυμοσύνης. Αργότερα, ένας χαλαρός οισοφαγικός σφιγκτήρας και η ανοδική πίεση από τη μήτρα μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν την παλινδρόμηση οξέος. Οι ασθενείς με υπερέμεση κύηση μπορεί να έχουν διαβρώσεις σμάλτου. Οι στρατηγικές διαχείρισης στοχεύουν στη μείωση της έκθεσης σε οξέα από το στόμα μέσω αλλαγών στη διατροφή και στον τρόπο ζωής, συν τη χρήση αντιεμετικών, αντιόξινων ή και των δύο. Ξεπλένοντας το στόμα με ένα κουταλάκι του γλυκού σόδα μαγειρέματος σε ένα φλιτζάνι νερό μετά από εμετό μπορεί να εξουδετερώσει το οξύ. Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται σωστή στοματική υγιεινή. (The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney, A George,* M Johnson,† A Blinkhorn, et al, Australian Dental Journal 2013; 58: 26–33 και ORAL HEALTH IN PREGNACY HUGH SILK, MD, ALAN B. DOUGLASS, MD, LAURA SILK, MD et al)

ΟΔΟΝΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΤΕΡΗΔΟΝΑ

Το ένα τέταρτο των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας έχουν οδοντική τερηδόνα, μια ασθένεια στην οποία οι διαιτητικοί υδατάνθρακες ζυμώνονται από στοματικά βακτήρια σε οξύ που απομεταλλώνει το σμάλτο.

Οι έγκυες γυναίκες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο φθοράς των οδόντων για διάφορους λόγους, όπως αυξημένη οξύτητα στη στοματική κοιλότητα, επιθυμητές διατροφικές επιθυμίες και περιορισμένη προσοχή στην υγεία του στόματος. Η πρώιμη τερηδόνα εμφανίζεται ως λευκές, απιονισμένες περιοχές που αργότερα διαλύονται σε καφετί κοιλότητες. Η τερηδόνα που δεν έχει υποβληθεί σε θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε απόστημα στο στόμα και κυτταρίτιδα του προσώπου. Τα παιδιά μητέρων που έχουν υψηλά επίπεδα τερηδόνας είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν τερηδόνα. Οι έγκυοι ασθενείς θα πρέπει να μειώσουν τον κίνδυνο τερηδόνας βουρτσίζοντας δύο φορές την ημέρα με οδοντόκρεμα με φθόριο και περιορίζοντας τα ζαχαρούχα τρόφιμα. Οι ασθενείς με τερηδόνα που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία και σχετικές επιπλοκές πρέπει να παραπεμφθούν σε οδοντίατρο για οριστική θεραπεία.

ΕΠΟΥΛΙΔΑ ΚΥΗΣΕΩΣ

Η επουλίδα κυήσεως εμφανίζεται σε έως και 5 τοις εκατό των κυήσεων και δεν διακρίνεται από το πυογενές κοκκίωμα. Αυτή η αγγειακή βλάβη προκαλείται από αυξημένη προγεστερόνη σε συνδυασμό με τοπικά ερεθιστικά και βακτήρια. Οι βλάβες είναι συνήθως ερυθρηματώδεις, λείες και εκφυλισμένες. Βρίσκονται κυρίως στο ούλα. Η γλώσσα, ο

ουρανίσκος ή ο στοματικός βλεννογόνος μπορεί επίσης να εμπλέκονται. Η επουλίδα κυήσεως είναι πιο συνηθισμένη μετά το πρώτο τρίμηνο, αναπτύσσεται γρήγορα και συνήθως υποχωρεί μετά τον τοκετό. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως συντηρητική εκτός εάν η επουλίδα αιμορραγεί και απαιτεί χειρουργική αφαίρεση κατά τη διάρκεια της κυήσεως ή αν δεν υποχωρήσει μετά τον τοκετό.

ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΔΟΝΤΩΝ

Τα δόντια μπορούν να παρουσιάσουν κινητικότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λόγω των αυξημένων επιπέδων προγεστερόνης και οιστρογόνου που επηρεάζουν το περιοδόντιο (δηλ. τους συνδέσμους και τα οστά που υποστηρίζουν τα δόντια).

ΟΥΛΙΤΙΔΑ

Η ουλίτιδα είναι η πιο κοινή στοματική νόσος κατά την εγκυμοσύνη, με επιπολασμό 60 έως 75 τοις εκατό. Περίπου οι μισές γυναίκες με προϋπάρχουσα ουλίτιδα έχουν σημαντική επιδείνωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η ουλίτιδα είναι φλεγμονή του επιφανειακού ιστού των ούλων. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η ουλίτιδα επιδεινώνεται από διακυμάνσεις στα επίπεδα οιστρογόνων και προγεστερόνης σε συνδυασμό με αλλαγές στη στοματική χλωρίδα και μειωμένη ανοσοαπόκριση. Συνιστώνται αυστηρά μέτρα στοματικής υγιεινής, όπως βούρτσισμα και νήμα των δοντιών. Οι ασθενείς με σοβαρή ουλίτιδα μπορεί να απαιτούν θεραπεία και πρέπει να χρησιμοποιούν στοματοπλύματα όπως χλωρεξιδίνη. (Oral Health During Pregnancy HUGH SILK, MD, ALAN B. DOUGLASS, MD, JOANNA M. Downloaded from the American Family Physician Web site at www.aafp.org/afp. Copyright © 2008)



Εικόνα Ουλίτιδας

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ

Η περιοδοντίτιδα είναι μια καταστροφική φλεγμονή του περιοδοντίου που επηρεάζει περίπου το 30 τοις εκατό των γυναικών σε αναπαραγωγική ηλικία. Η διαδικασία περιλαμβάνει βακτηριακή διήθηση του περιοδοντίου. Μια πρόσφατη αυστραλιανή μελέτη διαπίστωσε ότι οι γυναίκες με προγεννητική απώλεια λόγω ακραίας ωριμότητας είχαν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν περιοδοντική νόσο, σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν το βρέφος. **Το συμπέρασμα** αυτής της μελέτης παρείχε πολύτιμες πληροφορίες για την στοματική υγεία των εγκύων γυναικών στο νοτιοδυτικό Σίδνεϊ. Ο επιπολασμός της κακής στοματικής υγείας ήταν σημαντικός με περισσότερες από τις μισές γυναίκες που είχαν κακή στοματική υγεία και την πλειονότητα αυτών να μη συμβουλευόταν έναν οδοντίατρο για τα προβλήματά τους. Αν και το δείγμα της μελέτης αντιπροσωπεύει ως επί το πλείστον έναν κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούμενο πληθυσμό που μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικός όλων των εγκύων γυναικών στη χώρα, **τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι η κακή στοματική υγεία της μητέρας είναι ένα σημαντικό ζήτημα στην Αυστραλία με τις περισσότερες έγκυες γυναίκες να μην αναζητούν θεραπεία για τα οδοντικά τους προβλήματα.**

Η περιοδοντίτιδα έχει συσχετιστεί με αρκετά κακά αποτελέσματα εγκυμοσύνης, αν και ο μηχανισμός με τον οποίο συμβαίνει αυτό παραμένει ασαφής και υπάρχει αντιπαράθεση.

ΚΑΚΟΣΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΕΓΚΥΕΣ

Αρκετά συχνά, η έγκυος παρουσιάζει μια δύσοσμη απόπνοια, δυσάρεστη για την ίδια και το περιβάλλον της. Η κατάσταση αυτή δεν αποτελεί αυθύπαρκτη νόσο ή ανωμαλία αλλά είναι ένα σύμπτωμα πολλών και ποικίλων διαταραχών της υγείας, η εστία των οποίων μπορεί να είναι εντοπισμένη μέσα στο στόμα, κοντά σ' αυτό ή και μακριά από αυτό (γαστρεντερικό σύστημα).

Πάντως, το μεγαλύτερο ποσοστό των αιτίων της δύσοσμης απόπνοιας είναι εντοπισμένο στους οδόντες, το περιοδόντιο και το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας. Μετά τη διάγνωση του αιτίου, ο οδοντίατρος θα προχωρήσει στην απαιτούμενη αγωγή για τη ριζική καταπολέμησή του, που αυτομάτως θα επιφέρει και την εξάλειψη του συμπτώματος της κακοσμίας (Χατζόπουλος Π. 1988).

ΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ

Μια άλλη κατάσταση που είναι δυνατό να παρουσιαστεί στη στοματική κοιλότητα της εγκύου είναι η μυκητιασική στοματίτιδα. Η πάθηση οφείλεται στο μύκητα *Candida Albicans*, ο οποίος υπάρχει φυσιολογικά στη μικροβιακή χλωρίδα του στόματος, χωρίς να προκαλεί ενοχλήματα.

Κάτω, όμως από τις ενδοκρινολογικές μεταβολές που παρουσιάζονται κατά την εγκυμοσύνη, ο μύκητας μπορεί να γίνει παθογόνος και να προκαλέσει στοματίτιδα. Η μυκητίαση γίνεται αντιληπτή υπό τη μορφή μικρών λευκών κηλίδων, οι οποίες είναι ανώδυνες και σιγά-σιγά σχηματίζουν λευκές πλάκες. Αν προσπαθήσει κανείς να τις ξεκολλήσει από το βλεννογόνο αιμορραγούν. Η πιο συνηθισμένη εντόπιση της βλάβης είναι στη γλώσσα, στις ουλοπαρειακές αύλακες (εκεί που τελειώνουν τα ούλα και αρχίζει το μάγουλο) αλλά μπορεί να βρεθούν σε ολόκληρο το στόμα. Στις εγκύους εκδηλώνεται συνήθως η οξεία ψευδομεμβρανώδης μορφή της νόσου με τις λευκές πλάκες που περιγράφηκαν.

Η θεραπεία της νόσου γίνεται με αντιμυκητιασικά φάρμακα είτε τοπικά (εναιώρημα, gel, τροχίσκοι) είτε συστηματικά (κάψουλες, σιρόπι). Για την πρόληψη της νόσου είναι σημαντική η πολύ καλή στοματική υγιεινή και η καταπολέμηση τυχόν τοπικών ή συστηματικών παραγόντων που προδιαθέτουν για τη νόσο (Καλημέρα Ε.2007).

ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΔΟΝΤΙΩΝ

Συχνά παρατηρούνται στα δόντια των εγκύων διαβρώσεις της αδαμαντίνης ή και τερηδονισμός των δοντιών. Αυτό δεν οφείλεται, όπως εικάζετο στο παρελθόν, από τη μείωση του ασβεστίου στο αίμα, αλλά στην αλλαγή στην ποιότητα και ποσότητα των γευμάτων, την πλημμελή ενίοτε φροντίδα των δοντιών και στην επίδραση του όξινου γαστρικού υγρού στα δόντια λόγω των συχνών εμετών. Σε κάθε περίπτωση, η έγκυος είναι εκτεθειμένη σε παθήσεις που αφορούν τόσο τα δόντια όσο και το βλεννογόνο και τα υπόλοιπα όργανα της στοματικής κοιλότητας. Οι παθήσεις αυτές, αν και στην πλειοψηφία τους είναι εξαιρετικά καλοήθειες και έχουν καλή πρόγνωση, δεν παύουν να είναι δυσάρεστες. Καθοριστικής σημασίας είναι η πρόγνωση, η επιμελής υγιεινή του στόματος και βεβαίως και η τακτική παρακολούθηση και συνεργασία τόσο με τον οδοντίατρο όσο και με τις άλλες ειδικότητες που ασχολούνται με τη στοματική κοιλότητα (Καλημέρα Ε. 2007).

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ιδανικά, οι οδοντικές επεμβάσεις πρέπει να προγραμματίζονται κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης όταν ολοκληρωθεί η οργανογένεση. Η επείγουσα οδοντιατρική φροντίδα μπορεί να πραγματοποιηθεί σε οποιαδήποτε ηλικία κύησης. Η αναβολή της οδοντιατρικής φροντίδας έως και μετά τον τοκετό μπορεί να είναι προβληματική, επειδή οι νέες μητέρες επικεντρώνονται στη φροντίδα του νεογέννητου τους και μπορεί να έχουν οδοντιατρική ασφάλιση μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. (Oral Health During Pregnancy HUGH SILK, MD, ALAN B. DOUGLASS, MD, JOANNA M. Downloaded from the American Family Physician Web site at www.aafp.org/afp. Copyright © 2008 και Ιατράκης Γ. 2004)

9. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Ως αποτέλεσμα της μειωμένης γονιμότητας και της αυξημένης διάρκειας ζωής, οι πληθυσμοί των περισσότερων χωρών γερνούν ταχέως. Μέχρι το έτος 2050 αναμένεται η αύξηση στον πληθυσμό ηλικίας 60 ετών και άνω να αντιπροσωπεύει περίπου το ήμισυ της συνολικής αύξησης του παγκόσμιου πληθυσμού (Ηνωμένα Έθνη, 2007). Το ποσοστό των ηλικιωμένων στις ανεπτυγμένες χώρες είναι σήμερα πολύ υψηλότερο από ό,τι στο αναπτυσσόμενες χώρες. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ζει σε αναπτυσσόμενες χώρες (Ηνωμένα Έθνη, 2007). Σε όλο τον κόσμο η πιο ταχέως αναπτυσσόμενη ηλικιακή ομάδα αποτελείται από άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω. Αν και αυτή η ηλικιακή ομάδα αντιπροσωπεύει τώρα λιγότερο από 2% του συνολικού παγκόσμιου πληθυσμού, ο αριθμός των πολύ ηλικιωμένων αναμένεται να υπερδιπλασιαστεί το επόμενο τέσσερις δεκαετίες από λιγότερο από 90 εκατομμύρια το 2005 σε σχεδόν 400 εκατομμύρια το 2050 (Ηνωμένα Έθνη, 2007).

Αυτή η δημογραφική μετάβαση αποτελεί σημαντική πρόκληση για τις υγειονομικές αρχές παγκοσμίως, ιδιαίτερα γιατί τα πρότυπα της νόσου θα αλλάξουν ταυτόχρονα. Ο ΠΟΥ στην Έκθεση Υγείας του 2002 ανέλυσε το παγκόσμιο βάρος της ασθένειας και τους κύριους κινδύνους ασθένειας, αναπηρίας και θανάτου. Ο επιπολασμός *μη μεταδοτικών χρόνιων παθήσεων (NCD)* όπως *ο καρδιαγγειακές παθήσεις, *η χρόνια αναπνευστική νόσος, *ο καρκίνος και *ο διαβήτης, αυξάνεται δραματικά με την ηλικία, η οποία εν μέρει εξηγεί γιατί αυτές οι ασθένειες γίνονται ταχέως οι κύριες αιτίες αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως.

Με την ηλικία, ο κίνδυνος απώλειας υγιών χρόνων ζωής επιδεινώνεται λόγω της χαμηλής ατομικής αντίστασης, της κακής διατροφικής κατάστασης, της χρόνιας νόσου και των δυσμενών κοινωνικοπεριβαλλοντικών συνθηκών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2002). Παρόλο που οι περισσότεροι άνθρωποι τώρα αναυπομονούν να ζήσουν περισσότερο, αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης τουλάχιστον μίας χρόνιας νόσου με την ηλικία. Αυτό αντικατοπτρίζει το συσσωρευτικό αποτέλεσμα μιας δια βίου ζωής έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου και δεν σχετίζεται με καθαυτή ηλικιακή χρονολογική σειρά (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2002). Μια ομάδα τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου είναι συχνή σε πολλές χρόνιες ασθένειες όπως και οι τραυματισμοί, συμπεριλαμβανομένης της στοματικής νόσου. Αυτοί οι κοινοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την ανθυγιεινή διατροφή, τη χρήση καπνού, τις βλαβερές συνέπειες από τη χρήση αλκοόλ αλλά και από το άγχος (Petersen, 2003).

Οι υγειονομικές αρχές παγκοσμίως αντιμετωπίζουν τώρα ένα αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της βαρύτητας της στοματικής νόσου μεταξύ των ηλικιωμένων. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η κακή στοματική υγεία μεταξύ

των ηλικιωμένων έχει απεικονιστεί ιδιαίτερα στο υψηλό επίπεδα απώλειας δοντιών, ως τερηδόνα, ως περιοδοντική νόσος, ως ξηροστομία και ως καρκίνο του στόματος. Η κακή στοματική υγεία των ηλικιωμένων έχει αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή τους που είναι *η μειωμένη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος (μάσηση), *η περιορισμένη επιλογή φαγητού, *η απώλεια βάρους, *η μειωμένη επικοινωνία, *η χαμηλή αυτοεκτίμηση και *η μη ευημερία. Μια συστηματική ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας (Kandelman et al., 2008) πραγματοποιήθηκε πρόσφατα για να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος της στοματικής νόσου για τη γενική υγεία των ηλικιωμένων. Ισχυρός συσχετισμός υπήρξε μεταξύ περιοδοντικής νόσου και διαβήτη και της απώλειας δοντιών με την κακή διατροφή. Προφανώς, τέτοιες συνθήκες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Το προσδόκιμο παράτασης ζωής χωρίς βελτιωμένη ποιότητα ζωής έχει άμεσες επιπτώσεις στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και γίνεται βασικό ζήτημα της δημόσιας υγείας στις πιο ανεπτυγμένες χώρες. Θα είναι επίσης μείζονος σημασίας για τις αναπτυσσόμενες χώρες και χώρες με υψηλή πυκνότητα πληθυσμού και με αναδυόμενες οικονομίες, όπως η Κίνα και η Ινδία.

Η στοματική υγεία για τους ηλικιωμένους είναι ένας τομέας προτεραιότητας δράσης στο παγκόσμιο πρόγραμμα στοματικής υγείας του ΠΟΥ. Η πρωτοβάθμια στοματική υγειονομική περίθαλψη φιλική προς την ηλικία, η πρόληψη ασθενειών και η προαγωγή της στοματικής υγείας απασχολεί σοβαρά τον ΠΟΥ. Το 2007, ο ΠΟΥ ξεκίνησε μια παγκόσμια έρευνα για να τονίσει τις ανάγκες για τη βελτίωση της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων. Οι στόχοι είχαν ως εξής:

1. Να παρέχει ανάλυση της κατάστασης της στοματικής υγείας και χρήση υπηρεσιών στοματικής υγείας σε ηλικιωμένους άνθρωποι σε όλο τον κόσμο.
2. Να διερευνήσει τι είδους υπηρεσίες στοματικής υγείας και προγράμματα είναι διαθέσιμα για ηλικιωμένους στις αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες.
3. Να εντοπίσουν σημαντικά εμπόδια στη δημιουργία υπηρεσιών στοματικής υγείας για ηλικιωμένους, στην πρόληψη ασθενειών και προγράμματα προώθησης της στοματικής υγείας για να διερευνήσει βασικούς παράγοντες διευκόλυνσης που σχετίζονται με την οργάνωση προγραμμάτων στοματικής υγείας ή τροποποίηση υπαρχόντων προγραμμάτων για ηλικιωμένους.

Η τερηδόνα και η περιοδοντική νόσος είναι οι κύριες αιτίες απώλειας δοντιών που αποτελεί σημαντικό συστατικό του παγκόσμιου βάρους της στοματικής νόσου.

Η απώλεια δοντιών χωρίς αντικατάσταση με προσθετική εργασία (κινητή ή ακίνητη ή εμφυτεύματα) συνεπάγεται σοβαρή απώλεια της στοματικής λειτουργίας. Η στοματική αναπηρία φαίνεται να επικρατεί στις αναπτυσσόμενες χώρες της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Η κατάσταση αντικατοπτρίζει ανεπαρκή οδοντιατρική περίθαλψη

και περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες στοματικής υγείας. Αναφορές χωρών δείχνουν ότι το ποσοστό των χρηστών οδοντοστοιχίας με στοματίτιδα και τραυματικό έλκος είναι υψηλό, κυμαινόμενο έως και 45%. Αυτές οι συνθήκες επιδεινώνονται από την κακή διατροφή και τους ανθυγιεινούς τρόπους ζωής όπως κακή στοματική υγιεινή, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, και χρήση καπνού.

Εμπειρία από προβλήματα στοματικής υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2006) ενσωματώνει επίσης πληροφορίες για τα προβλήματα υγείας και την ικανότητα - συμπεριλαμβανομένης της ανταπόκρισης- των εθνικών συστημάτων υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ένα μοτίβο της κοινωνικής ανισότητας στηρίζεται στην εμπειρία των στοματικών/οδοντικών προβλημάτων των ηλικιωμένων. Σε χώρες με χαμηλά επίπεδα εισοδήματος, περίπου το 40% των 65-74 ετών έχουν προβλήματα στοματικής υγείας. Η αντίστοιχη τιμή για χώρες υψηλού εισοδήματος είναι περίπου 30%, το οποίο είναι αξιοσημείωτο με βάση τη διαθεσιμότητα στοματικών υπηρεσιών υγείας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση από μόνη της δείχνει μια σημαντική ανάγκη για την προώθηση της στοματικής υγείας ή προγράμματα θεραπείας για ηλικιωμένους. Σύμφωνα με έρευνα, λίγες μόνο χώρες έχουν εφαρμόσει προγράμματα στον πληθυσμό για πρόληψη της στοματικής νόσου, προώθηση της στοματικής υγείας και συστηματικές υπηρεσίες στοματικής υγείας που απευθύνονται σε ηλικιωμένους. Είναι κυρίως οι σκανδιναβικές χώρες που έχουν εγκαταστήσει τέτοια προγράμματα όπου οι δραστηριότητες προώθησης της στοματικής υγείας για τους ηλικιωμένους είναι ευθύνη για τη δημόσια υγεία. Αυτή η έκθεση αναφέρει ορισμένα σημαντικά εμπόδια στην στοματική υγειονομική περίθαλψη ηλικιωμένων. Το πιο σημαντικό, είναι ότι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης συχνά δίνουν χαμηλή προτεραιότητα στη φροντίδα για αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα και δεν γνωρίζουν επαρκώς της ανάγκες για τακτική οδοντιατρική περίθαλψη. Επιπλέον, οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλλουν στην “υποεκμετάλλευση” των υπηρεσιών της στοματικής υγείας ακόμη και όταν είναι διαθέσιμες.

Αυτή η έρευνα και η επιλεγμένη επιδημιολογική βιβλιογραφία δείχνουν ότι οι ενημερωμένες πληροφορίες για τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων είναι απαραίτητη, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μόνο ένας περιορισμένος αριθμός χωρών διαθέτει συστηματικά στοιχεία σχετικά με *τη χρήση υπηρεσιών της στοματικής υγείας από αυτήν την ομάδα πληθυσμού και *πρακτικές αυτοφροντίδας στην στοματική υγεία. Ενώ ορισμένες βιομηχανικές χώρες μπορούν να έχουν δεδομένα σχετικά με τη χρήση

υπηρεσιών από τους ηλικιωμένους, τέτοια δεδομένα είναι σπάνια για αναπτυσσόμενες και αναδυόμενες χώρες και αγροτικά έθνη. Επομένως, υπάρχει κοινή ανάγκη ενίσχυσης της έρευνας για την υγεία για τις στοματικές συνθήκες υγείας των ηλικιωμένων. (Global oral health of older people – Call for public health action P.E. Petersen¹, D. Kandelman², S. Arpin² and H. Ogawa) community Dental Health (2010) 27, (Supplement 2) 257–268 © BASCD 2010 doi:10.1922/CDH_2711Petersen1)

Στην Ελλάδα η στοματική νόσος εμφανίζεται συχνότερα στο γήρας, με συνήθη ευρήματα την *ολική και μερική νωδότητα, *την τερηδόνα μύλης και ρίζας, την *περιοδοντική νόσο, *διάφορες παθολογικές βλάβες στη στοματική κοιλότητα και την *ξηροστομία. Ταυτόχρονα, *αυξάνεται η συχνότητα των προβλημάτων της μάσησης και *των επακόλουθων μεταβολών στο διαιτολόγιο οι οποίες κάποιες φορές οδηγούν σε *υποθρεψία. Η συχνότητα εμφάνισης και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της στοματικής νόσου διαφέρουν μεταξύ ηπείρων, χωρών, αλλά και περιοχών εντός της ίδιας χώρας, λόγω των διαφορετικών τοπικών συνθηκών. Η στοματική κατάσταση επιβαρύνεται περισσότερο στους ευπαθείς και λειτουργικά εξαρτημένους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα σε όσους διαμένουν σε ιδρυματικό περιβάλλον. Η ηλικία δεν αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την παρουσία της στοματικής νόσου, αλλά έμμεσο, καθώς ενισχύει την επίδραση ποικίλων βιολογικών, ιατρικών, ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών και οδοντιατρικών επιβαρυντικών παραγόντων που συνοδεύουν το γήρας.

Οι μελλοντικές τάσεις για την παρουσία της στοματικής νόσου στους ηλικιωμένους δεν είναι σαφείς. Αν και στα τελευταία χρόνια στις αναπτυσσόμενες χώρες καταγράφεται μείωση της νωδότητας, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης και η αντίστοιχη αύξηση των λειτουργικών προβλημάτων στην τέταρτη ηλικία πιθανά θα την διατηρήσουν σε σχετικά υψηλά επίπεδα στους υπερήλικες. Από την άλλη, η διατήρηση φυσικών δοντιών σε μεγάλες ηλικίες, κυρίως σε ευπαθείς υπερήλικες οι οποίοι δεν μπορούν να τα φροντίσουν επαρκώς, φαίνεται ότι θα αυξήσει την παρουσία τερηδονικών και περιοδοντικών προβλημάτων. Και ενώ η στοματική νόσος αυξάνεται με την ηλικία, η υποκειμενική ανάγκη και απαίτηση για οδοντιατρική φροντίδα καθώς και η συχνότητα των οδοντιατρικών επισκέψεων μειώνονται. Η στοματική υγεία των ηλικιωμένων στην Ελλάδα δεν είναι ικανοποιητική, ενώ οι οδοντιατρικές επισκέψεις σε κοινωνικές δομές υγείας είναι περιορισμένες και αφορούν κυρίως στην αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων.

ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η νωδότητα (μείωση δοντιών) στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα

Τα στοιχεία της Πανελλήνιας Επιδημιολογικής Μελέτης Καταγραφής Στοματικής Υγείας του 2005 σε άτομα ηλικίας 65-74 ετών κατέδειξαν ποσοστά ολικής νωδότητας 31.5%, ενώ μόνο το 23,1% διατηρούσε περισσότερα από 20 δόντια (Mamai-Homata et al 2012a). Τα στοιχεία έδειξαν μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών, αλλά και σημαντική συσχέτιση με την οικονομική κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Δυστυχώς δεν υπάρχουν εθνικά στοιχεία για την οδοντική κατάσταση ατόμων άνω των 75 ετών.



Η τερηδόνα στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα

Η εθνική μελέτη στοματικής υγείας του 2005 κατέδειξε υψηλά ποσοστά τερηδόνας σε άτομα ηλικίας 65-74 ετών (Mamai-Homata et al 2012b). Η τερηδονική προσβολή αφορούσε στο 100% των εξετασθέντων με υψηλά ποσοστά αθεράπευτων βλαβών (36%). Η τερηδόνα ρίζας είχε προσβάλει το 38,3% των εξετασθέντων, ποσοστό που στη μελέτη του 2013 αυξήθηκε σε 42,7% (ΕΟΟ 2013).

Η περιοδοντική νόσος στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα

Τα στοιχεία της εθνικής μελέτης του 2005 κατέδειξαν ότι ποσοστό 44,5% του πληθυσμού ηλικίας 65-74 ετών είχε θυλάκους βάθους 4-5 mm, ενώ ποσοστό 15.4% παρουσίαζε θυλάκους ≥ 6 mm (Mamai-Homata et al 2012c).

Παθολογία στόματος στους ηλικιωμένους

Στοιχεία από εθνικές επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες έχουν καταδείξει ότι 20-66% των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα παρουσίασαν τουλάχιστον μία στοματική βλάβη κατά την εξέταση (Reichart 2000, Espinoza et al 2003, Minister of Health of Canada 2010). Ωστόσο διαφορές στη μεθοδολογία καταγραφής επηρεάζουν αρνητικά τη δυνατότητα συγκρίσεων μεταξύ των διαφόρων μελετών. Πολύ συχνές είναι οι βλάβες του βλεννογόνου που προκαλούνται από τη χρήση κινητών προσθετικών εργασιών, όπως είναι η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες, η συγγειλίτιδα, τα τραυματικά έλκη και η πτυχωτή ινώδης υπερπλασία.

Προβλήματα μάσησης

Τα παράπονα για μασητικές δυσκολίες αυξάνονται στους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα όσον αφορά στη μάσηση σκληρής τροφής, όπως είναι το κρέας, τα παξιμάδια, τα μήλα, τα καρότα και οι ξηροί καρποί. Η ηλικία δεν ευθύνεται τόσο για τα μασητικά προβλήματα όσο η απώλεια των δοντιών και η απουσία προσθετικής αποκατάστασης. Εδώ θα πρέπει να γίνει μία διάκριση ανάμεσα στην υποκειμενική μασητική ικανότητα, δηλαδή στην προσωπική εκτίμηση του ατόμου για τη μασητική του λειτουργία και στη μασητική απόδοση, δηλαδή στην αντικειμενική ικανότητα λειοτρίβησης της τροφής. Η μασητική απόδοση μειώνεται προοδευτικά όσο ελαττώνονται τα φυσικά δόντια, ενώ τα υποκειμενικά μασητικά προβλήματα συνήθως ξεκινούν όταν υπάρχουν λιγότερα από είκοσι δόντια στο φραγμό ή λιγότερες από τρεις έως πέντε συγκλεισιακές επαφές στην οπίσθια περιοχή του τόξου, δηλαδή όταν δεν υπάρχει ένας λειτουργικός φραγμός.

Η συχνότητα εμφάνισης υποκειμενικών μασητικών προβλημάτων κυμαίνεται από 13% έως 42%. Μελέτες στην Ελλάδα έδειξαν ότι τα μασητικά παράπονα είναι αυξημένα στους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα (19,5-42%) και σχετίζονται με την οδοντική κατάσταση, ενώ 17% των νωδών χωρίς οδοντοστοιχίες δήλωσαν ότι δυσκολεύονται να μασήσουν έστω μαλακή τροφή. Αρκετές μελέτες συσχέτισαν την απώλεια των δοντιών και τις συνοδές μασητικές δυσκολίες με αλλαγές στο διαιτολόγιο (πχ. περιορισμένη κατανάλωση κρέατος, ωμών λαχανικών και φρούτων, αύξηση κατανάλωσης υδατανθράκων) και υποθρεψία. **Φαίνεται, ωστόσο, ότι η προσθετική αποκατάσταση (κινητή ή ακίνητη ή εμφυτεύματα) αν και βελτιώνει τη μασητική δύναμη, τη μασητική ικανότητα και τη μασητική απόδοση δεν βελτιώνει πάντα την ποιότητα της διατροφής και τη θρέψη. Αυτό συμβαίνει γιατί οι διατροφικές επιλογές καθορίζονται από πολλούς παράγοντες εκτός από την οδοντική κατάσταση, όπως είναι η γενική κατάσταση υγείας, η εκπαίδευση, ο τόπος διαμονής, η πρόσβαση στην τροφή, οι**

γευστικές επιλογές, η συνήθεια, η μοναξιά, η οικονομική κατάσταση κ.ά. Ο οδοντίατρος μπορεί να παίξει πολύ σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση του διαιτολογίου του ηλικιωμένου και να ενημερώσει σχετικά τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τους φροντιστές του. Οι διατροφικές συμβουλές είναι αναγκαίες για την τροποποίηση της δίαιτας που τυχόν ευνοεί την οδοντική νόσο (τερηδόνα, διάβρωση κ.ά.), αλλά και για την ενημέρωση σχετικά με την επιλογή, επεξεργασία και μάσηση της τροφής μετά την τοποθέτηση κινητών προσθετικών εργασιών.

Παρά την αύξηση της στοματικής νόσου στους ηλικιωμένους, οι επισκέψεις στο οδοντίατρο μειώνονται με την ηλικία, αν και υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των διαφόρων κρατών. Μελέτη σε άτομα άνω των 50 ετών σε 14 ευρωπαϊκές χώρες κατέδειξε ότι στους προηγούμενους 12 μήνες επισκέφθηκε τον οδοντίατρο μόλις το 23,8% των Πολωνών, σε αντίθεση με το 73,3% των Γερμανών και το 81,2% των Σουηδών (Listl 2011). Στην Ελλάδα, μελέτες έχουν δείξει ότι 37-53,3% των περιπατητικών ηλικιωμένων είχαν επισκεφθεί τον οδοντίατρο στους τελευταίους 12 μήνες (Koletsis-Kounari et al 2011, Listl 2011, Petraki et al 2014). Δυστυχώς, ο προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος είναι περιορισμένος, καθώς οι περισσότεροι επισκέπτονται τον οδοντίατρο μόνο για να αντιμετωπίσουν κάποιο έκτακτο πρόβλημα. Η εθνική μελέτη του 2005 έδειξε ότι το 60,1% των ατόμων ηλικίας 65-74 που επισκέφθηκαν τον οδοντίατρο στους προηγούμενους 12 μήνες επιζητούσε την αντιμετώπιση πόνου και μόλις το 13% προληπτικό έλεγχο (Mamai-Homata et al 2012c). **Η αυξημένη συχνότητα των οδοντιατρικών επισκέψεων σχετίζεται κυρίως με το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και την παρουσία φυσικών δοντιών.** Οι επισκέψεις στον οδοντίατρο μειώνονται περαιτέρω στους ευπαθείς και εξαρτημένους ηλικιωμένους. Μελέτη σε νοσηλευόμενους ηλικιωμένους στην Αττική, έδειξε ότι μόλις το 12,6% είχε επισκεφτεί τον οδοντίατρο στους τελευταίους 12 μήνες, με κύρια αιτία την αντιμετώπιση κάποιου έκτακτου προβλήματος (πόνος, κάταγμα δοντιού κ.λπ.) (Kossioni et al 2012).

(Αναστασία Ε. Κοσιώνη, Γηροδοντιατρική, Αθήνα 2018, σελ 38, 41-49)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η συχνότητα εμφάνισης της στοματίτιδας από οδοντοστοιχία στις διάφορες μελέτες κυμαίνεται από 9% έως 67%, της συγγειλίτιδας από 3% έως 30%, της ινώδους υπερπλασίας από 9,4% έως 13%, ενώ των τραυματικών ελκών από 0,5% έως 26,3% (Espinoza et al 2003, Suominen-Taipale et al 2008, Κοσιώνη 2009, Minister of Health of Canada 2010). **Κύριες αιτίες** είναι *ο συνεχής τραυματισμός από τις οδοντοστοιχίες και/ή *η μόλυνση από μικροοργανισμούς και ιδιαίτερα από την *Candida Albicans*. Σημαντικός

προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες είναι η 24ωρη χρήση τους, γι' αυτό και ο οδοντίατρος θα πρέπει να δίνει σαφείς οδηγίες για την αφαίρεσή τους το βράδυ ή τουλάχιστον σε κάποιες ώρες που εξυπηρετούν καλύτερα τον ασθενή. Οι ηλικιωμένοι συχνά παραπονούνται για ξηροστομία (8-63%), καυσαλγία στόματος (0-23%), δυσγευσία (0-28%) και κακοσμία στόματος (11-26%), με μεγάλη διακύμανση μεταξύ των διαφόρων μελετών που οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε πληθυσμού (πχ. υγιείς/ επιβαρυνμένοι, διαμένοντες στην κοινότητα/ιδρυματιζόμενοι, κ.ο.κ.) (Kossioni et al 2013a,b). Στην Ελλάδα έχουν καταγραφεί υψηλά ποσοστά επιπολασμού στοματίτιδας από οδοντοστοιχίες (38-45%), καθώς και συγγειλίτιδας (29%) (Κοσιώνη και Ζερβού-Βάλβη 2009, Κοσιώνη 2010, Kossioni 2011).

Επίσης έχουν καταγραφεί υψηλά ποσοστά παραπόνων για ξηροστομία (31- 56%) και λιγότερα για κακοσμία στόματος (11%), δυσγευσία (2,7%) και καυσαλγία (0-3,7%) σε ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα (Kossioni et al 2013 a). Ο καρκίνος των χειλέων και της στοματικής κοιλότητας αυξάνεται με την ηλικία και εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες. Η επίπτωση της νόσου ανά 100.000 κατοίκους, αυξάνεται από 15,7 στις ηλικίες 60-64 σε 23,4 μετά τα 75 έτη (GLOBOCAN 2012). Ομοίως, αυξάνεται και η θνησιμότητα από 7,6/10.000 σε 12,8/100.000. Ο στοματικός καρκίνος εμφανίζεται συχνότερα στην Ασία με θνησιμότητα της τάξεως του 66,9%. Ακολουθεί η Ευρώπη με χαμηλότερη όμως θνησιμότητα της τάξεως του 16,6%. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου είναι το μάσημα καπνού, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ (Petersen 2009).

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΣΥΧΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οι ηλικιωμένοι δύναται να πάσχουν από **τρεις νόσους ιδιαίτερα συχνές στην τρίτη ηλικία, την άνοια, τη νόσο του Πάρκινσον και την κατάθλιψη**. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτές τις παθήσεις είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη στοματική νόσο. Κάθε νόσος παρουσιάζει συγκεκριμένα προβλήματα και απαιτεί ιδιαίτερη οδοντιατρική διαχείριση. Οι γενικές αρχές της οδοντιατρικής αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τη στενή συνεργασία με τους θεράποντες και τους φροντιστές, την αξιολόγηση του κινδύνου από την οδοντιατρική θεραπεία και του κινδύνου για την οδοντιατρική υγεία, την επιθετική πρόληψη και την εξατομίκευση του σχεδίου θεραπείας. Το σχέδιο θεραπείας πρέπει να είναι απλό, ρεαλιστικό, ευέλικτο και προσαρμοσμένο στη λειτουργική κατάσταση των ασθενών, η οποία στην περίπτωση της άνοιας και της νόσου του Πάρκινσον επιδεινώνεται προοδευτικά. (Αναστασία Ε. Κοσιώνη, Γηροδοντιατρική, Αθήνα 2018, σελ 199)

10. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Η τερηδόνα στην παιδική ηλικία είναι ταυτόχρονα ένα ορατό αλλά και ένα αόρατο ζήτημα. Τα παιδιά με τερηδόνα μπορεί να έχουν αξιοσημείωτη δυσκολία στο φαγητό, στην ομιλία και στον ύπνο, βιώνουν την ταλαιπωρία, τον πόνο και παρουσιάζουν λιγότερο χαμόγελο - τα οποία επηρεάζουν την ανάπτυξή τους, την ευημερία, την οικογενειακή και την κοινωνική τους ζωή καθώς και τη σχολική τους απόδοση. Ωστόσο, επειδή οι στοματικές ασθένειες επηρεάζουν δυσανάλογα τους πιο περιθωριοποιημένους και τα φτωχά μέλη της κοινωνίας - όπως τα παιδιά που ζουν σε φτώχεια, τους πρόσφυγες, τα άτομα με αναπηρίες και αυτόχθονες πληθυσμοί - το βάρος της υγείας τους δεν αναγνωρίζεται και η παγκόσμια επιδημία των στοματικών ασθενειών δεν λαμβάνει την προσοχή που τους αξίζει.

Το 2015, το 7,8% του παγκόσμιου παιδικού πληθυσμού (573 εκατομμύρια παιδιά συνολικά) είχαν τερηδόνα χωρίς θεραπεία. Ο επιπολασμός της τερηδόνας χωρίς θεραπεία σε πεσμένα και μόνιμα δόντια αφορά σε ηλικίες 1-4 ετών και 15-19 ετών, αντίστοιχα. Η ανεπαρκής πρόσβαση και το απαγορευτικό κόστος της θεραπείας σημαίνει ότι πολλά παιδιά και έφηβοι, ιδιαίτερα αυτά των χαμηλών πόρων, θα αντιμετωπίσουν δια βίου, σοβαρές συνέπειες της φθοράς των χρόνιων μη επεξεργασμένων δοντιών, όπως αδιάλειπτος πόνος και λοιμώξεις, καθώς και μειωμένη ποιότητα ζωής και απώλεια παραγωγικότητας από το σχολείο και τη δουλειά. Ακόμη και σε χώρες με υψηλό εισόδημα, οι στοματικές ασθένειες προκαλούν σημαντική επίπτωση στην υγεία και οικονομική επιβάρυνση. Μια Δήλωση του Βασιλικού Κολλεγίου Χειρουργών της Αγγλίας, που κυκλοφόρησε στις 15 Αυγούστου 2019, αποκάλυψε ότι η φθορά των οδόντων είναι η κύρια αιτία εισαγωγής στα νοσοκομεία στην Αγγλία αντιπροσωπεύοντας σχεδόν 78000 εισαγωγές - σε παιδιά ηλικίας 5 ως 9 στα χρόνια 2015-18.

Το γεγονός ότι μπορεί να αποφευχθεί η φθορά των οδόντων είναι πολύ διαδεδομένο και προκαλεί τέτοιες δυσανάλογες επιβαρύνσεις ασθενειών που αμφισβητεί τα τρέχοντα συστήματα οδοντιατρικής υγείας και τις πολιτικές για τη δημόσια υγεία. Στις ΗΠΑ, λιγότερο από το 60% των παιδιών κάτω των 5 ετών επισκέπτεται τακτικά έναν οδοντίατρο. Στην Αγγλία, το 2018, το 41% των παιδιών κάτω των 18 ετών και το 77% των παιδιών ηλικίας 1-2 ετών δεν επισκέπτονται κάποιον οδοντίατρο, παρόλο που η οδοντιατρική φροντίδα είναι δωρεάν για αυτήν την ηλικιακή ομάδα στο πλαίσιο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Αυτό δείχνει ότι το κόστος είναι μόνο μία πτυχή των εμποδίων της επαρκούς οδοντιατρικής περίθαλψης. Η φύση της οδοντιατρικής με γνώμονα τη ζήτηση σημαίνει ότι οι αντίστοιχες κλινικές τείνουν να βρίσκονται σε εύπορες γειτονίες και υπάρχει σημαντική αναντιστοιχία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. Οι στοματικές ασθένειες είναι χρόνιες και προοδευτικές.

Σε ατομικό επίπεδο, χρειάζονται οι επαγγελματίες υγείας των παιδιών να έχουν μεγαλύτερη αναγνώριση ότι η στοματική υγεία είναι ζωτικής σημασίας, μέρος της ευημερίας ενός παιδιού και να λάβουν την κατάλληλη εκπαίδευση. Για παράδειγμα, μπορούν να ξεκινήσουν συνομιλίες με γονείς και νέους για τη στοματική υγεία κατά τη διάρκεια ραντεβού ρουτίνας και παρέχουν απλή εκπαίδευση σχετικά με τις τεχνικές στοματικής υγιεινής και τις συνήθειες υγιεινής διατροφής, ιδιαίτερα σε περιόδους όπου οι γονείς είναι οι περισσότεροι δεκτικοί (π.χ., όταν τα βρέφη μεταβαίνουν σε στερεά τρόφιμα).

Η στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της υγείας των παιδιών. Θα έπρεπε να μην είναι πολυτέλεια των πλουσίων, ούτε θα πρέπει να θυσιάζεται για εμπορικά κέρδη. Παρεμβάσεις για την πρόληψη της τερηδόνας όπως το σωστό βούρτσισμα των οδόντων, η μειωμένη πρόσληψη ζάχαρης, τακτικά οδοντιατρικά ραντεβού. (The Lancet Child & Adolescent Health, www.thelancet.com/child-adolescent Vol 3 October 2019)

11. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΟΣ

Η επιδημία της χρήσης καπνού είναι μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την παγκόσμια υγεία σήμερα. Περίπου το ένα τρίτο του ενήλικου πληθυσμού στον κόσμο χρησιμοποιεί καπνό σε κάποια μορφή και εκ των οποίων οι μισοί θα πεθάνουν πρόωρα. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη εκτίμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), 4,9 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πέθαναν το 2000 ως αποτέλεσμα του εθισμού τους στη νικοτίνη (ΠΟΥ, World Health Report, 2002). Αυτός ο τεράστιος αριθμός θανάτων αυξάνεται ραγδαία, ειδικά σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα όπου ζουν περισσότεροι από 1,2 δισεκατομμύρια χρήστες καπνού στον κόσμο. Οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιπροσωπεύουν ήδη τους μισούς από όλους τους θανάτους που οφείλονται στον καπνό (ΠΟΥ, World Health Report, 2002). Αυτό το ποσοστό θα αυξηθεί σε 7 στα 10 έως το 2025, διότι ο επιπολασμός του καπνίσματος αυξάνεται σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, παρόλο που μειώνεται στις χώρες με υψηλό εισόδημα. Οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιπροσωπεύουν επίσης περίπου το ήμισυ του παγκόσμιου βάρους ασθενειών που σχετίζεται με τον καπνό, όπως μετράται από τα DALYs (ΠΟΥ, World Health Report, 2002). Εντός των χωρών, ο επιπολασμός της χρήσης καπνού είναι υψηλότερος στους ανθρώπους με χαμηλό μορφωτικό υπόβαθρο και στους φτωχούς και περιθωριοποιημένους. Σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες σημειώθηκαν απότομες αυξήσεις στη χρήση καπνού, ιδίως μεταξύ των ανδρών και καθώς η βιομηχανία καπνού συνεχίζει να στοχεύει τη νεολαία και τις γυναίκες, υπάρχουν επίσης ανησυχίες για την αύξηση των ποσοστών επικράτησης σε αυτές τις ομάδες.

Η μετατόπιση του παγκόσμιου τρόπου χρήσης του καπνού αντικατοπτρίζεται στο μεταβαλλόμενο βάρος των ασθενειών και των θανάτων από καπνό. *Δυστυχώς, το μέλλον φαίνεται χειρότερο.* Λόγω του μακροχρόνιου χρονικού διαστήματος μεταξύ της έναρξης της χρήσης καπνού και του αναπόφευκτου κύματος ασθενειών και θανάτων που ακολουθούν, η πλήρης επίδραση της σημερινής παγκοσμιοποίησης της εμπορίας καπνού και των αυξανόμενων ποσοστών χρήσης στον αναπτυσσόμενο κόσμο θα γίνει αισθητή για τις επόμενες δεκαετίες. Η χρήση καπνού είναι μια σημαντική αποτρέψιμη αιτία πρόωρου θανάτου και επίσης ένας κοινός παράγοντας κινδύνου για πολλές γενικές χρόνιες ασθένειες και στοματικές ασθένειες. Εκτός από το κάπνισμα, ο καπνός χωρίς καπνό χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές χώρες του κόσμου ανάλογα με τις κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες. Ο καπνός μάσησης είναι γνωστός ως βύσμα, χαλαρά φύλλα και συστροφή. Το υγρό ταμπάκο λαμβάνεται από το στόμα, ενώ το ξηρό ταμπάκο είναι καπνός σε σκόνη που εισπνέεται κυρίως μέσω της μύτης. Σε σύγκριση με τις συνήθειες καπνίσματος, τα πρότυπα χρήσης του καπνού χωρίς καπνό είναι λιγότερο τεκμηριωμένα, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες (Gupta και Warnakulasuriya, 2002;

Mackay and Eriksen, 2002). (Tobacco and Oral Health – the Role of the World Health Organization

Poul Erik Petersena ΣΕΛ 309-315)

Η Έκταση του Προβλήματος

Συχνότητα του καπνίσματος

Ο Π.Ο.Υ. υπολογίζει ότι στην Ευρώπη περίπου 215 εκ. κατοίκων καπνίζουν, από τα οποία τα 130 εκατ. είναι άνδρες. Το ποσοστό καπνιστών στους άνδρες είναι κατά μέσο όρο 34% στη Δυτική Ευρώπη και 47% στην Ανατολική, ενώ στις γυναίκες, 25% στη Δυτική Ευρώπη και 20% στην Ανατολική (WHO 2007). Στον παρακάτω Πίνακα φαίνεται το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών, σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία του WHO. Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών (37,6%). Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μείωση του ποσοστού, αλλά παρόλα αυτά, παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της Δυτικής Ευρώπης.

Πίνακας: Ποσοστό (%) ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών που είναι καπνιστές (1980 - 2003)

Έτος / Ποσοστό	Έτος / Ποσοστό	Έτος / Ποσοστό
<u>Αυστρία 1986 / 24,9</u>	<u>2000 / 29,0</u>	<u>2017 ----</u>
<u>Βέλγιο 1982 / 40,0</u>	<u>2002 / 29,0</u>	<u>2017 / 19</u>
<u>Γαλλία 1980 / 32,0</u>	<u>2002 / 25,9</u>	<u>2017 / 36</u>
<u>Γερμανία 1997/ 36,7</u>	<u>2003 / 33,9</u>	<u>2017 / 25</u>
<u>Δανία 1994/ 37,0</u>	<u>2003 / 28,0</u>	<u>2017 / 19</u>
<u>Ελλάδα 1991 / 46,0</u>	<u>2000 / 37,6</u>	<u>2017 / 37</u>
<u>Ιταλία 1993 / 25,7</u>	<u>2002 / 24,0</u>	<u>2017 / 24</u>
<u>Ισπανία 1993 / 32,1</u>	<u>2003 / 28,1</u>	<u>2017 / 28</u>
<u>Μ. Βρετανία 1980 / 39,0</u>	<u>2003 / 26,0</u>	<u>2017 / 17</u>
<u>Ολλανδία 1980 / 43,0</u>	<u>2003 / 32,0</u>	<u>----</u>
<u>Σουηδία 1980 / 32,4</u>	<u>2003 / 17,5</u>	<u>2017 / 7</u>

Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατ' άτομο στη Δυτική Ευρώπη. Μετά το 2000, ο μέσος ετήσιος κατά κεφαλή αριθμός τσιγάρων στην Ελλάδα είναι διπλάσιος από ότι στη Γερμανία, Γαλλία και Μ. Βρετανία και πενταπλάσιος από ότι

στη Νορβηγία. Στην τρίτη στήλη του πίνακα φαίνεται η Ελλάδα μαζί με την Γαλλία κατέχουν τα πρωτεία στην κατανάλωση καπνού και ακολουθεί η Ισπανία, η Ιταλία ενώ η Σουηδία είναι η χώρα με την μικρότερη κατανάλωση. ([Nils-Gerrit Wunsch](#), Nov 27, 2019, Share of individuals who currently smoke cigarettes, cigars, cigarillos or a pipe in selected European countries in 2017)

Διαφορές μεταξύ των φύλων

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα στα οποία στηρίζονται τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. το 2000, το ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ανδρών έφτανε στην Ελλάδα το 46,8%, ενώ μεταξύ των γυναικών το 29% (WHO 2008). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, σε άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών, το ποσοστό καπνιστών βρέθηκε στους άνδρες, 51% και στις γυναίκες 39% (Pitsavos et al. 2003). Σε σύγκριση με τις άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα φαίνεται να έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών, όχι μόνο στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες. Δεδομένου ότι στις γυναίκες η έναρξη του καπνίσματος άρχισε αργότερα και είναι ακόμη σε εξέλιξη, το ποσοστό των καπνιστριών αφενός ποικίλλει στις διάφορες ηλικίες και αφετέρου παρουσιάζει ακόμη τάσεις αύξησης.

Διαφορές κατά ηλικία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35 - 44 ετών κάτι που επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αττική. Σε άλλη μελέτη, το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 25 - 35 ετών (Kokkeni et al. 2000). Μεταξύ των νέων, το κάπνισμα, συνολικά στην Ευρώπη, φαίνεται να φτάνει περίπου το 30%. Το ποσοστό είναι κατά κανόνα υψηλότερο στα αγόρια, αλλά σε πολλές χώρες της Δυτικής Ευρώπης έχει εξισωθεί μεταξύ των δύο φύλων. Στη μελέτη ESPAD που πραγματοποιήθηκε σε σπουδαστές ηλικίας 17 - 18 ετών, σε 7 χώρες, το ποσοστό καπνιστών στην Ελλάδα, ήταν στους άνδρες 50% και στις γυναίκες 47% (Andersson et al. 2007), ενώ σε μελέτη που έγινε το 2001 σε φοιτητές 17 - 30 ετών, το ποσοστό στους άνδρες βρέθηκε 44% και στις γυναίκες 42% (WHO 2008).

Συνέπειες της χρήσης καπνού

Η χρήση καπνού είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για στοματικές ασθένειες όπως *καρκίνος του στόματος, *βλάβες του στοματικού βλεννογόνου, *περιοδοντική νόσος και *σχιστίες στα χείλη και τον ουρανίσκο. Επιπλέον, οι χρήστες καπνού φαίνεται να έχουν περισσότερη *τερηδόνα από τους μη χρήστες. Όλες οι κύριες μορφές καπνού που χρησιμοποιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες - τσιγάρα, πούρα, καπνός πίπας, καπνός για μάσημα - έχουν επιπτώσεις στην υγεία του στόματος.

Καρκίνος του στόματος

Τα τσιγάρα, τα πούρα, (η μάσηση καπνού και ταμπάκων) προκαλούν καρκίνο του στόματος. Τα στοιχεία βασίζονται στο μέγεθος των παρατηρούμενων κινδύνων, στους υψηλότερους κινδύνους που σχετίζονται με μεγαλύτερες ποσότητες καπνού που χρησιμοποιήθηκαν ή μεγαλύτερη διάρκεια χρήσης, τη μείωση του κινδύνου με τη διακοπή του καπνού, τη συνοχή των ευρημάτων για καρκίνο του στόματος σε πολλές χώρες.

Από μελέτες ελέγχου περίπτωσης με βάση τον πληθυσμό, οι καπνιστές έχουν κινδύνους καρκίνου του στόματος δύο έως πέντε φορές από τους μη καπνιστές. Οι κίνδυνοι αυξάνονται με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται και τα χρόνια καπνίσματος. Οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν σταθερά ότι ο κίνδυνος καρκίνου του στόματος μειώνεται με τον αριθμό ετών αποχής από τα τσιγάρα, μπορεί να χρειαστούν πολλά χρόνια για να φτάσουν οι κίνδυνοι στους μη καπνιστές.

Οι καπνιστές τσιγάρων με καρκίνο του στόματος αντιμετωπίζουν επιπλέον συνέπειες στην υγεία, καθώς το κάπνισμα είναι παράγοντας κινδύνου για περαιτέρω πρωτογενείς καρκίνους. Η ισχυρή συσχέτιση του καπνίσματος με καρκίνο του στόματος σε πολλές κουλτούρες επιβεβαιώνεται σε μελέτες που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια σε χώρες τόσο διαφορετικές όσο η Βραζιλία, η Γαλλία, η Κίνα και Ινδία. Οι βαριοί καπνιστές που κάνουν χρήση και αλκοόλ έχουν πολλές πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του στόματος, όπως αναμενόταν από τις ανεξάρτητες επιπτώσεις του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ.

Πολλές καρκινογόνες ουσίες βρίσκονται στον καπνό, από τον καπνό που εισέρχεται στο στόμα του καπνιστή από την άκρη ή το επιστόμιο ενός πούρου, τσιγάρου ή σωλήνα. Ο κύριος καπνός θεωρείται μείζων καρκινογόνος παράγοντας που συμβάλλει στον κίνδυνο καρκίνου του στόματος από προϊόντα καπνού. Για τους ανθρώπους που έχουν έξη τη μάσηση του καπνού οι νιτροζαμίνες που σχηματίζονται κατά τη ζύμωση και τη σκλήρυνση εμφανίζονται σε σχετικά υψηλά επίπεδα και πιστεύεται ότι είναι πιο σημαντικές. Ορισμένοι κληρονομικοί γονότυποι μπορεί να προδιαθέτουν σε στοματική

νόσο που σχετίζεται με τον καπνό. Αυτά αντιπροσωπεύουν γονίδια που εμπλέκονται στον μεταβολισμό του καπνού, όπως αυτά που κωδικοποιούν τις τρανσφεράσες N-ακετυλίου, τις τρανσφεράσες της γλουταθειόνης και τα ένζυμα της οδού P450.

Βλάβες του στοματικού βλεννογόνου

Οι βλάβες του στοματικού βλεννογόνου είναι συχνές σε χρήστες καπνού μασήματος και μπορεί να αναπτυχθούν ακόμη και με σχετικά περιορισμένη χρήση. Μια έρευνα σε 17.027 έφηβους των ΗΠΑ που διεξήχθη το 1986-87 διαπίστωσε ότι οι βλάβες των βλεννογόνων βρέθηκαν στο 27% των χρηστών καπνού μασήματος, σε αντίθεση με το 0,4% μεταξύ εκείνων που δεν είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ καπνό μασήματος. Αυτές οι βλάβες περιγράφηκαν ως κυμαινόμενες από ελαφρά επιφανειακή ρυτίδα του βλεννογόνου σε πυκνό, αυλακωμένο λευκό ή γκρίζο βλεννογόνο. Ο επιπολασμός των βλαβών αυξάνεται με την αύξηση της διάρκειας χρήσης μεταξύ των χρηστών ταμπάκων, για παράδειγμα, ο επιπολασμός αυξήθηκε από 1,9 τοις εκατό για χρήστες κάτω του ενός μήνα σε 38 τοις εκατό μεταξύ εκείνων που ήταν χρήστες για περισσότερα από δύο χρόνια. Τα αντίστοιχα ποσοστά καπνού για μάσηση ήταν 3,1% και 21% αντίστοιχα.

Οι συγγραφείς **όρισαν τη λευκοπλακία ως οποιαδήποτε λευκή, αδιαφανή ή δερματική πλάκα που δεν είναι κλινικά χαρακτηριστική άλλου τύπου λευκής βλάβης**. Σε αυτή τη μελέτη, ο επιπολασμός της λευκοπλακίας ήταν 1,4 % μεταξύ των μη χρηστών ταμπάκων έναντι 84 % μεταξύ εκείνων που χρησιμοποίησαν τέσσερα ή περισσότερα κουτάκια ταμπάκου την εβδομάδα. Υπάρχει κάποια υπόδειξη ότι αυτές οι βλάβες μπορούν να επιλυθούν με παύση. Μία μελέτη ανέφερε ότι το 97,5 τοις εκατό των καπνιστών βλαβών που σχετίζονται με τον καπνό σε νεαρούς άνδρες ασκούμενους της Πολεμικής Αεροπορίας των ΗΠΑ επιλύθηκαν σε έξι εβδομάδες μετά την αναγκαστική διακοπή του καπνού χωρίς καπνό. Ωστόσο, η επιμονή των βλαβών σε ηλικιωμένους άνδρες που έχουν χρησιμοποιήσει καπνό χωρίς καπνό για πολλά χρόνια είναι άγνωστος. Η λευκοπλακία θεωρείται προκακοήθης κατάσταση, με ρυθμούς μετασχηματισμού που κυμαίνονται από 3,6% έως 17,5% σε μελέτες Ευρωπαίων και Αμερικανών.

Περιοδοντική νόσος

Το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για περιοδοντική νόσο και μειωμένης επούλωσης μετά από περιοδοντική χειρουργική επέμβαση. Δύο επιδημιολογικές μελέτες με βάση τον πληθυσμό διαπίστωσαν ότι η περιοδοντίτιδα είναι πιο συχνή στους καπνιστές από τους μη καπνιστές. Ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα

είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας κινδύνου, διπλασιάζοντας τον κίνδυνο για όσους ανήκουν στην κατηγορία χαμηλότερης χρήσης και αυξάνοντάς τον έξι φορές για την υποομάδα που καπνίζει περισσότερα από τριάντα τσιγάρα την ημέρα. Οι πρώην καπνιστές έχουν χαμηλότερα ποσοστά περιοδοντίτιδας από τους συνεχιζόμενους καπνιστές. Διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι η περιοδοντική νόσος μπορεί να εξελίσσεται ταχύτερα στους καπνιστές παρά στους μη καπνιστές. Οι ενήλικες της Βόρειας Καρολίνας ηλικίας εξήντα πέντε ετών και άνω αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης κοόρτης με βάση τον πληθυσμό της περιοδοντίτιδας στην οποία, κατά την πενταετή παρακολούθηση, οι καπνιστές παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό της νόσου από τους μη καπνιστές.

Τα ευρήματα από άλλες μελέτες συνάδουν επίσης με την αρνητική επίδραση του καπνίσματος στην επούλωση μετά από διάφορες μορφές περιοδοντικής θεραπείας. Αυτές οι μελέτες διαπίστωσαν ότι οι πρώην καπνιστές ήταν παρόμοιοι με τους μη καπνιστές στην απάντησή τους στη θεραπεία, υποδηλώνοντας ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να προωθήσει τη θεραπεία.

Τερηδόνα

Το υψηλό ποσοστό ζάχαρης στο μάσημα του καπνού έχει προκαλέσει ανησυχία. Δεδομένα από την έρευνα για την υγεία πολλαπλών χρήσεων, από την Τρίτη Εθνική Έρευνα για την Υγεία και τη Διατροφή, που διεξήχθη από το 1988 έως το 1994 χρησιμοποιήθηκαν για την εξέταση της σχέσης μεταξύ του καπνού μάσησης και άλλων μορφών χρήσης καπνού και της τερηδόνας της στεφανιαίας ή της ριζικής επιφάνειας. Οι χρήστες καπνού μάσησης είχαν ελαφρώς υψηλότερους μέσους αριθμούς στεφανών και σφραγισμένων δοντιών (στεφανών) από ό, τι τα άτομα που χρησιμοποιούν άλλες μορφές καπνού. Επιπλέον, ο μέσος αριθμός επιφανειών που έχουν υποστεί αποσύνθεση και σφραγισμένη ρίζα για εκείνους που χρησιμοποίησαν καπνό μάσησης ήταν τέσσερις φορές υψηλότερος από εκείνους που δεν χρησιμοποιούσαν καπνό ανά εβδομάδα και κατά τη διάρκεια χρήσης ετών. **Ο μηχανισμός που προτάθηκε ήταν ότι τα υψηλά επίπεδα ζυμώσιμων σακχάρων στο μάσημα του καπνού διεγείρουν την ανάπτυξη των καρδιογενών βακτηρίων.**

Έλκη αφθών

Τα έλκη των αφθών εμφανίζονται συχνότερα στους καπνιστές από ότι στους μη καπνιστές. Η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε επιδείνωση των αφθών και η επανάληψη του καπνίσματος βελτιώνει την κατάσταση. **Μια εξήγηση είναι ότι οι**

καπνιστές αναπτύσσουν υπερκερατινοποίηση του βλεννογόνου, η οποία προστατεύει καλύτερα την επιφάνεια του βλεννογόνου από έλκος. (Tobacco Use and Oral Disease, Deborah M. Winn, Ph.D. ΣΕΛ 306-309)



Εικόνα από άφθα

Στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος

Το κάπνισμα είναι μια χρόνια πάθηση που απαιτεί μακροχρόνια διαχείριση. Τα αποτελέσματα της οδοντικής θεραπείας μπορεί να είναι απρόβλεπτα για ασθενείς που συνεχίζουν να καπνίζουν. Η οικονομική επιβάρυνση μπορεί να αυξηθεί όταν απαιτείται ένα πιο εντατικό πρόγραμμα θεραπείας για την επίτευξη της στοματικής υγείας. Οι σημαντικότερες μειώσεις στο κόστος διαχείρισης μπορεί να επιτευχθούν σε ασθενείς που σταματούν το κάπνισμα σε πρώιμο στάδιο.

Οι προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος χωρίζονται σε δύο ευρείες κατηγορίες: φαρμακολογική και συμπεριφορική. Οι φαρμακολογικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν σήμερα δύο γενικές στρατηγικές: αντικατάσταση νικοτίνης και θεραπεία με βουπροπιόνη. Τον Απρίλιο του 2002, το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας στο Ηνωμένο Βασίλειο δημοσίευσε οδηγίες σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη χρήση **θεραπείας αντικατάστασης νικοτίνης (NRT)** και **μη νικοτίνης (μη-NRT)**, όπως το bupropion (Zyban; Glaxo Wellcome, London, UK) για τη διακοπή του καπνίσματος. Η θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης μειώνει τα σωματικά συμπτώματα στέρησης. *Το κόμμα νικοτίνης, *το διαδερμικό έμπλαστρο, *το ρινικό σπρέι, *οι εισπνευστήρες, *τα υπογλώσσια δισκία και *οι παστίλιες είναι παραδείγματα διαθέσιμων προϊόντων NRT. Το μάσημα νικοτίνης και η εφαρμογή επιχρισμάτων επιτρέπουν τη νικοτίνη να απορροφάται

μέσω του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας και του δέρματος, αντίστοιχα, μειώνοντας έτσι την επιθυμία για νικοτίνη και επιτρέποντας στους ασθενείς να επικεντρωθούν στην αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Το Bupropion είναι ο πρώτος συνταγογραφούμενος φαρμακολογικός παράγοντας μη νικοτίνης που φαίνεται να είναι αποτελεσματικός για τη διακοπή του καπνίσματος και έχει εγκριθεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών για τη συγκεκριμένη χρήση. Το Bupropion είναι ένα αντικαταθλιπτικό που δρα σε ντοπαμινεργικές οδούς στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Ο συνδυασμός βουπροπιόνης με NRT (θεραπεία αντικατάστασης νικοτίνης) μέσω διαδερμικού συστήματος έχει τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας θεραπείας διακοπής. Η επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος με χρήση θεραπείας με φαρμακοθεραπεία μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική όταν συνοδεύεται από ατομικά ή ομαδικά προγράμματα συμπεριφορικής θεραπείας που διεξάγονται από εξειδικευμένους συμβούλους. Ο σημαντικότερος παράγοντας για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος έγκειται ακόμη στην προθυμία των ασθενών να σταματήσουν το κάπνισμα. (The effects of tobacco use on oral health, ASK Sham MSc, FIBMS LK Cheung PhD, FHKAM (Dental Surgery) LJ Jin, PhD, et all (Dental Surgery) σελ 275)

12. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ HIV

Η στοματική κοιλότητα είναι μια σημαντική και συχνά υποτιμημένη πηγή διαγνωστικών και προγνωστικών πληροφοριών σε ασθενείς με HIV νόσο. Ποικίλες καταστάσεις μετά από έλεγχο των στοματικών βλεννογόνων μπορεί να προκύψουν είτε πρωταρχικώς είτε δευτερογενώς από άλλες βλάβες στο σώμα. Αυτή η ένωση των δοντιών και των ούλων παρέχει ένα δυνητικά ασθενές φράγμα μέσω του οποίου τα βακτήρια και οι λοιμογόνοι παράγοντες τους (για παράδειγμα, λιποπολυσακχαρίτης) μπορούν να εισέλθουν στους συνδετικούς ιστούς και τη συστηματική κυκλοφορία. Από αυτή την άποψη, η διατήρηση χαμηλού μικροβιακού φορτίου εντός του στόματος θα πρέπει να θεωρείται ως βασικό συστατικό των θεραπευτικών αγωγών σε ασθενείς με HIV.

Όταν κάποιος θεωρεί ότι περίπου το 98% των λεμφοκυττάρων κατοικούν στους ιστούς και όχι στην κυκλοφορία, ο τρίτος κλινικός όρος του στοματικού βλεννογόνου και των περιοδοντικών ιστών μπορεί ενδεχομένως να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες, επιπλέον του αριθμού των ιογενών φορτίων ή των CD4, που μπορεί να βοηθήσουν στη διαχείριση ασθενών που έχουν μολυνθεί με HIV. Λαμβάνοντας υπόψη τη βασική βιολογία τόσο του στοματικού βλεννογόνου όσο και των περιοδοντικών ιστών, η σημασία των στοματικών βλαβών στη μόλυνση από τον HIV μπορεί να συνοψιστεί ως εξής. Οι στοματικές βλάβες μπορεί: (1) να υποδεικνύουν λοίμωξη από HIV σε προηγούμενες μη διαγνωσθείσες περιπτώσεις (2) να προβλέπουν πρόοδο της νόσου HIV (3) να αντιπροσωπεύουν πρώιμα κλινικά χαρακτηριστικά του κλινικού AIDS (για παράδειγμα, σάρκωμα Kaposi από του στόματος) (4) να σχηματίζουν παραδοσιακούς καθοριστικούς παράγοντες εισόδου ή εξόδου για αντιρετροϊκή θεραπεία (5) να είναι καθοριστικοί παράγοντες της θεραπείας κατά της ευκαιριακής λοίμωξης (6) να χρησιμοποιούνται σε στάδια και ταξινόμηση της νόσου (7) να δρουν ως δείκτες άλλων πιο λεπτών ανοσολογικών καταστάσεων του βλεννογόνου που συχνά έλειπαν κατά την κλινική εξέταση (8) να οδηγούν τους ασθενείς να αναζητήσουν θεραπεία λόγω του πόνου ή της δυσφορίας ή των αισθητικών λόγων (9) ατομικά συσχετίζονται με επίπεδα CD4 σε σοβαρά ανοσοκατασταλμένους ασθενείς (10) συσχετίζονται με επίπεδα CD4 όταν ομαδοποιούνται (για μετρήσεις CD4 <200 × 10⁶ / l) (11) δρουν ως συμπαράγοντες εξέλιξης της νόσου HIV. (The significance of oral health in HIV disease Iain L C Chapple, John Hamburger σελ 236-241) Περίπου το 40-50% των ανθρώπων που είναι θετικοί στον HIV έχουν στοματική νόσο που προκαλείται από μυκητιασικές, βακτηριακές ή ιογενείς λοιμώξεις που συχνά εμφανίζονται νωρίς κατά τη διάρκεια της νόσου. (The global burden of oral diseases and risks to oral health, Poul Erik Petersen, Denis Bourgeois, Hiroshi Ogawa et al ΣΕΛ.4)

Οι στοματικές βλάβες που σχετίζονται με τη νόσο του HIV ταξινομήθηκαν από το EC Clearinghouse σχετικά με τα στοματικά προβλήματα που σχετίζονται με τη μόλυνση από τον ιό HIV το 1991:

Στοματική τριχωτή λευκοπλακία

Η στοματική τριχωτή λευκοπλακία (OHL) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1984 από τους Greenspans περίπου 3 χρόνια μετά την πρώτη τους γνωστοποίηση. Σημαντική έρευνα από αυτήν την ομάδα και άλλοι παρείχαν μια απόδειξη ότι ο ιός Epstein-Barr (EBV) είναι η πιθανή αιτία αυτής της βλάβης, η οποία πιθανότατα θα πρέπει τώρα να μετονομαστεί σύμφωνα με την αιτιολογία της ως «EBV λευκοπλακία».

Σάρκωμα Kaposi

Το Σάρκωμα Kaposi είναι συστηματική νόσος που μπορεί να παρουσιαστεί με δερματικές αλλοιώσεις με ή χωρίς εισχώρηση στο εσωτερικό. Τέσσερις τύποι έχουν περιγραφεί: 1) κλασικό Σάρκωμα Kaposi, το οποίο προσβάλλει μεσήλικες άντρες Μεσογειακής, αραβικής ή εβραϊκής καταγωγής, 2) το Αφρικανικό-ενδημικό σάρκωμα Kaposi, 3) το σάρκωμα που προσβάλλει κυρίως ασθενείς ιατρογενώς ανοσοκατεσταλμένους και 4) τέλος εκείνο που σχετίζεται με το AIDS. Το σάρκωμα Kaposi (KS) είναι το πιο διαδεδομένο στοματικό νεόπλασμα σε ασθενείς με λοίμωξη HIV, με 22% των βλαβών του KS να υπάρχουν ενδοστοματικά ενώ το 45% των ασθενών παρουσιάζουν δερματικές και στοματικές βλάβες και η στοματική κοιλότητα είναι η πρώτη θέση εμπλοκής σε έως και 60% των περιπτώσεων όπου παρουσιάζονται σε πολλαπλές τοποθεσίες όπως είναι ο ουρανίσκος, ακολουθούμενος από τους ιστούς των ούλων. Η εμπλοκή των ούλων μπορεί να οδηγήσει σε υποκείμενη καταστροφή των οστών και στην κινητικότητα των δοντιών. Οι βλάβες αρχικά ερυθματώδεις και στη συνέχεια ιωδίζουσες δερματικές αλλοιώσεις που παρατηρούνται σε άτομα που πάσχουν από το σάρκωμα έχουν διάφορες μορφές: κηλιδώδεις, πλακώδεις, οζώδεις, εξωφυτικές αν και μπορεί επίσης να έχουν μπλε χρώμα. Πιθανότητα να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής βλάβη. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι στοματικές βλάβες KS σχετίζονται με ασθενείς που έχουν χαμηλότερο αριθμό CD4 από αυτούς με δερματικές αλλοιώσεις μόνο. Οι οζώδεις αλλοιώσεις μπορεί να μιμούνται πυογονικά κοκκώματα (PG), αιμαγγείωμα, λέμφωμα, βακτηριακή αγγειομάτωση ή μελάνωμα. Η διάγνωση ήταν παραδοσιακά η ιστολογική, ειδικά για πρώιμες βλάβες του KS, οι οποίες μπορεί να μην δείχνουν κανένα από τα άτυπα κύτταρα που σχετίζονται με αγγειακούς όγκους.

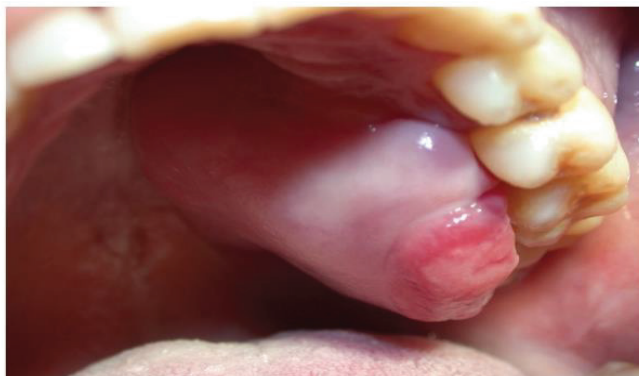
Η θεραπεία του από το στόματος KS κατευθύνεται προς τον έλεγχο της εξάπλωσής του και για την ανακούφιση του πόνου και για αισθητικούς λόγους όπως και για τον έλεγχο της

λειτουργικής βλάβης. Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένης της περιφερειακής θεραπείας με χρήση ακτινοθεραπείας εξωτερικής δέσμης ή τοπική θεραπεία που περιλαμβάνει κυτταροτοξικά φάρμακα όπως η βινμπλαστίνη.

Λέμφωμα Non-Hodgkin

Το λέμφωμα Non-Hodgkin (NHL) είναι ένα ασυνήθιστο χαρακτηριστικό της νόσου HIV. Είναι, ωστόσο, η δεύτερη πιο συχνή κακοήθεια σε αυτήν την κατάσταση, με το 4% των ασθενών με AIDS να αναπτύσσουν NHL κατά τη διάρκεια της νόσου τους. Το NHL της στοματικής κοιλότητας αντιπροσωπεύει το 3% όλων των κακοηθών λεμφωμάτων σε ασθενείς με νόσο HIV και είναι μια καθοριστική ασθένεια του AIDS. Σε αντίθεση με το κλασικό κακοήγη λέμφωμα, οι όγκοι που σχετίζονται με τον ιό HIV τείνουν να εμφανιστούν εξωσωματικά. Χαρακτηριστικά, οι στοματικοί όγκοι περιλαμβάνουν τον οισοφάγο και τα ούλα, αλλά ασυνήθιστα μπορεί να εμπλέκουν και άλλες θέσεις όπως η γλώσσα. Περιστασιακά, εμφανίζονται πολυεστιακές στοματικές βλάβες. Το λέμφωμα μπορεί να διαγνωστεί εσφαλμένα ως σάρκωμα του Καρσί, ιδιαίτερα όταν αναπτύσσεται ως μάζα βραδείας ανάπτυξης που μιμείται έναν αγγειακό όγκο. Άλλες βλάβες μπορεί να μιμούνται σήψη των δοντιών ή να παρουσιάζονται ως άτυπα έλκη στο στόμα και, συνεπώς, η βιοψία των βλαβών είναι υποχρεωτική για την κατάλληλη διαχείριση. Το στοματικό NHL φαίνεται να μην είναι χαρακτηριστικό των παιδιών που έχουν μολυνθεί από τον HIV. Ιστολογικά, οι όγκοι ποικίλλουν στη φύση, αλλά ο Levine ανέφερε την κυριαρχία των λεμφωμάτων των Β κυττάρων είτε των ανοσοβλαστικών είτε των παραλλαγών που μοιάζουν με Burkitt συχνές σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο HIV.

Η παθογένεση του NHL παραμένει ασαφής, αλλά υπήρχε μεγάλο ενδιαφέρον για το ρόλο του ιού Epstein-Barr με το 50% των όγκων που σχετίζονται με το AIDS να επιδεικνύουν γονιδιώματα EBV και επίσης για τον πιθανό αιτιολογικό ρόλο του ερπητοϊού HHV8. Τα ποσοστά επιβίωσης είναι χαμηλά. Ο Silverman αναφέρει ένα ποσοστό επιβίωσης 2 ετών μόνο 20%.



Εικόνα στοματικής κοιλότητας σε ασθενή με λέμφωμα Non-Hodgkin

Στοματική καντιντίαση

Στοματική καντιδοσυστατική είναι η πρώτη παρουσίαση της νόσου του HIV και αποτελεί σημαντικό δείκτη της εξέλιξής της. Η Samarapayake, σε μια μετά-ανάλυση, υπολόγισε ότι ο επιπολασμός της στοματικής καντιντίασης στη νόσο HIV ήταν 33% -50%. και η ασπεργίλλωση μπορεί επίσης να παρατηρηθεί σε ασθενείς με λοίμωξη HIV, αλλά πολύ λιγότερο συχνά. Αν και η στοματική καντιντίαση θεωρείται ότι σχετίζεται με τη μείωση του αριθμού των CD4, μπορεί επίσης να εμφανιστεί πολύ νωρίς κατά τη διάρκεια της λοίμωξης. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές παραλλαγές της στοματικής καντιντίασης που σχετίζονται με τον HIV. *Η ψευδομεμβρανώδης καντιντίαση, εμφανίζεται ως λευκή πλάκα που αφαιρείται εύκολα από τον υποκείμενο βλεννογόνο. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ενδοστοματική περιοχή συμπεριλαμβανομένου του στοματοφάρυγγα. *Η γωνιακή χειλίτιδα εμφανίζεται στις πρόσθιες οδοντώσεις ως ερυθρές, ραγισμένες και εξασθενημένες βλάβες, μονομερώς ή διμερώς, ενώ *η χρόνια υπερπλαστική καντιντίαση μπορεί επίσης να εμφανιστεί σε αυτόν τον ιστότοπο αν και σε ασθένεια HIV, τείνει να εμφανίζεται πιο στοματικά. Κλασικά, η χρόνια υπερπλαστική καντιντίαση εμφανίζεται ως λευκή βλάβη ή κόκκινη και λευκή βλάβη με στίγματα που προσκολλάται. Έχει επίσης κακοήθη πιθανότητα. *Η ερυθματώδης καντιντίαση σχετίζεται συνήθως με τη χρήση οδοντοστοιχιών, αντιβιοτικών ευρέος φάσματος ή θεραπείας με κορτικοστεροειδή στο γενικό πληθυσμό. Στη λοίμωξη από τον ιό HIV, εμφανίζεται στον πόρο της γλώσσας και του βλεννογόνου του υπερώου, ως περιοχή ερύθηματος που μπορεί επίσης να περιέχει ψευδομεμβρανώδη καντιντίαση. Από τις τέσσερις παραλλαγές που περιγράφονται, η οξεία ψευδομεμβρανώδης και ερυθματώδης καντιντίαση είναι οι πιο διαδεδομένες και εμφανίζονται στο 20-25% των ασθενών με λοίμωξη HIV.



Εικόνα μυκητσιακής στοματίτιδας

Η αντιμετώπιση της στοματικής καντιντίασης περιλαμβάνει τη χρήση τοπικών πολυενίων και συστηματικών ιμιδαζολών και τριαζολών. Ο κύριος παράγοντας της θεραπείας ήταν η fluconazole, αλλά η θεραπευτική της αξία διακυβεύτηκε από την εμφάνιση μυκητιασικής αντοχής στο φάρμακο που παρατηρείται συχνότερα σε συνδυασμό με χαμηλούς αριθμούς CD47 και εξέλιξη της νόσου HIV.

Ο ιός του απλού έρπητα

Ο ιός του απλού έρπητα (HSV) 1 και 2 μπορεί να προκύψει στο στόμα ως πρωτογενείς λοιμώξεις ή υποτροπιάζουσες βλάβες. Ο HSV-1 είναι πανταχού παρών, οι περισσότεροι άνθρωποι εκτίθενται σε νεαρή ηλικία μέσω του γονικού σάλιο. Η πρωτογενής λοίμωξη εμφανίζεται κλασικά ως μικρά κυστίδια, τα οποία μπορεί να επηρεάσουν οποιαδήποτε στοματική επιφάνεια του βλεννογόνου, αλλά επηρεάζουν κυρίως τους κερατινοποιημένους ιστούς του σκληρού ουρανίσκου και των ούλων. Τα κυστίδια σχετίζονται με πυρετό και τραχηλική λεμφαδενοπάθεια και η ρήξη οδηγεί στο σχηματισμό μικρών κυκλικών ελκών, τα οποία είναι επώδυνα. Τα έλκη μπορούν να συνενωθούν για να σχηματίσουν μεγαλύτερες οσφυϊκές βλάβες και να προκαλέσουν φλεγμονή των ούλων. Η πρωτογενής λοίμωξη από τον HSV είναι σχετικά ασυνήθιστη σε εφήβους και ενήλικες που έχουν μολυνθεί από τον HIV λόγω του υψηλού επιπολασμού του αντισώματος έναντι του HSV (η οροθετικότητα είναι 90-95% στους ομοφυλόφιλους άνδρες και στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών). Η κλινική διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί με κυτταρολογία και άμεσο ανοσοφθορισμό, αντί για ιογενή καλλιέργεια. Ωστόσο, η ηλεκτρονική μικροσκοπία και η PCR παρέχουν μεγαλύτερη ευαισθησία ως διαγνωστικά εργαλεία. Οι τυπικές θεραπευτικές αγωγές περιλαμβάνουν από του στόματος aciclovir 400 mg, πέντε φορές την ημέρα για 5 ημέρες ή σε πιο σοβαρές λοιμώξεις (βλάβες που παραμένουν για περισσότερο από 1 μήνα) 5 mg/kg με ενδοφλέβια έγχυση τρεις φορές καθημερινά. Σε περιπτώσεις αντοχής σε aciclovir, δίνεται foscarnet 40-60 mg/ kg και συνιστάται τρεις φορές την ημέρα.

Οι επαναλαμβανόμενες στοματικές λοιμώξεις του ιού της ανεμευλογιάς ζωστήρα (VZV) προκύπτουν και πάλι από το γάγγλιο του τριδύμου, σχετίζονται με ένα πρόδρομο και έναν ή περισσότερους κλάδους του τριδύμου νεύρου. Οι λοιμώξεις φαίνεται να είναι πιο σοβαρές και παρατεταμένες σε ασθενείς με θετικό HIV και αναφέρθηκε ότι έχουν επίπτωση επτά φορές μεγαλύτερη από ό, τι στον γενικό πληθυσμό. Στη θεραπεία involve saciclovir 30mg/kg καθημερινά έχει αναφερθεί αντοχή.

Στοματικό έλκος

Το στοματικό έλκος ποικίλων αιτιολογιών είναι συχνό στον γενικό πληθυσμό, με το 20% των ατόμων να εμφανίζουν υποτροπιάζουσες αφθώδεις εκδηλώσεις. Αυτό είναι επίσης ένα χαρακτηριστικό της νόσου του HIV, που συχνά προκαλεί σημαντική νοσηρότητα σε αυτούς τους ασθενείς. Οι McPhail και Greenspan ανέφεραν ότι το 31% των ασθενών που παρουσίαζαν στοματικά προβλήματα που σχετίζονται με τον HIV είχαν έλκος από το στόμα. Η αιτιολογία του στοματικού έλκους που σχετίζεται με τον HIV είναι πολυπαραγοντική και μπορεί να ταξινομηθεί ως: *μολυσματική (μυκητιακή, βακτηριακή, ιογενής και πρωτοζωική), *νεοπλασματικό (λέμφωμα και καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων), *έλκος που δεν προσδιορίζεται διαφορετικά (NOS, μη μολυσματικά ή νεοπλασματικά έλκη τα οποία μπορεί να έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά με τις αφθες και έχουν μη ειδική ιστολογία) και *ιατρογενής. Από αυτές τις κατηγορίες κυριαρχούν τα ιογενή και αφθονικά έλκη.

Το ιατρογενές έλκος μπορεί να προκύψει από τη χρήση ποικίλων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένης της φουσκάρνης και της ιντερφερόνης, ενώ δευτερογενείς επιδράσεις της φαρμακευτικής θεραπείας, όπως η επαγόμενη από ζιδοβουδίνη ακοκκιοκυττάρωση ή ως συνέπεια της χρήσης κυτταροτοξικών, μπορεί επίσης να προκαλέσει έλκος από το στόμα. Σύνδρομο Stevens-Johnson και τοξική επιδερμολύση έχουν επίσης αναφερθεί μετά τη χορήγηση κετοκοναζόλης και σουλφοναμιδίων. Το νεοπλασματικό έλκος είναι ασυνήθιστο, αλλά μπορεί να επηρεάσει το NHL ή το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων. Το άτυπο KS μπορεί επίσης να εμφανιστεί με έλκος. Είναι ακόμα αβέβαιο εάν το καρκίνωμα των πλακωδών κυττάρων είναι πιο διαδεδομένο στη νόσο του HIV. Ωστόσο, φαίνεται να στοχεύει έναν νεότερο πληθυσμό με απουσία των συνηθισμένων παραγόντων κινδύνου. Ο έλκος λόγω μυκητικών, βακτηριακών και πρωτοζωικών αιτιών είναι σπάνιος. Η θεραπεία για επαναλαμβανόμενο στοματικό έλκος ποικίλλει από τοπικούς στεροειδείς παράγοντες έως θαλιδομίδη.

Επίσης η ξηροστομία ως αποτέλεσμα του μειωμένου ρυθμού ροής των σιελογόνων μπορεί όχι μόνο να αυξήσει τον κίνδυνο τερηδόνας των δοντιών αλλά και να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, διότι οδηγεί σε δυσκολία στο μάσημα, την κατάποση και τη γεύση των τροφίμων.

Ο προστατευτικός ρόλος του στόματος

Ο προστατευτικός ρόλος του στόματος κατά της μετάδοσης του HIV διερευνήθηκε αρχικά λόγω της σπανιότητας της λοίμωξης HIV μέσω της στοματικής οδού, και πιστεύεται ότι οφείλεται σε μια ποικιλία ενδογενών αναστολέων που υπάρχουν στο σάλιο. Επιπλέον, ο

στοματικός βλεννογόνος είναι γενικά πολύ παχύτερος από τον κολπικό ή πρωκτικό βλεννογόνο, και τα κύτταρα Langerhans είναι γενικά βαθιά μέσα στο επιθήλιο. Ωστόσο, το στοματικό φράγμα σπάει όταν σχηματίζονται έλκη, κατά τη διάρκεια των ουλικών/περιοδοντικών ασθενειών ή με το τραύμα, παρέχοντας ανοιχτές βλάβες μέσω των οποίων μπορεί να περάσει ο ιός. Το στόμα μπορεί εύκολα να εξεταστεί από τους κλινικούς γιατρούς. Τα κλινικά ευρήματα από μόνα τους υποστηρίζονται από την αναγνώριση ότι τέτοιες στοματικές αλλοιώσεις μπορούν να διαγνωστούν μόνο με «υποθετικά» κλινικά κριτήρια. Αντίθετα, άλλες στοματικές βλάβες έχουν πολύ λεπτές εμφανίσεις και μπορεί να διαγνωστούν λανθασμένα από το άπειρο μάτι. Σε μια μελέτη γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μόνο το 26% μπόρεσε να εντοπίσει και να διαγνώσει σωστά τις στοματικές βλάβες KS και 22% τις βλάβες της τριχωτής λευκοπλακίας, ενώ σε μια δεύτερη μελέτη, οι οδοντικοί εξεταστές ήταν σημαντικά πιο επιτυχημένοι στον εντοπισμό των στοματικών βλαβών στην ασθένεια HIV. Τέτοια ευρήματα υποδηλώνουν τη σημασία της υιοθέτησης μιας ομαδικής προσέγγισης στην οποία συμμετέχουν ιατροί, οδοντίατροι, και κοινοτικοί εργαζόμενοι, με τους ιατρούς του ουροποιητικού συστήματος να αναλαμβάνουν το προβάδισμα στη διαχείριση και τον συντονισμό των υπηρεσιών. Έχει αποδειχθεί ότι η εμπειρία των ιατρών όσον αφορά το AIDS και τον ιό HIV έχει σημαντική επίδραση στην επιβίωση των ασθενών, και μια τέτοια ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα μπορεί να βελτιώσει μόνο τα κλινικά αποτελέσματα. (The significance of oral health in HIV disease Iain L C Chapple, John Hamburger Sex Transm Inf 2000;76:236–243)

13. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η Στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής υγείας όλων των ατόμων. Επηρεάζει την καθημερινή λειτουργία και την ευημερία ενός ατόμου, οδηγώντας ακόμη και σε ενδεχόμενη ανικανότητα του/της είτε σωματικά ή ψυχολογικά. Πράγματι, γίνεται δεκτό ότι τα προβλήματα στη στοματική υγεία μπορεί να δημιουργήσουν σημαντικές επιπλοκές και κόστος όχι μόνο για το συγκεκριμένο άτομο, αλλά και για την κοινωνία στο σύνολό της. Αυτό ισχύει για όλες τις κοινωνίες γενικότερα. (Έτσι, είναι για το συνολικό καλό τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας ότι η ποιότητα της ζωής λαμβάνεται υπόψη). Οι τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν δει την ανάπτυξη ενός μεγάλου φάσματος των μέτρων σχετικών με την ποιότητα ζωής της υγείας στον τομέα της οδοντιατρικής, σε μια προσπάθεια να συλλάβουν τον αντίκτυπο των στοματικών διαταραχών τόσο σε ασθενείς με σωματική και ψυχολογική ψυχοπαθολογία, καθώς και την κοινωνική ευημερία και την ικανότητά τους να εκτελούν καθημερινά δραστηριότητες.

Η κατάσταση της στοματικής υγείας μπορεί με τη σειρά της να επηρεαστεί από ποικιλία πολλών προσωπικών, κοινωνικών και τοπικών παραγόντων. Οι διαφορές στην κατάσταση της στοματικής υγείας μπορεί πράγματι να φανεί κατά τη σύγκριση διαφορετικών περιοχών στο εσωτερικό μιας χώρας ή μεταξύ χωρών και γεωγραφικών περιοχών. Μάλιστα, σε μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη στην Ελλάδα, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων περιφερειών, καθώς και μεταξύ αστικών και αγροτικών (γεωργικών) περιοχών για τη στοματική κατάσταση των κατοίκων των περιοχών αυτών.

Ο Βλασιάδης και άλλοι (2008) αναφέρουν, ότι τα προβλήματα της στοματικής υγείας επιδρούν στην ποιότητα ζωής μειώνοντας τις φυσικές λειτουργίες, τις κοινωνικές λειτουργίες και την αυτοεκτίμηση του ασθενούς. Οι ίδιοι επικεντρώνονται στα συστήματα μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία. Υποστηρίζουν ότι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία πρέπει να γίνεται με μεθόδους απλές στη χρήση και αξιόπιστες που θα μπορούν να δεχτούν στατιστική ανάλυση. Επίσης πρέπει να συμβαδίζουν με τα ισχύοντα θεωρητικά μοντέλα και ανταποκρίνονται στην ανάγκη λήψης αποφάσεων. Τα στοιχεία της κατάστασης της ποιότητας ζωής πρέπει να συλλέγονται από σταθερές πηγές καταγραφής. Για παράδειγμα, εθνικές καταγραφές ή ηλεκτρονικές καταγραφές νοσοκομείων. Ο τρόπος διαχείρισης των συστημάτων μέτρησης της ποιότητας ζωής σε σχέση με την στοματική υγεία περιλαμβάνει απευθείας συνέντευξη, τηλεφωνική συνέντευξη, συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τον ίδιο τον ασθενή ή από κάποιο εκπρόσωπό του εάν ο ίδιος δεν μπορεί να απαντήσει. Η πιο έγκυρη και διαδεδομένη μέθοδος είναι η συμπλήρωση από

τον ίδιο τον ασθενή. Τα συστήματα μέτρησης της στοματικής υγείας ταξινομούνται σε γενικά και ειδικά. Τα γενικά εξετάζουν εάν τηρούνται οι αρχές της ποιότητας ζωής σχετικά με την υγεία. Σε αυτή την κατηγορία ανήκει και το σύστημα μέτρησης της ποιότητας ζωής του ΠΟΥ. Δεν είναι τόσο ευαίσθητα στις συνέπειες της στοματικής υγείας ούτε τόσο αξιόπιστα όσο τα ειδικά συστήματα μέτρησης. Τα ειδικά συστήματα μέτρησης είναι πιο ευαίσθητα στις συνέπειες της στοματικής υγείας από τα γενικά και πιο ικανά στην μέτρηση της ποιότητας ζωής σχετικά με την στοματική υγεία, πιο αξιόπιστα και πιο αποδεκτά από τους ασθενείς που έχουν μεγαλύτερη κλινική ευαισθησία. **Ο όρος ποιότητας ζωής σχετικά με την στοματική υγεία** εμπεριέχει τις παθήσεις του στοματογναθικού συστήματος: τις στοματικές λειτουργίες και την αντίληψη του ασθενούς για τις επιπτώσεις των στοματικών διαταραχών στο “ευ ζην”. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την άποψη του ατόμου σχετικά με την στοματική υγεία και από την κατάσταση της στοματικής υγείας. (Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη στοματική υγεία σε καταστάσεις επείγουσας οδοντιατρικής αντιμετώπισης, Παπαϊωάννου Ιωάννης Οικονομικών Επιστημών Μάρτιος 2014, Σελ 11-13 και 18-19)

14. ΣΥΝΟΨΗ

Η στοματική υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της γενικής υγείας του ατόμου και η φροντίδα του στόματος δεν είναι εφεύρεση της εποχής μας αλλά υπάρχει από την αρχαία εποχή ακόμη. Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση αντιμετωπίζει τη στοματική υγεία, όχι απλώς ως την υγεία των δοντιών και των ούλων, αλλά ως την απουσία χρόνιου στοματοπροσωπικού πόνου, καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, συγγενών ανωμαλιών και κάθε άλλης νόσου ή διαταραχής η οποία επηρεάζει το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα. Η οδοντιατρική επιστήμη και η γναθοπροσωπική έχει τεκμηριώσει τους παράγοντες που σχετίζονται αιτιολογικά με την εμφάνιση στοματικών νοσημάτων, γεγονός που μας παρέχει την πλήρη γνώση και τα εργαλεία για την πρόληψή τους και την προαγωγή της Στοματικής Υγείας. Η κατανάλωση ζάχαρης προκαλεί τερηδόνα στα δόντια.

Άλλος παράγοντας είναι το κάπνισμα το οποίο σχετίζεται με αύξηση της συχνότητας και της βαρύτητας της περιοδοντικής νόσου. Επίσης, ο συνηθέστερος τραυματισμός στην περιοχή του στόματος και των γνάθων αφορά σε σπάσιμο δοντιών και κυρίως σε παιδιά και εφήβους. Επίσης, στην Ελλάδα έχουμε αυξημένο αριθμό τροχαίων ατυχημάτων, όπου συχνά καταγράφονται τραυματισμοί της γναθοπροσωπικής χώρας. Το αποτέλεσμα είναι να απαιτείται υψηλό κόστος αποκατάστασης της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής. **Στη χώρα μας παρατηρείται βελτίωση των δεικτών στοματικής υγείας την τελευταία εικοσαετία. Ωστόσο εμφανίζονται σημαντικές περιφερειακές ανισότητες στη στοματική υγεία, και κυρίως σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αναποτελεσματική λειτουργία είναι η έλλειψη εθνικής πολιτικής για τη στοματική υγεία και η αδράνεια στον τομέα της προαγωγής της στοματικής υγείας.**

Στα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία για τη χώρα μας, παρατηρούμε ότι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες εμφανίζονται μεγάλες ανισότητες ως προς τη γεωγραφική κατανομή των νόσων του περιοδοντίου. Η παρουσία περιοδοντικών νόσων φάνηκε επίσης ότι επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο σε 3 από τις 5 πληθυσμιακές ομάδες. Η πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη, που αποτελεί το 90% της οδοντιατρικής φροντίδας, εξασφαλίζεται στη χώρα μας από τον ιδιωτικό κυρίως τομέα. Κύρια προβλήματα της οδοντιατρικής περίθαλψης μέσω του ιδιωτικού τομέα, είναι η έλλειψη ρεαλιστικού και εγκεκριμένου κατώτατου κρατικού τιμολογίου οδοντιατρικών θεραπειών, τόσο σε τοπικό, όσο και σε κεντρικό επίπεδο και η αδυναμία συμβάσεων με τα διάφορα ταμεία λόγω των εξαιρετικά χαμηλών προτεινόμενων αμοιβών. Στην οδοντιατρική περίθαλψη που παρέχεται από το δημόσιο τομέα και την κοινωνική ασφάλιση υπάρχουν σημαντικές ανισότητες. Σημειώνεται ότι ενώ θεωρητικά όλος ο ελληνικός πληθυσμός δύναται να έχει οδοντιατρική περίθαλψη, μόνο το 75% του πληθυσμού καλύπτεται με θεσμοθετημένες παροχές από τους κανονισμούς παροχών των ασφαλιστικών φορέων.

Η Ελλάδα κατέχει στην Ε.Ε. τα πρωτεία όσον αφορά στις δαπάνες για τη στοματική υγεία με 1,1% του Α.Ε.Π. και εμφανίζει διπλάσια αναλογία οδοντιάτρων στον πληθυσμό σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Μόλις το 1,23% των δημοσίων δαπανών υγείας διατίθεται για οδοντιατρική φροντίδα. Ως αποτέλεσμα της ελλιπούς χρηματοδότησης, το κάθε νοικοκυριό καλείται να επιβαρυνθεί το κόστος με αποτέλεσμα το **33,98% των χρημάτων που πληρώνει από τις δαπάνες του για την υγεία να αφορούν στην οδοντιατρική φροντίδα.** Από το 1998 μέχρι το 2004, οι ιδιωτικές οδοντιατρικές δαπάνες κυμαίνονται σταθερά στο 15-17% του συνόλου των (δημοσίων και ιδιωτικών) δαπανών υγείας της χώρας μας και στο 30-35% των συνολικών ιδιωτικών δαπανών. Από πρόσφατα στοιχεία του 2004-2005, φαίνεται ότι το 2004 οι ιδιωτικές οδοντιατρικές δαπάνες αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας, έχοντας φτάσει το 47,4% του συνόλου, ενώ δεν υπάρχουν ξεκάθαρα στοιχεία για τις δημόσιες δαπάνες.

Επιχειρώντας μία αποτίμηση της λειτουργίας του συστήματος παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στη χώρα διαπιστώνουμε ότι εμφανίζει υψηλό κόστος και χαμηλή αποτελεσματικότητα, ενώ παράλληλα συντηρεί τις περιφερειακές ανισότητες στη στοματική υγεία. Οι κυριότεροι **παράγοντες που συμβάλλουν στην αναποτελεσματική λειτουργία** είναι *η έλλειψη εθνικής πολιτικής για τη στοματική υγεία, *η αδράνεια στον τομέα της προαγωγής της στοματικής υγείας, *η έλλειψη επιτελικής υπηρεσίας για τη στοματική υγεία, *η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη της οδοντιατρικής θεραπείας, *η έλλειψη διασύνδεσης μεταξύ πρωτοβάθμιας- δευτεροβάθμιας-τριτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης, *η έλλειψη συστημάτων ελέγχου της ποιότητας της παρεχόμενης οδοντιατρικής φροντίδας, *ο υπερπληθωρισμός και * άνιση κατανομή του οδοντιατρικού δυναμικού στη χώρα.

Ο Π.Ο.Υ. προσδιορίζει τη στοματική υγεία ως ένα από τα στοιχεία που καθορίζουν τη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Παράλληλα, οι ασθένειες του στόματος βρίσκονται στην 4η θέση των πιο ακριβών στη θεραπεία νοσημάτων. Συνεπώς, το Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία αποτελεί μία αποδοτική στρατηγική για να μειωθεί το οικονομικό βάρος των ασθενειών του στόματος και για να προαχθεί η στοματική υγεία και η ποιότητα ζωής των πολιτών. Αποστολή του είναι η θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής με σκοπό,

- 1) την πρόληψη των νόσων του στόματος,
- 2) την προαγωγή της Στοματικής Υγείας,
- 3) την αποτελεσματική θεραπεία των νόσων του στόματος,
- 4) την αποδοτική και ποιοτική λειτουργία των υπηρεσιών Οδοντιατρικής Φροντίδας,
- 5) και την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων.

B) ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υλικά και Μέθοδοι

Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη αφορά στην καταγραφή των διαγνώσεων της στοματικής κοιλότητας σε άτομα που επισκέφτηκαν το οδοντιατρείο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων με χρονικό διάστημα παρακολούθησης από τον **Απρίλιο του 2014 έως και τον Ιούνιο του 2019**. Το πρωτόκολλο της μελέτης πληρούσε τις ηθικές και επιστημονικές αρχές που διέπουν την κλινική έρευνα, όπως έχουν τεθεί από την Διακήρυξη του Ελσίνκι κατά το 18^ο Παγκόσμιο Ιατρικό Συνέδριο και όλες τις αναθεωρήσεις της. Όλες οι ηθικές και νομικές προϋποθέσεις πληρούνταν πριν την εισαγωγή του πρώτου ασθενούς στη μελέτη.

Πληθυσμός Μελέτης

Όλοι οι ασθενείς που επισκέφθηκαν το οδοντιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για οδοντικό έλεγχο ή/και διάγνωση συγκεκριμένης ασθένειας εντός του προβλεπόμενου χρονικού διαστήματος αποτέλεσαν τον επιλέξιμο πληθυσμό της μελέτης. Δεν τέθηκε κανένα κριτήριο για την ηλικία των συμμετεχόντων και τον αριθμό των επισκέψεών τους στο οδοντιατρείο.

Συλλογή Δεδομένων

Κατά την πρώτη επίσκεψη στο οδοντιατρείο, κάθε ασθενής αποκτούσε έναν μοναδικό κωδικό (ID). Στη συνέχεια, σε μια ειδικά διαμορφωμένη ηλεκτρονική πλατφόρμα, καταγράφονταν τα παρακάτω στοιχεία:

- Ηλικία
- Φύλο (άνδρας/γυναίκα)
- Υπηκοότητα (ελληνική/μη ελληνική)
- Λόγος επίσκεψης στο οδοντιατρείο ο οποίος αφορούσε είτε έναν οδοντικό έλεγχο ρουτίνας είτε την εξέταση από τον θεράπων οδοντίατρο και κατόπιν διάγνωση μιας τουλάχιστον εκ των παρακάτω παθήσεων:
 1. Τερηδόνα
 2. Περιοδοντοπάθεια
 3. Οδοντικό απόστημα
 4. Κάταγμα οδόντος

5. Μόρφωμα χείλους/Βιοψία
6. Περιστεφανίδα
7. Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου
8. Καρκίνος
9. Πάρεση προσωπικού/Νευροπάθεια
10. Τρυγία
11. Άλλες βλάβες στόματος (ξηροστομία, προμεταμοσχευτικός έλεγχος, δυσκολία ανατολής, συρίγγιο γομφίου, επανέλεγχος και κυρίως υπολειμματικές ρίζες)

Για κάθε μία από τις παραπάνω ασθένειες, το δείγμα των συμμετεχόντων χωρίστηκε σε ασθενείς, όταν αυτοί είχαν διαγνωστεί έστω και μία φορά με την εκάστοτε ασθένεια κατά την επίσκεψή τους, από τους ιατρούς του οδοντιατρείου, και σε μάρτυρες, όταν αυτοί δεν είχαν καταγραφεί να πάσχουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια.

Για να αποφευχθεί η διπλοεγγραφή ασθενών οι οποίοι μπορεί να επισκέφθηκαν το ιατρείο παραπάνω από μια φορές, τα δεδομένα επανασυλλέγονταν σε κάθε επόμενη επίσκεψη και ταυτοποιούνταν με χρήση της ηλεκτρονικής πλατφόρμας ώστε να επιβεβαιωθεί η ταυτότητα του ασθενούς. Επιπλέον, σε κάθε επόμενη επίσκεψη του ασθενούς ο οποίος είχε διαγνωσθεί με συγκεκριμένη ασθένεια, ο θεράπων οδοντίατρος αξιολογούσε τη στοματική υγεία του και εξακρίβωνε αν ο ασθενής θεραπεύτηκε ή όχι.

2. Στατιστική Ανάλυση

Για τις κατηγορικές μεταβλητές *φύλο, *υπηκοότητα, *λόγος επίσκεψης στο οδοντιατρείο και *θεραπεία, υπολογίστηκαν οι αντίστοιχες συχνότητες (N) και τα ποσοστά (%) των συμμετεχόντων. Το ίδιο έγινε και για τον *αριθμό επισκέψεων ανά ασθενή. Για την *ηλικία των συμμετεχόντων, υπολογίστηκε η αντίστοιχη μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Εφαρμόστηκαν πολλαπλοί στατιστικοί **έλεγχοι student t-test** ανάμεσα *στην ηλικία και την έκβαση της θεραπείας καθώς, επίσης ανάμεσα *στην ηλικία και κάθε μία κατηγορία διάγνωσης που προέκυψε από το λόγο επίσκεψης στο οδοντιατρείο, ώστε να ελεγχθεί αν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την έκβαση της θεραπείας ή την αντίστοιχη διάγνωση. Επίσης, υπολογίστηκαν οι συχνότητες (N) και τα ποσοστά (%) των ασθενών που θεραπεύτηκαν ανά διάγνωση. Στη συνέχεια, εφαρμόστηκαν **πολλαπλά μονοπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης** *με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάγνωση και ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο, με κατηγορία αναφοράς τους άντρες ή η υπηκοότητα, με κατηγορία αναφοράς τους αλλοδαπούς. Εκτιμήθηκαν οι αντίστοιχοι σχετικοί λόγοι των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (Σ Λ, *odds ratio*, OR) για κάθε μία κατηγορία των ανεξάρτητων μεταβλητών σε σύγκριση με την εκάστοτε κατηγορία αναφοράς.

Το φύλο, ως γνωστός συγχυτικός παράγοντας, μπορεί να οδηγήσει σε αλλοίωση των αποτελεσμάτων και γι' αυτό το λόγο, πραγματοποιήθηκε **διαστρωματοποιημένη ανάλυση ανά φύλο**. Για κάθε φύλο ξεχωριστά, υπολογίστηκαν οι αντίστοιχες συχνότητες (N) και τα ποσοστά (%) των συμμετεχόντων για όλες τις κατηγορίες των μεταβλητών υπηκοότητα και θεραπεία, αλλά και οι αντίστοιχες μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις της ηλικίας. Στη συνέχεια συγκρίθηκαν οι μέσες τιμές της ηλικίας των συμμετεχόντων που διεγνώσθησαν ή δεν διεγνώσθησαν με κάποια πάθηση μέσω του στατιστικού κριτηρίου t-test και κατασκευάστηκε ένα **μονοπαραγοντικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης** με εξαρτημένη μεταβλητή *το λόγο επίσκεψης στο οδοντιατρείο και ανεξάρτητη μεταβλητή την υπηκοότητα με κατηγορία αναφοράς την κατηγορία «Αλλοδαποί» ώστε να εκτιμηθεί ο σχετικός λόγος των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (ΣΛ, *odds ratio*, OR) για την κατηγορία «Έλληνες» σε σύγκριση με την κατηγορία αναφοράς.

Επιπρόσθετα, ανά υπηκοότητα ακολουθήθηκε μια παρόμοια διαδικασία, όπως προηγουμένως. Υπολογίστηκαν οι συχνότητες (N) και τα ποσοστά (%) για τις μεταβλητές φύλο και θεραπεία, καθώς, επίσης και η μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των μέσων των ηλικιών των συμμετεχόντων που διεγνώσθησαν και δεν διεγνώσθησαν με κάποια πάθηση και, τέλος, κατασκευάστηκε ένα **μονοπαραγοντικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης** με εξαρτημένη μεταβλητή το λόγο επίσκεψης στο οδοντιατρείο και ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο με κατηγορία αναφοράς την κατηγορία «Άνδρες».

Η ηλικία αποτελεί εξίσου σημαντικό συγχυτικό παράγοντα για πλήθος σχέσεων που μελετώνται σε έρευνες της κλινική επιδημιολογίας, επομένως, η συγκεκριμένη μεταβλητή κατηγοριοποιήθηκε στις εξής κατηγορίες: (1) ηλικία ίση ή μικρότερη των 18 ετών (≤ 18), (2) ηλικία μεταξύ των 18 και 34 ετών, (3) ηλικία μεταξύ των 35 και 49 ετών, (4) ηλικία μεταξύ των 50 και 64 ετών και (5) ηλικία ίση ή άνω των 65 ετών (≥ 65). Με αυτή την κατηγοριοποίηση, υπολογίστηκαν η συχνότητα (N) και το ποσοστό (%) των συμμετεχόντων ανά κατηγορία των μεταβλητών *φύλο, *θεραπεία και *υπηκοότητα, ενώ κατασκευάστηκαν **μονοπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης** με εξαρτημένη μεταβλητή τη *διάγνωση και ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο, με κατηγορία αναφοράς τους άντρες, ή την υπηκοότητα, με κατηγορία αναφοράς τους αλλοδαπούς. Έτσι, εκτιμήθηκε ο σχετικός λόγος των συμπληρωματικών πιθανοτήτων (ΣΛ, *odds ratio*, OR) για κάθε μία κατηγορία των ανεξάρτητων μεταβλητών σε σύγκριση με την εκάστοτε κατηγορία αναφοράς.

Στο τελευταίο στάδιο της ανάλυσης, για κάθε διάγνωση κατασκευάστηκε ένα **πολυπαραγοντικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης** με εξαρτημένη μεταβλητή την

αντίστοιχη *διάγνωση και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο, με κατηγορία αναφοράς τους άντρες, την υπηκοότητα με κατηγορία αναφοράς τους αλλοδαπούς και την συνεχή μεταβλητή ηλικία.

Σε περίπτωση που ο αριθμός των ασθενών για μία διάγνωση ήταν μικρότερος του 5, τότε δεν κατασκευαζόταν το μονοπαραγοντικό μοντέλο, λόγω πολύ χαμηλής στατιστικής ισχύος. Ομάδα ελέγχου σε όλα τα μοντέλα αποτέλεσε η ομάδα των συμμετεχόντων οι οποίοι δεν επισκέφθηκαν το οδοντιατρείο για οδοντικό έλεγχο ή δεν είχαν διαγνωσθεί με την εκάστοτε ασθένεια. Ως όριο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $\alpha=0,05$. Για όλες τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for Social Sciences, IBM SPSS Statistics 26.0).

3. Αποτελέσματα

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος που συγκεντρώθηκε ήταν 477 άτομα, από τους οποίους οι 212 (44,44%) ήταν άνδρες και οι 265 (55,56%) γυναίκες. Από τους 477 ασθενείς που εξετάστηκαν, οι 343 (71,91%) ήταν ελληνικής υπηκοότητας, ενώ οι υπόλοιποι 134 (28,09%) μη ελληνικής υπηκοότητας (Πίνακας 3.1, Γράφημα 3.1). Η μέση τιμή της ηλικίας των ασθενών ήταν 40,68 έτη με τυπική απόκλιση 20,9 έτη (Πίνακας 3.1, Γράφημα 3.2). Ακραίες τιμές ηλικίας που είχαμε: 5-86 ετών. Οι 434 (93,53%) ασθενείς που επισκέφτηκαν το οδοντιατρείο θεραπεύτηκαν από το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν μετά από κάποια επίσκεψή τους (Πίνακας 3.1).

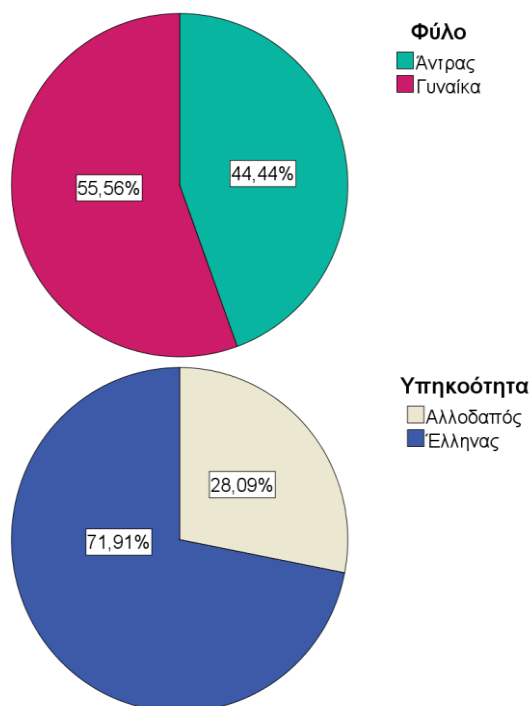
Ο αριθμός επισκέψεων ανά συμμετέχοντα κυμαινόταν από 1 έως 11 επισκέψεις, ενώ **ο συνολικός αριθμός επισκέψεων που καταγράφηκαν ήταν 706** (Πίνακας 3.2). Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (77,6%) επισκέφτηκαν το οδοντιατρείο του νοσοκομείου μόνο 1 φορά. Στον πίνακα 3.2 διακρίνεται αναλυτικά ο αριθμός των ασθενών ανά αριθμό επισκέψεων.

Εντοπίστηκαν ελλείπουσες τιμές για την ηλικία σε 4 συμμετέχοντες, ενώ για 13 συμμετέχοντες δεν υπήρχε πληροφορία σχετικά με το αν θεραπεύτηκαν ή όχι.

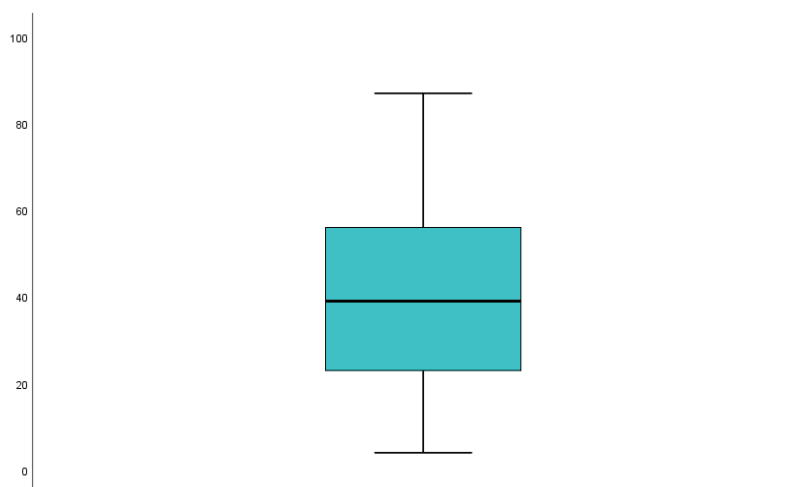
Πίνακας 3.1 Πίνακας συχνοτήτων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών στο σύνολο του δείγματος μεγέθους 477 ατόμων

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρες	212	44.44
	Γυναίκες	265	55.56
Υπηκοότητα	Αλλοδαποί	134	28.09
	Έλληνες	343	71.91
Θεραπεύτηκε	Όχι	30	6.47
	Ναι	434	93.53
		Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία (έτη)		40,68	20,9

Γράφημα 3.1 Πίτες για το φύλο (αριστερά) και για την υπηκοότητα (δεξιά) στο σύνολο των 477 ασθενών



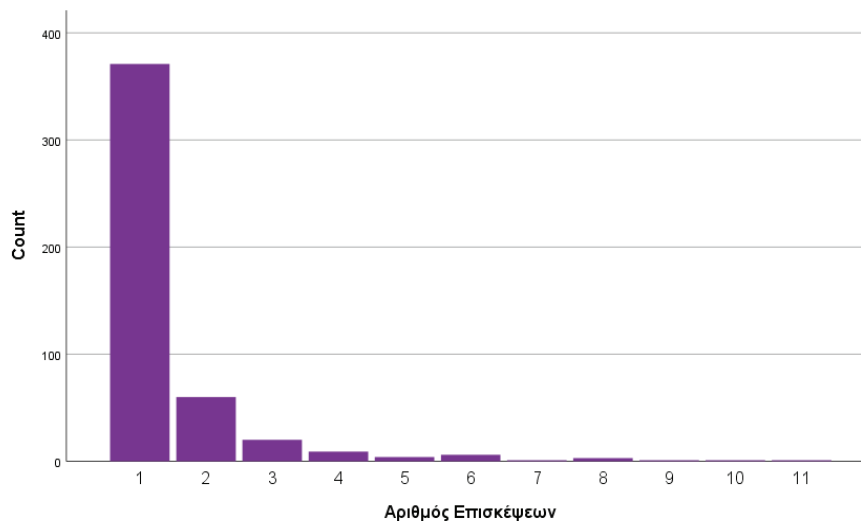
Γράφημα 3.2 Θηκογράφημα (boxplot) ηλικίας στο σύνολο των 477 ασθενών(5-86)



Πίνακας 3.2 Αριθμός επισκέψεων ανά ασθενή σε όλο το μέγεθος δείγματος (n=477)

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Αριθμός επισκέψεων	1	370	77,6
	2	60	12,6
	3	21	4,4
	4	9	1,9
	5	4	0,8
	6	6	1,3
	7	1	0,2
	8	3	0,6
	9	1	0,2
	10	1	0,2
	11	1	0,2
	Σύνολο	477	100,0

Γράφημα 3.3 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον συνολικό αριθμό επισκέψεων στο οδοντιατρείο για τους 477 συμμετέχοντες



Συνολικά, κυρίως ως επείγοντα περιστατικά στους 477 ασθενείς καταγράφηκαν 585 διαγνώσεις, από τις οποίες οι 163 (34,17%) αφορούσαν σε τερηδόνα, 23 (4,82%) σε περιοδοντοπάθεια, 95 (19,92%) περιπτώσεις σε οδοντικό απόστημα, 12 (2,52%) σε κάταγμα όδοντος, 38 (7,97%) σε μόρφωμα χείλους ή βιοψία χείλους, 10 (2,1%) σε περιστεφανίτιδα, 12 (2,52%) σε κάταγμα σπλαχνικού κρανίου, 5 (1,05%) περιπτώσεις καρκίνου, 2 (0,42%) σε πάρεση προσωπικού ή νευροπάθεια, 11 (2,31%) σε τρυγία, ενώ οι 117 (24,5%) αφορούσαν σε άλλες βλάβες στόματος (βλάβες στοματικής κοιλότητας, δυσκολία ανατολής οδόντων, τραύμα στοματικής κοιλότητας, κυστικοί σχηματισμοί, λεύκη, λευκοπλακία και κυρίως οι υπολειμματικές ρίζες). Συνολικά, έγινε οδοντικός έλεγχος σε 97 άτομα, δηλαδή στο 20,34% του συνόλου των ατόμων που επισκέφθηκαν το νοσοκομείο (Πίνακας 3.3). Σύμφωνα με τον πίνακα 3.4, τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δε θεραπεύτηκαν από την εκάστοτε νόσο με την οποία διεγνώσθησαν κυμαίνονταν σε χαμηλά επίπεδα.

Πίνακας 3.3 Πίνακας συχνότητων όλων των καταγεγραμμένων διαγνώσεων στους 477 ασθενείς

	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Τερηδόνα	163	34.17 (1ο)
Περιοδοντοπάθεια	23	4.82 (6ο)
Οδοντικό απόστημα	95	19.92 (4ο)
Κάταγμα οδόντος	12	2.52 (7ο)
Οδοντικός έλεγχος	97	20.34 (3ο)
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	38	7.97 (5ο)
Περιστεφανίτιδα	10	2.10 (9ο)
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	12	2.52 (7ο)
Καρκίνος	5	1.05 (10ο)
Πάρεση προσωπικού/Νευροπάθεια	2	0.42 (11ο)
Τρυγία	11	2.31 (8ο)
Άλλες βλάβες στόματος	117	24.5 (2ο)

Οι άλλες βλάβες στόματος αφορούσαν βλάβες στοματικής κοιλότητας, δυσκολία ανατολής οδόντων, τραύμα στοματικής κοιλότητας, κυστικοί σχηματισμοί, ξηροστομία, συρίγγιο γομφίου, λεύκη, λευκοπλακία και κυρίως οι υπολειμματικές ρίζες.

Πίνακας 3.4 Πίνακας συχνότητων για τους συμμετέχοντες που θεραπεύτηκαν ή όχι ανά διάγνωση

	Δε Θεραπεύτηκαν		Θεραπεύτηκαν	
	N	%	N	%
Τερηδόνα	2	1.25	158	98.75
Περιοδοντοπάθεια	0	0.00	23	100.00
Οδοντικό απόστημα	1	1.05	94	98.95
Κάταγμα οδόντος	1	9.09	10	90.91
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	4	11.11	32	88.89
Περιστεφανίτιδα	0	0.00	9	100.00
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	3	25.00	9	75.00
Καρκίνος	1	33.33	2	66.67
Πάρεση προσωπικού/Νευροπάθεια	0	0.00	1	100.00
Τρυγία	0	0.00	11	100.00
Άλλες βλάβες στόματος	3	2.63	111	97.37

Έγινε έλεγχος t-test για τη διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης της ηλικίας με όλους τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο που καταγράφηκαν. Επίσης, διερευνήθηκε αν η ηλικία των ασθενών επηρεάζει την έκβαση της θεραπείας. Τα αποτελέσματα των t-tests απεικονίζονται στον Πίνακα 3.5. Υπήρχε **στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την έκβαση της θεραπείας με P-value=0,018**. Αυτοί που δεν θεραπεύτηκαν ήταν κατά μέσο όρο 9,4 έτη μεγαλύτεροι από αυτούς που θεραπεύτηκαν. Επίσης, υπήρχε ισχυρή στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και το μόρφωμα χείλους ή βιοψία με P-value<0,01 και διαφορά μέσω 17,69 έτη, αλλά και ανάμεσα στην ηλικία και την περιστεφανίτιδα με P-value<0,01 και διαφορά μέσω 16,73 έτη. Η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τον καρκίνο είναι οριακά μη στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$, ενώ για τις υπόλοιπες διαγνώσεις δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 3.5 Αποτελέσματα **t-test** ηλικίας με τις μεταβλητές θεραπεία και λόγος επίσκεψης στο οδοντιατρείο για 473 συμμετέχοντες

		N	Μέση ηλικία	Διαφορά μέσω (έτη)	Τιμή t	P-value	Τυπικό σφάλμα	Κάτω όριο ΔΕ	Άνω όριο ΔΕ																																																																																																																																								
Θεραπεύτηκε	Όχι	30	49,50	9,40	2,378	0,018	3,95	1,63	17,17																																																																																																																																								
	Ναι	430	40,10							Τερηδόνα	Όχι	310	41,92	-3,61	1,789	0,074	2,02	-0,35	7,57	Ναι	163	38,31	Περιοδοντοπάθεια	Όχι	450	40,51	-3,40	-0,761	0,447	4,47	-12,18	5,38	Ναι	23	43,91	Οδοντικό απόστημα	Όχι	379	40,55	-0,65	-0,271	0,786	2,41	-5,39	4,08	Ναι	94	41,20	Κάταγμα Όδοντος	Όχι	461	40,48	-7,94	-1,300	0,194	6,11	-19,94	4,06	Ναι	12	48,42	Οδοντικός έλεγχος	Όχι	380	41,39	-3,63	1,503	0,134	2,41	-1,12	8,37	Ναι	93	37,76	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	435	39,26	-17,69	-7,730	<0,001	2,29	-22,27	-13,11	Ναι	38	56,95	Περιστεφανίτιδα	Όχι	463	41,03	16,73	11,349	<0,001	1,47	13,71	19,75	Ναι	10	24,30	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66	Ναι	12	39,08	Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430
Τερηδόνα	Όχι	310	41,92	-3,61	1,789	0,074	2,02	-0,35	7,57																																																																																																																																								
	Ναι	163	38,31							Περιοδοντοπάθεια	Όχι	450	40,51	-3,40	-0,761	0,447	4,47	-12,18	5,38	Ναι	23	43,91	Οδοντικό απόστημα	Όχι	379	40,55	-0,65	-0,271	0,786	2,41	-5,39	4,08	Ναι	94	41,20	Κάταγμα Όδοντος	Όχι	461	40,48	-7,94	-1,300	0,194	6,11	-19,94	4,06	Ναι	12	48,42	Οδοντικός έλεγχος	Όχι	380	41,39	-3,63	1,503	0,134	2,41	-1,12	8,37	Ναι	93	37,76	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	435	39,26	-17,69	-7,730	<0,001	2,29	-22,27	-13,11	Ναι	38	56,95	Περιστεφανίτιδα	Όχι	463	41,03	16,73	11,349	<0,001	1,47	13,71	19,75	Ναι	10	24,30	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66	Ναι	12	39,08	Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00						
Περιοδοντοπάθεια	Όχι	450	40,51	-3,40	-0,761	0,447	4,47	-12,18	5,38																																																																																																																																								
	Ναι	23	43,91							Οδοντικό απόστημα	Όχι	379	40,55	-0,65	-0,271	0,786	2,41	-5,39	4,08	Ναι	94	41,20	Κάταγμα Όδοντος	Όχι	461	40,48	-7,94	-1,300	0,194	6,11	-19,94	4,06	Ναι	12	48,42	Οδοντικός έλεγχος	Όχι	380	41,39	-3,63	1,503	0,134	2,41	-1,12	8,37	Ναι	93	37,76	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	435	39,26	-17,69	-7,730	<0,001	2,29	-22,27	-13,11	Ναι	38	56,95	Περιστεφανίτιδα	Όχι	463	41,03	16,73	11,349	<0,001	1,47	13,71	19,75	Ναι	10	24,30	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66	Ναι	12	39,08	Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																			
Οδοντικό απόστημα	Όχι	379	40,55	-0,65	-0,271	0,786	2,41	-5,39	4,08																																																																																																																																								
	Ναι	94	41,20							Κάταγμα Όδοντος	Όχι	461	40,48	-7,94	-1,300	0,194	6,11	-19,94	4,06	Ναι	12	48,42	Οδοντικός έλεγχος	Όχι	380	41,39	-3,63	1,503	0,134	2,41	-1,12	8,37	Ναι	93	37,76	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	435	39,26	-17,69	-7,730	<0,001	2,29	-22,27	-13,11	Ναι	38	56,95	Περιστεφανίτιδα	Όχι	463	41,03	16,73	11,349	<0,001	1,47	13,71	19,75	Ναι	10	24,30	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66	Ναι	12	39,08	Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																																
Κάταγμα Όδοντος	Όχι	461	40,48	-7,94	-1,300	0,194	6,11	-19,94	4,06																																																																																																																																								
	Ναι	12	48,42							Οδοντικός έλεγχος	Όχι	380	41,39	-3,63	1,503	0,134	2,41	-1,12	8,37	Ναι	93	37,76	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	435	39,26	-17,69	-7,730	<0,001	2,29	-22,27	-13,11	Ναι	38	56,95	Περιστεφανίτιδα	Όχι	463	41,03	16,73	11,349	<0,001	1,47	13,71	19,75	Ναι	10	24,30	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66	Ναι	12	39,08	Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																																													
Οδοντικός έλεγχος	Όχι	380	41,39	-3,63	1,503	0,134	2,41	-1,12	8,37																																																																																																																																								
	Ναι	93	37,76							Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	435	39,26	-17,69	-7,730	<0,001	2,29	-22,27	-13,11	Ναι	38	56,95	Περιστεφανίτιδα	Όχι	463	41,03	16,73	11,349	<0,001	1,47	13,71	19,75	Ναι	10	24,30	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66	Ναι	12	39,08	Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																																																										
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	435	39,26	-17,69	-7,730	<0,001	2,29	-22,27	-13,11																																																																																																																																								
	Ναι	38	56,95							Περιστεφανίτιδα	Όχι	463	41,03	16,73	11,349	<0,001	1,47	13,71	19,75	Ναι	10	24,30	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66	Ναι	12	39,08	Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																																																																							
Περιστεφανίτιδα	Όχι	463	41,03	16,73	11,349	<0,001	1,47	13,71	19,75																																																																																																																																								
	Ναι	10	24,30							Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66	Ναι	12	39,08	Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																																																																																				
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	461	40,72	-1,64	0,268	0,789	6,12	-10,38	13,66																																																																																																																																								
	Ναι	12	39,08							Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70	Ναι	5	58,20	Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																																																																																																	
Καρκίνος	Όχι	468	40,49	-17,71	-1,890	0,059	9,37	-36,12	0,70																																																																																																																																								
	Ναι	5	58,20							Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21	Ναι	2	56,50	Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																																																																																																														
Πάρηση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	471	40,61	-15,89	-1,073	0,284	14,81	-44,98	13,21																																																																																																																																								
	Ναι	2	56,50							Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28	Ναι	11	38,00																																																																																																																											
Τρυγία	Όχι	462	40,74	-2,74	0,430	0,668	6,38	-9,80	15,28																																																																																																																																								
	Ναι	11	38,00																																																																																																																																														

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντικές λογαριθμιστικές παλινδρομήσεις ανάμεσα στο φύλο και τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο με κατηγορία αναφοράς την κατηγορία «Άνδρες» (Πίνακας 3.6). Βρέθηκε σημαντική **στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και την περιοδοντοπάθεια** ($P\text{-value}=0,032$) και **το μόρφωμα χείλους/βιοψία** ($P\text{-value}<0,001$). Οι γυναίκες είχαν 3 ($\Sigma\Lambda=3,02$) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα από τους άντρες να διαγνωσθούν με περιοδοντοπάθεια και περίπου 5,9 ($\Sigma\Lambda=5,89$) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωστούν με μόρφωμα χείλους ή/και να τους γίνει βιοψία. Επίσης, οι γυναίκες επισκέφθηκαν 43% ($\Sigma\chi=0,57$) λιγότερο το οδοντιατρείο για **οδοντικό έλεγχο** σε σχέση με τους άνδρες ($P\text{-value}=0,013$).

Πίνακας 3.6 Αποτελέσματα **μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων** φύλου με όλες τις διαγνώσεις στο σύνολο του δείγματος $N=477$ άτομα

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.91	0.194	0.62
Περιοδοντοπάθεια	3.02	0.514	0.032
Οδοντικό απόστημα	1.07	0.231	0.778
Κάταγμα οδόντος	0.56	0.593	0.333
Οδοντικός έλεγχος	0.57	0.229	0.013
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	5.89	0.489	<0.001
Περιστεφανίτιδα	3.27	0.796	0.137
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	0.56	0.593	0.333
Καρκίνος	1.2	0.918	0.841
Τρυγία	3.69	0.787	0.097

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντικές λογαριθμιστικές παλινδρομήσεις ανάμεσα στη μεταβλητή υπηκοότητα και τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο με κατηγορία αναφοράς την κατηγορία «Αλλοδαποί» (Πίνακας 3.7). Βρέθηκε σημαντική **στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στην υπηκοότητα και την τερηδόνα** ($P\text{-value}=0,002$) με τους ασθενείς ελληνικής υπηκοότητας να έχουν 47% ($\Sigma\Lambda=0,53$) μικρότερη πιθανότητα να διαγνωστούν με τερηδόνα. Επίσης, οι Έλληνες έχουν 4,96 ($\Sigma\Lambda=4,96$) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωστούν με μόρφωμα χείλους ή/και να κάνουν βιοψία με $P\text{-value}=0,009$. Τέλος, για τους Έλληνες, ήταν περίπου 110% πιο πιθανό να κάνουν οδοντικό έλεγχο ($P\text{-value}=0,011$).

Πίνακας 3.7 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων υπηκοότητας με όλες τις διαγνώσεις στο σύνολο των 477 ασθενών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.53	0.21	0.002
Περιοδοντοπάθεια	1.11	0.486	0.826
Οδοντικό απόστημα	1.12	0.259	0.667
Κάταγμα οδόντος	0.78	0.621	0.683
Οδοντικός έλεγχος	2.09	0.289	0.011
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	4.96	0.611	0.009
Περιστεφανίτιδα	3.58	1.059	0.228
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	1.18	0.675	0.809
Καρκίνος	1.57	1.123	0.688
Τρυγία	1.04	0.685	0.951

Διαστρωματοποιημένη ανάλυση με βάση το φύλο

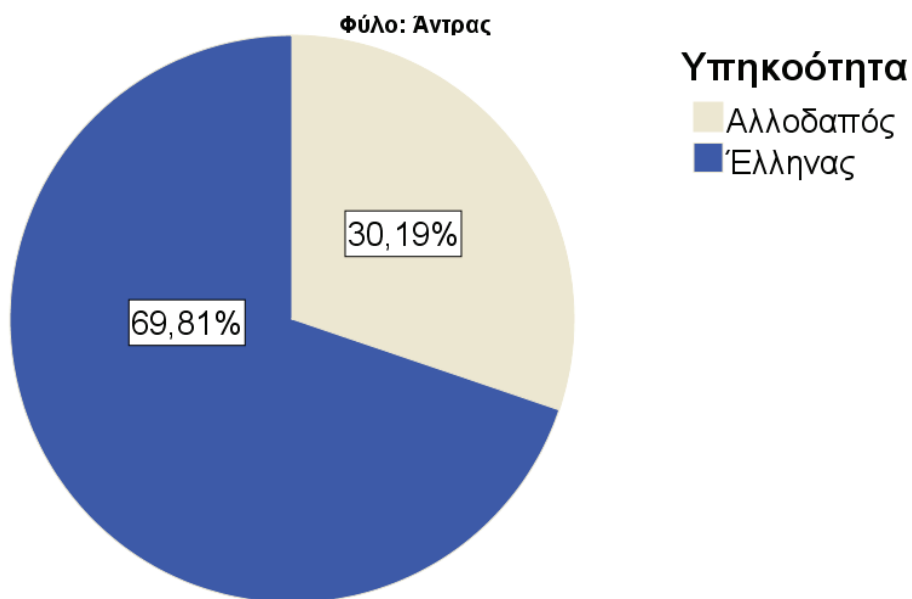
Ανάλυση στους άνδρες

Το δείγμα αποτελούνταν από 212 άνδρες, στους οποίους και έγινε ξεχωριστή ανάλυση. Στον πίνακα 3.8 αναγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανδρών. Η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν 38,81 έτη με τυπική απόκλιση 20,86 έτη. Σχεδόν το 70% των ανδρών που εξετάστηκαν ήταν ελληνικής υπηκοότητας, ενώ το 30% ξένης. Το 93,2% των ανδρών θεραπεύτηκε (Πίνακας 3.8). Υπήρχαν 4 ελλείπουσες τιμές για την ηλικία και 6 για την έκβαση της θεραπείας.

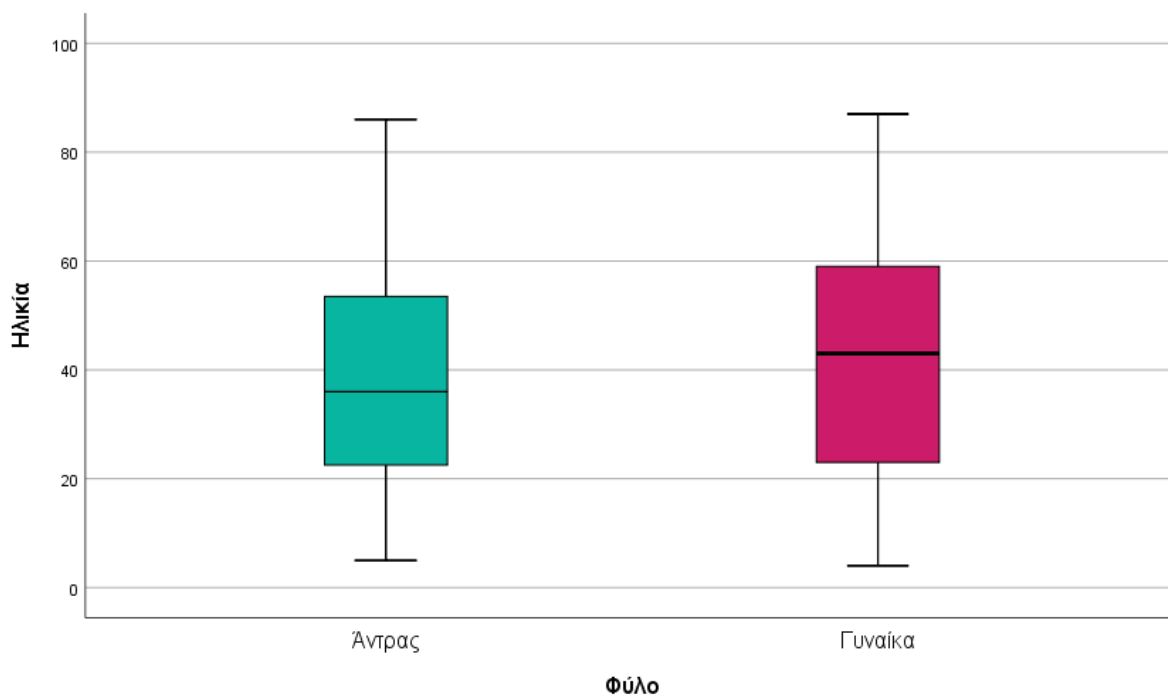
Πίνακας 3.8 Πίνακας συχνοτήτων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των **212 αντρών** του δείγματος

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Υπηκοότητα	Αλλοδαποί	64	30,19
	Έλληνες	148	69,81
Θεραπεύτηκε	Όχι	14	6,8
	Ναι	192	93,2
		Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία (έτη)		38,81	20,86

Γράφημα 3.4 Πίτα με τα ποσοστά της υπηκοότητας στους 212 άντρες



Γράφημα 3.5 Θηκόγραμμα ηλικίας οργανωμένο κατά φύλο για τους 212 άντρες και τις 265 γυναίκες



Πραγματοποιήθηκε έλεγχος t-test ανάμεσα στην ηλικία και τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο που καταγράφηκαν μόνο στους άνδρες του δείγματος. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται συγκεντρωτικά στον πίνακα 3.9. Υπήρχε **στατιστικά σημαντική σχέση** σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$ **ανάμεσα στην ηλικία και την πάρεση**

προσωπικού/νευροπάθεια με P-value=0,026. Η μέση ηλικία των θετικά διεγνωσμένων ανδρών με πάρεση προσωπικού/νευροπάθεια ήταν 46,42 έτη μεγαλύτερη από τους αρνητικά διεγνωσμένους στην αντίστοιχη νόσο.

Πίνακας 3.9 Αποτελέσματα t-test ηλικίας με όλες τις διαγνώσεις για τους **208 άνδρες** ασθενείς

		N	Μέση ηλικία	Διαφορά μέσων ηλικιών	Τιμή κριτηρίου	Τυπικό σφάλμα	P-value	Κάτω όριο ΔΕ	Άνω όριο ΔΕ
Τερηδόνα	Όχι	133	38.91	0.28	0.09	3.02	0.925	-6	6
	Ναι	75	38.63						
Περιοδοντοπάθεια	Όχι	203	38.57	-9.83	-1.04	9.44	0.299	-28	9
	Ναι	5	48.4						
Οδοντικό απόστημα	Όχι	168	38.81	0.01	0	3.68	0.998	-7	7
	Ναι	40	38.8						
Κάταγμα οδόντος	Όχι	201	38.51	-8.77	-1.09	8.02	0.275	-25	7
	Ναι	7	47.29						
Οδοντικός έλεγχος	Όχι	158	38.51	-1.25	-0.37	3.39	0.712	-8	5
	Ναι	50	39.76						
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	203	38.52	-12.08	-1.28	9.43	0.201	-31	7
	Ναι	5	50.6						
Περιστεφανίτιδα	Όχι	206	38.91	10.91	0.74	14.84	0.463	-18	40
	Ναι	2	28						
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	201	38.66	-4.49	-0.56	8.03	0.577	-20	11
	Ναι	7	43.14						
Καρκίνος	Όχι	206	38.78	-3.22	-0.22	14.85	0.828	-33	26
	Ναι	2	42						
Πάρεση προσωπικού/Νευροπάθεια	Όχι	207	38.58	-46.42	-2.24	20.71	0.026	-87	-6
	Ναι	1	85						
Τρυγία	Όχι	206	38.61	-20.89	-1.41	14.78	0.159	-50	8
	Ναι	2	59.5						

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Πίνακας 3.10 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων υπηκοότητας με όλες τις διαγνώσεις στους **212 άνδρες** ασθενείς

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.8	0.31	0.461
Οδοντικό απόστημα	0.8	0.37	0.539
Κάταγμα οδόντος	0.56	0.779	0.463
Οδοντικός έλεγχος	4.64	0.463	0.001
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	2.66	1.09	0.369
Καρκίνος	0.43	1.422	0.551

Οι Έλληνες άνδρες έκαναν οδοντικό έλεγχο **4,64 φορές** περισσότερο από τους Αλλοδαπούς με P-value=0,001 (Πίνακας 3.10).

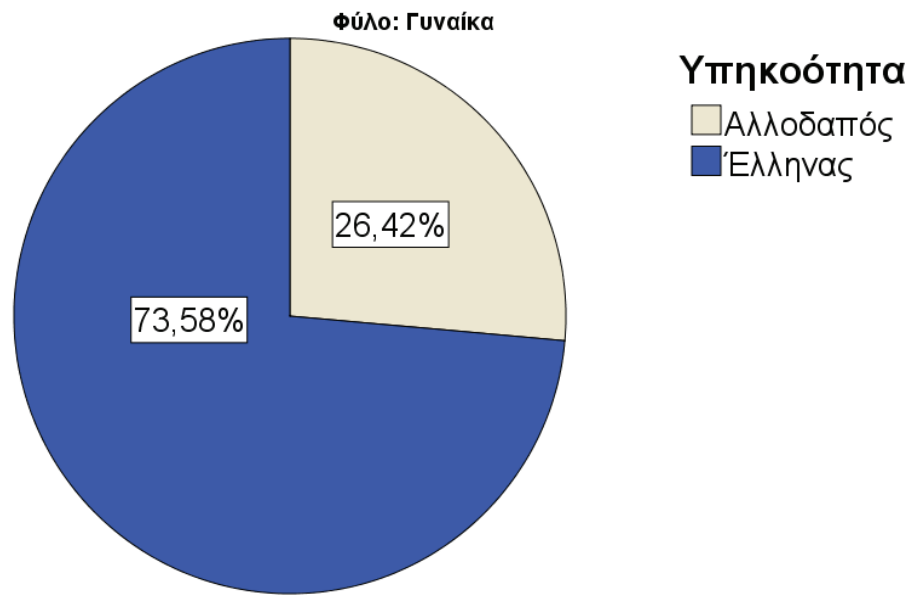
Ανάλυση στις γυναίκες

Στον πίνακα 3.11 αναγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 265 γυναικών που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν 42.15 έτη με τυπική απόκλιση 20.85 έτη. Πάνω από το 70% των γυναικών που εξετάστηκαν ήταν ελληνικής υπηκοότητας, ενώ σχεδόν το 30% ξένης. Το 93,8% των γυναικών θεραπεύτηκε.

Πίνακας 3.11 Πίνακας συχνότητων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των **265 γυναικών του δείγματος**

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Θεραπεύτηκε	Όχι	16	6.20
	Ναι	242	93.80
Υπηκοότητα	Αλλοδαπές	70	26.42
	Ελληνίδες	195	73.58
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία (έτη)		42.15	20.85

Γράφημα 3.6 Πίτα με τα ποσοστά της υπηκοότητας στις 265 γυναίκες



Στον πίνακα 3.12, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test που πραγματοποιήθηκε με κάθε έναν από τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο και την ηλικία. Καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων ηλικιών των γυναικών συμμετεχόντων που διεγνώσθησαν με τερηδόνα (P-value=0.024), μόφωμα χείλους ή/και πραγματοποίησαν βιοψία (P-value<0,001), περιστεφανίτιδα (P-value<0,001), καρκίνο (P-value=0,02) και τρυγία (P-value=0,037). Επίσης, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων ηλικιών των γυναικών συμμετεχόντων που επισκέφθηκαν το οδοντιατρείο για οδοντικό έλεγχο (P-value=0,021).

Πίνακας 3.12 Αποτελέσματα t-test ηλικίας με όλες τις διαγνώσεις για τις **265 γυναίκες ασθενείς**

		N	Μέση ηλικία	Διαφορά μέσω ηλικιών	Τιμή κριτηρίου	Τυπικό σφάλμα	Κάτω όριο ΔΕ	Άνω όριο ΔΕ	P-value
Τερηδόνα	Όχι	177	44.19	6.14	2.28	2.7	1	11	0.024
	Ναι	88	38.05						
Περιοδοντοπάθεια	Όχι	247	42.11	-0.56	-0.11	5.1	-11	9	0.913
	Ναι	18	42.67						
Οδοντικό απόστημα	Όχι	211	41.93	-1.05	-0.33	3.19	-7	5	0.742
	Ναι	54	42.98						
Κάταγμα οδόντος	Όχι	260	42	-8	-0.85	9.42	-27	11	0.396
	Ναι	5	50						
Οδοντικός έλεγχος	Όχι	222	43.45	8	2.32	3.45	1	15	0.021
	Ναι	43	35.44						
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	232	39.91	-18	-7.09	2.54	-23	-13	<0.001
	Ναι	33	57.91						
Περιστεφανίτιδα	Όχι	257	42.73	19.36	11.71	1.65	16	23	<0.001
	Ναι	8	23.38						
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	260	42.32	8.92	0.95	9.42	-10	27	0.345
	Ναι	5	33.4						
Καρκίνος	Όχι	262	41.84	-27.16	-5.79	4.69	-45	-10	0.02
	Ναι	3	69						
Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	264	42.2	14.2	0.68	20.91	-27	55	0.498
	Ναι	1	28						
Τρυγία	Όχι	256	42.46	9.24	2.4	3.86	1	18	0.037
	Ναι	9	33.22						

Πραγματοποιήθηκαν μονοπαραγοντικές λογαριθμιστικές παλινδρομήσεις ανάμεσα στην μεταβλητή υπηκοότητα και τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο με κατηγορία αναφοράς την κατηγορία «Αλλοδαπές» (Πίνακας 3.13). **Οι Ελληνίδες είχαν 63% (ΣΛ=0,37) μικρότερη πιθανότητα να διαγνωσθούν με τερηδόνα (P-value<0,001) αλλά πάνω από 4 φορές (ΣΛ=4,06) μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωσθούν με μόρφωμα χείλους ή/και να κάνουν βιοψία (P-value=0,024) σε σύγκριση με τις Αλλοδαπές.**

Πίνακας 3.13 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων υπηκοότητας με όλες τις διαγνώσεις στις **265 γυναίκες ασθενείς**

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.37	0.288	0.001
Περιοδοντοπάθεια	0.7	0.521	0.492
Οδοντικό απόστημα	1.52	0.371	0.261
Κάταγμα οδόντος	1.45	1.127	0.744
Οδοντικός έλεγχος	1.05	0.381	0.892
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	4.06	0.623	0.024
Περιστεφανίτιδα	2.57	1.078	0.382
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	0.53	0.924	0.493
Τρυγία	0.71	0.721	0.633

Διαστρωματοποιημένη ανάλυση με βάση την υπηκοότητα

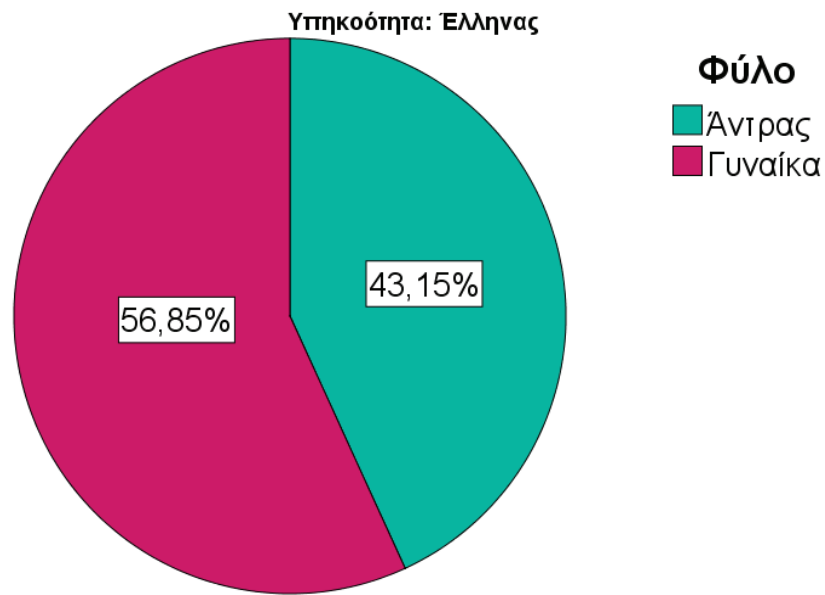
Ανάλυση στους Έλληνες

Στον πίνακα 3.14 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 343 Ελλήνων συμμετεχόντων. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (56,85%) ενώ το 91,87% των Ελλήνων συμμετεχόντων θεραπεύτηκαν από τη νόσο με την οποία διεγνώσθησαν αν και δεν υπήρχαν στοιχεία για το αν θεραπεύτηκαν ή όχι για 11 ασθενείς. Η μέση ηλικία των Ελλήνων συμμετεχόντων ήταν 45.76 έτη με τυπική απόκλιση 20.7 έτη. Υπήρχαν 3 ελλείπουσες τιμές για την ηλικία.

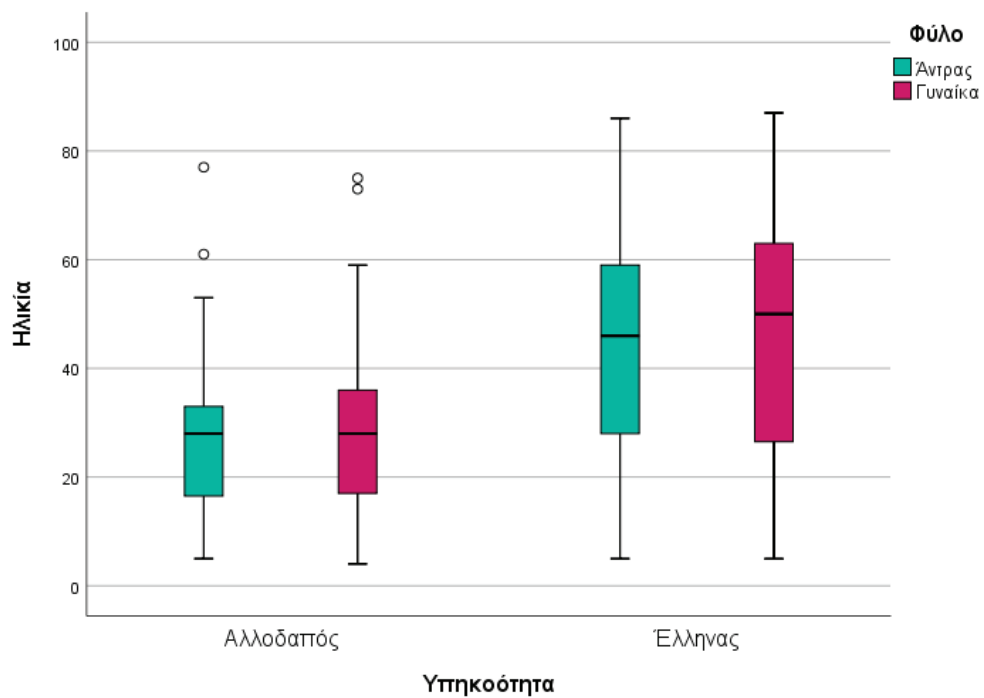
Πίνακας 3.14 Πίνακας συχνότητων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των **343 Ελλήνων** συμμετεχόντων

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρες	148	43.15
	Γυναίκες	195	56.85
Θεραπεύτηκε	Όχι	27	8.13
	Ναι	305	91.87
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία (έτη)		45.76	20.7

Γράφημα 3.7 Πίτα με τα ποσοστά φύλου στους 343 Έλληνες του δείγματος



Γράφημα 3.8 Θηκόγραμμα ηλικίας οργανωμένο κατά υπηκοότητα για τους 134 αλλοδαπούς και τους 343 Έλληνες



Παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων ηλικιών των Ελλήνων συμμετεχόντων που διεγνώσθησαν με μόρφωμα χείλους ή/και πραγματοποίησαν βιοψία (P-value<0,001), περιστεφανίτιδα (P-value<0,001) και καρκίνο (P-value=0,046). Ακόμα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιών των Ελλήνων συμμετεχόντων που υποβλήθηκαν σε οδοντικό έλεγχο στο οδοντιατρείο (P-value=0,042) (Πίνακας 3.15).

Πίνακας 3.15 Αποτελέσματα t-test ηλικίας με όλες τις διαγνώσεις για τους **340 Έλληνες** συμμετέχοντες

		N	Μέση ηλικία	Διαφορά μέσων ηλικιών	Τιμή κριτηρίου	Τυπικό σφάλμα	Κάτω όριο ΔΕ	Άνω όριο ΔΕ	P-value																																																																																																																											
Τερηδόνα	Όχι	237	46.17	1.35	0.55	2.45	-3	6	0.582																																																																																																																											
	Ναι	103	44.83							Περιοδοντοπάθεια	Όχι	323	45.75	-0.25	-0.05	5.16	-10	10	0.962	Ναι	17	46	Οδοντικό απόστημα	Όχι	271	45.78	0.09	0.03	2.8	-5	6	0.975	Ναι	69	45.7	Κάταγμα οδόντος	Όχι	332	45.57	-8.18	-1.1	7.41	-23	6	0.27	Ναι	8	53.75	Οδοντικός έλεγχος	Όχι	263	47	5.45	2.04	2.67	0	11	0.042	Ναι	77	41.55	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	305	44.27	-14.5	-6.49	2.23	-19	-10	<0.001	Ναι	35	58.77	Περιστεφανίτιδα	Όχι	331	46.36	22.47	13.92	1.61	19	26	<0.001	Ναι	9	23.89	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	331	45.77	0.33	0.05	7.01	-13	14	0.963	Ναι	9	45.44	Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046	Ναι	4	66.25	Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64
Περιοδοντοπάθεια	Όχι	323	45.75	-0.25	-0.05	5.16	-10	10	0.962																																																																																																																											
	Ναι	17	46							Οδοντικό απόστημα	Όχι	271	45.78	0.09	0.03	2.8	-5	6	0.975	Ναι	69	45.7	Κάταγμα οδόντος	Όχι	332	45.57	-8.18	-1.1	7.41	-23	6	0.27	Ναι	8	53.75	Οδοντικός έλεγχος	Όχι	263	47	5.45	2.04	2.67	0	11	0.042	Ναι	77	41.55	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	305	44.27	-14.5	-6.49	2.23	-19	-10	<0.001	Ναι	35	58.77	Περιστεφανίτιδα	Όχι	331	46.36	22.47	13.92	1.61	19	26	<0.001	Ναι	9	23.89	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	331	45.77	0.33	0.05	7.01	-13	14	0.963	Ναι	9	45.44	Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046	Ναι	4	66.25	Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12						
Οδοντικό απόστημα	Όχι	271	45.78	0.09	0.03	2.8	-5	6	0.975																																																																																																																											
	Ναι	69	45.7							Κάταγμα οδόντος	Όχι	332	45.57	-8.18	-1.1	7.41	-23	6	0.27	Ναι	8	53.75	Οδοντικός έλεγχος	Όχι	263	47	5.45	2.04	2.67	0	11	0.042	Ναι	77	41.55	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	305	44.27	-14.5	-6.49	2.23	-19	-10	<0.001	Ναι	35	58.77	Περιστεφανίτιδα	Όχι	331	46.36	22.47	13.92	1.61	19	26	<0.001	Ναι	9	23.89	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	331	45.77	0.33	0.05	7.01	-13	14	0.963	Ναι	9	45.44	Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046	Ναι	4	66.25	Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12																			
Κάταγμα οδόντος	Όχι	332	45.57	-8.18	-1.1	7.41	-23	6	0.27																																																																																																																											
	Ναι	8	53.75							Οδοντικός έλεγχος	Όχι	263	47	5.45	2.04	2.67	0	11	0.042	Ναι	77	41.55	Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	305	44.27	-14.5	-6.49	2.23	-19	-10	<0.001	Ναι	35	58.77	Περιστεφανίτιδα	Όχι	331	46.36	22.47	13.92	1.61	19	26	<0.001	Ναι	9	23.89	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	331	45.77	0.33	0.05	7.01	-13	14	0.963	Ναι	9	45.44	Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046	Ναι	4	66.25	Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12																																
Οδοντικός έλεγχος	Όχι	263	47	5.45	2.04	2.67	0	11	0.042																																																																																																																											
	Ναι	77	41.55							Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	305	44.27	-14.5	-6.49	2.23	-19	-10	<0.001	Ναι	35	58.77	Περιστεφανίτιδα	Όχι	331	46.36	22.47	13.92	1.61	19	26	<0.001	Ναι	9	23.89	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	331	45.77	0.33	0.05	7.01	-13	14	0.963	Ναι	9	45.44	Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046	Ναι	4	66.25	Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12																																													
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	305	44.27	-14.5	-6.49	2.23	-19	-10	<0.001																																																																																																																											
	Ναι	35	58.77							Περιστεφανίτιδα	Όχι	331	46.36	22.47	13.92	1.61	19	26	<0.001	Ναι	9	23.89	Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	331	45.77	0.33	0.05	7.01	-13	14	0.963	Ναι	9	45.44	Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046	Ναι	4	66.25	Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12																																																										
Περιστεφανίτιδα	Όχι	331	46.36	22.47	13.92	1.61	19	26	<0.001																																																																																																																											
	Ναι	9	23.89							Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	331	45.77	0.33	0.05	7.01	-13	14	0.963	Ναι	9	45.44	Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046	Ναι	4	66.25	Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12																																																																							
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	331	45.77	0.33	0.05	7.01	-13	14	0.963																																																																																																																											
	Ναι	9	45.44							Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046	Ναι	4	66.25	Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12																																																																																				
Καρκίνος	Όχι	336	45.52	-20.73	-2	10.37	-41	0	0.046																																																																																																																											
	Ναι	4	66.25							Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463	Ναι	2	56.5	Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12																																																																																																	
Πάρηση προσωπικού /Νευροπάθεια	Όχι	338	45.7	-10.8	-0.73	14.69	-40	18	0.463																																																																																																																											
	Ναι	2	56.5							Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522	Ναι	8	41.12																																																																																																														
Τρυγία	Όχι	332	45.88	4.75	0.64	7.41	-10	19	0.522																																																																																																																											
	Ναι	8	41.12																																																																																																																																	

Στον πίνακα 3.16, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων ανάμεσα στη μεταβλητή φύλο και τους λόγους επίσκεψης το οδοντιατρείο με κατηγορία αναφοράς την κατηγορία «Άνδρες Έλληνες». Επομένως, **οι Ελληνίδες είχαν 59% (ΣΛ=0,41) μικρότερη πιθανότητα να επισκεφθούν Το οδοντιατρείο για οδοντικό έλεγχο (P-value=0,001) σε σύγκριση με τους Έλληνες και 5.2 (ΣΛ=5,2) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωσθούν με μόρφωμα χείλους ή/και να κάνουν βιοψία (P-value=0,001).**

Πίνακας 3.16 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **φύλου** με όλους τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο στους **343 Έλληνες** συμμετέχοντες

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.73	0.237	0.187
Περιοδοντοπάθεια	1.88	0.544	0.248
Οδοντικό απόστημα	1.27	0.274	0.387
Κάταγμα οδόντος	0.75	0.716	0.693
Οδοντικός έλεγχος	0.41	0.261	0.001
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	5.2	0.496	0.001
Περιστεφανίτιδα	2.72	0.809	0.217
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	0.37	0.716	0.165
Καρκίνος	2.3	1.16	0.473
Τρυγία	2.32	0.824	0.308

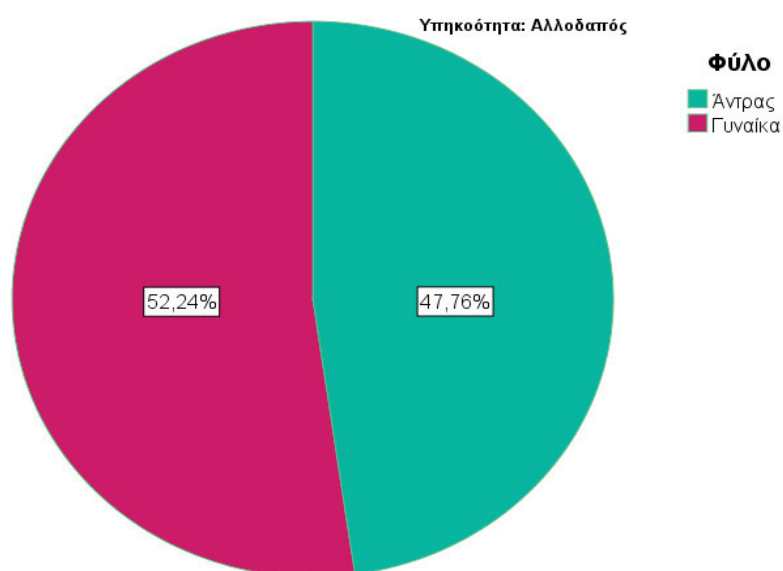
Ανάλυση στους Αλλοδαπούς

Στον πίνακα 3.17, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 134 Αλλοδαπών που συμμετείχαν στη μελέτη. *Παρομοίως με τους Έλληνες του δείγματος, πάνω από τους μισούς Αλλοδαπούς συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (52,24%) και η πλειοψηφία αυτών θεραπεύτηκαν από τη νόσο με την οποία διεγνώσθησαν (97,73%).* Η μέση ηλικία των Αλλοδαπών συμμετεχόντων ήταν 27.68 έτη με τυπική απόκλιση τα 14.96 έτη. **Για έναν συμμετέχοντα, δεν είχε καταγραφεί η κατάστασή του όσον αφορά τη θεραπεία. Υπήρχε 1 ελλείπουσα τιμή για την ηλικία.**

Πίνακας 3.17 Πίνακας συχνοτήτων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των **134 Αλλοδαπών** συμμετεχόντων

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρες	64	47.76
	Γυναίκες	70	52.24
Θεραπεύτηκε	Όχι	3	2.27
	Ναι	129	97.73
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία (έτη)		27.68	14.96

Γράφημα 3.9 Πίτα με τα ποσοστά φύλου στους **134 αλλοδαπούς** του δείγματος



Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων ηλικιών των **Αλλοδαπών συμμετεχόντων** που επισκέφθηκαν το οδοντιατρείο για οδοντικό έλεγχο (P-value=0,02).

Πίνακας 3.18 Αποτελέσματα t-test ηλικίας με όλες τις διαγνώσεις για τους **133 Αλλοδαπούς συμμετέχοντες**

	N	Μέση ηλικία	Διαφορά μέσων ηλικιών	Τιμή κριτηρίου	Τυπικό σφάλμα	Κάτω όριο ΔΕ	Άνω όριο ΔΕ	P-value
Τερηδόνα	Όχι	73 28.12	0.99	0.38	2.61	-4	6	0.706
	Ναι	60 27.13						
Περιοδοντοπάθεια	Όχι	127 27.19	-10.81	-1.74	6.2	-23	1	0.084
	Ναι	6 38						
Οδοντικό απόστημα	Όχι	108 27.42	-1.38	-0.42	3.33	-8	5	0.679
	Ναι	25 28.8						
Κάταγμα οδόντος	Όχι	129 27.36	-10.39	-1.37	7.57	-25	5	0.172
	Ναι	4 37.75						
Οδοντικός έλεγχος	Όχι	117 28.79	9.22	2.35	3.92	1	17	0.02
	Ναι	16 19.56						
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	Όχι	130 27.49	-8.17	-0.94	8.74	-25	9	0.351
	Ναι	3 35.67						
Περιστεφανίτιδα	Όχι	132 27.67	-0.33	-0.02	15.07	-30	29	0.983
	Ναι	1 28						
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	Όχι	130 27.85	7.85	0.9	8.74	-9	25	0.371
	Ναι	3 20						
Καρκίνος	Όχι	132 27.69	1.69	0.11	15.07	-28	32	0.911
	Ναι	1 26						
Τρυγία	Όχι	130 27.63	-2.04	-0.23	8.77	-19	15	0.817
	Ναι	3 29.67						

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Από τα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων ανάμεσα στη μεταβλητή φύλο και τους λόγους επίσκεψης στην κλινική με κατηγορία αναφοράς την κατηγορία «Άνδρες Αλλοδαποί» που φαίνονται στον πίνακα 3.19, δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

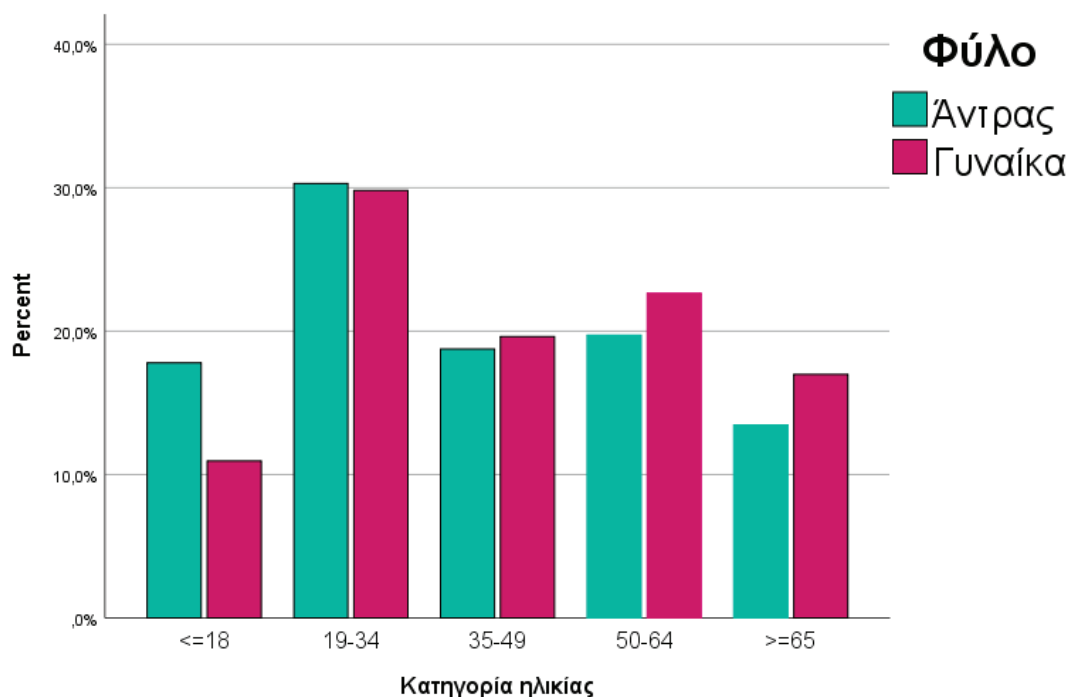
Πίνακας 3.19 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων φύλου με όλες τις διαγνώσεις στους 134 **Αλλοδαπούς** συμμετέχοντες

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	1.56	0.35	0.204
Οδοντικό απόστημα	0.67	0.446	0.362
Κάταγμα οδόντος	0.29	1.168	0.296
Οδοντικός έλεγχος	1.8	0.54	0.275
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	1.85	1.237	0.618

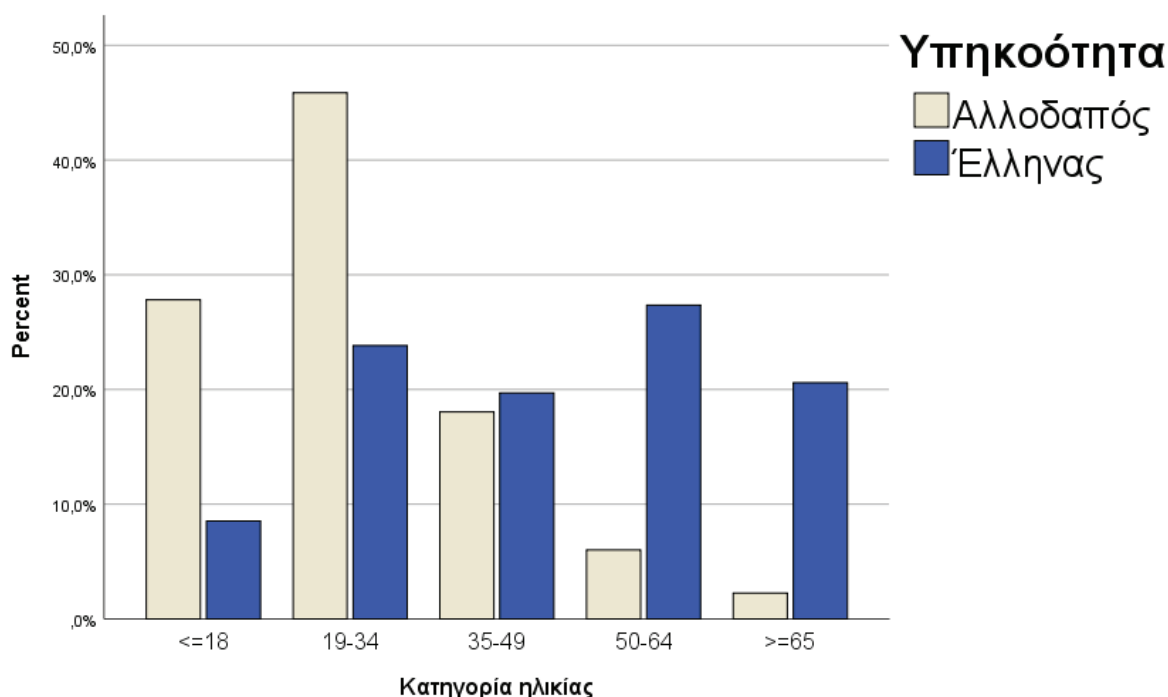
Διαστρωματοποιημένη ανάλυση με βάση την ηλικία

Πραγματοποιήθηκε διαστρωματοποιημένη ανάλυση για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η κατανομή των συμμετεχόντων ανά ηλικιακή ομάδα για το φύλο και για την υπηκοότητα διακρίνονται στο Γράφημα 3.10 και 3.11 αντίστοιχα.

Γράφημα 3.10 Ραβδόγραμμα με τα ποσοστά για τα δύο φύλα ανά ηλικιακή ομάδα στους 477 συμμετέχοντες του δείγματος



Γράφημα 3.11 Ραβδόγραμμα με τα ποσοστά για την υπηκοότητα ανά ηλικιακή ομάδα στους 477 συμμετέχοντες του δείγματος



Ανάλυση στους συμμετέχοντες ηλικίας μικρότερης ή ίσης των 18 ετών

Στον πίνακα 3.20, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ανήλικων συμμετεχόντων (ηλικία μικρότερη ή ίση των 18 ετών). Το 58,57% εξ' αυτών ήταν αγόρια ενώ το 100% των συμμετεχόντων θεραπεύτηκε από τη νόσο με την οποία είχε διαγνωσθεί. Με μικρή διαφορά, οι περισσότεροι εξ' αυτών ήταν Αλλοδαποί (54,29%).

Πίνακας 3.20 Πίνακας συχνότητων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των 70 συμμετεχόντων ηλικίας μικρότερης ή ίσης των 18 ετών

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Αγόρια	41	58.57
	Κορίτσια	29	41.43
Θεραπεύτηκε	Όχι	0	0.00
	Ναι	70	100.00
Υπηκοότητα	Αλλοδαποί	38	54.29
	Έλληνες	32	45.71

Στους επόμενους δύο πίνακες, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων για το λόγο επίσκεψης στο οδοντιατρείο με το φύλο (κατηγορία αναφοράς: Αγόρια) και την υπηκοότητα (κατηγορία αναφοράς: Αλλοδαποί), αντίστοιχα. **Οι Έλληνες ανήλικοι είχαν 3,22 φορές (ΣΛ=3,22) μεγαλύτερη πιθανότητα να επισκεφθούν το οδοντιατρείο για οδοντικό έλεγχο** (P-value=0,024) (Πίνακας 3.22).

Πίνακας 3.21 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **φύλου** με όλες τις διαγνώσεις στους 70 συμμετέχοντες ηλικίας μικρότερης ή ίσης των 18 ετών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	2.13	0.495	0.125
Οδοντικό απόστημα	1.01	0.643	0.985
Οδοντικός έλεγχος	0.91	0.508	0.857

Πίνακας 3.22 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **υπηκοότητας** με όλες τις διαγνώσεις στους 70 συμμετέχοντες ηλικίας μικρότερης ή ίσης των 18 ετών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.6	0.488	0.296
Οδοντικό απόστημα	1.85	0.643	0.339
Οδοντικός έλεγχος	3.22	0.52	0.024

Ανάλυση στους συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 18 και 34 ετών

Στον πίνακα 3.23, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 142 συμμετεχόντων ηλικίας μεταξύ των 18 και 34 ετών. Το 55,63% αυτών ήταν γυναίκες, το 94,89% θεραπεύτηκε από την νόσο με την οποία είχε διαγνωσθεί ενώ το 57,04% ήταν Έλληνες. Για τη θεραπεία, υπήρχαν 5 ελλείπουσες τιμές.

Πίνακας 3.23 Πίνακας συχνοτήτων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των 142 συμμετεχόντων ηλικίας μεταξύ των 18 και 34 ετών

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρες	63	44.37
	Γυναίκες	79	55.63
Θεραπεύτηκε	Όχι	7	5.11
	Ναι	130	94.89
Υπηκοότητα	Αλλοδαποί	61	42.96
	Έλληνες	81	57.04

Στους πίνακες 3.24 και 3.25, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων ανάμεσα στις μεταβλητές φύλο και υπηκοότητα, αντίστοιχα, και τους λόγους επίσκεψης στην κλινική. **Η μοναδική στατιστικά σημαντική σχέση που παρατηρήθηκε ήταν για τον οδοντικό έλεγχο και την υπηκοότητα, όπου οι Έλληνες συμμετέχοντες ηλικιών από 18 έως 34 ετών είχαν 3,43 (ΣΛ=3,43) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πραγματοποιήσουν οδοντικό έλεγχο σε σύγκριση με τους αντίστοιχους Αλλοδαπούς συμμετέχοντες (P-value=0,021) βλ. πιν.3.25.**

Πίνακας 3.24 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων φύλου με τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο στους 142 συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 18 και 34 ετών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	1.04	0.357	0.916
Περιοδοντοπάθεια	5.1	1.094	0.136
Οδοντικό απόστημα	0.75	0.423	0.504
Κάταγμα οδόντος	0.39	1.237	0.448
Οδοντικός έλεγχος	0.93	0.45	0.874
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	1.61	1.237	0.7
Περιστεφανίτιδα	3.44	0.81	0.127
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	0.79	0.835	0.777

Πίνακας 3.25 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων υπηκοότητας με όλες τις διαγνώσεις στους 142 συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 18 και 34 ετών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.57	0.358	0.118
Περιοδοντοπάθεια	1.94	0.854	0.438
Οδοντικό απόστημα	0.7	0.423	0.402
Κάταγμα οδόντος	0.37	1.237	0.42
Οδοντικός έλεγχος	3.43	0.535	0.021
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	0.37	1.237	0.42
Περιστεφανίτιδα	7.5	1.068	0.059
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	1.53	0.883	0.629
Τρυγία	1.13	0.929	0.892

Ανάλυση στους συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 35 και 49 ετών

Στον πίνακα 3.26, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 91 συμμετεχόντων ηλικίας μεταξύ των 35 και 49 ετών. Η πλειοψηφία αυτών ήταν γυναίκες (57,14%), το 90,80% θεραπεύτηκαν από τη νόσο με την οποία είχαν διαγνωσθεί και το 73,63% ήταν Έλληνες. Ομοίως και με τις προηγούμενες υπο-αναλύσεις, **είχαμε 4 ελλείπουσες τιμές για τη θεραπεία των συμμετεχόντων.**

Πίνακας 3.26 Πίνακας συχνότητων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των **91 συμμετεχόντων ηλικίας μεταξύ των 35 και 49 ετών**

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρες	39	42.86
	Γυναίκες	52	57.14
Θεραπεύτηκε	Όχι	8	9.20
	Ναι	79	90.80
Υπηκοότητα	Αλλοδαποί	24	26.37
	Έλληνες	67	73.63

Στους πίνακες 3.27 και 3.28, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **φύλου και υπηκοότητας** με τους **λόγους επίσκεψης** στο οδοντιατρείο, αντίστοιχα. Δεν φάνηκε να παρουσιάζεται κάποια στατιστικά σημαντική σχέση σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

Πίνακας 3.27 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **φύλου** με τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο στους 91 συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 35 και 49 ετών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.92	0.437	0.851
Οδοντικό απόστημα	2.03	0.514	0.168
Κάταγμα οδόντος	0.74	1.023	0.769
Οδοντικός έλεγχος	0.43	0.577	0.149
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	3.17	1.139	0.311

Πίνακας 3.28 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **υπηκοότητας** με τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο στους 91 συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 35 και 49 ετών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.78	0.486	0.612
Περιοδοντοπάθεια	1.46	1.144	0.741
Οδοντικό απόστημα	1.4	0.573	0.561
Κάταγμα οδόντος	1.08	1.18	0.949
Οδοντικός έλεγχος	1.53	0.695	0.542
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	1.46	1.144	0.741
Άλλες βλάβες στόματος	0.82	0.735	0.783
Τρυγία	0.71	1.249	0.782

Ανάλυση στους συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 50 και 64 ετών

Στον πίνακα 3.29, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 101 συμμετεχόντων ηλικιών μεταξύ 50 και 64 ετών. Πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (59,41%), ένα μεγάλο ποσοστό αυτών θεραπεύτηκαν (92,86%) αν και για 3 συμμετέχοντες δεν ήταν καταγεγραμμένη η αντίστοιχη πληροφορία. Τέλος, το 92,08% ήταν Έλληνες.

Πίνακας 3.29 Πίνακας συχνότητων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των 101 συμμετεχόντων **ηλικίας μεταξύ των 50 και 64 ετών**

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρες	41	40.59
	Γυναίκες	60	59.41
Θεραπεύτηκε	Όχι	7	7.14
	Ναι	91	92.86
Υπηκοότητα	Αλλοδαποί	8	7.92
	Έλληνες	93	92.08

Οι γυναίκες συμμετέχουσες ηλικίας μεταξύ των 50 και 64 ετών είχαν 8,36 (ΣΛ=8,36) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωσθούν με μόρφωμα χείλους ή/και να υποβληθούν σε βιοψία σε σύγκριση με τους άνδρες συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 50 και 64 ετών (P-value=0,006) (Πίνακας 3.30).

Πίνακας 3.30 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **φύλου** με όλες τις διαγνώσεις στους 101 συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 50 και 64 ετών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.53	0.455	0.167
Περιοδοντοπάθεια	0.32	0.891	0.2
Οδοντικό απόστημα	1.31	0.554	0.626
Κάταγμα οδόντος	0.33	1.242	0.373
Οδοντικός έλεγχος	0.37	0.512	0.053
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	8.36	0.778	0.006
Καρκίνος	0.68	1.429	0.786
Τρυγία	0.33	1.242	0.373

Επιπρόσθετα, οι Έλληνες συμμετέχοντες ηλικιών μεταξύ 50 και 64 ετών είχαν 81% (ΣΛ=0,19) μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν τερηδόνα σε σύγκριση με τους Αλλοδαπούς συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 50 και 64 ετών (P-value=0,029) (Πίνακας 3.31).

Πίνακας 3.31 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **υπηκοότητας** με όλες τις διαγνώσεις στους 101 συμμετέχοντες ηλικίας μεταξύ των 50 και 64 ετών

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.19	0.77	0.029
Περιοδοντοπάθεια	0.4	1.164	0.428
Κάταγμα οδόντος	0.15	1.286	0.146

Ανάλυση στους συμμετέχοντες ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 65 ετών

Παρακάτω, στον πίνακα 3.32, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 73 συμμετεχόντων με ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 65 ετών. Το 61,64% ήταν γυναίκες, το 88,89% αυτών θεραπεύτηκαν από τη νόσο με την οποία είχαν διαγνωσθεί και το 95,89% ήταν Έλληνες. Επίσης, **υπήρχε 1 ελλείπουσα τιμή για τη μεταβλητή θεραπεία.**

Πίνακας 3.32 Πίνακας συχνοτήτων δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των 73 συμμετεχόντων ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 65 ετών

		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρες	28	38.36
	Γυναίκες	45	61.64
Θεραπείη	Όχι	8	11.11
	Ναι	64	88.89
Υπηκοότητα	Αλλοδαποί	3	4.11
	Έλληνες	70	95.89

Από τους πίνακες 3.33 και 3.34, φαίνεται πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο και τις μεταβλητές φύλο και υπηκοότητα, αντίστοιχα, στους συμμετέχοντες ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 65 ετών.

Πίνακας 3.33 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **φύλου** με τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο στους 73 συμμετέχοντες **ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 65 ετών**

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.73	0.514	0.542
Οδοντικό απόστημα	0.65	0.585	0.46
Κάταγμα οδόντος	0.61	1.435	0.734
Οδοντικός έλεγχος	0.46	0.619	0.211
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	6.75	1.084	0.078

Πίνακας 3.34 Αποτελέσματα μονοπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων **υπηκοότητας** με τους λόγους επίσκεψης στην κλινική στους 73 συμμετέχοντες **ηλικίας ίσης ή μεγαλύτερης των 65 ετών**

	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.92	1.252	0.945
Περιοδοντοπάθεια	0.09	1.36	0.076
Οδοντικό απόστημα	0.5	1.261	0.582

Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση

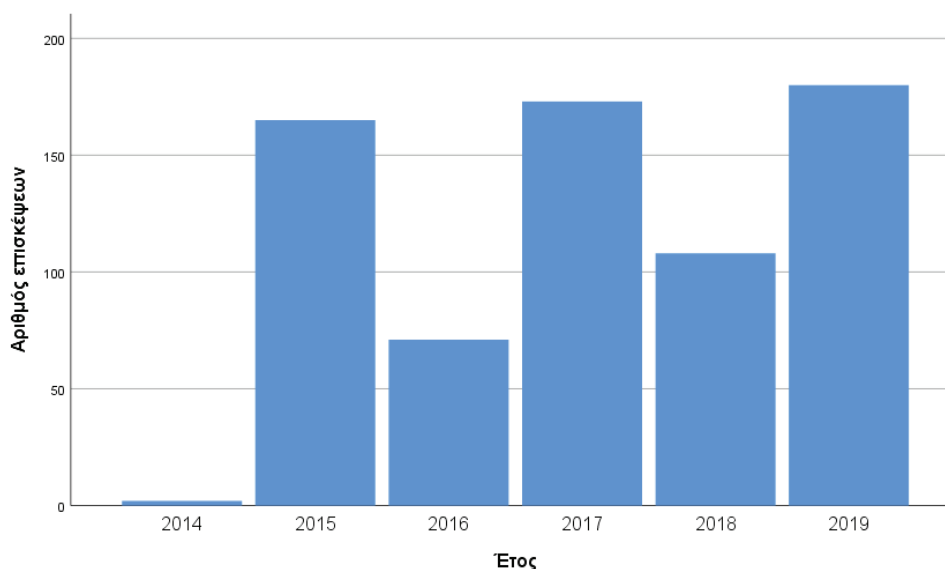
Υπήρχαν 4 ελλείπουσες τιμές για την ηλικία, επομένως, τα μοντέλα λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων υπολογίστηκαν με βάση 473 συμμετέχοντες. Στον πίνακα 3.35, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων με εξαρτημένη μεταβλητή κάθε φορά έναν από τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο. Από τα αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι κρατώντας σταθερές τις μεταβλητές φύλο και ηλικία, οι Έλληνες συμμετέχοντες είχαν 44% (ΣΛ=0,56) μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν τερηδόνα (P-value=0,012) και 2,89 (ΣΛ=2,89) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να επισκεφθούν το οδοντιατρείο για οδοντικό έλεγχο (P-value=0,001) σε σύγκριση με τους Αλλοδαπούς συμμετέχοντες. Αντίστοιχα, κρατώντας σταθερές τις μεταβλητές υπηκοότητα και ηλικία, οι γυναίκες συμμετέχουσες είχαν 5,52 (ΣΛ=5,52) φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωσθούν με μόρφωμα χείλους ή/και να υποβληθούν σε βιοψία σε σύγκριση με τους άνδρες συμμετέχοντες της μελέτης (P-value=0,001). Τέλος, κρατώντας σταθερές τις μεταβλητές υπηκοότητα και φύλο, για κάθε έτος αύξηση στην ηλικία των συμμετεχόντων, η πιθανότητα για οδοντικό έλεγχο μειώνεται κατά 1% (ΣΛ=0,99, P-value=0,011), η πιθανότητα για διάγνωση μορφώματος χείλους ή/και πραγματοποίησης βιοψίας αυξάνεται 4% (ΣΛ=1,04, P-value<0,001) και η πιθανότητα για διάγνωση περιστεφανίτιδας μειώνεται κατά 6% φορές (ΣΛ=0,94, P-value=0,004).

Πιν.3.35 με τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών λογαριθμιστικών παλινδρομήσεων με εξαρτημένη μεταβλητή κάθε φορά έναν από τους λόγους επίσκεψης στο οδοντιατρείο

	Υπηκοότητα			Φύλο			Ηλικία		
	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value	Σχετικός λόγος	Τυπικό σφάλμα	P-value
Τερηδόνα	0.56	0.229	0.012	0.91	0.197	0.632	1.00	0.005	0.529
Περιοδοντοπάθεια	0.94	0.534	0.912	2.90	0.515	0.039	1.01	0.011	0.559
Οδοντικό απόστημα	1.08	0.282	0.779	1.07	0.234	0.775	1.00	0.006	0.905
Κάταγμα οδόντος	0.47	0.718	0.288	0.52	0.597	0.272	1.03	0.016	0.098
Οδοντικός έλεγχος	2.89	0.316	0.001	0.61	0.237	0.038	0.99	0.006	0.011
Μόρφωμα χείλους/ Βιοψία	2.38	0.65	0.183	5.52	0.498	0.001	1.04	0.01	<0.001
Περιστεφανίτιδα	7.68	1.082	0.06	3.95	0.813	0.091	0.94	0.022	0.004
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	1.32	0.722	0.701	0.56	0.595	0.323	1.00	0.015	0.748
Καρκίνος	0.59	1.264	0.677	1.05	0.923	0.96	1.05	0.026	0.077
Τρυγία	1.18	0.736	0.825	3.72	0.789	0.096	1.00	0.016	0.539

Θα προσπαθήσουμε να δούμε την εξέλιξη των επισκέψεων των συμμετεχόντων ανά έτος όπως και να απεικονίσουμε τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με κάθε μια από τις στοματικές ασθένειες ανά έτος.

Γράφημα 3.12 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό επισκέψεων των 477 ασθενών ανά έτος

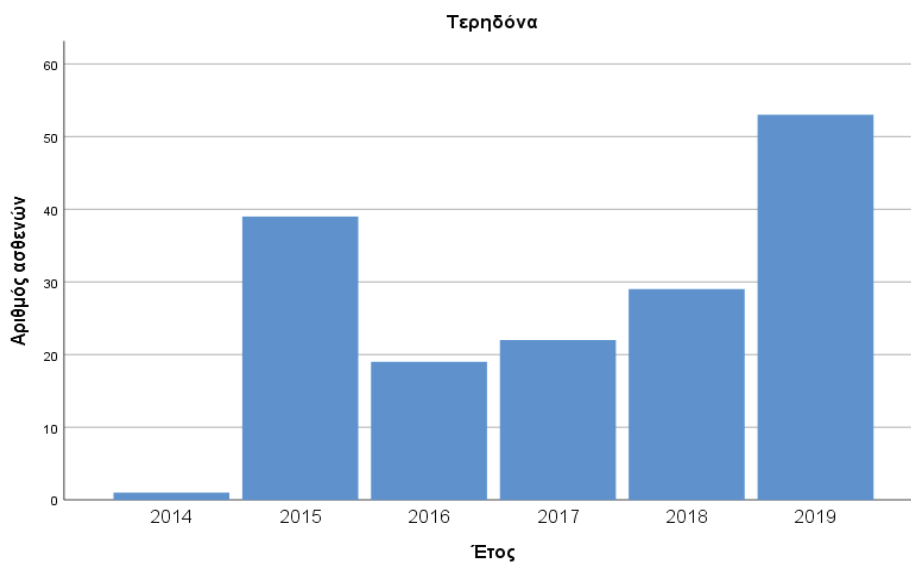


Εδώ φαίνεται ότι τα έτη 2015, 2017 και 2019 είχαμε το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέψεων.

Πίνακας 3.36 Ο συνολικός αριθμός επισκέψεων ανά ασθένεια και ανά έτος των 477 ασθενών και τα αντίστοιχα ποσοστά των επισκέψεων ανά ασθένεια για κάθε έτος

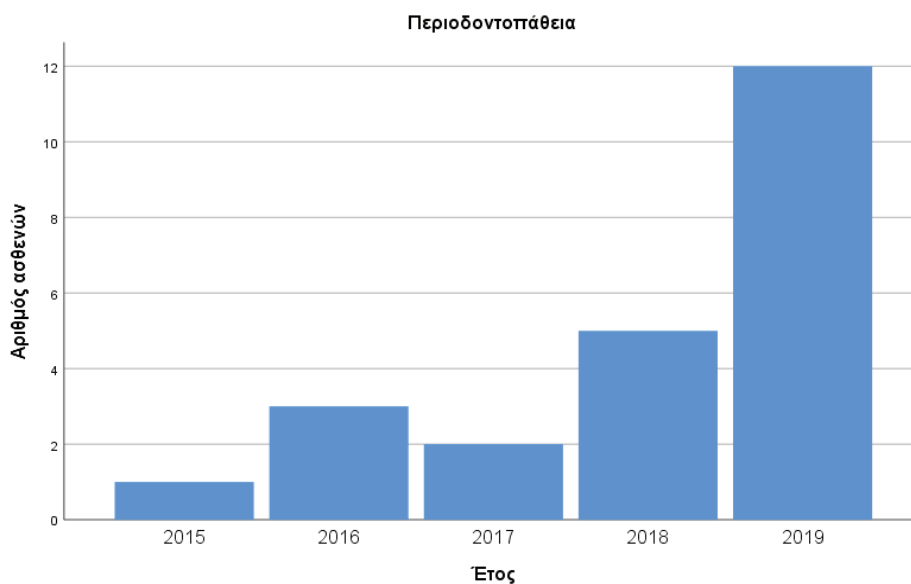
	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Τερηδόνα	1 (100%)	39 (25.3%)	19 (28.4%)	22 (18.5%)	29 (35.4%)	51 (33.1%)
Περιοδοντοπάθεια	0 (0%)	1 (0.6%)	3 (4.5%)	2 (1.7%)	5 (6.1%)	12 (7.8%)
Οδοντικό απόστημα	0 (0%)	30 (19.5%)	11 (16.4%)	24 (20.2%)	9 (11%)	19 (12.3%)
Κάταγμα όδοντος	0 (0%)	3 (1.9%)	0 (0%)	2 (1.7%)	2 (2.4%)	5 (3.2%)
Οδοντικός έλεγχος	0 (0%)	29 (18.8%)	14 (20.9%)	25 (21%)	12 (14.6%)	17 (11%)
Μόρφωμα χείλους/Βιοψία	0 (0%)	14 (9.1%)	10 (14.9%)	8 (6.7%)	1 (1.2%)	5 (3.2%)
Περιστεφανίτιδα	0 (0%)	1 (0.6%)	0 (0%)	2 (1.7%)	2 (2.4%)	5 (3.2%)
Κάταγμα σπλαχνικού κρανίου	0 (0%)	4 (2.6%)	0 (0%)	2 (1.7%)	2 (2.4%)	3 (1.9%)
Καρκίνος	0 (0%)	4 (2.6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.6%)
Πάρεση προσωπικού/Νευροπάθεια	0 (0%)	1 (0.6%)	0 (0%)	1 (0.8%)	0 (0%)	0 (0%)
Τρυγία	0 (0%)	0 (0%)	1 (1.5%)	2 (1.7%)	4 (4.9%)	4 (2.6%)
Άλλες βλάβες στόματος	0 (0%)	28 (18.2%)	9 (13.4%)	29 (24.4%)	16 (19.5%)	32 (20.8%)
Σύνολο	1 (100%)	154 (100%)	67 (100%)	119 (100%)	82 (100%)	154 (100%)

Γράφημα 3.13 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **τερηδόνα** ανά έτος



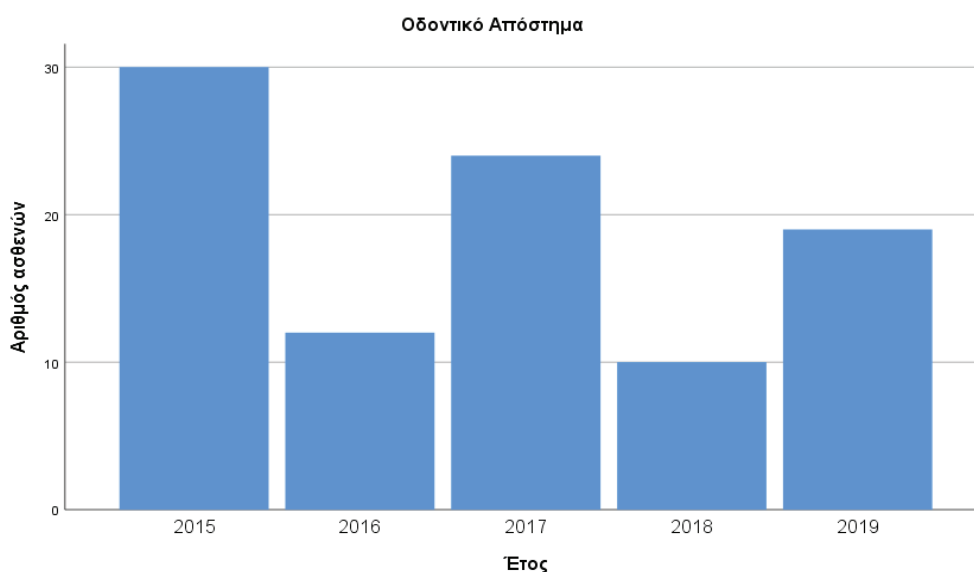
Φαίνεται ότι το 2019 ήταν το έτος με το μεγαλύτερο ποσοστό διάγνωσης τερηδόνας και ότι από το 2016 ως το 2019 αυξανόταν σταδιακά αυτό το ποσοστό.

Γράφημα 3.14 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **περιοδοντοπάθεια** ανά έτος



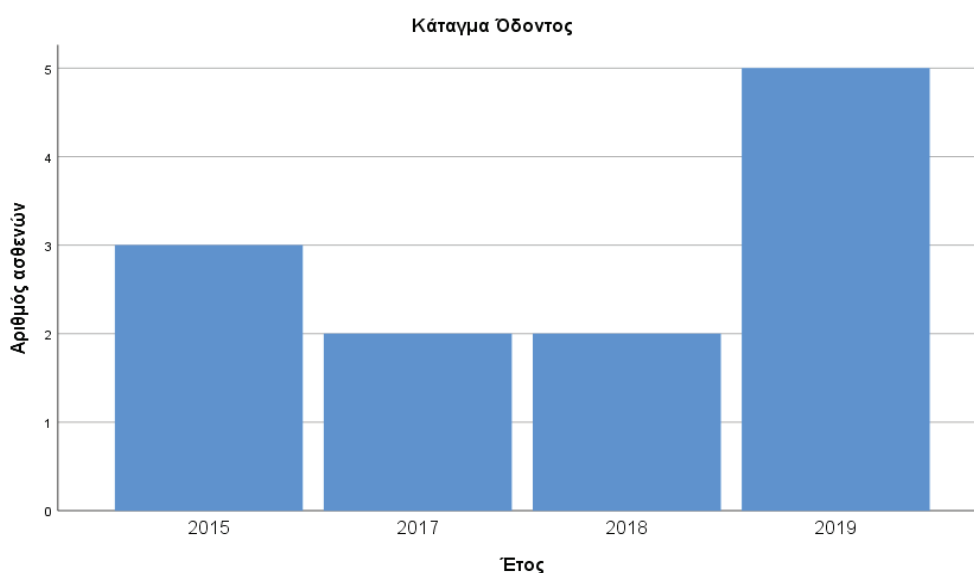
Εδώ φαίνεται ότι το 2018 και 2019 αυξήθηκε το ποσοστό ασθενών με περιοδοντοπάθεια.

Γράφημα 3.15 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **οδοντικό απόστημα** ανά έτος



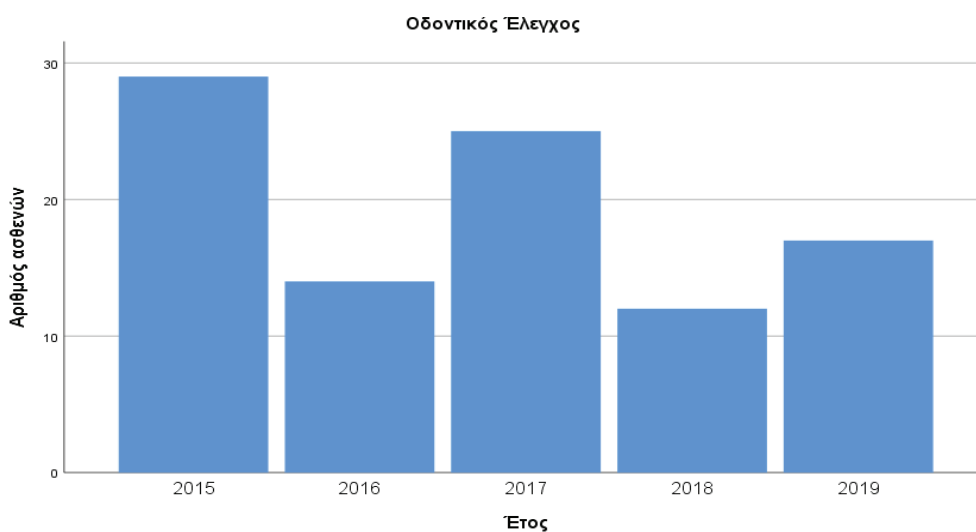
Το οδοντικό απόστημα ήταν αυξημένο το 2015 λιγότερο αυξημένο το 2017 και λιγότερο το 2019.

Γράφημα 3.16 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **κάταγμα οδόντος** ανά έτος



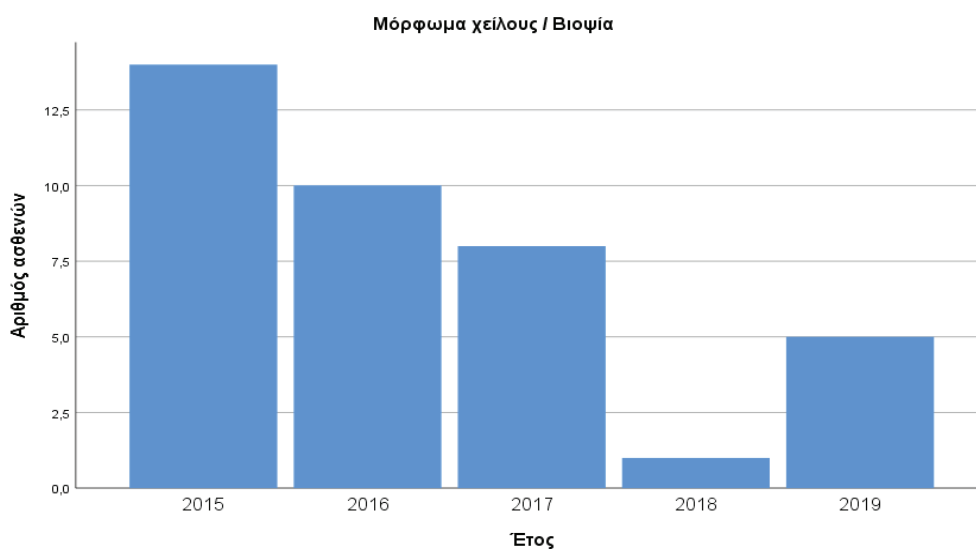
Οι ασθενείς με κάταγμα οδόντος αυξήθηκαν το 2019

Γράφημα 3.17 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των συμμετεχόντων που επισκέφτηκαν το οδοντιατρείο για **οδοντικό έλεγχο** ανά έτος



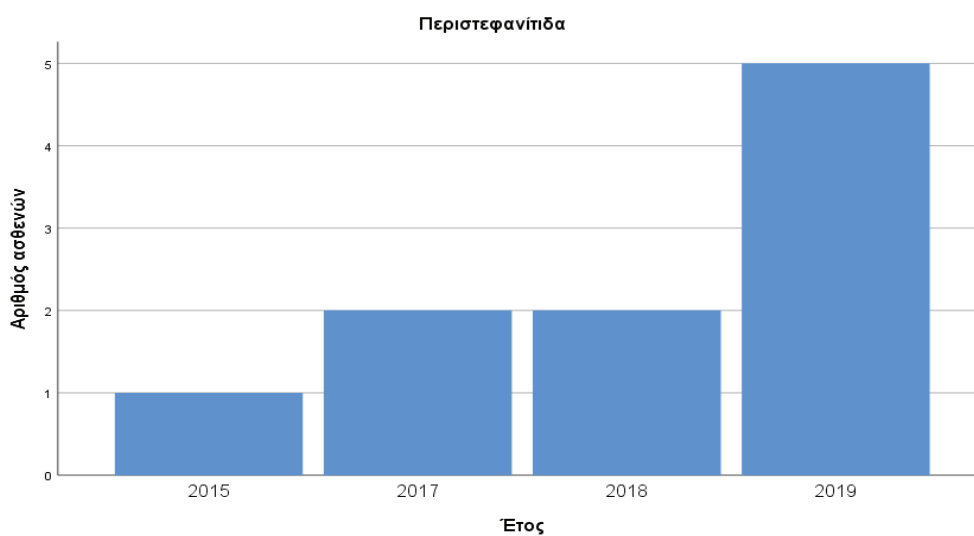
Περισσότεροι ασθενείς επισκέφτηκαν το οδοντιατρείο το 2015, λιγότεροι το 2017 και ακόμη λιγότεροι το 2019 ενώ το 2016 και 2018 οι ασθενείς ήταν περίπου ίσοι στον αριθμό.

Γράφημα 3.18 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **μόρφωμα χείλους** ανά έτος



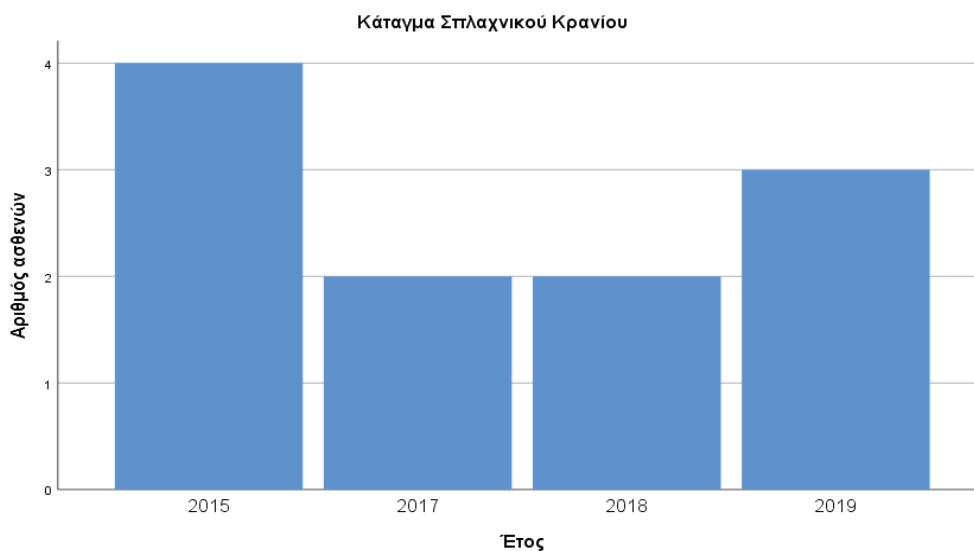
Από το 2015 ως το 2018 είχαμε πτωτική πορεία ενώ το 2019 αυξήθηκε πάλι ο αριθμός των ασθενών με μόρφωμα χείλους/βιοψία.

Γράφημα 3.19 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **περιστεφανίτιδα** ανά έτος



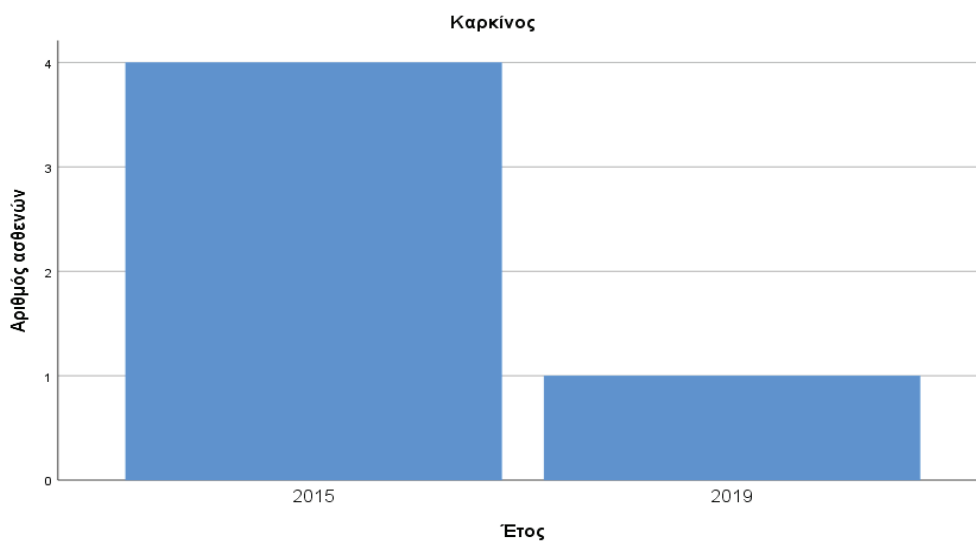
Από το 2015 ως το 2019 είχαμε αυξητική πορεία ως προς τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με περιστεφανίτιδα.

Γράφημα 3.20 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **κάταγμα σπλαχνικού κρανίου** ανά έτος



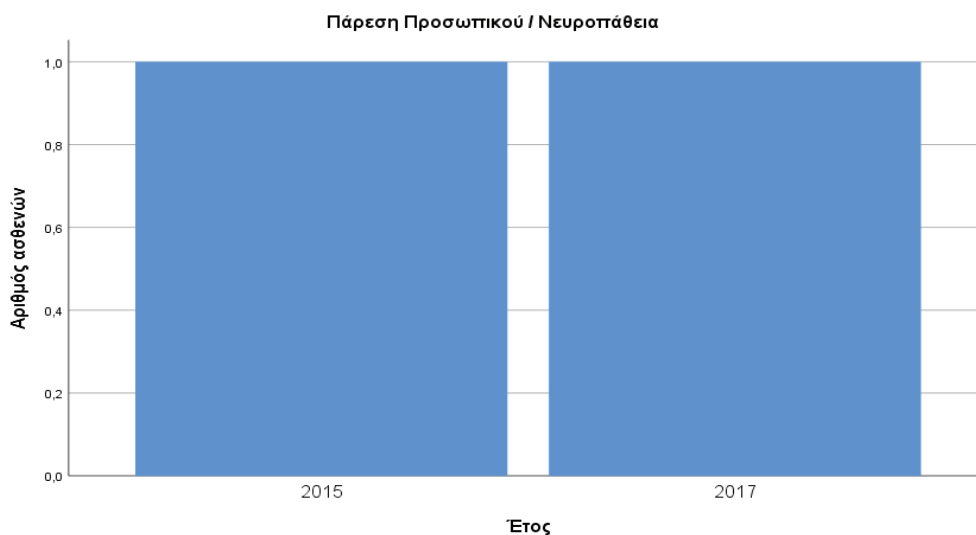
Περισσότερα με κατάγματα σπλαχνικού κρανίου είχαμε κυρίως το 2015 και το 2019.

Γράφημα 3.21 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **καρκίνο** ανά έτος



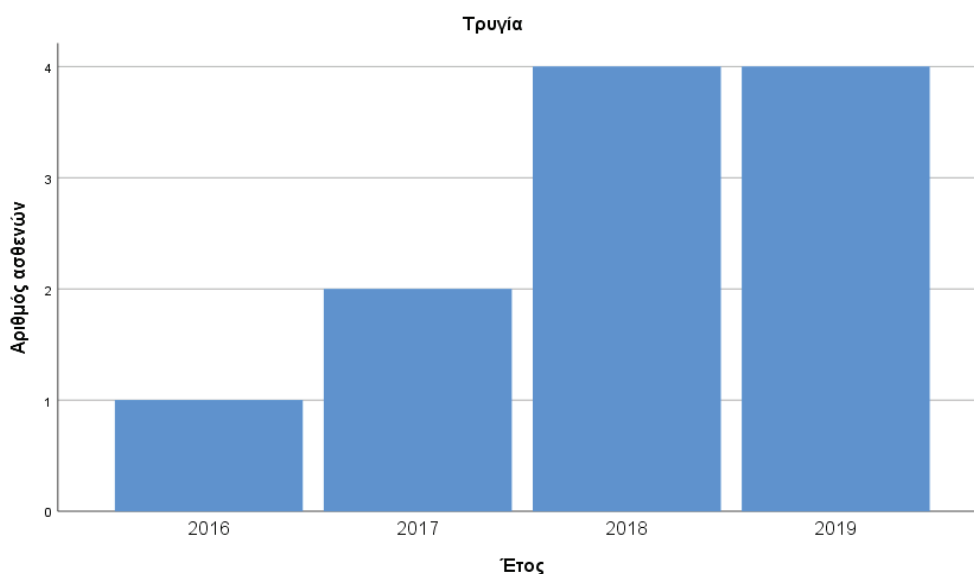
Το 2015 είχαμε μεγαλύτερο ποσοστό με καρκίνο από ότι το 2019.

Γράφημα 3.22 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **πάρεση προσωπικού/νευροπάθεια** ανά έτος



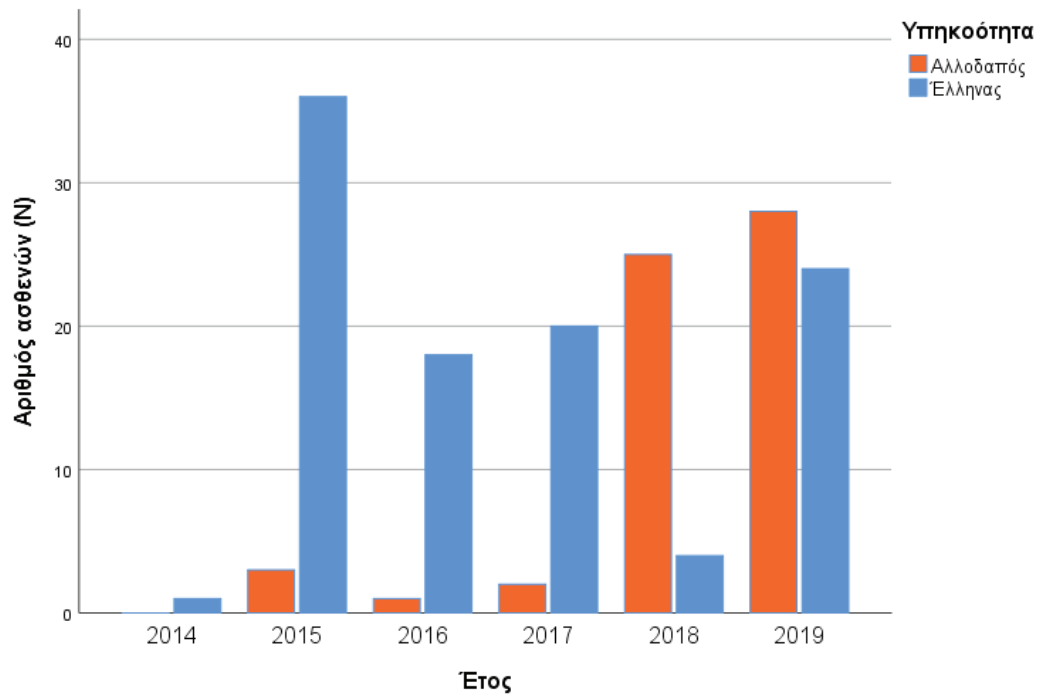
Υπάρχει σταθερότητα για την πάρεση προσωπικού για τα έτη 2015 και 2017

Γράφημα 3.23 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **τρυγία** ανά έτος



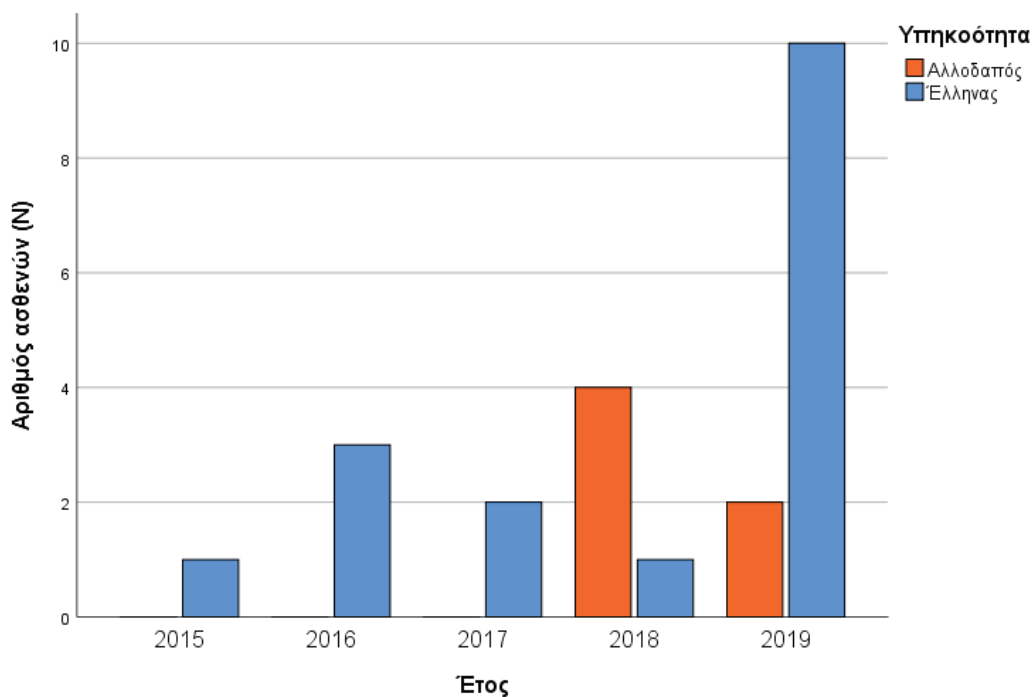
Το ποσοστό με τρυγία αυξήθηκε από το 2016 ως το 2019.Συνολικά υπάρχει αύξηση των εξής νοσημάτων από το 2014 ως το 2019: της τερηδόνας, της περιοδοντοπάθειας, της περιστεφανίτιδας, του κατάγματος οδόντος και της τρυγίας.

Γράφημα 3.24 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **τερηδόνα** ανά έτος σε Έλληνες και αλλοδαπούς



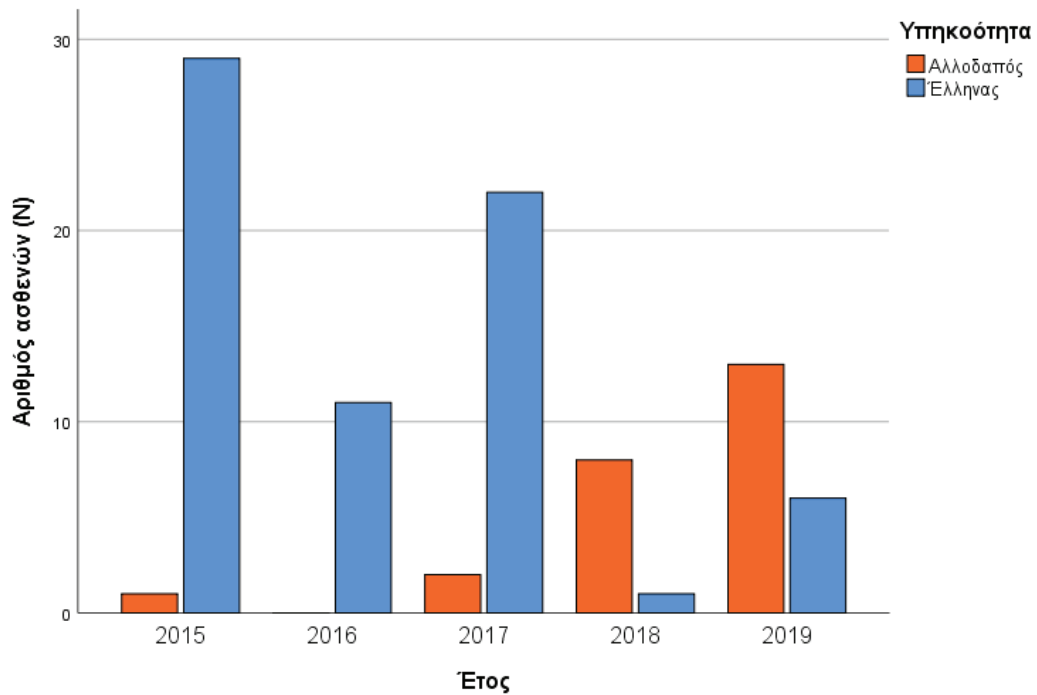
Για τους Έλληνες είχαμε μια πολύ μεγάλη αύξηση από το 2014 στο 2015, ακολουθεί σταθερή ενδιάμεση πορεία για τα έτη 2016 και 2017, μειώνεται πολύ το 2018 ενώ το 2019 είχαμε αλματώδη αύξηση. Για τους αλλοδαπούς αυξάνεται σταδιακά από χρόνο σε χρόνο το πρόβλημα της τερηδόνας.

Γράφημα 3.25 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **περιοδοντοπάθεια** ανά έτος σε Έλληνες και αλλοδαπούς



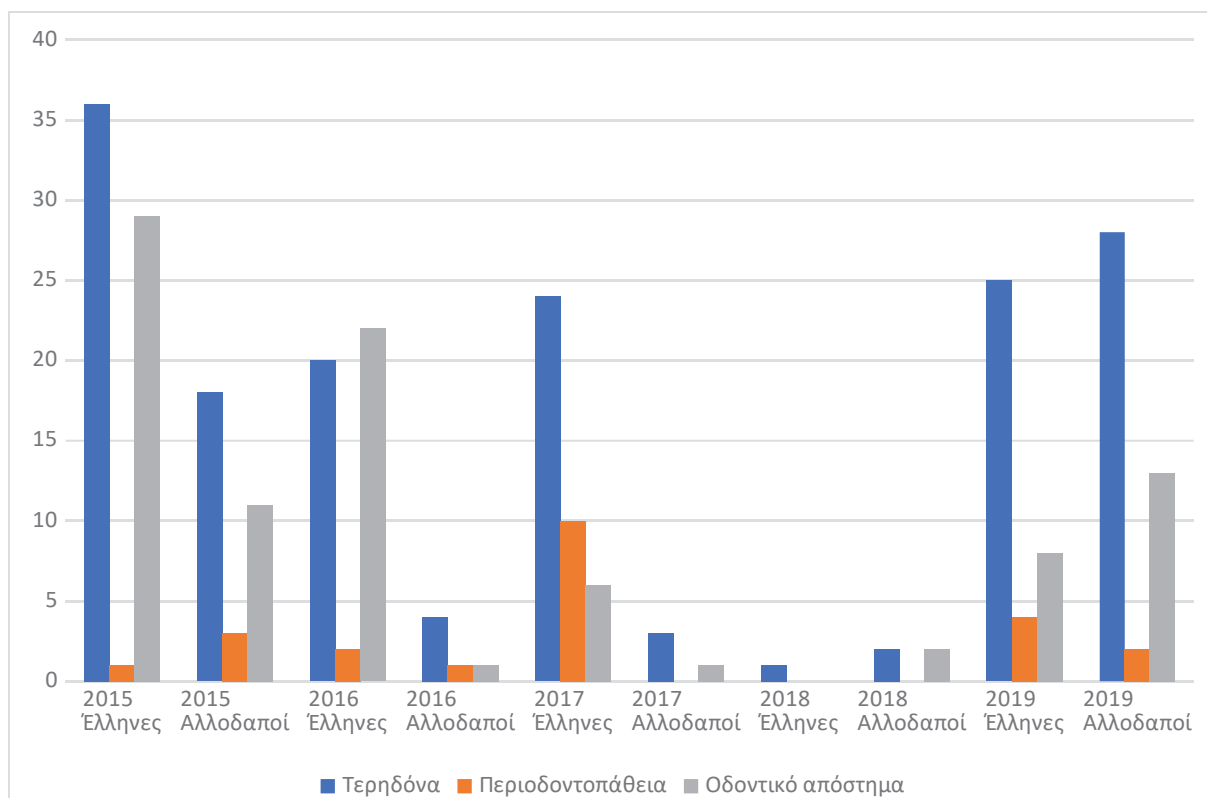
Για τους Έλληνες τα προβλήματα περιοδοντοπάθειας αυξάνουν από το 2015 ως το 2019 ενώ για τους αλλοδαπούς δεν έχουμε σαφή εικόνα γιατί επισκέπτονται το οδοντιατρείο μόνο το 2018 και 2019 με μειωμένη πορεία.

Γράφημα 3.26 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **οδοντικό απόστημα** ανά έτος σε Έλληνες και αλλοδαπούς



Για τους Έλληνες παρατηρείται μια αυξομείωση από χρόνο σε χρόνο ενώ για τους αλλοδαπούς σταδιακή αύξηση που σημαίνει ότι για αυτόν τον πληθυσμό υπήρξε μια παραμέληση της στοματικής τους υγείας.

Γράφημα 3.27 Ραβδόγραμμα που απεικονίζει τον αριθμό των ασθενών που διαγνώστηκαν με **τερηδόνα, περιοδοντοπάθεια και οδοντικό απόστημα** ανά έτος σε Έλληνες και αλλοδαπούς συγκεντρωτικά.



Όπως παρατηρούμε από τα παραπάνω ραβδογράμματα το μεγαλύτερο πρόβλημα και για Έλληνες αλλά και για αλλοδαπούς είναι η τερηδόνα η οποία φαίνεται να μειώνεται από το 2015 ως το 2018 και το έτος 2019 είναι αυξημένη επίσης για τους δύο πληθυσμούς. Ακολουθεί το οδοντικό απόστημα με τους ίδιους ρυθμούς ενώ η περιοδοντοπάθεια τόσο στους Έλληνες όσο και στους αλλοδαπούς φαίνεται να καταλαμβάνει το μικρότερο ποσοστό μεταξύ των τριών, με τους Έλληνες να αντιμετωπίζουν λίγο μεγαλύτερο πρόβλημα από τους αλλοδαπούς και με το έτος 2018 να μην μας απασχολεί καθόλου στο οδοντιατρείο του ΠΓΝΙ.

4. Συζήτηση Ειδικού Μέρους

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η απεικόνιση της κατάστασης της στοματικής υγείας ενός δείγματος του Ελληνικού πληθυσμού έτσι ώστε να συμβάλλει στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, μια δράση στην οποία έχουν ήδη προχωρήσει άλλα Ευρωπαϊκά κράτη, **όπως η Σουηδία**. (Ljung R, Lundgren F, Appelquist M et al., The Swedish dental health register - Validation study of remaining and intact teeth. BMC Oral Health.2019;19(1):1–7.) Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις τόσο στο συνολικό δείγμα της μελέτης όσο και διαστρωματοποιημένες αναλύσεις ανά φύλο, υπηκοότητα και ηλικιακή ομάδα προκειμένου να διαπιστωθούν διαφορές στην κατάσταση της στοματικής υγείας ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες των συμμετεχόντων.

Στο σύνολο των συμμετεχόντων της μελέτης, η πλειονότητα αυτών ήταν γυναίκες (55,56%) όσον αφορά το φύλο. Το ποσοστό των συμμετεχόντων ελληνικής καταγωγής ήταν 71,91% και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 40,68 έτη. Σημαντικές πληροφορίες αποτέλεσαν ο *αριθμός των επισκέψεων στο Οδοντιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (1 επίσκεψη για το 77,6% του δείγματος) και *το ποσοστό των ασθενών που θεραπεύτηκαν από τη νόσο με την οποία είχαν διαγνωσθεί. **Πιο συγκεκριμένα, τα μεγαλύτερα ποσοστά διάγνωσης αφορούσαν τη τερηδόνα (34,17%) και το οδοντικό απόστημα (19,92%).** Εξίσου υψηλό ήταν και το ποσοστό των νοσημάτων που ομαδοποιήθηκαν ως «**Άλλες βλάβες στόματος**» (24,5%), ενώ το 20,34% των συμμετεχόντων επισκέφθηκε το οδοντιατρείο για ένα **τυπικό οδοντικό έλεγχο**. **Καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων ηλικιών των συμμετεχόντων για 2 κατηγορίες διάγνωσης, το μόρφωμα χείλους (P-value<0,01) και τη περιστεφανίτιδα (P-value<0,01).**

Αυξημένη πιθανότητα διάγνωσης με περιοδοντοπάθεια και μόρφωμα χείλους παρουσίασαν οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες ενώ μειωμένη ήταν και η πιθανότητα να επισκεφθούν το οδοντιατρείο για οδοντικό έλεγχο, τόσο στην ανάλυση στην οποία αξιοποιείται ολόκληρο το δείγμα, όσο και στις αναλύσεις ευαισθησίας με βάση το φύλο και την υπηκοότητα. Στη διαστρωματοποιημένη ανάλυση που πραγματοποιήθηκε με βάση το φύλο, οι μέσες ηλικίες των γυναικών διέφεραν ανά λόγο επίσκεψης στο οδοντιατρείο, όπως για τακτικό οδοντικό έλεγχο ή διάγνωση συγκεκριμένου νοσήματος, όπως τερηδόνα, μόρφωμα χείλους, περιστεφανίτιδα, καρκίνο και τρυγία. **Ειδικά όσον αφορά στο μόρφωμα χείλους και στον καρκίνο, οι θετικά διαγνωσμένες γυναίκες ήταν και γηραιότερες, το οποίο εξακριβώθηκε και στην υπο-ανάλυση των συμμετεχόντων με ηλικίες μεταξύ των 50 και 64 ετών.**

Σε μια μεγάλη επιδημιολογική μελέτη με δείγμα που προερχόταν από χώρες όπως η Ρωσία, η Ινδία και η Κίνα και ξεπέρασε τα 28.000 άτομα, οι γυναίκες παρουσίασαν 1,3-1,6 φορές (P -value < 0,05) μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν στοματικά προβλήματα σε σύγκριση με τους άνδρες. (Bawankule R, Singh A, Kumar K et al, Oral problems and associated risk indicators in adults in the Russian Federation, India, and China. BMC Oral Health. 2019;19(1):1–10.) Ομοίως, σε μια δεύτερη μελέτη, το 97,6% των ηλικιωμένων γυναικών που διέμεναν σε πόλεις της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής δήλωσε την απώλεια οδόντων ενώ σε υπο-αναλύσεις στους τοπικούς πληθυσμούς του Σάο Πάολο και του Μοντεβιδέο παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της απώλειας οδόντων (Singh H, Maharaj RG, Naidu R. Oral health among the elderly in 7 Latin American and Caribbean cities, 1999-2000: A cross-sectional study. BMC Oral Health. 2015;15(1):1–14). **Πιθανές εξηγήσεις για αυτή την ανησυχητική τάση θα μπορούσε να αποτελεί η οικονομική εξάρτηση των γυναικών από τους συζύγους ή/και τους πατέρες τους, και δη σε υποανάπτυκτα ή αναπτυσσόμενα κράτη, τα ελλιπή κρατικά συστήματα υγείας και το γήρας των πληθυσμών.** Επομένως, τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την επιβαρυσμένη κλινική εικόνα της στοματικής υγείας των γυναικών – ιδιαίτερα των ηλικιωμένων – και καταδεικνύουν την ανάγκη για εξειδικευμένο πρόγραμμα ενημέρωσης, πρόληψης και θεραπείας εντός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Στοματική Υγεία που θα απευθύνεται αποκλειστικά σε γυναίκες κάτι που τονίσαμε στην πρόληψη του Γενικού Μέρους.

Επιπρόσθετα, οι Έλληνες συμμετέχοντες είχαν 47% μειωμένη πιθανότητα να διαγνωσθούν με τερηδόνα και πάνω από 2 φορές αυξημένη πιθανότητα να πραγματοποιήσουν οδοντικό έλεγχο επισκεπτόμενοι το οδοντιατρείο του νοσοκομείου σε σύγκριση με τους Αλλοδαπούς συμμετέχοντες. Το τελευταίο εύρημα παρέμεινε στατιστικά σημαντικό για τους Έλληνες συμμετέχοντες που ανήκαν στις υπο-ομάδες ηλικίας ίσης ή μικρότερης των 18 ετών και ηλικίας μεταξύ των 18 και 34 ετών. Στους συμμετέχοντες με ηλικία που κυμαινόταν μεταξύ των 50 και 64 ετών, καταγράφηκε 81% μειωμένη πιθανότητα διάγνωσης τερηδόνας στους Έλληνες σε σύγκριση με τους Αλλοδαπούς. Οι μέσες ηλικίες των Ελλήνων συμμετεχόντων ανά διάφορες νόσους, όπως *μόρφωμα χείλους, *περιστεφανίτιδα, *καρκίνος αλλά και επίσκεψης το οδοντιατρείο *για οδοντικό έλεγχο διέφεραν στατιστικά σημαντικά, όπως προέκυψε από τη διαστρωματοποιημένη ανάλυση με βάση την υπηκοότητα. Ομοίως με προηγουμένως, το μόρφωμα χείλους και ο καρκίνος αναπτύχθηκαν κυρίως σε συμμετέχοντες προχωρημένης ηλικίας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που τονίζουν τον επιβαρυντικό ρόλο των εθνικών και, κατ' επέκταση, κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη φροντίδα της στοματικής υγείας: σε μια

μελέτη που έλαβε χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Νοτιοασιάτες και έγχρωμοι συμμετέχοντες επισκέπτονταν λιγότερο συχνά κάποια οδοντιατρική κλινική σε σύγκριση με τους λευκούς συμμετέχοντες, αν και οι ερευνητές υποστήριξαν την ποιοτικότερη στοματική υγεία των μη-λευκών συμμετεχόντων όσον αφορά στην παρουσία περισσότερων οδόντων και πραγματοποίηση λιγότερων εξαγωγών. (Agora G, Mackay DF, Conway DI. Et al Ethnic differences in oral health and use of dental services: Cross-sectional study using the 2009 Adult Dental Health Survey. BMC Oral Health. 2016;17(1):1–12.) Παρόμοια πορίσματα ανακύπτουν και από άλλες μελέτες των οποίων το δείγμα προερχόταν από κράτη που χαρακτηρίζονται από φαινόμενα χαμηλού μέσου εισοδήματος, έντονης ταξικής ανισότητας και πληθυσμιακής ανισοκατανομής, όπως η Βραζιλία (da Veiga Pessoa DM, Roncalli AG, de Lima KC. Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: A cross-sectional population-based study. BMC Oral Health. 2016;17(1):1–8) και το Ιράν (Soofi M, Pasdar Y, Karami Matin B et al Socioeconomic-related inequalities in oral hygiene behaviors: A cross-sectional analysis of the PERSIAN cohort study. BMC Oral Health. 2020;20(1):1–11). Αξίζει να σημειωθεί, βέβαια, ότι το δείγμα των Αλλοδαπών στην παρούσα μελέτη ήταν μικρό, σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες μελέτες, με συνέπεια τη χαμηλή στατιστική ισχύ αλλά σημαντική ήταν και η έλλειψη πληροφοριών για ορισμένους συγχυτικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ασφαλιστική ικανότητα των Αλλοδαπών συμμετεχόντων. **Συμπερασματικά, η δυνατότητα αυτών των πληθυσμών να έχουν πρόσβαση σε ποιοτική ιατροφαρμακευτική και, ειδικότερα, οδοντική περίθαλψη αποτελεί αδήριτη ανάγκη, ιδιαίτερα αν ληφθούν υπ' όψιν οι συνεχείς ροές μεταναστών που εισέρχονται στη χώρα μας καθώς μόνο κατά το έτος της τελευταίας επίσημης απογραφής στην Ελλάδα (2011), 78.420 άτομα προερχόμενα από χώρες του εξωτερικού εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα (ΕΛΣΤΑΤ. Απογραφή Πληθυσμού - Κατοικιών 2011 - Μετανάστευση - Εσωτερική Μετανάστευση. Ελστατ Δελτίο Τύπου. 2014;2014.09.5:1–12).**

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, το δείγμα της μελέτης ήταν σχετικά μικρό (477 άτομα/706 επισκέψεις). Παρ' όλα αυτά, συμπεριελήφθησαν όλοι οι επισκέπτες του οδοντιατρείου ενός εκ των δύο γενικών δημόσιων νοσοκομείων που εδρεύουν στην πόλη των Ιωαννίνων καταφέροντας με αυτό τον τρόπο να αποτελεί ένα αρκετά αντιπροσωπευτικό δείγμα των ατόμων που επισκέπτονται τα δύο νοσοκομεία. **Είναι πιθανό το δείγμα να αποτελούνταν από άτομα με χαμηλό εισόδημα με συνέπεια η μελέτη να πάσχει από συστηματικό σφάλμα επιλογής.** Αυτό συμβαίνει διότι στη μελέτη δεν συμπεριελήφθησαν άτομα που

επισκέπτονταν ιδιωτικά οδοντιατρεία για τακτικό οδοντικό έλεγχο ή διάγνωση νοσήματος και τα οποία, κατά πάσα πιθανότητα, θα χαρακτηρίζονταν από υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό στάτους. Κάτι τέτοιο, όμως, κρίθηκε εξαιρετικά δύσκολο να υλοποιηθεί στην παρούσα μελέτη, καθώς, **η πρόσβαση σε δεδομένα ασθενών των ιδιωτικών οδοντιατρείων ήταν ανέφικτη**. Επιπλέον, δεν υπήρχαν διαθέσιμες πληροφορίες για σημαντικές συγχυτικές μεταβλητές οι οποίες θα μπορούσαν να οδηγήσουν μέρος των αποτελεσμάτων μας σε διαφορετικές κατευθύνσεις, π.χ. *καθαρό εισόδημα, *μορφωτικό επίπεδο, *διατροφικές συνήθειες οι οποίες να σχετίζονται με την κατανάλωση επιβλαβών τροφών για τη στοματική κοιλότητα, όπως ζάχαρη, στοματική υγιεινή και *καθημερινή περιποίηση των οδόντων – **αυτό φάνηκε ιδιαίτερα στο πολυπαραγοντικό μοντέλο που εφαρμόστηκε και το οποίο παρουσίασε παρόμοια αποτελέσματα με τα επιμέρους μονοπαραγοντικά**. Για ορισμένα νοσήματα που μελετήθηκαν, δεν καταγράφηκε μεγάλος αριθμός διαγνώσεων και, έτσι, δυσχεραινόταν η διαδικασία εύρεσης στατιστικά σημαντικής σχέσης εξ' αιτίας χαμηλής στατιστικής ισχύος. Η προσέλευση ατόμων συγκεκριμένων κοινωνικών συνόλων, όπως οι αλλοδαποί, ήταν χαμηλή, οπότε ήταν αναμενόμενο να μην αντιπροσωπεύονται επαρκώς στη μελέτη. Τέλος, το 77,6% των συμμετεχόντων επισκέφθηκε την κλινική 1 φορά εντός του προβλεπόμενου χρόνου της μελέτης και, επομένως, δεν ήταν δυνατή η διαχρονική παρακολούθηση της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων.

Στα πλεονεκτήματα της μελέτης συγκαταλέγονται ***οι συμμετέχοντες στους οποίους δεν τέθηκαν κριτήρια ένταξής τους στη μελέτη σχετικά με την ηλικία, την υπηκοότητα ή την κατάσταση της στοματικής υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να διαγνωσθούν ποικίλες παθήσεις οι οποίες διαφέρουν τόσο σε συχνότητα εμφάνισης στο γενικό πληθυσμό όσο και σε σοβαρότητα**. *Σημαντικό πλεονέκτημα της μελέτης αποτελεί ότι η διάγνωση της εκάστοτε πάθησης δεν επιβεβαιωνόταν από τον ασθενή αλλά επικυρωνόταν από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, ενισχύοντας την αξιοπιστία της. Ακόμα, *η μελέτη έδωσε τη δυνατότητα για μια αναλυτική χαρτογράφηση των οδοντικών προβλημάτων από τα οποία πάσχουν μόνιμοι κάτοικοι της Ηπείρου και, κυρίως, συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, όπως οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και οι αλλοδαποί – χάρις αυτό, θα διαμορφωθούν κατευθυντήριες οδηγίες για την οδοντική υγεία που, μετέπειτα, θα αξιοποιηθούν από φορείς της δημόσιας υγείας.

Επιπλέον από τις παρακάτω μελέτες επιβεβαιώνονται τα παραπάνω δικά μας συμπεράσματα που αφορούν χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες πληθυσμού και μεγαλύτερες ηλικίες.

*Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα (Κωνσταντίνος Ουλής Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ Φορέας Έργου: Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία) (θέμα: η οδοντιατρική κατάσταση των παιδιών ηλικίας 5,12,15 ετών στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία (2004-2014)) ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει τα ευρήματα της επιδημιολογικής έρευνας που διεξήχθη το 2014 σχετικά με τον επιπολασμό της τερηδόνας και την εμπειρία των ελληνικών παιδιών ηλικίας 5, 12 και 15 ετών και το πώς σχετίζονται με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και να συγκριθούν με τα ευρήματα μιας παρόμοιας μελέτης που διεξήχθη πριν από 10 χρόνια. Μεθοδολογία: Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με τυχαία επιλογή σύμφωνα με τις οδηγίες δειγματοληψίας που προτείνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (national pathfinder survey) και ένα δείγμα 1222, 1252 και 1228 παιδιών ηλικίας 5, 12 και 15 ετών επιλέχθηκε τυχαία από σχολεία και τάξεις 24 τοποθεσιών δειγματοληψίας (15 αστικές και 9 αγροτικές), των νομών Αχαΐας, Έβρου, Ιωαννίνων, Καστοριάς, Κεφαλληνίας, Κυκλάδων Νήσος Νάξος, Λαρίσης, Λέσβου Νήσος Μυτιλήνη και Χανίων. Στους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης επιλέχθηκε δείγμα πληθυσμού από τρεις αστικές περιοχές και άρα η μελέτη για κάθε ηλικιακή ομάδα πραγματοποιήθηκε σε 14 δειγματοληπτικές θέσεις χαρακτηριζόμενες ως αστικές και 8 θέσεις χαρακτηριζόμενες ως αγροτικές, αντιπροσωπεύοντας την κατανομή του πληθυσμού στην Ελλάδα. Η κατάσταση της τερηδόνας καταγράφηκε από πέντε τυποποιημένους εξεταστές και εκφράστηκε με τον δείκτη d3-6mft / D3-6MFT ως συνδυασμός των δεικτών ΠΟΥ και ICDAS II. Χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά tests για την ανάλυση των δεδομένων, λόγω της μη συμμετρικής κατανομής της τερηδόνας στον πληθυσμό και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθορίστηκε στο 95%. Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο δείκτης d3-6mft / D3-6MFT παρουσιάζεται μειωμένος σε σχέση με το παρελθόν με όλους τους επιμέρους δείκτες να εμφανίζονται μειωμένοι σε όλες τις ηλικιακές ομάδες των παιδιών εκτός από μια μικρή αύξηση στο στοιχείο D3-6 για την ηλικία των 15 ετών. Αντίθετα, παρατηρήθηκε μείωση της τάσης των παιδιών χωρίς τερηδόνα με $ICDAS_{0,9} = 42,4, 27,7$ και $16,3\%$ για τα 5,12,15 ετών αντίστοιχα σε σύγκριση με τα 57,2, 37,1 και 28,9% που βρέθηκε πριν από 10 χρόνια, πιθανότατα επειδή δεν συμπεριλάβαμε το ICDAS 1 και 2 ως τερηδόνα. Τα ποσοστά των παιδιών ελεύθερων τερηδόνας βρέθηκαν μειωμένα σε σχέση με το 2004 και στις τρεις ηλικιακές ομάδες με 4ενώ μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία. Ο μέσος δείκτης ICDAS3-6mft

/icdas3-6MFT 1,48, 1,62 και 2,52 ήταν επίσης χαμηλότερος σε σύγκριση με τα αποτελέσματα 1,77, 2,05 και 3,19 για τα 5, 12 και 15 έτη αντίστοιχα. 17,7, 19,8 και 16,9% των παιδιών που παρουσιάστηκαν με ICDAS1-2 (ως ένας δείκτης) με μέση τιμή 0,93, 1,75 και 2,56 για τις τρεις ηλικίες, ενώ 86,8, 62,7 και 60,1% παρουσιάστηκαν με χειροτέρευση της τερηδόνας χωρίς θεραπεία, σε σύγκριση με το 2004. Η βαθμολογία της τερηδόνας διέφερε σημαντικά στη χώρα, με υψηλότερες βαθμολογίες σε αγροτικές περιοχές και σε παιδιά με γονείς χαμηλότερης εκπαιδευτικής κατάστασης. Οι δείκτες τερηδόνας επηρεάζονται από την κατηγορία του πληθυσμού και το επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων επιβεβαιώνοντας, τη σχέση της στοματικής υγείας με κοινωνικο-οικονομικούς, δημογραφικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, που οδηγούν σε μεγάλες ανισότητες.

*Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα (Oral Health-Related Quality of Life of Greek Adults: A Cross-Sectional Study: William Papaioannou,¹ Constantine J. Oulis,² Demetra Latsou,³ and John Yfantopoulos³) φάνηκε ότι συνολικά πήραν συνέντευξη 504 ενήλικες. Από Αθήνα συνολικά 104 άτομα από τα οποία 2 θεωρήθηκαν ότι ζούσαν υπό αγροτικές συνθήκες ενώ για τη Θεσσαλονίκη 100 συνολικά άτομα όπου τα 18 θεωρήθηκαν ότι ζούσαν υπό αγροτικές συνθήκες στα περίχωρα της πόλης. Για την Πάτρα, συνολικά 100 με 24 άτομα από αγροτικές περιοχές, και από Ιωάννινα 100 συνολικά άτομα με 53 από αγροτικές περιοχές και από Καστοριά συνολικά 100 άτομα και από αγροτικές περιοχές αριθμούσαν 22. Όσον αφορά το φύλο του δείγματος πληθυσμού, 49,8% ήταν άνδρες, ενώ οι γυναίκες αποτελούν το 50,2%. Από το συνολικό δείγμα, 53,8% ανέφερε ότι ήταν καπνιστές. Άλλοι παράγοντας που θα μπορούσε να επηρεάσουν τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο. Η πλειοψηφία του 41,4% ανέφερε ότι έχουν τελειώσει το μεσαίο επίπεδο εκπαίδευσης, 22% υψηλότερη εκπαίδευση, και 21,8% ακόμη υψηλότερα. Εκείνοι που αναφέρονται ως χαμηλότερης εκπαίδευσης καθώς και η μεταπτυχιακή εκπαίδευση ήταν στη μειονότητα (4,4% και 10,4%, αντίστοιχα.) Για τα άτομα: το 29,6% ήταν επιχειρηματίες, το 29,4% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 33,3% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι ενώ 0,2% σε σύνταξη. Το υπόλοιπο ποσοστό αποτελείται από νοικοκυρές (6,3%) και ανέργους (1,1%). Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα ηλικίας 16-79 ετών. Οι έλληνες δηλώνουν ότι εξακολουθούν να έχουν όλα τα φυσικά δόντια τους. Δυστυχώς, η μελέτη δεν συνδυάστηκε με κλινική εξέταση των ατόμων. Τα θέματα από την Αθήνα, για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα έχουν αποδειχθεί ότι έχουν τη χαμηλότερη βαθμολογία DMFT, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλότερου αριθμού δοντιών που λείπουν (MT), σε σύγκριση με τις 4 άλλες πόλεις. Αντίθετα, στα Ιωάννινα που παρουσιάζουν το υψηλότερο DMFT και στα δόντια που λείπουν έδειξαν στην παρούσα μελέτη τις χαμηλότερες επιπτώσεις για τις προαναφερθείσες υποκατηγορίες. Φαίνεται ότι οι άνθρωποι που ζουν

στην ορεινή περιοχή της Ηπείρου δεν ενδιαφέρονται εύκολα για την παρουσία τερηδόνας ή ακόμη και στο γεγονός ότι τους λείπουν δόντια. Επίσης όσο υψηλότερο είναι το βιοτικό επίπεδο ενός ατόμου τόσο λιγότερα προβλήματα αντιμετωπίζει με τα δόντια του, κάτι που όπως φαίνεται στην παρούσα μελέτη δεν είναι αναγκαστικό ότι συνδέεται με το είδος της απασχόλησής του. Το ότι η στοματική υγεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής του ατόμου, αν και με χαμηλό αντίκτυπο, δεν ήταν εντελώς αμελητέα ακόμη και για μια τέτοια γενική μελέτη πληθυσμού.

*Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Σικάγο (Oral Health Problems and Solutions in High-Risk Children and Young Adults, Molly A Martin 1, Geisel R Collazo 2, William A Frese 2, Anne Elizabeth Glassgow 3) φάνηκε ότι από τους 5.509 ασθενείς οι 1.122 (20,4%) ανέφεραν κάποιο είδος προβλήματος στοματικής υγείας τους τελευταίους έξι μήνες. Το πιο συνηθισμένο ζήτημα ήταν ένα ιστορικό τερηδόνας. Οι πιθανότητες προβλημάτων στοματικής υγείας αυξήθηκαν σημαντικά στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες σε σύγκριση με τα παιδιά. Τα αρσενικά ήταν λιγότερο πιθανό από τα θηλυκά να έχουν προβλήματα στοματικής υγείας. Η χειρότερη γενική υγεία συσχετίστηκε σημαντικά με προβλήματα στοματικής υγείας.

*Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ν. Ινδία (Prevalence of Oral Diseases and Risks to Oral Health in an Urban Community Aged Above 14 Years, Chris Merin Varghese, J S Jesija, Jasmin Helan Prasad et al) σε αστικό πληθυσμό ηλικίας > 14 ετών, 101 νοικοκυριά επιλέχθηκαν μέσω συστηματικής τυχαίας δειγματοληψίας. Περίπου 419 συμμετέχοντες ερωτήθηκαν και ελήφθησαν πληροφορίες σχετικά με τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το προσωπικό και το οδοντικό ιστορικό και πραγματοποιήθηκε πλήρης εξέταση της στοματικής κοιλότητας. Ο επιπολασμός της τερηδόνας, τα περιοδοντικά προβλήματα και η φθορά των δοντιών ήταν 78,75%, 74,7% και 72,3%, αντίστοιχα. Ο μέσος αριθμός συνολικά προσβεβλημένων δοντιών στον πληθυσμό από ένα οδοντικό πρόβλημα είναι $16 \pm 8,13$. Οι παράγοντες κινδύνου που συσχετίστηκαν σημαντικά με την κακή κατάσταση της στοματικής υγείας ήταν η ηλικία > 31 ετών, η εκπαίδευση κάτω από την όγδοη τάξη, οι ανεπαρκείς πρακτικές στοματικής υγιεινής, η χρήση οποιασδήποτε μορφής καπνού, και κατανάλωσης αλκοόλ. Μόνο 185 (44,1%) συμμετέχοντες αντιλήφθηκαν ότι είχαν οδοντικό πρόβλημα στο σημείο της έρευνας και μόνο 20 από αυτούς (10,81%) επισκέφθηκαν έναν οδοντίατρο.

*Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε (Oral Health Status of Long-Term Care Residents in Canada: Results of a National Cross-Sectional Study, Minn N Yoon, Carla Ickert, Susan E Slaughter et al) σε κατοίκους μακροχρόνιας περίθαλψης σε τέσσερις

επαρχίες του Καναδά, πεντακόσια πενήντα εννέα τυχαίοι επιλεγμένοι κάτοικοι εξετάστηκαν σε 4 επαρχίες του Καναδά για την υγεία των χειλιών, την οσμή της αναπνοής, την εμφάνιση σάλιου, τον αριθμό των φυσικών δοντιών, τη φλεγμονή των ούλων, τον πόνο των δοντιών και των γνάθων, την κατάσταση της οδοντοστοιχίας, την κατάσταση του βλεννογόνου και του στοματικές ανωμαλίες. Από τους κατοίκους που εξετάστηκαν, το 57,6% παρουσίασε νωδότητα (πεςμένα δόντια), με μέσο όρο 16,4 δόντια. Οι περισσότεροι κάτοικοι με οδοντοστοιχία είχαν μέτρια ή σοβαρή φλεγμονή σε τουλάχιστον ένα δόντι (79,6%). Εξήντα τοις εκατό των κατοίκων φορούσαν οδοντοστοιχίες και το 43,2% των περιφρονητικών κατοίκων είχαν κακή υγιεινή στις οδοντοστοιχίες τους. Εννέα τοις εκατό των κατοίκων χρειάζονταν επείγουσα οδοντιατρική θεραπεία για προβλήματα στοματικής υγείας, όπως σπασμένα δόντια, λοίμωξη, σοβαρή φθορά και έλκη. Αυτή η μελέτη παρέχει μια εκτίμηση του επιπολασμού των προβλημάτων στοματικής υγείας σε κατοίκους που ζουν σε δομές μακροχρόνιες φροντίδες σε ολόκληρο τον Καναδά και δείχνει ότι απαιτείται βελτίωση της στοματικής υγειονομικής περίθαλψης. Απαιτείται μελλοντική εργασία για στρατηγικές ανάπτυξης με στόχο τη βελτιστοποίηση της στοματικής υγείας για τους κατοίκους μακροχρόνιας περίθαλψης.

* Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε (The Impact of a Preventive and Curative Oral Healthcare Program on the Prevalence and Incidence of Oral Health Problems in Nursing Home Residents, Barbara Janssens, Jacques Vanobbergen, Mirko Petrovic et al Luc De Visschere) σε κατοίκους γηροκομείων στη **Φλάνδρα του Βελγίου**, για την αξιολόγηση ενός προγράμματος στοματικής υγειονομικής περίθαλψης. Τα δεδομένα εξήχθησαν από τα αρχεία στοματικής υγείας 381 κατοίκων από 21 γηροκομεία που έλαβαν θεραπείες από την κινητή οδοντιατρική ομάδα μεταξύ Οκτωβρίου 2010 και Μαρτίου 2014 (μέση περίοδος παρακολούθησης 22,5 μηνών). Συγκρίθηκαν οι ανάγκες στοματικής υγείας και θεραπείας μεταξύ της γραμμής αναφοράς και της παρακολούθησης. Η μέση ηλικία κατά την έναρξη ήταν 82,4 έτη. Το ποσοστό των κατοίκων με ανάγκη από του στόματος θεραπείας μειώθηκε από 65,9% σε 31,3%. Μεταξύ των κατοίκων με φυσικά δόντια, υπήρχε σημαντικά χαμηλότερος επιπολασμός της τερηδόνας, υπολειμματικές ρίζες (από 54,2% έως 25,1%, $p < 0,001$) και ανάγκη για σφραγίσματα (από 31,9% έως 17,1%, $p < 0,001$) ή εκχυλίσσεις (από 64,3% έως 31,6%, $p < 0,001$). Στην ομάδα με μερική ή πλήρη οδοντοστοιχία ($n = 223$), το 38,1% χρειάστηκε επισκευή, ανανέωση ή ανανέωση των υπάρχοντων οδοντοστοιχιών τους κατά την έναρξη και το αντίστοιχο ποσοστό παρακολούθησης ήταν 9,0% ($p < 0,001$). Όσον αφορά τη σταθερότητα της στοματικής υγείας, το 53% των κατοίκων δεν είχαν περιστατικά ανάγκης αποκατάστασης και προσθετικής θεραπείας καθ' όλη την περίοδο παρακολούθησης. Ένας μικρότερος

αριθμός φυσικών δοντιών κατά την έναρξη ($p < 0,001$) και μια μικρότερη περίοδος παρακολούθησης ($p = 0,002$) συσχετίστηκαν με υψηλότερες πιθανότητες σταθερότητας της στοματικής υγείας. Το παραπάνω πρόγραμμα στοματικής υγειονομικής περίθαλψης μείωσε σημαντικά την καθυστέρηση της θεραπείας και συνέβαλε σε σημαντικό ποσοστό των κατοίκων να είναι σταθεροί από την άποψη της στοματικής υγείας χωρίς καμία ανάγκη περίθαλψης.

* Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε (A Comparative Analysis of Policies Addressing Rural Oral Health in Eight English-speaking OECD Countries Leonard A Crocombe, Lynette R Goldberg, Erica Bell et al) Οκτώ τρέχουσες πολιτικές στοματικής υγείας εντοπίστηκαν από την Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία, τον Καναδά, τις ΗΠΑ, την Αγγλία, τη Σκωτία, τη Βόρεια Ιρλανδία και την Ουαλία. Οι αγροτικοί πληθυσμοί χαρακτηρίζονται από χαμηλότερα ποσοστά ασφάλισης υγείας, υψηλότερα ποσοστά φτώχειας, λιγότερη φθορίωση του νερού, λιγότερους οδοντιάτρους και ειδικούς στοματικής υγείας και μεγαλύτερες αποστάσεις για πρόσβαση σε περίθαλψη. Αυτοί οι παράγοντες συνδέονται με θέματα εκπαίδευσης, συμπεριφοράς και επιπέδου συστήματος. Αυτή η μελέτη τεκμηρίωσε την περιορισμένη εστίαση στην αγροτική στοματική υγεία που υπήρχε στις εθνικές πολιτικές στοματικής υγείας από οκτώ διαφορετικές αγγλόφωνες χώρες. Υποστηρίζει την ανάγκη για αυξημένη εστίαση σε θέματα αγροτικής στοματικής υγείας στις πολιτικές στοματικής υγείας, ιδίως καθώς η στοματική υγεία συνδέεται σαφώς με την γενική υγεία. Η μελέτη μιλά για την κρίσιμη σημασία της περιοδικής ανάλυσης του περιεχομένου των πολιτικών στοματικής υγείας για να διασφαλιστεί ότι αντιμετωπίζονται θέματα ανισότητας. Επιπλέον, ενισχύει την ανάγκη να μεταφραστούν στην πράξη τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με την αποτελεσματική στοματική υγειονομική περίθαλψη στην ανάπτυξη πρακτικών και οικονομικά βιώσιμων πολιτικών για να καταστεί η πρόσβαση στην στοματική υγειονομική περίθαλψη πιο δίκαιη, ιδίως για άτομα που ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές.

* Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε (Cross-Country Validation of the Association Between Oral Health and General Health in Community-Dwelling Older Adults Johanna de Almeida Mello, Trung Dung Tran, Stefanie Krausch-Hofmann et al) σε 6 ευρωπαϊκές χώρες (n = 2501) (Βέλγιο, Φινλανδία, Ισλανδία, Γερμανία, Ιταλία και Κάτω Χώρες), και ένα δείγμα από τη Νέα Ζηλανδία (n = 15.012). Όλοι οι πελάτες ήταν 65 ετών και άνω και έλαβαν μακροχρόνιες υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι. Έγινε συσχέτιση 3 δεικτών στοματικής υγείας (δυσκολία μάσησης, μη άθικτα δόντια και ξηροστομία) και 4 πτυχές της γενικής υγείας (δραστηριότητες της καθημερινής λειτουργίας, γνώση, κατάθλιψη και

αστάθεια στην υγεία). Αποτελέσματα: Οι πελάτες που είχαν κακή στοματική υγεία είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποφέρουν από κακή γενική υγεία. Ειδικά η δυσκολία μάσησης συσχετίστηκε με όλους τους γενικούς δείκτες υγείας σε όλα τα σύνολα δεδομένων. Η ξηροστομία και τα άθικτα δόντια έδειξαν σημαντικές συσχετίσεις με σχεδόν όλους τους γενικούς δείκτες υγείας. Επιπλέον, η κακή στοματική υγεία (αντίστοιχα γενική υγεία) ήταν προγνωστική για την κακή γενική υγεία (αντίστοιχα στοματική υγεία) σε μελλοντικές αξιολογήσεις (σημαντικές παράμετροι διασταυρούμενης καθυστέρησης). Τα αποτελέσματα επισημαίνουν την ανάγκη αξιολόγησης της στοματικής υγείας και συμβουλών από οδοντιάτρους ή γιατρούς στοματικής υγείας. Επιπλέον, ο εντοπισμός ηλικιωμένων με προβλήματα στοματικής υγείας είναι απαραίτητος για την παροχή θεραπείας και παρακολούθησης. Η ευαισθητοποίηση για την στοματική υγεία είναι σημαντική και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να προωθήσουν την προαγωγή της στοματικής υγείας και να φροντίσουν τους ηλικιωμένους ενήλικες προκειμένου να τους διατηρήσουν σε καλή υγεία.

*Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Γερμανία και Ουγγαρία (Oral Health in 8-9 Year-Old Children in Saxony-Anhalt (Germany) and in Two Hungarian Cities (Budapest and Debrecen) αναφέρει τα αποτελέσματα της τυποποιημένης προφορικής εξέτασης 1.090 παιδιών ηλικίας 8-9 ετών από τη Σαξονία-Άνχαλτ (Γερμανία) και 906 παιδιών ηλικίας 8-9 ετών από τη Βουδαπέστη και το Ντέμπρετσεν (Ουγγαρία) για να αξιολογήσει την κατάσταση της στοματικής υγείας μετά τις πολιτικές αλλαγές και τον μετασχηματισμό των συστημάτων οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ανατολική Γερμανία και στην Ουγγαρία αντίστοιχα. Γενικά, η κατάσταση της στοματικής υγείας και των δύο ομάδων ήταν κακή. Το κύριο πρόβλημα ήταν το υψηλό ποσοστό παιδιών με τερηδόνα που χρειάζονταν θεραπεία.

*Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε (The Global Burden of Oral Diseases and Risks to Oral Health, Poul Erik Petersen, Denis Bourgeois, Hiroshi Ogawa et al σκιαγραφείται το βάρος των στοματικών ασθενειών παγκοσμίως και περιγράφει την επίδραση των κυριότερων παραγόντων κοινωνικοβιακού κινδύνου στην στοματική υγεία. Παρά τις μεγάλες βελτιώσεις στην στοματική υγεία των πληθυσμών σε αρκετές χώρες, τα παγκόσμια προβλήματα εξακολουθούν να υφίστανται. Το βάρος της στοματικής νόσου είναι ιδιαίτερα υψηλό για τις μειονεκτούσες και φτωχές ομάδες πληθυσμού τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες. **Στοματικές ασθένειες όπως οδοντική τερηδόνα, περιοδοντική νόσος, απώλεια δοντιών, βλάβες του στοματικού βλεννογόνου και καρκίνοι του στοματοφάρυγγα, ανθρώπινος ιός ανοσοανεπάρκειας / σύνδρομο**

επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV / AIDS) και στοματικό τραύμα είναι σημαντικά προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως και η κακή στοματική υγεία έχει μια βαθιά επίδραση στη γενική υγεία και την ποιότητα ζωής. Ο σημαντικός ρόλος των κοινωνικοβιοβιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην στοματική υγεία και τις ασθένειες έχει αποδειχθεί σε μεγάλο αριθμό κοινωνικοεπιδημιολογικών ερευνών. Εκτός από τις κακές συνθήκες διαβίωσης, οι κύριοι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής (δηλ. Κακή διατροφή, διατροφή και στοματική υγιεινή και χρήση καπνού και αλκοόλ) και περιορισμένη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των υπηρεσιών στοματικής υγείας. Αρκετές στοματικές ασθένειες συνδέονται με μη μεταδοτικές χρόνιες ασθένειες κυρίως λόγω κοινών παραγόντων κινδύνου. Επιπλέον, οι γενικές ασθένειες έχουν συχνά στοματικές εκδηλώσεις (π.χ. διαβήτη ή HIV / AIDS). **Απαιτείται επείγοντως** η παγκόσμια ενίσχυση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας μέσω της εφαρμογής αποτελεσματικών μέτρων για την πρόληψη της στοματικής νόσου και την προώθηση της στοματικής υγείας. Οι προκλήσεις για τη βελτίωση της στοματικής υγείας είναι ιδιαίτερα μεγάλες στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Συμβολή της παρούσης μελέτης στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη στοματική υγεία

Εν τέλει, η παρούσα μελέτη προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για το επίπεδο της στοματικής υγείας πολλών διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Είναι εμφανές από την ανάλυση των παθήσεων (τερηδόνα, περιοδοντοπάθεια και οδοντικό απόστημα) ότι δεν υπάρχει συχνή οδοντική παρακολούθηση που οφείλεται κυρίως σε έλλειψη οικονομικών πόρων μιας και η κρατική επιχορήγηση κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα και κοινωνικομορφωτικού status που επιδεινώθηκαν κατά τη διάρκεια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Οι γυναίκες και οι συμμετέχοντες μη ελληνικής καταγωγής, ιδιαίτερα προχωρημένης ηλικίας, αποτελούν ομάδες βασικής προτεραιότητας για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, λόγω της ευάλωτης στοματικής τους υγείας. **Το σχέδιο δράσης θα πρέπει να βασιστεί στην προσπάθεια διατήρησης του κοινωνικού κράτους και στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, καθώς και στη λήψη μέτρων τα οποία θα στοχεύσουν στη διατήρηση/προαγωγή και προστασία της στοματικής υγείας των κατοίκων της χώρας αλλά και θα ενισχύσουν τη συμμετοχή των πολιτών που προέρχονται από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες σε προγράμματα οργανωμένα από τις υγειονομικές αρχές.** **Απαιτείται επείγοντως** η παγκόσμια ενίσχυση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας μέσω της εφαρμογής αποτελεσματικών μέτρων για την πρόληψη της στοματικής νόσου και την προαγωγή της στοματικής υγείας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η **στοματική υγεία** είναι πολύπλευρη και αφορά την *ικανότητα του ατόμου να μιλάει, να χαμογελάει, να μυρίζει, να δοκιμάζει, να αγγίζει, να μασάει, να καταπίνει και να μεταφέρει μια σειρά από συναισθήματα μέσα από τις εκφράσεις του προσώπου με αυτοπεποίθηση και χωρίς πόνο, δυσφορία και ασθένεια του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος.*

Η στοματική υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της γενικής υγείας του ατόμου.

Οι παράγοντες κινδύνου των στοματικών ασθενειών περιλαμβάνουν

- τις ανθυγιεινές διατροφές (ιδιαίτερα εκείνες με υψηλή περιεκτικότητα σε πρόσθετα σάκχαρα),
- τη χρήση καπνού και
- το αλκοόλ.

Οι στοματικές ασθένειες περιλαμβάνουν:

- την **τερηδόνα** (*δυσφορία ή αίσθημα πόνου στη στοματική κοιλότητα ή γύρω από αυτή.*δυσκολία στη μάσηση ιδιαίτερα των σκληρών τροφών.*ευαισθησία στα ζεστά, στα κρύα ή ακόμα και στα γλυκά τρόφιμα.*κακή αναπνοή, *άσπρα, έπειτα σκοτεινά στίγματα στους οδόντες *τρόφιμα παγιδευμένα συχνά ανάμεσα στους οδόντες.)
- την **περιοδοντική νόσο** (αρχίζει ως ουλίτιδα δηλ χρόνια φλεγμονή των ούλων και καταλήγει σε περιοδοντίτιδα δηλ καταστροφή ιστών και οστών που στηρίζουν τους οδόντες)
- τον **καρκίνο** της στοματικής κοιλότητας (έλκος που δεν επουλώνεται και πόνος, οίδημα, αιμορραγία και δυσκολία στη μάσηση και την κατάποση)
- το **HIV/AIDS** (συμπτώματα μυκητιακών, βακτηριακών και ιικών λοιμώξεων, σοβαρή περιοδοντίτιδα, τριχωτή λευκοπλακία, κονδυλώματα, ξηροστομία, Σάρκωμα Kaposi και λέμφωμα)
- τη **γάγγραινα** (σοβαρή καταστροφή των μαλακών και σκληρών ιστών του στόματος και του προσώπου)
- τις **συγγενείς ανωμαλίες** (κυρίως λαγόχειλο και/ή την υπερωισχιστία)

Στη χώρα μας παρατηρείται βελτίωση των δεικτών στοματικής υγείας την τελευταία εικοσαετία. Ωστόσο εμφανίζονται σημαντικές περιφερειακές ανισότητες στη στοματική υγεία, και κυρίως σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αναποτελεσματική λειτουργία είναι η έλλειψη εθνικής πολιτικής για τη στοματική υγεία και η αδράνεια στον τομέα της προαγωγής της στοματικής υγείας.

Η Στοματική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής υγείας όλων των ατόμων. Επηρεάζει την καθημερινή λειτουργία και την ευημερία ενός ατόμου, οδηγώντας ακόμη και σε ενδεχόμενη ανικανότητα του/της είτε σωματικά ή ψυχολογικά. Πράγματι,

γίνεται δεκτό ότι τα προβλήματα στη στοματική υγεία μπορεί να δημιουργήσουν σημαντικές επιπλοκές και κόστος όχι μόνο για το συγκεκριμένο άτομο, αλλά και για την κοινωνία στο σύνολό της. Αυτό ισχύει για όλες τις κοινωνίες γενικότερα.

Οι ασθένειες του στόματος βρίσκονται στην 4η θέση των πιο ακριβών στη θεραπεία νοσημάτων. **Συνεπώς, το Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία αποτελεί μία αποδοτική στρατηγική για να μειωθεί το οικονομικό βάρος των ασθενειών του στόματος και για να προαχθεί η στοματική υγεία και η ποιότητα ζωής των πολιτών. Αποστολή του είναι η θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής με σκοπό, την πρόληψη των νόσων του στόματος, την προαγωγή της Στοματικής Υγείας, την αποτελεσματική θεραπεία των νόσων του στόματος, την αποδοτική και ποιοτική λειτουργία των υπηρεσιών Οδοντιατρικής Φροντίδας, και την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων.**

Ο ΠΟΥ έχει δηλώσει τις οδηγίες και τις ενέργειες που απαιτούνται για τη βελτίωση της στοματικής υγείας και συνίσταται στα εξής:

- Φθοριούχος οδοντόκρεμα,
- εκπαίδευση για την οδοντιατρική υγεία για τα παιδιά και μητέρες,
- έπειτα εκπαίδευση για τους άλλους ενήλικες και πληθυσμούς που βρίσκονται σε κίνδυνο, μέσω μιας διαδικασίας ολοκληρωμένης προαγωγής της υγείας σε σχολικές και υγειονομικές ρυθμίσεις, από εξειδικευμένο προσωπικό
- και ένα ενεργό οδοντιατρικό επάγγελμα, στην υπηρεσία της κοινωνίας σωστά κοστολογημένο.

Τα παραπάνω αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο καλής στοματικής υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η απεικόνιση της κατάστασης της στοματικής υγείας ενός δείγματος του Ελληνικού πληθυσμού έτσι ώστε να συμβάλλει στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, μια δράση στην οποία έχουν ήδη προχωρήσει άλλα Ευρωπαϊκά κράτη.

Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις τόσο στο συνολικό δείγμα της μελέτης όσο και διαστρωματοποιημένες αναλύσεις ανά φύλο, υπηκοότητα και ηλικιακή ομάδα προκειμένου να διαπιστωθούν διαφορές στην κατάσταση της στοματικής υγείας ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες των συμμετεχόντων.

Στο σύνολο των συμμετεχόντων της μελέτης, η πλειονότητα αυτών ήταν γυναίκες (55,56%) όσον αφορά το φύλο. Το ποσοστό των συμμετεχόντων ελληνικής καταγωγής ήταν 71,91% και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 40,68 έτη.

Σημαντικές πληροφορίες αποτέλεσαν ο *αριθμός των επισκέψεων στο Οδοντιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (1 επίσκεψη για το 77,6% του

δείγματος) και *το ποσοστό των ασθενών που θεραπεύτηκαν από τη νόσο με την οποία είχαν διαγνωσθεί. **Πιο συγκεκριμένα, τα μεγαλύτερα ποσοστά διάγνωσης αφορούσαν τη τερηδόνα (34,17%) και το οδοντικό απόστημα (19,92%).** Εξίσου υψηλό ήταν και το ποσοστό των νοσημάτων που ομαδοποιήθηκαν ως «**Άλλες βλάβες στόματος**» (24,5%), ενώ το 20,34% των συμμετεχόντων επισκέφθηκε το οδοντιατρείο για ένα τυπικό οδοντικό έλεγχο. **Καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων ηλικιών των συμμετεχόντων για 2 κατηγορίες διάγνωσης, το μόρφωμα χείλους (P-value<0,01) και τη περιστεφανίτιδα (P-value<0,01).**

Αυξημένη πιθανότητα διάγνωσης με περιοδοντοπάθεια και μόρφωμα χείλους παρουσίασαν οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες ενώ μειωμένη ήταν και η πιθανότητα να επισκεφθούν το οδοντιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων για οδοντικό έλεγχο, τόσο στην ανάλυση στην οποία αξιοποιείται ολόκληρο το δείγμα, όσο και στις αναλύσεις ευαισθησίας με βάση το φύλο και την υπηκοότητα. Στη διαστρωματοποιημένη ανάλυση που πραγματοποιήθηκε με βάση το φύλο, οι μέσες ηλικίες των γυναικών διέφεραν ανά λόγο επίσκεψης στο οδοντιατρείο, όπως για τακτικό οδοντικό έλεγχο ή διάγνωση συγκεκριμένου νοσήματος, όπως τερηδόνα, μόρφωμα χείλους, περιστεφανίτιδα, καρκίνο και τρυγία. Ειδικά όσον αφορά στο μόρφωμα χείλους και στον καρκίνο, οι θετικά διαγνωσμένες γυναίκες ήταν και γηραιότερες, το οποίο εξακριβώθηκε και στην υπο-ανάλυση των συμμετεχόντων με ηλικίες μεταξύ των 50 και 64 ετών. ***Είναι εμφανές από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της τερηδόνας και του οδοντικού αποστήματος ότι δεν υπάρχει συχνή οδοντική παρακολούθηση της στοματικής τους υγείας που οφείλεται κυρίως σε έλλειψη οικονομικών πόρων και έλλειψη κοινωνικοοικονομικού στάτους που επιδεινώθηκε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.***

Ακόμα, η μελέτη έδωσε τη δυνατότητα για μια αναλυτική χαρτογράφηση των οδοντικών προβλημάτων από τα οποία πάσχουν μόνιμοι κάτοικοι της Ηπείρου και, κυρίως, συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, όπως οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και οι αλλοδαποί – χάρις αυτό, θα διαμορφωθούν κατευθυντήριες οδηγίες για την οδοντική υγεία που, μετέπειτα, θα αξιοποιηθούν από φορείς της δημόσιας υγείας.

Εν τέλει, η παρούσα μελέτη προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για το επίπεδο της στοματικής υγείας πολλών διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Οι γυναίκες και οι συμμετέχοντες μη ελληνικής καταγωγής, ιδιαίτερα προχωρημένης ηλικίας, αποτελούν ομάδες βασικής προτεραιότητας για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, λόγω της ευάλωτης στοματικής τους υγείας. Το σχέδιο δράσης θα πρέπει να βασιστεί στην προσπάθεια διατήρησης του κοινωνικού κράτους και στις αρχές της

κοινωνικής δικαιοσύνης, καθώς και στη λήψη μέτρων τα οποία θα στοχεύσουν στη διατήρηση και προστασία της στοματικής υγείας των κατοίκων της χώρας αλλά και θα ενισχύσουν τη συμμετοχή των πολιτών που προέρχονται από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες σε προγράμματα προαγωγής υγείας από τις υγειονομικές αρχές. Απαιτείται επείγοντως η παγκόσμια ενίσχυση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας μέσω της εφαρμογής αποτελεσματικών μέτρων για την πρόληψη της στοματικής νόσου και την προώθηση της στοματικής υγείας.

SUMMARY

Oral health is multifaceted and involves a person's ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through confident and painless facial expressions. discomfort and disease of the craniofacial complex.

Oral health is an important factor in a person's overall health.

Risk factors for oral disease include:

- unhealthy diets (especially those high in added sugars),
- the use of tobacco and
- the alcohol.

Oral diseases include:

- 1) caries (* discomfort or pain in or around the oral cavity. * Difficulty chewing especially hard foods. * Sensitivity to hot, cold or even sweet foods. * Bad breath, * white, then dark stains on teeth * food often trapped between teeth.)
- 2) periodontal disease (begins as gingivitis, ie chronic inflammation of the gums and ends in periodontitis, ie destruction of tissues and bones that support the teeth)
- 3) cancer of the oral cavity (unhealed ulcer and pain, swelling, bleeding and difficulty chewing and swallowing)
- 4) HIV / AIDS (symptoms of fungal, bacterial and viral infections, severe periodontitis, hairy leukoplakia, warts, dry mouth, Kaposi's sarcoma and lymphoma)
- 5) noma/gangrene (severe damage to the soft and hard tissues of the mouth and face)
- 6) congenital anomalies (mainly hare and / or hyperosmolarity)

In our country, there has been an improvement in oral health indicators over the last twenty years. However, significant regional inequalities in oral health occur, and especially in relation to European countries. The main factors contributing to the ineffective operation are the lack of a national policy on oral health and inactivity in the field of oral health promotion.

Oral health is an integral part of the overall health of all individuals. It affects a person's daily functioning and well-being, even leading to possible disability, either physically or psychologically. Indeed, oral health problems can lead to significant complications and costs not only for the individual but also for society as a whole. This is true for all societies in general.

Oral diseases are in the 4th place of the most expensive in the treatment of diseases. Therefore, the Oral Health Action Plan is an effective strategy to reduce the economic burden of oral diseases and to promote oral health and quality of life for citizens. Its

mission is to establish a comprehensive policy aimed at preventing oral diseases, promoting Oral Health, effectively treating oral diseases, the efficient and quality operation of Dental Care services, and implementing the necessary policies and actions. through targeted programs.

WHO has stated the guidelines and actions required to improve oral health and recommends the following:

- Fluoride toothpaste,
- dental health education for children and mothers,
- then training for other adults and populations at risk, through a process of comprehensive health promotion in school and health care, by specialized staff
- and an active dental profession,

The above is the cornerstone of good oral health.

The aim of the present study was to illustrate the oral health status of a sample of the Greek population in order to contribute to the National Oral Health Action Plan, an action that other European countries have already taken.

Analyzes were performed on both the total sample of the study and stratified analyzes by gender, nationality and age group in order to find differences in the state of oral health between the different groups of participants.

Of all study participants, the majority were women (55.56%) in terms of gender. The percentage of participants of Greek origin was 71.91% and the average age of the sample was 40.68 years.

Important information was the * number of visits to the Dental Clinic of the University General Hospital of Ioannina (1 visit for 77.6% of the sample) and * the percentage of patients treated for the disease with which they were diagnosed. **More specifically, the highest rates of diagnosis were caries (34.17%) and dental abscess (19.92%).** Equally high was the percentage of diseases grouped as "**Other oral lesions**" (24.5%), while 20.34% of participants visited the dental office for a **standard dental check-up. A statistically significant difference was recorded between the mean ages of the participants for 2 categories of diagnosis, the lip formation (P-value <0.01) and the peripheralitis (P-value <0.01).**

Women were more likely to be diagnosed with periodontitis and lip edema compared to men, while the chances of visiting the dental clinic of the University General Hospital of Ioannina for a dental examination were reduced, both in the analysis in which the entire sample is used and in the analyzes. based on gender and nationality. In the stratified analysis performed on the basis of gender, the mean ages of women differed by reason of

visit to the dentist, such as for regular dental check-ups or diagnosis of a specific disease, such as caries, lip formation, pericarditis, cancer and tartar. Especially with regard to lip education and cancer, the positively diagnosed women were even older, which was also confirmed in the sub-analysis of the participants between the ages of 50 and 64 years. **It is evident from the analysis of the effects of caries and dental abscess that there is no frequent dental monitoring of their oral health due mainly to lack of financial resources and lack of socio-economic status that deteriorated during the financial crisis.**

Furthermore, the study provided an opportunity for a detailed mapping of the dental problems suffered by permanent residents of Epirus and, in particular, specific social groups, such as women, the elderly and foreigners - thanks to this, guidelines for dental care will be developed and will then be used by public health bodies.

Finally, the present study provides important information on the level of oral health of many different social groups. Women and participants of non-Greek origin, especially the elderly, are key priority groups for the National Oral Health Action Plan, due to their vulnerable oral health. The action plan should be based on the effort to maintain the welfare state and the principles of social justice, as well as on measures that will aim at maintaining and protecting the oral health of the people of the country and will strengthen the participation of citizens who come from by vulnerable social groups with health authorities. There is an urgent need to strengthen global public health programs through the implementation of effective measures to prevent oral disease and promote oral health.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλιογραφική αναφορά γενικού μέρους

Αθανάτου Ε., Υγιεινή, εκδ. Αθανάτου, Αθήνα 1992.

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ “ΔΡΑΣΕΙΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ σελ177,179-185

Βλάχος Π. & Βλάχος Σ., Φάρμακα στην κύηση και τη γαλουχία, εκδ. Ζήτα, Αθήνα 2004.

Δημητριάδης Δ, Κωνσταντινίδης Ρ, Ντόκος Ε Προσεγγίζοντας την Δημόσια Οδοντιατρική Υγεία Θεματική Ενότητα, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική 1:13-18 2008 (σελ 14)

Διά Βίου Εκπαίδευση. (2007) Εισήγηση «Μεταπτυχιακά–Ειδικότητες». Αθήνα.

Διά Βίου Εκπαίδευση. (2007) Εισήγηση «Προφίλ του νέου οδοντιάτρου». Αθήνα.

Διαδικτυακή σελίδα: www.neaygeia.gr/pdf/ygeia_tou_ellinikou_plithusμου Πρόσβαση:4/5/2015

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας. (2007) Εισήγηση.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή για τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα. (2007) Θέσεις. Αθήνα.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης – Ειδικότητες – Συνεχιζόμενη

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης – Ειδικότητες – Συνεχιζόμενη

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή Νέων Τεχνολογιών και Διασφάλισης Ποιότητας στην Οδοντιατρική. (2007) Το «Αίτημα της Ποιότητας στην Οδοντιατρική». Αθήνα.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή Προαγωγής και Αγωγής Στοματικής Υγείας Καλύτερη Στοματική Υγεία. (2007) Μια Πρόταση Στρατηγικής για την Προαγωγή και Αγωγή Στοματικής Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας – Υποεπιτροπή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης, Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη. (2007) Μια Πρόταση Στρατηγικής για την Εξέλιξη και Οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα. Αθήνα.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, Υποεπιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας,

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, Υποεπιτροπή για τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα, Αθήνα, 2007.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης – Ειδικότητες – Συνεχιζόμενη Διά Βίου Εκπαίδευση, Αθήνα, 2007.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, Υποεπιτροπή Νέων Τεχνολογιών και Διασφάλισης Ποιότητας στην Οδοντιατρική, Αθήνα, 2007.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, Υποεπιτροπή Προαγωγής και Αγωγής Στοματικής Υγείας, Καλύτερη Στοματική Υγεία, Αθήνα, 2007.

Εθνική Επιτροπή Στοματικής Υγείας, Υποεπιτροπή Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης, Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη, Αθήνα 2007

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.), Στατιστικές Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Αθήνα, 2004.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία 2008 – 2012. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008 - 2012 ΣΕΛ 18-20

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. Προαγωγή και Καταγραφή της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού, Αποτελέσματα Επιδημιολογικής Έρευνας Νόσων του Στόματος. Αθήνα, 2005.

Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία. Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού. Αποτελέσματα Επιδημιολογικής Έρευνας Νόσων του Στόματος. Αθήνα 2005

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. Λευκή Βίβλος «Μαζί για την Υγεία: Στρατηγική, 2007

Ευτυχιάδης Α, Εισαγωγή στη Βυζαντινή Θεραπευτική 148, 150.

Ζαμπέλας Α., Η διατροφή στα στάδια της ζωής, εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003.

Ιατράκης Γ., Βιβλίο Μαιευτικής, εκδ. Δεσμός, Αθήνα 2004.

Καλημέρα Ε., «Προβλήματα του στόματος στην εγκυμοσύνη», Εμείς ο παιδίατρος και ο γυναικολόγος., τεύχος 4, (2007) σελ.27.

Καραβίτη-Φερεκίδου Αγγελική, Η Ιατρική στο Βυζάντιο και η επίδρασή της στην αραβική και ευρωπαϊκή ιατρική, Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία Χειρουργική Κεφαλής & Τραχήλου 31.4 (2010) 178-188.

Καρπάθιος Σ.Ε., Βασική Μαιευτική Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία, εκδ. Γιαννακόπουλος Δ., Αθήνα 1988.

Κοσιώνη Αναστασία Ε, Γηροδοντιατρική, Αθήνα 2018, σελ 199

Κοσιώνη Αναστασία Ε. Γηροδοντιατρική, Αθήνα 2018, σελ 38, 41-49

Κούβαρη Μ., Κούβαρη Π., Στοιχεία Φαρμακολογίας Συνταγολογίας, εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα 1973.

Κουρέα –Κρεμασπινού Τ. Δημόσια Υγεία. Εκδ., Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2007.

Κριτσωτάκη Μαρία Ειρήνη, Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΟΙ ΑΡΧΑΙΟΙ ΛΑΟΙ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ ΛΙΘΟΥ, ΤΟΥ ΧΑΛΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΙΔΗΡΟΥ ΑΠΩ ΑΝΑΤΟΛΗ-ΜΕΣΗ ΑΝΑΤΟΛΗ [http/ ΙΣΤΟΡΙΑ της ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ](http://ιστορια της οδοντιατρικής) – Αρχαίοι Λαοί στην Άπω και Μέση Ανατολή.

Κυριόπουλος Γ. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2008.

Κυριόπουλος Γ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της Υγειονομικής μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2000; 35(4):169-188. }

ΛΑΜΠΡΟΥ Δ Β. Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS, Εκδόσεις
Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1987, σελ 9

Ματσάγγας Α. Κ., Η οδοντιατρική στο πλαίσιο της ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος στο
Βυζάντιο (σχεδιάσμα με βάση τις εκκλησιαστικές πηγές), Οδοντο-στοματολογική Πρόοδος 38
(1984) 235-240.

Μεντής Α Φ, Καραρίζου Ε, Η διαλεκτική μεταξύ Ιατρικής και θαυμάτων στην Ανατολική Χριστιανική
Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 28.4 (2011) 561-568. – Dana Cristina Bodnar
κ.ά., The Connection between Religion and Dentistry over the Ages, European Journal of Science
and Theology 10.4 (2014) 89-97.

Μήτσης Φ. Ι. Περιοδοντολογία, τ. I-II, Αθήνα 19902, τ. Ι, σ. 11. Η επουλίδα είναι ένας ευρύς κλινικός
όρος που χαρακτηρίζει κάθε όγκο που εδράζεται πάνω στα ούλα, συνηθίζεται όμως στον όρο αυτό
να υπάγονται καθορισμένες αντιδραστικές υπερπλασίες με μορφή όγκου, οι οποίες εδράζονται
πάνω στα ούλα. Βλ. Π. Χ. Παπαναγιώτου, Στοματολογία. Διάγνωση και θεραπεία νοσημάτων
βλεννογόνου στόματος, Θεσσαλο-νίκη 19943, σ. 213.

Μουτζάλη Α., Περίθαλψη ασθενών 10-13.

Μωραΐτου Μ., Το βίωμα της μητρότητας, εκδ. Βήτα, Αθήνα 2004.

Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής. Κοστολόγηση Οδοντιατρικών Πράξεων, Περιοδικό του Ο.Σ.Α.,
2007;77(2)6-8.

Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής. Κοστολόγηση Οδοντιατρικών Πράξεων. Περιοδικό του Ο.Σ.Α.,
2007;77, σελ. 8.

Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής. Υπόμνημα προς τον Υπουργό Υγείας. Περιοδικό του Ο.Σ.Α.,
2006;71, σελ. 8.

Ουλής Κ, Μαστρογιαννάκης Α, Θεοδώρου Μ, Βλάχος Σ. Η Επιδημιολογική Κατάσταση της
Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Αθήνα, 2005.

Ουλής, Κ., Μαστρογιαννάκης, Α., Θεοδώρου, Μ. & Βλάχος, Σ. (2005) Η Επιδημιολογική
Κατάσταση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού. Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία,
Αθήνα, 2005.

Παπαϊωάννου Ιωάννης ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ Μέτρηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με τη
στοματική υγεία σε καταστάσεις επείγουσας οδοντιατρικής αντιμετώπισης, Μάρτιος 2014,
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, (Σελ 11-13 και 18-19)

Παπανικολάου Γ., Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία, εκδ. Degiorgio, Αθήνα 1993.

Πλέσσας Σ., Διαιτητική του Ανθρώπου, εκδ. Φάρμακον, Αθήνα 1998.

Πλέσσας Σ., Ειδικές Δίαιτες, εκδ. Φάρμακον, Αθήνα 1994.

Πουλάκου-Ρεμπελάκου Έφη, Το παιδί και η υγεία του στη βυζαντινή εποχή. Αρχαιολογία και
Τέχνες 103 (2007) 20-27.

Προσέγγιση της Ε.Ε. για την περίοδο 2008 – 2013». Βρυξέλλες, COM (07) 63Ε.Σ.Υ.Ε. (2007)
Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 2004/2005. Αθήνα.

Ρούκας ΚΙ. Πληθυσμιακή Υγιεινή Ι. Εκδ., Παρισιανός, Αθήνα, 1998.

Σάρκωμα karosi Βικιπαιδεια, ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια

Σίσκου Ο. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2008;25(5):663-672.

Σουλιώτης Κ. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Εκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 2000.

Σουλιώτης, Κ. (2000) Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. εκδ. Παπαζήση, Αθήνα

The Lancet Child & Adolescent Health www.thelancet.com/child-adolescent Vol 3 October 2019

Τραγέα Ρ., Μαιευτική φροντίδα, εκδ. Γιαννακόπουλος Δ., Αθήνα 1999.

Τραγέα Ρ., Φυσικός Τοκετός, εκδ. Παρισιάνος Β., Αθήνα 2005.

Τριχόπουλος Δ. Επιδημιολογία. Εκδ., Παρισιάνος, Αθήνα, 2002.

Τριχόπουλος Δ. Προληπτική Ιατρική & Δημόσια Υγεία. Εκδ., Ζήτα, Αθήνα, 2010.

Τσόχας Κ. & Χατζηχρήστου Ε., Κλινική Φαρμακολογία-1, εκδ. Λύχνος, Αθήνα 1996.

Χατζόπουλος Π, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, (Αθήνα, Απρίλιος 1988) σελ 131

Χατζόπουλος Π, Πρόληψη-Θεραπεία-Αποκατάσταση, (Αθήνα, Απρίλιος 1988)σελ 21-28 και 30-31

Χατζόπουλος Π., Αγωγή Στοματικής Υγείας, Αθήνα 1988.

ACOG Committee Opinion. Number 299, September 2004. Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004;104(3):649-651.

Albashaireh Z. S. M, Al-Shorman A A. The Frequency and Distribution of Den-tal Caries and Tooth Wear in a Byzantine Population of Sa'ad, Jordan, *International Journal of Osteoarchaeology* 20.2 (2010) 205-213.

Al-Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, et al. Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol* 2005;32:815–821.

Allston AA. Improving women's health and perinatal outcomes: the impact of oral diseases. Baltimore, Md.: Women's and Children's Health Policy Center, 2002.
<http://www.jhsph.edu/wchpc/publications/>. Accessed August 1, 2007.

American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Perinatal Oral Health Care. Chicago: AAPD, 2011. URL: 'http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_PerinatalOralHealthCare.pdf'. Accessed October 2011.

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on Early Childhood Caries (ECC). Unique Challenges and Treatment Options. Chicago: AAPD, 2011. URL: 'www.aapd.org/media/policies_guidelines/P_ECCUniqueChallenges.pdf'. Accessed October 2011.

American Academy of Periodontology. Periodontal (gum) diseases.
<http://www.perio.org/consumer/2a.html>. Accessed August 1, 2007.

American Academy of Periodontology. Task Force on Periodontal Treatment of Pregnant Women,. American Academy of Periodontology statement regarding periodontal management of the pregnant patient. *J Periodontol.* 2004;75(3):495.

American Dental Association Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations. Women's oral health issues. American Dental Association, 2006.
http://www.ada.org/prof/resources/topics/healthcare_womens.pdf. Accessed August 1, 2007.

American Dental Association, U.S. Dept. of Health and Human Services. The selection of patients for dental radiographic examinations. Revised 2004. http://www.ada.org/prof/resources/topics/topics_radiography_examinations.pdf. Accessed August 1, 2007.

Andersson L. Epidemiology of Traumatic Dental Injuries. *J Endod.* 2013;39(3):S2-S5.

Australian Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. Health Care Card, 2011. URL: '<http://www.facs.gov.au/about/benefits/concessions/Pages/HealthCareCard.aspx>'. Accessed October 2011.

Australian Department of Human Services. Low Income Health Care Cards. URL: 'http://www.centrelink.gov.au/internet/internet.nsf/payments/conc_cards_iat.htm'. Accessed April 2012.

Australian Government Department of Health. Reduce your risk: new national guidelines for alcohol consumption. Canberra: Government of the Commonwealth of Australia; 2014.

Australian Institute of Health and Welfare. The National Survey of Adult Oral Health 2004–06: New South Wales, 2008. URL 'http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455371'. Accessed November 2011.

Available from: www.fdiworldental.org

Baratti-Mayer D, Gayet-Ageron A, Hugonnet S, François P, Pittet-Cuenod B, Huyghe A et al. Risk factors for noma disease: a 6-year, prospective, matched case-control study in Niger. *The Lancet Global Health*. 2013;1(2):e87-e96.

Bastone E, Freer T, McNamara J. Epidemiology of dental trauma: A review of the literature. *Aust Dent J*. 2000;45(1):2-9.

Batchelor P. Is periodontal disease a public health problem? *Br Dent J*. 2014;217(8):405-409.

Beaglehole R, Benzian H. Tobacco or oral health. Lowestoft, U.K.: FDI, World Dental Press; 2005.

Beltrán-Aguilar E, Eke P, Thornton-Evans G, Petersen P. Recording and surveillance systems for periodontal diseases. *Periodontol 2000*. 2012;60(1):40-53.

Benzian H, Bergman M, Cohen L, Hobdell M, Mackay J. The UN High-Level Meeting on Prevention and Control of Non-communicable Diseases and its significance for oral health worldwide. *J Pub Health Dent*. 2012;72(2):91-93.

Berkowitz RJ. Acquisition and transmission of mutans streptococci. *J Calif Dent Assoc*. 2003;31(2):135-138.

Bille C, Olsen J, Vach W, Knudsen V, Olsen S, Rasmussen K et al. Oral clefts and life style factors - A case-cohort study based on prospective Danish data. *Eur J Epidemiol*. 2007;22(3):173-181.

Bliquez L J, *The Tools of Asclepius. Surgical Instruments in Greek and Roman Times*, Leiden 2014, σ. 123.

Boffano et al, MAIN CAUSES OF ORAL TRAUMA, 2014.

Boffano P, Rocca F, Zavattero E, Dediol E, Uglešić V, Kovačić Ž et al. European Maxillofacial Trauma (EURMAT) project: A multicentre and prospective study. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2015;43(1):62-70.

Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J*. 2006;10(5 suppl):S169-S174.

Bourbou C, Tsilipakou A, *Investigating the Human Past of Greece during the 6th -7th Centuries A.D.*, στο *New Directions in the Skeletal Biology of Greece*, εκδ. Lynne A. Schepartz - Sherry C. Fox - Chryssi Bourbou [Hesperia Supplement 43], Princeton, NJ 2009 (στο εξής: *New Directions*), – Chryssi Bourbou, *Health and Disease in Byzantine Crete (7th-12th centuries AD)*, Farnham - Burlington, VT 2010. σ. 136.

Brambilla E, Felloni A, Gagliani M, Malerba A, GarcíaGodoy F, Strohmenger L. Caries prevention during pregnancy: results of a 30-month study. *J Am Dent Assoc*. 1998;129(7):871-877.

British Psychological Association. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. NICE Clinical Guidelines No. 115. Leicester: National Collaborating Centre for Mental Health (UK); 2011.

Bull World Health Organ. 2005 Sep;83(9):661-9.

Butali A, Little J, Chevrier C, Cordier S, Steegers-Theunissen R, Jugessur A et al. Folic acid supplementation use and the MTHFR C677T polymorphism in orofacial clefts etiology: An individual participant data pooled-analysis. Birth defects research Part A: clinical and molecular teratology. 2013;97(8):509-514.

Caglar E et al, Prevalence of Dental Caries and Tooth Wear in a Byzantine Population (13th c. A.D.) from Northwest Turkey, Archives of Oral Biology 52.12 (2007) 1136-1145.

California Dental Association. Oral Health During Pregnancy and Early Childhood. Evidence-based Guidelines for Health Professionals. CDA, 2010. URL: 'http://www.cdafoundation.org/library/docs/poh_guidelines.pdf'. Accessed April 2010.

California Department of Public Health. Maternal and Infant Health Assessment (MIHA) survey, 2010. URL: '[http://www.cdph.ca.gov/data/surveys/Pages/MaternalandInfantHealthAssessment\(MIHA\)survey.aspx](http://www.cdph.ca.gov/data/surveys/Pages/MaternalandInfantHealthAssessment(MIHA)survey.aspx)'. Accessed 12 October 2011.

Californian Department of Health Care Services. Dent-Cal. 2010.

Campbelltown City Council. Community Profile, 2011.

Carlsson, G.E., Magnusson, T. (1984) Κλινική Φυσιολογία του Στοματογναθικού Συστήματος. Αθήνα, Παρισιάνος.

Carmichael S. Maternal stressful life events and risks of birth defects. Epidemiology. 2007;PAP.

Carter A, Nguyen C. A comparison of cancer burden and research spending reveals discrepancies in the distribution of research funding. BMC Public Health. 2012;12(1):526.

Carter KD, Stewart JF. National Dental Telephone Interview Survey 1999. AIHW cat. no. DEN 109. Adelaide: AIHW Dental Statistics and Research Unit, 2002.

Centers for Disease Control and Prevention. More than 300 million people in at least 70 countries use smokeless tobacco [Internet]. 2014. Available from: www.cdc.gov

Chapple I. Time to take periodontitis seriously. BMJ. 2014;348(apr10 1):g2645-g2645.

Chirban J T, Holistic Healing in Byzantium, Brookline, MA 2010. –

Christensen K, Juel K, Herskind AM, Murray JC. Long term follow up study of survival associated with cleft lip and palate at birth. BMJ 2004; 328: 1405.

Clothier B, Stringer M, Jeffcoat MK. Periodontal disease and pregnancy outcomes: exposure, risk and intervention. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007;21(3):462-466.

Cobourne M. Cleft Lip and Palate. Epidemiology, aetiology and treatment. Front Oral Biol. Basel: Karger; 2012, vol 16, pp 1–18.

D'cruz A, Lin T, Anand A, Atmakusuma D, Calaguas M, Chitapanarux I et al. Consensus recommendations for management of head and neck cancer in Asian countries: A review of international guidelines. *Oral Oncol.* 2013;49(9):872-877.

Da Silva O, Glick M. FDI Vision 2020: a blueprint for the profession. *Int Dent J.* 2012;62(6):277-277.

Damery S, Nichols L, Holder R, Ryan R, Wilson S, Warmington S et al. Assessing the predictive value of HIV indicator conditions in general practice: a case-control study using the THIN database. *Br J Gen Pract.* 2013;63(611):370-377.

Dental Health Services Victoria. Public Dental Services – who is eligible. 2011. URL: '<http://www.dhsv.org.au/public-dental-services/who-is-eligible/>'. Accessed November 2011.

Department of Health. The NHS Oral Health Assessment Final Report. 2006. URL: 'http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4134370'. Accessed October 2011.

Department of Human Services. Medicare Teen Dental Plan and Medicare Chronic Disease Dental Scheme, 2011. URL: '<http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/medicare/initiatives/teen-dental.jsp>'. Accessed 1 November 2011.

Dhillon B, Sood N, Sood N, Sah N, Arora D, Mahendra A. Guarding the precious smile: incidence and prevention of injury in sports: a review. *J Int Oral Health.* 2014; 6(4):104-7.

Dinas K, Achyropoulos V, Hatzipantells E, et al. Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:938– 944.

Dortbudak O, Eberhardt R, Ulm M, Persson GR. Periodontitis a marker of risk in pregnancy for preterm birth. *J Clin Periodontol.* 2005;32(1):45-52.

Dye, B.A., Tan, S., Smith, V., Lewis, B.G., Barker, L.K., Thornton-Evans, G., Eke, P.I., Beltr?n-Aguilar, E.D., Horowitz, A.M. and Li, C.H. (2007): Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *Vital and Health Statistics. Series 11, Data from the National Health Survey* 248, 90-92.

Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh F, Drope J. *The tobacco atlas*. 5th ed. Atlanta, GA: American Cancer Society/New York, NY: World Lung Foundation; 2015.

Evans, D.J., Rugg-Gunn, A.J., Tabari, E.D. & Butler, T. (1996) The effect of fluoridation and social class on caries experience 5-year-old Newcastle children in 1994 compared with results over the previous 18 years. *Community Dent Health*, 1996;13(1),pp. 5-10.

FDI World Dental Federation. *Oral Health Worldwide – A report by FDI World Dental Federation*. Geneva: FDI; 2014.

FDI policy statement on oral infection/inflammation as a risk factor for systemic diseases. *Int Dent J.* 2013;63(6):289-290.

FDI policy statement on the early detection of human immunodeficiency virus infection and the appropriate care of subjects with human immunodeficiency virus infection/acquired immunodeficiency syndrome. *Int Dent J*. 2014;64(6):291-292.

FDI World Dental Federation. The challenge of oral disease A call for global action The Oral Health Atlas, FDI SECOND EDITION σελ 7,9

FDI World Dental Federation. FDI joins call for new emphasis on collaborative practice [Internet]. 2013.

FDI World Dental Federation. FDI Policy Statement on oral cancer [Internet]. 2008. Available from: www.fdiworldental.org

Federal Trade Commission (FTC). Federal Trade Commission cigarette report for 2012. Washington, DC: FTC; 2015.

Federal Trade Commission (FTC). Federal Trade Commission smokeless tobacco report for 2012. Washington, DC: FTC; 2015.

Fejerskov O, Kidd E. Dental caries: The disease and its clinical management. Hoboken: Wiley-Blackwell; 2015 (in press).

Ferlay J et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.

Ferreira M, Batista A, Ferreira F, Ramos-Jorge M, Marques L. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. *Dent Traumatol*. 2013;30(1):15-21.

Fisher-Owens S et al. Child, family, and community influences on oral health outcomes of children. *Pediatrics* 2007;120:e518-e520.

Fitzsimons D, Dwyer JT, Palmer C, Boyd LD. Nutrition and oral health guidelines for pregnant women, infants, and children. *J Am Diet Assoc* 1998;98:182-189.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. FAOSTAT. Alcoholic beverages [Internet]. 2011. Available from: <http://data.fao.org>

Gaffield ML, Colley-Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy. An analysis of information collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *J Am Dent Assoc* 2001;132:1009-1016.

Gaffield ML, Gilbert BJ, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(7):1009-1016.

Genco R, Borgnakke W. Risk factors for periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2013;62(1):59-94.

George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ellis S, Bhole S, Ajwani S. Promoting oral health during pregnancy: current evidence and implications for Australian midwives. *J Clin Nurs* 2010;19: 3332–3333.

George A, Johnson M, Duff M, et al. Maintaining oral health during pregnancy: Perceptions of midwives in Southwest Sydney. *Collegian* 2011;18:78–79.

George A, Shamin S, Johnson M, et al. Periodontal treatment during pregnancy and birth outcomes: a meta-analysis of randomised trials. *Int J Evid Based Healthc* 2011; 9:142–147.

Glendor U. Aetiology and risk factors related to traumatic dental injuries - a review of the literature. *Dent Traumatol.* 2009;25(1):19-31.

Global oral health of older people – Call for public health action P.E. Petersen¹, D. Kandelman², S. Arpin² and H. Ogawa) *community Dental Health* (2010) 27, (Supplement 2) 257–268 © BASCD 2010 doi:10.1922/CDH_2711Petersen11

Goepfert AR, Jeffcoat MK, Andrews WW, et al. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2004;104(4):777-783.

Grant E., The effect of smoking on pregnancy and children In guidelines for future Parents, Foresight 1986.

Gundlach K, Maus C. Epidemiological studies on the frequency of clefts in Europe and world-wide. *J Craniomaxillofac Surg.* 2006;34 Suppl 2:1-2.

Gussy MG, Waters EG, Walsh O, Kilpatrick NM. Early childhood caries: current evidence for aetiology and prevention. *J Paediatr Child Health* 2006;42:37–43.

Harford, J. (2009): Population ageing and dental care. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 37, 97-103.

Help reduce cost: the economic costs. March of Dimes.

http://www.marchofdimes.com/prematurity/21198_10734.asp. Accessed July 1, 2007.

Hey-Hadavi JH. Women's oral health issues: sex differences and clinical implications. *Women's Health Prim Care.* 2002;5(3):189-199.

Hilgers KK, Douglass J, Mathieu GP. Adolescent pregnancy: a review of dental treatment guidelines. *Pediatr Dent.* 2003;25(5):459-467.

Hobdell M, Petersen P.E, Clarkson J, Johnson N. Global Goals for Oral Health 2020, *International Dental Journal* 2003;53(1)88-285.

Hobdell, M., Petersen, P.E., Clarkson, J. & Johnson, N. (2003) Global Goals for Oral Health 2020. *International Dental Journal* 2003;53, pp. 285-88.

Holzl M.& Menden E., *Εγκυμοσύνη και διατροφή*, εκδ. Notos, Αθήνα 1983.

Honein M, Rasmussen S, Reefhuis J, Romitti P, Lammer E, Sun L et al. Maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure and the risk of orofacial clefts. *Epidemiology.* 2007;18(2):226-233.

- Ismail A, Tellez M, Pitts N, Ekstrand K, Ricketts D, Longbottom C et al. Caries management pathways preserve dental tissues and promote oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(1):e12-e14.
- Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, et al. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol.* 2003;74(8):1214-1218.
- Jensen, P.M., Saunders, R.L., Thierer, T. and Friedman, B. (2008): Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *The Journal of the American Society for Geriatric Dentistry* 56, 715-717.
- Jin L, Armitage G, Klinge B, Lang N, Tonetti M, Williams R. Global Oral Health Inequalities: Task Group – Periodontal Disease. *Adv Dent Res.* 2011;23(2):221-226.
- Johnson C, Little J. Folate intake, markers of folate status and oral clefts: is the evidence converging? *Int J Epidemiol.* 2008;37(5):1041-1058.
- Johnson N, Warnakulasuriya S, Gupta P, Dimba E, Chindia M, Otoh E et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. *Adv Dent Res.* 2011;23(2):237-246.
- Johnson N, Warnakulasuriya S, Gupta P, Dimba E, Chindia M, Otoh E et al. Global oral health inequalities in incidence and outcomes for oral cancer: causes and solutions. *Adv Dent Res.* 2011;23(2):237-246.
- Johnson N. The mouth in HIV/AIDS: markers of disease status and management challenges for the dental profession. *Aust Dent J.* 2010;55:85-102.
- Johnson, NW, Bain C. Tobacco and oral disease. EU-Working Group on Tobacco and Oral Health. *British Dental Journal* 2000;189:200-206.
- Jürgensen N, Petersen P, Ogawa H, Matsumoto S. Translating science into action: periodontal health through public health approaches. *Periodontol 2000.* 2012;60(1):173-187.
- Jürgensen N, Petersen P, Ogawa H, Matsumoto S. Translating science into action: periodontal health through public health approaches. *Periodontology 2000.* 2012;60(1):173-187.
- Kalantzis G et al., The use of Analgesics and Hypnotics in the Ancient Greek and Byzantine Era, *History of Anaesthesia Society Proceedings* 32 (2003) 27-31.
- Kandelman, D., Petersen, P.E. and Ueda, H. (2008): Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry* 28, 228-236.
- Kassebaum N Severe Chronic Periodontitis, 2014. stages of periodontal disease Williams D, 1992.
- Kassebaum N, Bernabe E, Dahiya M, Bhandari B, Murray C, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: A Systematic Review and Meta-regression. *J Dent Res.* 2014;93(11):1045-1053.
- Kassebaum N, Bernabe E, Dahiya M, Bhandari B, Murray C, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. *J Dent Res.* 2015;.

Keirse MJNC, Plutzer K. Women's attitude to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med* 2010;38:3–8.

Kossioni and Bellou 2011, Kossioni et al 2013a, Μιχαήλ και συν 2013

Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, eds., *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organisation; 2002.

Kucheria K., semen analysis in alcohol dependence syndrome, *Andrologia*, 1985.

Kumar J, Samelson R, eds. *Oral health care during pregnancy and early childhood: practice guidelines*. New York, NY: New York State Department of Health, 2006.

<http://www.health.state.ny.us/publications/0824.pdf>. Accessed August 1, 2007.

Lawler J, *Encyclopedia Byzantine Empire*. McFarland, 20 Μαΐ 2015, σελ 148

Lawler Jennifer, *Encyclopedia of the Byzantine Empire*, Jefferson, NC 2004, σ. 147-148 (στο εξής: J. Lawler, *Encyclopedia Byzantine*).

Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2004; 82: 213–18.

Livingston HM, Dellinger TM, Holder R. Considerations in the management of the pregnant patient. *Spec Care Dentist*. 1998;18(5):183-188.

Locker, D., Matear, D., Stephens, M. and Jokovic, A. (2002): Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dental Health* 19, 90-97.

Lopez NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutierrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol*. 2005;76(11 suppl):2144-2153.

Lowdermilk D.L & Perry S.E, *Νοσηλευτική Μητρότητας*, εκδ. Λαγός Δ., 2003.

Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. Geneva: World Health Organization 2002;1-128.

Majambo et al, *MAIN CAUSES OF ORAL TRAUMA*, 2013.

Majambo M, Sasi R, Mumena C, Museminari G, Nzamukosha J, Nzeyimana A et al. Prevalence of oral and maxillofacial injuries among patients managed at a teaching hospital in Rwanda. *Rwanda J Health Sci*. 2013;2(2):20.

Mansfield P. and Munro J., *Chemical Children London Century*, London, 1087.

Marcenes W, Kassebaum N, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: A systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-597.

Marcenes W, Kassebaum N, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: A systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-597.

McDowell I, Claire N. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires 2ndEd*, New York: Oxford University Press, 1996.

- Michalowicz BS, DiAngelis AJ, Novak MJ, et al. Examining the safety of dental treatment in pregnant women. *J Am Dent Assoc* 2008;139:685–695.
- Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Sheron N, Neal B, Thamarangsi T et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*. 2013;381(9867):670-679.
- Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, Schulkin J. Oral health during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22:733– 739.
- Mossey P, Davies J, Little J. Prevention of orofacial clefts: Does pregnancy planning have a role? *Cleft Palate Craniofac J*. 2007;44(3):244-250.
- Mossey P, Modell B. Epidemiology of oral clefts 2012: an international perspective.
- Mossey Peter-Anthony et al, EOGRAPHICAL PREVALENCE OF OROFACIAL CLEFTS, 2012.
- Mylonas A et al. Cranio-maxillofacial Surgery in Byzantium, στο XXI Congress of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery (Dubrovnik, 11–15 September 2012), Abstract book, Dubrovnik 2012, σ. 15.
- Mylonas A et al. Oral and Cranio-maxillofacial Surgery in Byzantium, *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 42.2 (2014) 159-168.
- Naito, M., Yuasa, H., Nomura, Y., Nakayama, T., Hamajima, N. and Hanada, N. (2006): Oral health status and healthrelated quality of life: a systematic review. *Journal of Oral Science* 48, 1-7.
- National Collaborative Perinatal Project. 1959-1974, Record Group 443, National Institutes of Health. <http://www.motherisk.org>. Accessed July 1, 2007.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Drug Facts: Nationwide trends. Bethesda, MD: NIDA; 2012.
- Nelms A, Gutmann M, Solomon E, DeWald J, Campbell P. What victims of domestic violence need from the dental profession. *J Dent Ed*. 2009; 73(4):490-498.
- New South Wales Parliament. Dental services in NSW. Report by Standing Committee on Social Issues, 2006. URL: 'http://www.parliament.nsw.gov.au/prod/parlment/committee.nsf/0/46F0901A5E311E86CA256FE4000BE787'. Accessed September 2008.
- New York State Department of Health. Oral health care during pregnancy and early childhood: practice guidelines (No. 0824). Albany, NY: New York State Department of Health, 2006.
- Newton A, Silence is deadly - the dentist's role in domestic violence prevention. *Academy of General Dentistry*. 2008 [Internet]. Available from: www.ihd.gov
- Nicholas D, Η εξέλιξη του μεσαιωνικού κόσμου. Κοινωνία, διακυβέρνηση και σκέψη στην Ευρώπη, 312-1500, μτφρ. Μαριάννα Τζιαντζή, Αθήνα 2009, σ. 501.
- Noma Marck K.: a neglected enigma. *The Lancet Global Health*. 2013;1(2):e58-e59.

North R, Medical Discoveries of Biblical Times, Scripture and Other Artifacts. Essays on the Bible and Archaeology in Honor of Philip J. King, εκδ. M. D. Coogan - Jo Cheryl Exum - L. E. Stager, Louisville, KY 1994, σ. 311-332, εδών 325.

NSW Health. Oral Health Fee for Service Scheme, 2011.

Offenbacher S, Beck JD, Jared HL, et al. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2009;114:551–559.

Offenbacher S, Lieff S, Boggess KA, et al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Ann Periodontol*. 2001;6(1):169-174.

Oral Cancer Foundation, Oral Cancer Foundation - Michael Douglas -The [Internet]. Available from: www.oralcancerfoundation.org

Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Afrique. Programme Régional de Lutte contre le Noma. Rapport d'activités 2010-2013. Brazzaville: OMS AFRO ; 2013

Otomo-Corgel J, Pucher J, Rethman M, Reynolds M. State of the science: chronic periodontitis and systemic health. *J Evid Based Dent Pract*. 2012;12(3):20-28.

Papageorgopoulou C, Xirotiris X, Anthropological Research on a Byzantine Population from Korytiani, West Greece, στο *New Directions*, σ. 193-221.

Patton L. Oral lesions associated with Human Immunodeficiency Virus Disease. *Dent Clin North Am*. 2013;57(4):673-698.

PERIOPERATIVE NURSING (2016), VOLUME 5, ISSUE 3

Petersen P, Baehni P. Periodontal health and global public health. *Periodontol 2000*. 2012;60(1):7-14.

Petersen P, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontol 2000*. 2012;60(1):15.

Petersen P. Policy for prevention of oral manifestations in HIV/AIDS: The approach of the WHO Global Oral Health Program. *Adv Dent Res*. 2006;19(1):17-20.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century and the approach of the Global Oral Health Programme. Geneva: World Health Organization 2003;35-39.

Petersen Poul Erik et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health,

Petersen Poul Erik. Tobacco and Oral Health – the Role of the World Health Organization 309-315

Petersen, P.E. & Lennon, M.A. (2004) Effective Use Of Fluorides for the Prevention of Dental Caries in the 21st Century: the WHO Approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32, pp. 319-21.

Petersen, P.E. & Ogawa, H. (2005) Strengthening the Prevention of Periodontal Disease: the WHO Approach. *Journal Periodontol* 2005;76, pp. 2187-93.

Petersen, P.E. (2003): The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 31, 23-24.

Petersen, P.E. (2007): Inequalities in oral health: the social context for oral health. In: *Community Oral Health*, eds. Pine C. and Harris R. pp31-58. London: Quintessence. Petersen, P.E. (2008): World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *International Dental Journal* 58, 120-121.

Petersen, P.E. (2009a): Global policy for improvement of oral health in the 21st century - implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 37, 1-8. Petersen, P.E. (2009b): The World Health Survey - The global burden of oral disease. Geneva: WHO. Petersen, P.E. and Kwan, S. (2010): The 7th WHO Global Conference on Health Promotion - towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009). *Community Dental Health* 27 (Supplement 1), 129-136.

Petersen, P.E. and Nørtoft, B. (1994): Evaluation of a dental health programme for old-age pensioners in Denmark. *Journal of Public Health Dentistry* 54, 73-79.

Petersen, P.E. and Ogawa, H. (2005): Strengthening the prevention of periodontal disease: The WHO Approach. *Journal of Periodontology* 76, 2187-2193.

Petersen, P.E. and Ueda, H. (2006): Oral health in ageing societies. Integration of oral health and general health. Geneva: WHO. Petersen, P.E. and Yamamoto, T. (2005): Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 33, 81-92.

Policy and Practice. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Poul Erik Petersen,¹ Denis Bourgeois,¹ Hiroshi Ogawa,¹ Saskia Estupinan-Day,² & Charlotte Ndiaye ΣΕΛ.4

Price W. A., *Nutrition and Physical Degeneration* La Mesa Price, εκδ. Pottenger Foundations, 1945.

Prioreschi P, *A History of Medicine*, τ. IV: Byzantine and Islamic Medicine, Omaha, NE 2001, σ. 101. – M. L. Rautan, *Daily Life in the Byzantine Empire*, Westport, CT 2006, σ. 299.

QUOTE HALPERN Newton A, 2008. 40–41 Social determinants and common risk factors

Rationale for the prevention of oral diseases in primary health care: an international collaborative study in oral health education Denis M. Bourgeois, Prathip Phantumvanit, Juan Carlos Llodra, et al, Faculty of Dentistry, Laboratory Health- Individual – Society (SIS, E.A. 4129), Université Claude Bernard Lyon, Lyon, France; Thammasat University, Bangkok, Thailand; FDI World Dental Federation, Geneva, Switzerland; Unilever Oral Care, London, UK. Σελ 1-9

Regan L, *Η Εγκυμοσύνη από Εβδομάδα σε Εβδομάδα*, εκδ. Ισόρροπον Α.Β.Ε, Αθήνα 2006.

Reibel J. Tobacco and oral diseases: an update on the evidence, with recommendations. *Med Princ Pract* 2003;12: 22-32.

Roswall N, Weiderpass E. Alcohol as a risk factor for cancer: Existing evidence in a global perspective. *J Prev Med Public Health*. 2015.

Sabbagh H, Hassan M, Innes N, Baik A, Mossey P. Parental consanguinity and nonsyndromic orofacial clefts in children: a systematic review and meta-analyses. *Cleft Palate Craniofac J*. 2014;51(5):501-513.

Saddki N, Yusoff A, Hwang YL. Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospitak University Sains Malaysia. *BMC Public Health* 2010;10:75.

Sagheri, D., McLoughlin, J. & Clarkson, J.J. (2007) A comparison of dental caries levels in two communities with different oral health prevention strategies stratified in different social classes. *Journal Public Health Dent*, 2007;67(1), pp. 1-7.

Sant'Anna L, Tosello D. Fetal alcohol syndrome and developing craniofacial and dental structures - a review. *Orthodontics and Craniofacial Research*. 2006;9(4):172-185.

Saub, R. and Evans, R.W. (2001): Dental needs of elderly hostels residents in inner Melbourne. *Australian Dental Journal* 46, 198-202.

Scheutz F, Baelum V, Matee MI, Mwangosi I. Motherhood and dental disease. *Community Dent Health*. 2002;19(2):67-72.

Schou, L. (1995): Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioral dimensions. In: *Disease Prevention and Oral Health Promotion*; eds. Cohen, L.K. and Gift, H.C. Copenhagen: Munksgaard. Slade, G.D., Locker, D., Leake, J.L., Price, S.A. and Chao, I. (1990): Differences in oral health status between institutionalized and non-institutionalized older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 18, 272-276.

Schwendicke F, Dorfer C, Schlattmann P, Page L, Thomson W, Paris S. Socioeconomic Inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res*. 2014;94(1):10-18.

Scotland Information Service Division. *Alcohol Statistics Scotland 2009*. Edinburgh: National Services Scotland; 2009.

Sderling E, Isokangas P, Pienih?kkinen K, Tenovuo J, Alanen P. Influence of maternal xylitol consumption on mother child transmission of mutans streptococci: 6-year follow-up. *Caries Res*. 2001;35(3):173-177.

Sham Arthur et al. The effects of tobacco use on oral health, *Dental Surgery*) σελ 275

Sheiham A, Watt R. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Commun Dent Oral Epidemiol*. 2000;28(6):399-406.

Sheiham, A. & Watt, R.G. (2000) The Common Risk Factor Approach: a Rational Basis for Promoting Oral Health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28, pp. 399-406.

Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Exploring the impact of public health measures in prevention and control of oral cancer. *Int J Prev Med*. 2013;4:1342-1343.

Shub A, Wong C, Jennings B, Swain JR, Newnham JP. Maternal periodontal disease and perinatal mortality. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49:130–136.

Sills ES, Zegarelli DJ, Hoschander MM, Strider WE. Clinical diagnosis and management of hormonally responsive oral pregnancy tumor (pyogenic granuloma). *J Reprod Med*. 1996;41(7):467-470.

Snell J, *A Practical Guide to Operations on the Teeth. To which is prefixed a his-torical sketch of the rise and progress of dental surgery*, London 1831, σ. 26-28 Βλ. Λ. Χ. Κόκκορης, *Ιστορία της Οδοντιατρικής και της Στοματολογίας*, Αθήνα 1918, σ. 52.

Stefanac S. How systemic conditions can affect treatment planning: pregnant patients. In: Stefanac SJ, Nesbit SP, eds. *Treatment Planning in Dentistry*. St Louis, Mo.: Mosby; 2001:92-94.

Stevens J, Iida H, Ingersoll G. Implementing an oral health program in a group prenatal practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36:581–591.

Steward B, Wild C. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC)/World Health Organization; 2014.

Stoppard M, *Conception, pregnancy and birth*, εκδ. Μίνωας, Αθήνα 2000.

Strafford K, Shellhaas C, Hade E. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008;21:69–71.

Sydney South West Area Health Service. *Year in Review 2006/07*. 2008.

Tang Y, Xiang X, Wang X, Cubells J, Babor T, Hao W. Alcohol and alcohol-related harm in China: policy changes needed. *Bull World Health Organ*. 2013; 91: 270-276.

The Dental Trauma Guide. *Dental Trauma Guide* [Internet]. Available from: www.dentaltraumaguide.org

The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). *Epidemiological Status*. AIDS info [Internet]. 2012. Available from: www.unaids.org

The Lancet Child & Adolescent Health www.thelancet.com/child-adolescent Vol 3 October 2019

The oral health atlas second edition, the challenge of oral disease a call for global action σελ 19-37

The significance of oral health in HIV disease Iain L C Chapple, John Hamburger σελ 236-241

Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA. Oral and health care practice in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy Child Birth* 2008;8:13–20.

Tobacco and Oral Health – the Role of the World Health Organization, Poul Erik Petersen: 309-315 Gupta PC, Warnakulasuriya S. Global epidemiology of areca nut usage. *Addiction Biology* 2002;7:77-83.

Tomar SL, Asma S. Smoking attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. *J Periodontol* 2000; 71:748-751.

Townsend C., *Υγιεινή Διατροφή και Θεραπευτικές Δίαιτες*, εκδ. Έλλην, 2002.

U.S. Depa. of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General. NIH publication no. 00-4713. Rockville, Md.: U.S. Public Health Service, Dept. of Health and Human Services; 2000.

U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

UK Cancer Research. Breast cancer survival statistics: Cancer Research UK [Internet]. Available from: www.cancerresearchuk.org

United Kingdom National Health Service. What are my rights during pregnancy? URL: '<http://www.nhs.uk/chq/Pages/953.aspx?CategoryID=54&SubCategoryID=128>'. 2008. Accessed April 2009.

United Nations, General Assembly, Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, A/RES/66/2, 19 September 2011.

URL: '<http://profile.id.com.au/Default.aspx?id=208&pg=2&gid=10&type=enum>'. Accessed October 2011.

URL: '<http://www.denti-cal.ca.gov/WSI/Default.jsp?fname=Default>'. Accessed April 2010.

URL: 'http://www.health.nsw.gov.au/policies/pd/2008/pdf/PD2008_065.pdf'. Accessed November 2011

URL: 'http://www.sswahs.nsw.gov.au/agm/YIR_06-07.pdf'. Accessed August 2008.

Usha M, Ravindran V, Soumithran C, Ravindran Nair K. The impact of mandatory helmet law on the outcome of maxillo facial trauma: a comparative study in Kerala. *J Maxillofac Oral Surg*. 2014;13(2):176-183.

Wasylo L, Matsui D, Dykxhoorn SM, Rieder MJ, Weinberg S. A review of common dental treatments during pregnancy: implications for patients and dental personnel. *J Can Dent Assoc*. 1998;64(6):434-439.

Watt R et al. Common risk factors and their importance for oral health, 2012.

Watt R, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(4):289-296.

Whitehead M et al. THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 1991.

Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *The Lancet*. 1991;338(8774):1059-1063.

WHO, Oral Health: action plan for promotion and integrated disease prevention, 60th World Health Assembly, 2007.

Wilkinson R, Marmot M. The Solid Facts, WHO Regional Office for Europe 1998, Copenhagen, 2003.

Williams D, Pathology of periodontal disease. Oxford: Oxford University Press; 1992.

Winn Deborah M., Tobacco Use and Oral Disease, Ph.D. ΣΕΛ 306-309 κάνει να βάζουμε msc και phd?

World Health Organisation, The Ottawa Charter for Health Promotion, World Health Organization, Geneva, 1986.

World Health Organisation. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: WHO; 2014.

World Health Organisation. Global status report on road safety 2103: Supporting a decade of action. Geneva: WHO; 2013

World Health Organisation. Oral Health: action plan for promotion and integrated disease prevention, 60th World Health Assembly. A60/16, 22 March 2007.

World Health Organisation. Strengthening the Prevention of Oral Cancer: the WHO perspective. Community Dent Oral Epidemiol 2005;33, pp. 397-9.

World Health Organisation. Strengthening the prevention of oral cancer: the WHO perspective. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2005;33(6):397-399.

World Health Organization (http://www.who.int/oral_health)

World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on social determinants of health, Geneva 2008.

World Health Organization. Locker, D., Clarke, M. and Payne, B. (2000): Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. Journal of Dental Research 79, 970-975.

World Health Organization TOBACCO SMOKING WHO, 2013. QUOTE CHAN WHO, 2010. 46–47 Alcohol

World Health Organization, 2014. HIV/INFECTIONS UNAIDS, 2014. QUOTE KEBAKILE Zevenbergen A, 2003. 32–33 Noma

World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization. World Health Assembly, May 2003 (Resolution WHA56.1).

World Health Organization. Global Health Observatory. HIV/AIDS and other STIs [Internet]. 2014. Available from: www.who.int

World Health Organization. Regional Office for Africa. The health of the people: what works – the African Regional Health Report 2014. Brazzaville: WHO AFRO;2014.

World Health Organization. The World Health Report – Financing for universal coverage [Internet]. 2010. Available from: www.who.int

World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization 2002;241-248.

World Health Organization. Tobacco Fact sheet No. 339 [Internet]. 2014. Available from: www.who.int

World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. 2015. Available from: www.who.int

World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2013 – Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Luxembourg: WHO; 2013.

Yates D, Moore D, McCabe G. The Practice of Statistics. New York: WH Freeman, 1999.

Yazdy M, Honein M, Xing J. Reduction in orofacial clefts following folic acid fortification of the U.S. grain supply. Birth Defect Res A. 2007;79(1):16-23.

Yost J, Li Y. Promoting oral health from birth through childhood: prevention of early childhood caries. Am J Matern Child Nurs 2008;33:17–23.

Zero D, Zandona A, Vail M, Spolnik K. Dental Caries and Pulpal Disease. Dent Clin North Am. 2011;55(1):29-46.

Zevenbergen A. Stories of tragedy and hope: access to treatment for people living with HIV/AIDS. Fighting stigma - the story of Organization. 2003. Available from: www.who.int

Ziegler J, on behalf of the drafting group on the right to food of the Human Rights Council's Advisory Committee). Preliminary study on severe malnutrition and childhood diseases with children affected by noma as an example. Geneva: Human Rights Council. Advisory Committee. Seventh session. Aug. 2011. Report No. A/HRC/AC/7/CRP.2.

Βιβλιογραφική αναφορά ειδικού μέρους

Arora G, Mackay DF, Conway DI, Pell JP. Ethnic differences in oral health and use of dental services:

Cross-sectional study using the 2009 Adult Dental Health Survey. *BMC Oral Health*. 2016;17(1):1–12.

Bawankule R, Singh A, Kumar K, Pedgaonkar S. Oral problems and associated risk indicators in adults in the Russian Federation, India, and China. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–10.

Borutta A et al. Oral Health in 8-9 Year-Old Children in Saxony-Anhalt (Germany) and in Two Hungarian Cities (Budapest and Debrecen). *Community Dent Health*. 2006 Mar;23(1):26-30.

Crocombe Leonard A et al A Comparative Analysis of Policies Addressing Rural Oral Health in Eight English-speaking OECD Countries. *Rural Remote Health*, Jul-Sep 2017;17(3):3809

Da Veiga Pessoa DM, Roncalli AG, de Lima KC. Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: A cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2016;17(1):1–8.

Hellenic Statistical Authority (ΕΛΣΤΑΤ). Απογραφή Πληθυσμού - Κατοικιών 2011 - Μετανάστευση - Εσωτερική Μετανάστευση. *Ελστατ Δελτίο Τύπου*. 2014;2014.09.5:1–12.

Janssens B et al. The Impact of a Preventive and Curative Oral Healthcare Program on the Prevalence and Incidence of Oral Health Problems in Nursing Home Residents, *PLoS One*. 2018 Jun 12;13(6):e0198910.

Ljung R, Lundgren F, Appelquist M, Cederlund A. The Swedish dental health register - Validation study of remaining and intact teeth. *BMC Oral Health*. 2019;19(1):1–7.

Martin MA, Collazo GR, Frese WA, Glassgow AE. Oral Health Problems and Solutions in High-Risk Children and Young Adults. *J Dent Child (Chic)*. 2018;85(3):125–132.

Mello Johanna de Almeida et al. Cross-Country Validation of the Association Between Oral Health and General Health in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2019, 20(9):1137-1142.

Petersen P E et al. The Global Burden of Oral Diseases and Risks to Oral Health, *Bull World Health Organ*. 2005 Sep; 83(9): 661–669.

Singh H, Maharaj RG, Naidu R. Oral health among the elderly in 7 Latin American and Caribbean cities, 1999-2000: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):1–14.

Soofi M, Pasdar Y, Karami Matin B, Hamzeh B, Rezaei S, Kazemi Karyani A, et al. Socioeconomic-related inequalities in oral hygiene behaviors: A cross-sectional analysis of the PERSIAN cohort study. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):1–11.

Varghese Merin et al. Prevalence of Oral Diseases and Risks to Oral Health in an Urban Community Aged Above 14 Years. *Indian J Dent Res*. Nov-Dec 2019;30(6):844-850.

Yoon M N et al. Oral Health Status of Long-Term Care Residents in Canada: Results of a National Cross-Sectional Study. *Gerodontology* 2018 Dec;35(4):359-364