

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

ΕΙΣ1

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΜΗ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Εισηγητής

Κωνσταντίνος Αντωνιάδης
Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Οι λοιμώξεις του στόματος σχετίζονται με τη χλωρίδα της στοματικής κοιλότητας και την ανοσιακή ικανότητα του ξενιστή. Η πλειονότητά τους έχει οδοντική προέλευση και οφείλονται σε μη αναχαίτιση και επέκταση ακρορριζικής λοίμωξης ή περιοδοντικής νόσου.

Οι μη οδοντογενείς λοιμώξεις που εκδηλώνονται στη στοματική κοιλότητα αφορούν λοιμώξεις των σιαλογόνων αδένων, λοιμώξεις του δέρματος, λοιμώξεις όμορων δομών και ιογενείς καταστάσεις που προσβάλλουν τους στοματικούς ιστούς. Η όδευση των λοιμώξεων ακολουθεί την διήθηση κατά συνέχεια ιστού και την επέκταση μέσου του χαλαρού συνδετικού ιστού στα τραχηλοπροσωπικά διαστήματα.

Η κλινική τους εικόνα είναι σύνθετη. Σχετίζεται με τη δυναμικότητα του μικροβιακού παράγοντα, την άμυνα του ασθενή και με το θεραπευτικό σχήμα που επιλέγεται. Η διαφορική διάγνωση και η σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτεί καλή γνώση του ιατρικού ιστορικού του ασθενή γιατί πολλά από τα σημεία και συμπτώματα σχετίζονται με δευτερογενείς μηχανισμούς είτε της κυρίας νόσου είτε της θεραπείας που ακολουθεί για τη νόσο.

Παρουσιάζονται οι συνηθέστερες ιογενείς παθήσεις που εκδηλώνονται στο δέρμα του προσώπου και στο στόμα και σιαλαδενίτιδες από απόφραξη ή από ανιούσα λοίμωξη εξαιτίας της έντονης υποσιαλίας. Περιγράφεται η μεθοδολογία της προσέγγισης του ασθενή, της διάγνωσης και οι αρχές αντιμετώπισης της κάθε νόσου.

ΕΙΣ2

ΜΟΡΦΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗΣ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗΣ

Εισηγήτρια:

Παναγιώτα Οικονομοπούλου
Αναπλ. Καθηγήτρια Στοματολογίας Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η συνήθης προσέγγιση της νοσολογίας της κροταφογναθικής διάρθρωσης (ΚΓΔ) από άποψη αιτιολογίας είναι θεωρητική και δεν επιτρέπει εκτίμηση δομικών μεταβολών. Η παρούσα εισήγηση εξετάζει τις μεταβολές αυτές με βάση πολυετή, ερευνητική/διαγνωστική εμπειρία και παρουσιάζει απόψεις διαμορφωμένες από τη μελέτη πληθώρας χειρουργικού υλικού με ιστολογία.

Πλέον συχνή πάθηση στο υλικό αυτό είναι η «οστεοαρθρίτιδα» (αδόκιμος όρος, εκφυλιστική και όχι φλεγμονώδης νόσος) όπου αυξημένο μηχανικό stress → απώλεια γλυκοζαμινογλυκανών από τον ινώδη χόνδρο της αρθρικής επιφάνειας → απόσχιση κολλαγόνων δεσμών ποικίλης διεύθυνσης / ανώμαλη αρθρική επιφάνεια / «κλωνοποίηση» χονδροκυττάρων → προοδευτική απώλεια χόνδρου / αποκάλυψη οστού → δημιουργία «στομάτων» / «κύστεων». Ανάλογες μεταβολές στον αρθρικό υμένα και διάρθριο δίσκο → θηλοειδή υπερπλασία και διάτρηση, αντίστοιχα. Η λιγότερη συχνή εναπόθεση κρυστάλλων (π.χ. πυροφωσφορικά άλατα) σε αρθρικές επιφάνειες, αντιπροσωπεύει μεταβολική νόσο και πυροδοτεί ιστιοκυτταρική αντίδραση. Ογκόμορφες διεργασίες αντιπροσωπεύονται από καλοήγη οστοχονδρώματα, χονδρωμάτωση του αρθρικού υμένα (μεταπλασία ή κλωνοπάθεια; αξιοσημείωτη κυτταροβρίθεια / ατυπία), επινέμηση του κόνδυλου από όγκους της γνάθου / παρωτίδας (π.χ. αδαμαντινοβλάστωμα, αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα) και ίσως το καλούμενο σάρκωμα του αρθρικού υμένα («διφασική» αρχιτεκτονική / κυτταροσκελετός, αδιευκρίνιστη ιστογένεση).

Ελπίζεται ότι η σύνοψη αυτή θα βοηθήσει το γενικό οδοντίατρο να εκτιμήσει τη συμβολή μορφικών προσεγγίσεων στην κατανόηση της νοσολογίας της ΚΓΔ.

ΕΙΣ3

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Εισηγήτρια

Σωτηρία Γκιζάνη
Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Ο αριθμός των ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ) αυξάνεται συνεχώς καθώς βελτιώνεται η ποιότητα ζωής, αυξάνεται η μακροβιότητα εξαιτίας της ιατρικής και τεχνολογικής εξέλιξης, και ενθαρρύνονται οι προσπάθειες για την κοινωνική ένταξη αυτών των ατόμων. Κατά συνέπεια περισσότερα ΑΜΕΑ θα αναζητούν αντιμετώπιση και φροντίδα στο οδοντιατρείο. Οι κανονισμοί απαιτούν ο περιβάλλον χώρος και το εσωτερικό του ιατρείου να είναι διαμορφωμένοι κατάλληλα έτσι ώστε να επιτρέπουν την πρόσβαση και παροχή οδοντιατρικής φροντίδας ειδικά της ευρύτερης ομάδας των εμποδιζόμενων ατόμων. Στην ομάδα αυτή συμπεριλαμβάνονται άτομα με δυσκολίες στην κίνηση, ακοή, όραση και επικοινωνία, οι υπερήλικες, οι έγκυες, όσοι χρησιμοποιούν ή οδηγούν οποιοδήποτε τύπου αμαξίδιο κλπ.

Η προσαρμοστικότητα και ευελιξία είναι οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό της πρόσβασης των εμποδιζόμενων ατόμων στα

κτίρια. Τα άτομα που μετακινούνται με τη βοήθεια μηχανικών μέσων έχουν αργούς ρυθμούς και χρειάζονται ακίνδυνο και άνετο χώρο, με απαλές κλίσεις χωρίς σκαλοπάτια. Οι χώροι θα πρέπει να έχουν εξοπλιστεί με άπλετο φωτισμό χωρίς έντονες αντιθέσεις και να διαθέτουν ηχητικά σήματα για να διευκολύνουν τη μετακίνηση των ατόμων με διαταραχές στην όραση και στην ακοή. Οι χώροι που απαιτούνται να διαμορφωθούν για τη διευκόλυνση της προσπελασιμότητας οποιουδήποτε κτιρίου από ένα εμποδιζόμενο άτομο είναι ο εξωτερικός περιβάλλον χώρος κίνησης, η είσοδος του κτιρίου, ο χώρος υγιεινής και ο εσωτερικός χώρος του ιατρείου.

Στην Ελλάδα στα πλαίσια της προσπάθειας που έχει αναλάβει το Γραφείο Μελετών για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) του ΥΠΕΧΩΔΕ (1986-1990) συνέστησε ομάδες εργασίας από τεχνικούς - εκπροσώπους διαφόρων υπουργείων και φορέων που συνέταξαν τις "Οδηγίες Σχεδιασμού για την Αυτόνομη Διακίνηση και Διαβίωση ΑΜΕΑ". Θα παρουσιαστούν οι οδηγίες της χώρας μας καθώς και ξένων κρατών που μπορεί να αποτελέσουν τη βάση προδιαγραφών στο σχεδιασμό ενός σύγχρονου οδοντιατρείου που απευθύνεται στη φροντίδα όλων των ατόμων χωρίς καμία διάκριση. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η νομοθεσία σχετικά με τις προδιαγραφές οδοντιατρείων και δημόσιων κτιρίων για ΑΜΕΑ επικεντρώνεται κυρίως στην πρόσβαση τους όπως θέσεις πάρκιν, ανελκυστήρες, ράμπες, φαρδύτερες πόρτες, χώροι υγιεινής, χώροι υποδοχής κλπ.

ΕΙΣ4

ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ Ή ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΜΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΜΑ ΑμεΑ;

Εισηγήτρια:

Γεωργία Χαλμούκη

Επιμελήτρια Α' Αναισθησιολογικού Τμήματος ΓΝ
«Ασκληπιείο Βούλας»

Αναπηρία θεωρείται ο περιορισμός της ικανότητας του ατόμου να εκτελεί φυσιολογικές δραστηριότητες εξαιτίας μιας σωματικής ή διανοητικής διαταραχής οργανικής ή λειτουργικής. Τα άτομα με διανοητική αναπηρία συχνά χρειάζονται οδοντοθεραπεία λόγω κακής στοματικής υγιεινής. Οι ασθενείς αυτοί είναι μη συνεργάσιμοι λόγω αδυναμίας αντίληψης, φόβου και άγχους από προηγούμενες επισκέψεις σε γιατρούς, ψυχικών και αισθητηριακών διαταραχών (τύφλωση, κώφωση) και ως εκ τούτου συνήθως υποβάλλονται σε γενική αναισθησία για οδοντιατρικές εργασίες.

Η διαχείριση αναισθησιολογικά τέτοιων ασθενών είναι μία πρόκληση καθώς συχνά έχουν συνυπάρχου-

σες παθήσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο. Τέτοιοι κίνδυνοι είναι η αυξημένη πιθανότητα για εισρόφηση λόγω παράλυσης των προμηκικών μυών, αυξημένης σιελόρροιας και λίμνασης των εκκρίσεων. Λόγω της νοητικής υστέρησης πολλές φορές είναι αμφίβολη η προεγχειρητική νηστεία. Επίσης πολλές φορές η λαρυγγοσκόπηση είναι δύσκολη λόγω ανωμαλιών γνάθου, οδόντων, γλώσσας, υπερώας, αστάθειας ΑΜΣΣ, σκολίωσης. Οι ασθενείς αυτοί λαμβάνουν πολλά φάρμακα όπως αντιεπιληπτικά, βενζοδιαζεπίνες, μπακλοφέννη, και άλλα για συνοδές παθήσεις (ΓΟΠ, καρδιαγγειακές, ενδοκρινολογικές, κ.ά.) τα οποία αλληλεπιδρούν με τα αναισθητικά. Σε σπάνια επίσης σύνδρομα δεν είναι γνωστή η απάντηση στα αναισθητικά φάρμακα. Αρρυθμίες, υπέρταση, υπόταση μπορεί να εμφανιστούν και λόγω συνυπάρχουσας πάθησης και λόγω φαρμάκων π.χ. μπακλοφέννη.

Παρουσιάζεται καθυστερημένη αφύπνιση καθώς επίσης υπάρχει δυσκολία στην εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης κατά την αφύπνιση σε βαρεία διανοητική καθυστέρηση. Η χορήγηση O₂ μετά την αποσωλήνωση μπορεί να είναι δύσκολη. Αυξημένη σιελόρροια θα χρειαστεί συνεχείς αναρροφήσεις και προκαλεί δυσκολία στη διατήρηση της βατότητας των αεραγωγών. Επίσης προσοχή χρειάζεται στην αποφυγή εισρόφησης από πιθανή παλινδρόμηση ή από εκκρίσεις ή ακόμα και αίμα. Λαρυγγόσπασμος και βρογχόσπασμος εμφανίζονται συχνά. Δεν είναι σπάνια, επίσης, η εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων κατά την αφύπνιση επιληπτικών ΑμεΑ.

Γίνεται, επομένως, αντιληπτό ότι η χορήγηση γενικής αναισθησίας σε ΑμεΑ εμφανίζει διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές συχνότερες και βαρύτερες από ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Αυτές σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να φθάσουν έως και τον θάνατο, γεγονός που πρέπει να αναφέρεται ως πιθανό ενδεχόμενο όταν υπογράφεται η συγκατάθεση, παρόλο που τα καταγραφέντα ποσοστά θανάτου είναι πολύ μικρά. Έτσι, σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει βαρεία νοητική στέρηση, μικρές οδοντιατρικές επεμβάσεις προτιμάται να γίνουν με καταστολή με μιδαζολάμη, προποφόλη ή κεταμίνη και σύγχρονη τοπική αναισθησία και εισπνευστική ρινική χορήγηση N₂O/O₂. Με την καταστολή αποφεύγονται πολλές επιπλοκές από τις προαναφερθείσες. Συγκεκριμένα:

Αποφεύγονται οι κίνδυνοι της εισρόφησης και κακώσεων λόγω δύσκολης διασωλήνωσης. Εξασφαλίζεται η βατότητα των αεραγωγών. Εξασφαλίζεται η αυτόματη αναπνοή και αποφεύγονται επεισόδια υποξαιμίας. Αποφεύγεται η χρήση αναισθητικών σε μεγάλες δόσεις και η χρήση νευρομυικών αποκλειστών που μπορεί να παρατείνουν την ανάνηψη και τη νοσηλεία των ασθενών λόγω επιπλοκών. Ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος καρδιαγγειακής επιβάρυνσης. Δεν υπάρχει ανάγκη πολύ εξειδικευμένου εξοπλισμού, και αποφεύγεται η ανάγκη για διεξοδικό προεγχειρητικό έλεγχο και

απασχόλησης εξειδικευμένου προσωπικού. Απαιτείται μικρότερη μετεγχειρητική νηστεία και δεν χρειάζεται μονάδα μεταναισθητικής φροντίδας.

Χρειάζεται, όμως, να τονισθεί ότι η καταστολή είναι ασφαλής όταν γίνεται σε οργανωμένο περιβάλλον με όλα τα μέσα ανάνηψης και όταν υπάρχει εκπαιδευμένο κατάλληλα προσωπικό, καθώς η τιτλοποίηση των αναισθητικών παραγόντων πρέπει να γίνεται με ακρίβεια και μπορεί ανά πάσα στιγμή να συμβούν επεισόδια άπνοιας και επιπλοκές από την χρήση τους.

ΕΙΣ5

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Εισηγητής:

Δημήτριος Δημητριάδης

Δρ Οδοντίατρος, Επιμελητής Α' ΚΥ Σχηματαρίου

Οι κοινωνικές ανισότητες που επηρεάζουν την υγεία αποτελούν σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία και αφορούν σε διαφορές στην κατάσταση της υγείας ή στην κατανομή των πόρων μεταξύ των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, οι οποίες προκύπτουν από τις κοινωνικές συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι ζουν και αναπτύσσονται.

Οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες και οι επιπτώσεις τους στη ζωή των ανθρώπων καθορίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της ασθένειας και είναι αυτές που πρέπει να αντιμετωπισθούν για να προλάβουμε την εμφάνιση της νόσου ή να την αντιμετωπίσουμε θεραπευτικά, όταν αυτό απαιτείται. Μεγάλη σημασία για την εμφάνιση των ανισοτήτων στην υγεία έχουν οι κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας, που είναι οι συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν και εργάζονται καθώς και τα συστήματα που υφίστανται για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Οι περιστάσεις αυτές, με τη σειρά τους, διαμορφώνονται από ένα ευρύτερο σύνολο δυνάμεων: οικονομικών, κοινωνικών πολιτικών και της πολιτικής.

Στην Ελλάδα, οι ανισότητες στη στοματική υγεία εντοπίζονται κυρίως στη δυνατότητα επίσκεψης στον οδοντίατρο, στο επίπεδο της στοματικής υγείας και στην ποιότητα ζωής, που σχετίζεται με αυτήν. Οι ανισότητες αφορούν στο εισόδημα, στο επίπεδο εκπαίδευσης και στο ιστορικό μετανάστευσης. Στις εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια στην χώρα, ευάλωτες ομάδες των οποίων η στοματική υγεία βρίσκεται σε κίνδυνο αποτελούν τα παιδιά, οι άνεργοι, όσοι εργάζονται σε συνθήκες αβεβαιότητας και χαμηλών αμοιβών, οι μετακινούμενοι πληθυσμοί, οι ανασφάλιστοι κ.ά.

Η αντιμετώπιση αυτών των ανισοτήτων απαιτεί διατομεακές συνεργασίες, επικεντρωμένες όχι μόνο στην πρό-

ληψη αλλά στην αντιμετώπιση και διαχείριση όλων εκείνων των παραγόντων, που συνδέονται με την εμφάνιση των νοσημάτων του στόματος στον πληθυσμό με κοινωνικά άνισο και άδικο τρόπο.

ΕΙΣ6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ) ΣΕ ΜΙΑ ΧΩΡΑ ΧΩΡΙΣ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Εισηγητής:

Μιχαήλ Κατσουράκης

Διευθυντής Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Οδοντιατρικής Μονάδας ΑμεΑ, ΓΝ Λάρισα

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 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 στοματική υγεία του Ελληνικού πληθυσμού βελτιώθηκε τα τελευταία 20 χρόνια παρόλα αυτά οι ανάγκες για οδοντιατρική περίθαλψη παραμένουν υψηλές.

Τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης η δημόσια δαπάνη για οδοντιατρική περίθαλψη μειώθηκε σημαντικά (2.000.000 ευρώ για το 2015). Συγχρόνως, λόγω συνταξιοδότησης πολλών οδοντιάτρων και μη πλήρωσης των κενών θέσεων στο ΕΣΥ αλλά και λόγω αποχώρησης πολλών οδοντιάτρων από τον ΕΟΠΥΥ οι οποίοι επέλεξαν το ιδιωτικό ιατρείο, ο αριθμός των οδοντιάτρων στην Δημόσια Οδοντιατρική Περίθαλψη έχει μειωθεί δραματικά.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη ουσιαστικά καλύπτεται από ίδιες δαπάνες των ασφαλισμένων. Τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας δείχνουν ότι οι Έλληνες πολίτες δαπανούν το 1,5% του ΑΕΠ για οδοντιατρική περίθαλψη. Η οδοντιατρική περίθαλψη είχε το υψηλότερο ποσοστό δαπάνης για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (περίπου το 1/3). Παρά την οικονομική κρίση το ποσοστό παραμένει δυστυχώς υψηλό.

Ο ασφαλισμένος λοιπόν ενώ πληρώνει ένα σημαντικό ποσό για δαπάνες υγείας στο ταμείο του ουσιαστικά δεν έχει οδοντιατρική περίθαλψη.

Το δυσάρεστο είναι ότι αυτό δεν το έχει αντιληφθεί στο βαθμό που θα έπρεπε ούτε η Πολιτεία, ούτε οι ασφαλισμένοι, ούτε οι συνδικαλιστές αλλά δυστυχώς ούτε οι

οδοντίατροι. Αυτό θα έπρεπε να είναι με τεκμηριωμένο τρόπο η Σημεία διεκδίκησης του Οδοντιατρικού κλάδου. Πότε έγινε μια απεργία ή έστω μια διαμαρτυρία για την απουσία Οδοντιατρικής Περιθαλψής από την ΓΣΕΕ ή την ΑΔΕΔΥ;

Βασικό αίτημα λοιπόν του Οδοντιατρικού κλάδου πρέπει να είναι η δαπάνη για Οδοντιατρική περίθαλψη από το ΠΕΔΥ να γίνει το 5% της συνολικής δαπάνης ή και περισσότερο.

Απαιτείται ένα δίκτυο πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής περίθαλψης σε μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ στελεχωμένο με Οδοντιάτρους πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, κατανοημένους με πληθυσμιακά κριτήρια για να παρέχουν περίθαλψη σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού δωρεάν. Οι ομάδες αυτές πρέπει να είναι:

Παιδιά και νέοι έως 18 ετών (πρόληψη και θεραπευτικό). Άποροι, άνεργοι και ανασφάλιστοι.

Χαμηλοσυνταξιούχοι.

Οι μονάδες αυτές είναι τα ΚΥ του ΕΣΥ, τα Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ, ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών.

Παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης με συμμετοχή του ασφαλισμένου έως 50% σε όλους τους ασφαλισμένους από τους ιδιώτες οδοντιάτρους, με ελεύθερη επιλογή από τον ασφαλισμένο με βάση τιμολόγιο που θα στηρίζεται σε κοστολόγιο που έχει καταρτίσει η ΕΟΟ και ίσως επικαιροποιηθεί, εγκριθεί και συμφωνηθεί και από την πολιτεία. Χρειάζεται λοιπόν υπογραφή συλλογικής σύμβασης μεταξύ ΠΕΔΥ και ΕΟΟ. Βάση για την υπογραφή της σύμβασης αυτής πρέπει να είναι :

1. Το 5% του συνολικού προϋπολογισμού του ΠΕΔΥ να πηγαίνει σε Οδοντιατρική περίθαλψη.
2. Έλεγχος δειγματοληπτικός των παρεχομένων Υπηρεσιών ηλεκτρονικά.
3. Το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το είδος της οδοντιατρικής εργασίας. (π.χ. 20% για αποτρίγωση, φθορίωση, θεραπεία ουλίτιδας, απλή έμφραξη, 50% για ενδοδοντική θεραπεία, σύνθετη έμφραξη, εξαγωγή, 0% για εξέταση αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού κλπ.
4. Υποχρεωτική επίσκεψη 2 φορές τον χρόνο στον οδοντίατρο.
5. Υποχρεωτική καταχώριση ηλεκτρονικά των εργασιών ώστε να μην γίνεται κατάχρηση.

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Ως δευτεροβάθμια Οδοντιατρική περίθαλψη νοούνται όλες οι οδοντιατρικές υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται εντός των εσωτερικών τμημάτων των νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας- αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.

Με τον όρο «**Νοσοκομειακή Οδοντιατρική**» περιγράφεται

η άσκηση της Οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο από οργανωμένα Τμήματα, τα οποία αξιοποιούν την υπάρχουσα υποδομή, αναπτύσσουν κλινικές, εκπαιδευτικές, ερευνητικές και διοικητικές δραστηριότητες και συνεργάζονται με Τμήματα άλλων ιατρικών ειδικοτήτων με στόχο να συμβάλλουν στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας των ειδικών και μη ειδικών ασθενών με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των οδοντικών και στοματικών παθήσεων.

Αντίστοιχα, «**νοσοκομειακός οδοντίατρος**» είναι ο οδοντίατρος που έχει την απαραίτητη εκείνη θεωρητική και κλινική επιστημονική κατάρτιση που χρειάζεται για να καλύψει όλο το εύρος της άσκησης της Οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο.

Το εύρος αυτό, δηλ. το **κλινικό αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής**, συνοπτικά, περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας σε:
 - α) ασθενείς με συστηματικά νοσήματα περιλαμβανομένων και των ασθενών με AIDS,
 - β) γηριατρικούς ασθενείς,
 - γ) ψυχιατρικούς ασθενείς,
 - δ) τοξικομανείς.
2. Παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας σε άτομα με νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία.
3. Υποστήριξη άλλων ειδικοτήτων στο Νοσοκομείο. Η υποστήριξη αυτή υλοποιείται με την:
 - α) Συμβολή στη διάγνωση παθήσεων σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Κλινικές για εξέταση, μέσω του συσχετισμού των στοματικών εκδηλώσεων με τις συστηματικές παθήσεις ή της διάγνωσης νόσου με πρώτη εκδήλωση στο στόμα.
 - β) Υποστήριξη άλλων Τμημάτων.Ως παραδείγματα μπορούν να αναφερθούν η υποστήριξη της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού με την εφαρμογή προληπτικής οδοντιατρικής προμεταμοσχευτικής θεραπείας, η υποστήριξη του Ογκολογικού/ Ακτινοθεραπευτικού Τμήματος με την εφαρμογή ειδικών πρωτοκόλλων οδοντοστοματολογικής αντιμετώπισης πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την χημειο/ακτινοθεραπεία, η υποστήριξη του Τμήματος Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής κ.λ.π.

γ) Αντιμετώπιση του οδοντιατρικού επείγοντος στους νοσηλευόμενους ασθενείς στις άλλες Κλινικές του Νοσοκομείου.

4. Παραπομπή περιστατικών σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο (παραπομπή γναθοχειρουργικών περιστατικών).

5. Επίλυση ιδιαίτερων οδοντιατρικών προβλημάτων σε ασθενείς με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό.

Πρόκειται συνήθως για προβλήματα που επιλύονται στα πλαίσια της στοματολογίας ή της μικρής χειρουργικής του στόματος.

6. Αντιμετώπιση επειγόντων οδοντιατρικών περιστατικών.

Το πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης στο ΕΣΥ, δηλαδή το περιεχόμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, καθορίστηκε με Υπουργική Απόφαση (Α3β/3984/26-3-1990, ΦΕΚ 239, τεύχος Β, 6-4-1990) η οποία εξακολουθεί να ισχύει και σήμερα.

Δυστυχώς, όμως, ούτε αυτή η Υπουργική Απόφαση του 1990, η οποία είναι ξεπερασμένη, εφαρμόζεται σήμερα στα Νοσοκομεία. Η σημερινή κατάσταση στα Οδοντιατρικά Τμήματα των Νοσοκομείων είναι στις περισσότερες των περιπτώσεων τραγική και απέχει πολύ από τον στόχο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Σε αυτό έχουν συντελέσει πολλοί παράγοντες, όπως:

1. Η υποστελέχωση των Οδοντιατρικών Τμημάτων. Τα Οδοντιατρικά Τμήματα πολλών Νοσοκομείων, ιδιαίτερα των επαρχιακών, δεν έχουν τον απαιτούμενο ελάχιστο αριθμό Οδοντιάτρων για την λειτουργία μιας Οδοντιατρικής Μονάδας Κλινικής που είναι 4 Οδοντίατροι.
2. Σε πολλά Νοσοκομεία με Ευθύνη των Διοικήσεων αλλά και των Επιστημονικών Συμβουλίων δεν διατίθενται κλίνες για νοσηλεία σε Οδοντιατρικά Τμήματα.
3. Αρκετοί υπηρετούντες Οδοντίατροι δεν έχουν την απαιτούμενη εμπειρία ή και εκπαίδευση για την παροχή δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής περίθαλψης.
4. Η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει μεγάλο αριθμό ασθενών χωρίς γενικά νοσήματα να προσέρχονται στα Νοσοκομεία και να αναζητούν δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη. Οι Οδοντίατροι για να δικαιολογήσουν την ύπαρξή τους αλλά και υπό την πίεση των ασθενών, των Διοικήσεων αλλά και από ευαισθησία την παρέχουν.
5. Οι υποδομές σε εξοπλισμό είναι ελλιπείς ή και ανύπαρκτες. Παλαιά οδοντιατρικά μηχανήματα, έλλειψη συντήρησης, έλλειψη σε υλικά, μη ύπαρξη οδοντιατρικών μηχανημάτων στα Χειρουργεία για παροχή περίθαλψης με γενική αναισθησία κλπ.

Χρειάζεται λοιπόν το συντομότερο να δοθούν λύσεις. Η ΕΟΟ μαζί με την Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής πρέπει να συντάξουν μία νέα Πρόταση η οποία να υιοθετηθεί από το Υπουργείο και να γίνει είτε με την μορφή Νόμου είτε με την μορφή Υπουργικής απόφασης το Νέο πλαίσιο για την νοσοκομειακή Οδοντιατρική. **Χρειάζεται, επομένως, εμπλουτισμός** της Υπουργικής Απόφασης Α3β/3984/26-3-1990. Τα κυριότερα σημεία της πρότασης πρέπει να περιλαμβάνουν:

1. Ορισμό και υποχρεωτική τήρηση του πλαισίου λειτουργίας των οδοντιατρικών Τμημάτων ούτως ώστε να περιλαμβάνει **όλο το κλινικό αντικείμενο** της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και διασαφήνιση ότι αυτό εφαρμόζεται αποκλειστικά στον συγκεκριμένο πληθυσμό-στόχο (ειδικό πληθυσμό που για λόγους ασφαλείας πρέπει να αντιμετωπισθεί μόνο σε νοσοκομείο).

2. Στελέχωση και εξοπλισμό των Οδοντιατρικών Τμημάτων με αρχικό στόχο την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης με Γενική αναισθησία αλλά και δυνατότητα νοσηλείας σε τουλάχιστον ένα Οδοντιατρικό Τμήμα ανά Υγειονομική Περιφέρεια και τελικό στόχο την επέκταση της δυνατότητας αυτής σε όλα τα Οδοντιατρικά Τμή-

ματα. Η στελέχωση που απαιτείται είναι τουλάχιστον 4 Οδοντίατροι όλων των βαθμίδων.

3. **Καθιέρωση της οδοντιατρικής εξειδίκευσης της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας.** Θέσπιση της ως προαπαιτούμενου προσόντος για την αίτηση για πρόσληψη στο ΕΣΥ. **Εκπαίδευση των ήδη υπηρετούντων** νοσοκομειακών οδοντιάτρων. Καθιέρωση ως υποχρεωτικής της διά βίου εκπαίδευσης. Μπορεί μετά από συζήτηση στην ΕΟΟ με τις Επιστημονικές Εταιρείες να γίνει η καθιέρωση κοινής ειδικότητας της Χειρουργικής Στόματος και της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

4. Από τους έχοντες ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, για κοινωνικούς λόγους μπορεί να υπάρξει εξαίρεση να μπορούν να αντιμετωπίζονται στο νοσοκομείο και οι ανασφάλιστοι άποροι ή άνεργοι.

5. Για την κάλυψη της νοσηλείας των οδοντιατρικών ασθενών πρέπει να θεσμοθετηθεί τα **Οδοντιατρικά Τμήματα** των Νοσοκομείων να μπορούν να χρησιμοποιούν **το 2% των κλινών του Νοσοκομείου** σε χώρο του Χειρουργικού Τομέα ή κατ'ελάχιστον 2-4 κλίνες.

6. **Μη υποβάθμιση των Οδοντιατρικών Τμημάτων σε ιατρεία και μη ενοποίηση συνένωση των Οδοντιατρικών Τμημάτων με Τμήματα άλλων ειδικοτήτων** λόγω της μοναδικότητας του αντικείμενου τους (η νοσηλευτική ενοποίηση δηλ. η κοινή νοσηλεία και νοσηλευτική κάλυψη των οδοντιατρικών ασθενών με ασθενείς άλλων Τμημάτων είναι δεκτή διότι επιλύει πρακτικά θέματα).

ΕΙΣ7

Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εισηγήτρια

Αγγελική Γιαννοπούλου

Οδοντίατρος Παραρτήματος Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Βούλας (πρώην ΚΑΑΠ Βούλας)

Άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ) χαρακτηρίζονται τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες, ανικανότητες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές, νοητικές ή ψυχικές βλάβες, οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας που θεωρείται κανονική. Το ποσοστό αναπηρίας στην Ελλάδα ανέρχεται στο 12-14%.

Η στοματική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την γενική υγεία, επηρεάζει και επηρεάζεται από αυτήν.

Κατάσταση της στοματικής υγείας των Ατόμων με Αναπηρία

Σύμφωνα με την πλειονότητα των μελετών η στοματική υγεία των ΑμεΑ υπολείπεται σημαντικά εκείνης των υγιών ατόμων. Εμφανίζουν αυξημένη προσβολή από τερηδόνα και νόσους του περιοδοντίου. Επιπλέον ορισμένες

νόσοι, βλάβες και καταστάσεις του βλεννογόνου του στόματος εκδηλώνονται συχνότερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Μεγάλο ποσοστό μεταξύ των ΑμεΑ δεν καλύπτει τις οδοντοστοματολογικές ανάγκες, οι οποίες είναι ιδιαίτερα αυξημένες.

Βασικά αίτια έκπτωσης της στοματικής υγείας των ΑμεΑ

- ο Πολλές νόσοι - σύνδρομα μπορεί να προκαλέσουν διάφορα στοματογενικά προβλήματα (ανωμαλίες στην ανατολή, σχήμα, μέγεθος και αριθμό των δοντιών, ορθοδοντικές ανωμαλίες, δυσμορφίες προσώπου), ξηροστομία, κακοσμία, απώλεια γεύσης, συχνό έμετο, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση κ.ά.
- ο Οι διαταραχές μυϊκού συντονισμού συμβάλλουν στη μείωση του αυτοκαθαρισμού των δοντιών και στη δημιουργία στοματικής αναπνοής, επίσης περιορίζουν την αυτοεξυπηρέτηση (μειωμένη δεξιότητα στο βούρτσισμα).
- ο Οι τραυματισμοί (σε δόντια, γλώσσα, βλεννογόνο στόματος) που συχνά προκαλούνται κατά την διάρκεια των επιληπτικών κρίσεων.
- ο Η φαρμακευτική αγωγή που συχνά χορηγείται στα ΑμεΑ έχει ποικίλες επιπτώσεις στο στοματογενικό σύστημα. Συχνά μπορεί να οδηγήσει σε ουλορραγίες, υπερπλασία ούλων, περιοδοντίτιδα, απώλεια δοντιών (από αντιεπιληπτικά), ξηροστομία (π.χ. από μυοχαλαρωτικά). Προβλήματα στη στοματική κοιλότητα επίσης μπορεί να προκληθούν από τα αντιυπερτασικά, ψυχιατρικά, αντιβιοτικά, διφωσφονικά και τα φάρμακα χημειοθεραπείας.
- ο Τα προβλήματα γενικής υγείας των ΑμεΑ που οδηγούν σε ιδιαιτερότητες τόσο του διαιτολογίου τους όσο και του τρόπου σίτισης (μαλακές, πολτοποιημένες τροφές, χρήση μπιμπερό).
- ο Η μη αντίληψη της σημασίας της στοματικής υγιεινής από τα ΑμεΑ, τα οποία επιπλέον δεν έχουν την ικανότητα της σωστής εφαρμογής της.
- ο Η αδυναμία συνεργασίας και ο φόβος για την οδοντιατρική θεραπεία που υπάρχει σε μεγάλο ποσοστό των ατόμων αυτών, κυρίως σε αυτά που έχουν νοητική υστέρηση. Οι γονείς, ευαίσθητοι και υπερπροστατευτικοί, συχνά ακολουθούν λανθασμένες πρακτικές σχετικά με την αναγκαιότητα της θεραπείας.
- ο Τα προβλήματα στην πρόσβαση των ΑμεΑ σε οδοντιατρική περίθαλψη, που εξακολουθούν να υπάρχουν παρότι τα τελευταία χρόνια καταβάλλονται προσπάθειες για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους.

Οι συνηθέστερες νόσοι του στόματος και ο ρόλος της οδοντικής μικροβιακής πλάκας (βιοϋμένιο) στη δημιουργία τους

Τοπικοί και συστηματικοί παράγοντες που είναι ιδιαίτερα έντονοι στα ΑμεΑ συμβάλλουν στην αυξημένη προσβολή από τερηδόνα και περιοδοντική νόσο.

Η τερηδόνα είναι νόσος μικροβιακής αιτιολογίας κατα-

στρεπτική των σκληρών οδοντικών ουσιών που μπορεί όμως να προληφθεί ή έστω να αναχαιτισθεί.

Η περιοδοντίτιδα είναι φλεγμονώδης νόσος των στηρικτικών ιστών του δοντιού στην οποία εμπλέκονται αλληλεπιδράσεις μεταξύ βιοϋμένων που περιέχουν μικρόβια και άλλους μολυσματικούς παράγοντες και της ανοσοφλεγμονώδους απόκρισης του ξενιστή, οδηγώντας σε μεταβολές του συνδετικού ιστού και απορρόφηση του οστού.

Τα νοσήματα του στόματος προκαλούνται από την επίδραση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας (βιοϋμένιο) που προσκολλάται στα δόντια και τα ούλα.

Το βιοϋμένιο είναι μια πολυσύνθετη και πολύπλοκη κοινωτική μικροβίων, δομημένη μέσα σε γλοιώδη ουσία πολυσακχαριτών, την οποία και οι ίδιοι αυτοί μικροοργανισμοί εκκρίνουν. Η διαδικασία σχηματισμού της μικροβιακής πλάκας είναι προοδευτική και περίπλοκη. Είναι μια δυναμικά εξελισσόμενη βιολογική οντότητα. Στα αρχικά στάδια σχηματισμού της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, τα περισσότερα βακτήρια είναι αβλαβή και αποτελούν μέρος της φυσιολογικής μικροβιακής χλωρίδας του στόματος.

Εάν όμως η οδοντική πλάκα δεν αφαιρείται με σωστή στοματική υγιεινή, τα αρχικά αβλαβή βακτήρια σταδιακά υποκαθίστανται από άλλους τύπους παθογόνων μικροβίων, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης τοπικής ή και συστηματικής λοίμωξης.

Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι τα βιοϋμένια αποτελούν την αιτία πολλών προβλημάτων στον υγεία. Τα μικρόβια αν αποκολληθούν από το βιοϋμένιο επικάθονται σε διάφορες θέσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, του ουροποιητικού, στους πνεύμονες κ.α. και αναπτύσσουν λοιμώξεις. Επικάθονται επίσης και καθίστούν προβληματικά και επικίνδυνα τα εμφυτεύματα (βαλβίδες, ορθοπεδικά εμφυτεύματα).

Η αξία της στοματικής υγείας

Η καλή στοματική υγεία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της τοπικής και συστηματικής λοίμωξης. Η διασφάλιση καλού επιπέδου στοματικής υγείας συμβάλλει:

- ο Στη διαχείριση των ιατρικών προβλημάτων,
- ο Στη βελτίωση της διατροφής,
- ο Στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής,
- ο Στην κοινωνικότητα και αποδοχή,
- ο Στην μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και
- ο Στην μείωση της επιβάρυνσης των συστημάτων υγείας.

Η στοματική υγεία είναι πολύ περισσότερο σημαντική για τα ΑμεΑ που έχουν πιο επιβαρυνμένη γενική υγεία και που η πρόσβασή τους σε οδοντιατρικές υπηρεσίες καθώς και η συνεργασία τους με τον οδοντίατρο είναι δυσκολότερες. Μία αποτελεσματική πολιτική για την φροντίδα της στοματικής υγείας τους απαιτεί μία ολοκληρωμένη προσέγγιση για την υπέρβαση των υφιστάμενων εμποδίων.

ΕΙΣ8

**ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΑΛΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ****Εισηγήτρια:**

Αικατερίνη Δημητρίου

Δρ, Διευθύντρια στο Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μο-
νάδα ΑΜΕΑ του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»

Κύριος παράγοντας διατήρησης της στοματικής υγείας είναι η φροντίδα των δοντιών ώστε να επιτυγχάνεται καλή στοματική υγιεινή. Τα κυριότερα μέτρα φροντίδας των δοντιών και πρόληψης της τερηδόνας και της ουλίτιδας είναι τα ακόλουθα:

1. Η μηχανική απομάκρυνση της οδοντικής πλάκας
Αυτή επιτυγχάνεται με το βούρτσισμα των δοντιών με την οδοντόβουρτσα και με την χρήση οδοντικού νήματος ή μεσοδόντιων βουρτσών.

Συστήνεται το βούρτσισμα να γίνεται μετά από κάθε γεύμα, εάν όμως αυτό είναι αδύνατον τότε να επιχειρείται δύο φορές την ημέρα, από τις οποίες η μία να είναι οπωσδήποτε το βράδυ πριν από τον ύπνο.

Εάν το ΑμεΑ συνεργάζεται, ενθαρρύνεται να βουρτσίζει τα δόντια μόνο του ή με λίγη βοήθεια, με μικρή ποσότητα οδοντόπαστας, καλύτερα χωρίς φθόριο λόγω του κινδύνου επαναλαμβανόμενης κατάποσης του.

Στην περίπτωση που αδυνατεί να βουρτσίσει μόνο του τα δόντια του, το βούρτσισμα πρέπει να γίνεται από το άτομο που έχει τη φροντίδα του (γονείς, φροντιστές, νοσηλεύτες) με διάφορες τεχνικές. Ανάλογα με το βαθμό αυτοεξυπηρέτησής του μπορεί να είναι απόλυτα εξαρτώμενο από τον φροντιστή του ή να έχει την ανάγκη ενθάρρυνσης, καθοδήγησης, επιτήρησης αλλά και επιβράβευσης.

Η χρήση ενός βοηθήματος που κρατάει το στόμα ανοικτό (στοματοδιαστολέας) είναι συνήθως απαραίτητη. Στοματοδιαστολέας μπορεί να κατασκευαστεί εύκολα χρησιμοποιώντας 6-7 ξύλινες σπάτουλες (γλωσσοπίεστρα) ενωμένες με μία ταινία. Κατά περίπτωση, ως στοματοδιαστολέας μπορεί να χρησιμοποιηθεί η λαβή της οδοντόβουρτσας ή μία μικρή πετσέτα κατάλληλα διπλωμένη.

Το βούρτσισμα γίνεται σε όλες τις πλευρές όλων των δοντιών και πρέπει να κρατάει τουλάχιστον 3 λεπτά. Η οδοντόβουρτσα πρέπει να έχει νάυλον τρίχες και μπορεί να έχει κατάλληλα διαμορφωμένη λαβή (π.χ. φαρδιά, με κλίση), ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του ΑμεΑ. Ενδείκνυται η χρήση ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας. Επιμένουμε κυρίως στα πάνω πίσω δόντια και στα πρόσθια κάτω. Το βούρτσισμα ακόμα και μόνο των προσθίων δοντιών είναι καλύτερο από το καθόλου.

Η απομάκρυνση των υπολειμμάτων τροφών και οδοντικής πλάκας από τα μεσοδόντια διαστήματα μπορεί να γίνει με οδοντικό νήμα ή μεσοδόντια βουρτσάκια. Όταν το ΑμεΑ δεν μπορεί να ξεπλύνει το στόμα του, το

βούρτσισμα γίνεται χωρίς οδοντόκρεμα, με βρεγμένη οδοντόβουρτσα με χαμομήλι χωρίς ζάχαρη ή ακόμα και με νερό.

Εάν στο ΑμεΑ δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί καθόλου οδοντόβουρτσα, ή έχουν καθαριστεί μόνο λίγα δόντια, τότε το στόμα καθαρίζεται με γάζα που είναι τυλιγμένη σε γλωσσοπίεστρο και εμποτισμένη με χαμομήλι χωρίς ζάχαρη ή με λίγο διάλυμα χλωρεξιδίνης 0,12%. Σε περιπτώσεις ξηροστομίας φροντίζουμε για την ανακούφιση του ασθενή με ενυδάτωση του βλεννογόνου και χρήση φθοριούχων σκευασμάτων εάν υπάρχουν δόντια.

Σε κάθε περίπτωση οι οδηγίες στοματικής υγιεινής θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις λειτουργικές δυνατότητες και ανάγκες του ΑμεΑ και αυτός που τις εφαρμόζει θα πρέπει να διαθέτει: υπομονή, φαντασία, ευελιξία, πρόγραμμα και ενσυναίσθηση.

2. Ο έλεγχος του διαιτολογίου

Στόχος είναι η μείωση της συχνότητας και της ποσότητας πρόσληψης ζαχαρούχων τροφών ιδιαίτερα μεταξύ των γευμάτων. Συστήνεται:

- * Να μην προσφέρονται γλυκά για επιβράβευση.
- * Να αποφεύγονται τροφές που περιέχουν πολλή ζάχαρη, όπως καραμέλες, μπισκότα, τσίχλες, σοκολάτες κ.λπ., που κολλάνε πάνω στα δόντια.
- * Να αποφεύγονται τα αναψυκτικά ιδιαίτερα μεταξύ των γευμάτων διότι μπορεί να περιέχουν ζάχαρη και ανθρακικό οξύ.
- * Είναι προτιμότερο το όποιο γλυκό προσφέρεται, να τρώγεται μετά το κύριο γεύμα, οπότε θα ακολουθεί το βούρτσισμα των δοντιών, παρά ανάμεσα στα γεύματα, οπότε θα παραμένει η ζάχαρη στο στόμα και θα δρα βλαπτικά για ώρες.

3. Ο συχνός έλεγχος της στοματικής κοιλότητας από τον φροντιστή

Το άτομο το οποίο είναι υπεύθυνο για την στοματική φροντίδα του ΑμεΑ θα πρέπει να παρατηρεί καθημερινά το στόμα του και σε περίπτωση που διαπιστώσει κάτι ασυνήθιστο ή μη φυσιολογικό (όπως χαλασμένο δόντι, αίμα από τα ούλα, πληγές στο στόμα, πρήξιμο) ή εάν το ΑμεΑ παραπονείται για πόνο, τότε πρέπει να επικοινωνεί άμεσα με τον οδοντίατρο.

4. Η τακτική εξέταση του ΑμεΑ από τον οδοντίατρο
Μία φορά το εξάμηνο ή το αργότερο μία φορά τον χρόνο, πρέπει να εξετάζεται το ΑμεΑ από οδοντίατρο ακόμα και αν δεν διαπιστώνονται από τον φροντιστή προβλήματα στο στόμα του.

Κατά την τακτική εξέταση ο οδοντίατρος:

- * Ελέγχει αν υπάρχουν τερηδονισμένα δόντια που πρέπει να εμφραχθούν, να δεχθούν ενδοδοντική θεραπεία ή να γίνει εξαγωγή τους.
- * Αφαιρεί την υπερουλική τρυγία και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να κάνει και υποουλική απόξεση.
- * Εκπαιδεύει τα ΑμεΑ ή τους φροντιστές τους στην εφαρμογή στοματικής υγιεινής ανάλογα με τις ικανό-

τητες του ΑμεΑ.

* Εφαρμόζει προληπτικά προγράμματα που περιλαμβάνουν: προληπτικές εμφράξεις οπών και σχισμών και φθορίωση των δοντιών. Η φθορίωση των δοντιών καλό είναι να γίνεται δύο φορές τον χρόνο, ιδιαίτερα σε άτομα με ξηροστομία.

Με τους παραπάνω τρόπους μπορούμε να διασφαλίσουμε ένα καλό επίπεδο στοματικής υγιεινής που θα επιδρά θετικά όχι μόνο στη στοματική αλλά και στην γενική υγεία του ΑμεΑ.

ΕΙΣ9

Η ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΕΜΦΡΑΚΤΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΜΕ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΓΙΑ ΑΜΕΑ

Εισηγητής:

Ιωάννης Τζούτζας

Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Η διαχείριση οδοντιατρικών περιστατικών σε ΑΜΕΑ, απαιτεί ιδιαίτερες δεξιότητες, επίκαιρη επιστημονική ενημέρωση, σύγχρονες εργονομικές υποδομές αλλά και την αξιοποίηση κατάλληλων υλικών αποκατάστασης, που θα μεγιστοποιούν τις φυσικομηχανικές ιδιότητές τους και θα προσδίδουν στην αποκατάσταση μακροβιότητα και βιολογική συμπεριφορά.

Ο χώρος των συντηρητικών επανορθωτικών αποκαταστάσεων διαθέτει σειρά οδοντιατρικών υλικών που υπό κατάλληλες συνθήκες και προϋποθέσεις μπορούν να αξιοποιηθούν για την παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε ΑΜΕΑ.

Τα υλικά αυτά πρέπει να είναι εύχρηστα, ανθεκτικά στην πορεία του χρόνου, να συγκολλώνται με τους Σκληρούς Οδοντικούς Ιστούς, να διαθέτουν -κατά το δυνατόν- αντισυνοχονογόνες ιδιότητες, να είναι άμεσης τοποθέτησης και να μπορούν σε σύντομο χρονικό διάστημα να αποκτούν το μεγαλύτερο μέρος των μηχανικών τους ιδιοτήτων.

Μερικά από τα υλικά που πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις είναι το αμάλαμα αργύρου (παρόλες τις επιφυλάξεις που κατά καιρούς διατυπώνονται περί τη χρήση του), οι ρητινοτροποποιημένες υαλοιονομερείς κονίες, οι κεραμομεταλλικές κονίες και οπωσδήποτε τα διάφορα συστήματα πολυμερών υλικών που διαθέτουν ικανότητα συγκόλλησης με τη βοήθεια κατάλληλων παραγόντων.

Οι εργονομικές δυσκολίες που καταγράφονται στη διαχείριση των ΑμεΑ, αντιρροπούνται εύκολα με την οδοντιατρική τεσσάρων ή έξι χεριών, την χρησιμοποίηση άριστης ποιότητας και επιδόσεων κοπτικών εργαλείων, με την αξιοποίηση της ισχυρής αναρρόφησης και την χρησιμοποίηση φιλικών οδοντιατρικών υλικών.

Σχετικά πρόσφατα η εισαγωγή των ρητινών αποκατάστασης μεγάλων ελλειμμάτων (bulk fil composites) που

διαθέτουν την ικανότητα πολυμερισμού τους σε μεγάλα πάχη και σε ικανό όγκο, δίνει κάποιες διεξόδους στην εργονομική προσέγγιση των ειδικών περιστατικών.

Επίσης, μια νέα γενεά υλικών προστασίας του πολφού αλλά και η αλλαγή των κριτηρίων και των παραμέτρων που διέπουν τη διαχείριση των μεγάλου βάθους οδοντικών παρασκευών, έρχονται να προσθέσουν νέα στοιχεία στην κλινική εφαρμογή σύγχρονων υλικών.

Οι συγκολλητικοί παράγοντες 7ης γενεάς, παρά το γεγονός ότι περιορίζουν σημαντικά τον απαιτούμενο χρόνο εφαρμογής και πολυμερισμού τους, δεν φαίνεται να διαθέτουν ικανοποιητικές ιδιότητες, τόσο από πλευράς μακροβιότητας όσο και από την πλευρά της αντοχής του δεσμού τους με την οδοντίνη.

Παράλληλα, η εισαγωγή της ψηφιακής τεχνολογίας, δίνει προοπτικές στην αποκατάσταση μεγάλων ελλειμμάτων μέσω ολικών καλύψεων, που θα μπορούν να κατασκευασθούν άμεσα και να συγκολληθούν στην ίδια συνεδρία, ενώ η εξέλιξη καθαυτό συγκολλούμενων μονοφασικών υλικών θα έδινε πολλές διεξόδους σε περιστατικά πολυτερηδονισμού και σε άτομα με ιδιαίτερες δυσκολίες περί τη διαχείρισή τους.

Εν τούτοις, η πρόληψη, η ισορροπημένη διατροφή και η κατάλληλη κηδεμονία, αποτελούν τις βασικότερες παραμέτρους για τον περιορισμό των μεγάλης έκτασης βλαβών στους οδοντικούς και περιοδοντικούς ιστούς, που επιβαρύνουν σημαντικά τα περιστατικά στα ΑΜΕΑ

ΕΙΣ10

ΕΜΠΕΙΡΙΑ - ΤΕΧΝΟΓΝΩΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΙΛΚΙΣ

Εισηγητής:

Χρήστος Μάκος

Δρ, Συντονιστής Διευθυντής του Τμήματος Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας και τεχνογνωσίας από την εφαρμογή του προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στο Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς, έτσι ώστε αυτά να αναλυθούν εκτενώς, να υποβληθούν σε μια διαδικασία συζήτησης και ίσως να χρησιμεύσουν και σαν ένα μοντέλο διαχείρισης του θέματος από άλλους ενδιαφερόμενους.

Το να αναπτύξει κάποιος ένα πρόγραμμα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στο ΕΣΥ ίσως είναι ακόμα και παράτολμο. Χρειάζεται πίστη, απόφαση, αφοσίωση, πείσμα και χρόνο και μπορεί να προσκρούει ακόμα και σε συμφέροντα και μεθοδεύσεις εντός και εκτός δημόσι-

ου νοσοκομειακού και ιδιωτικού συστήματος υγείας. Και πάντα στη μέση όλων των παραπάνω τα ΑμεΑ και οι ασθενείς με τις χρόνιες παθήσεις που αναζητούν χρόνια τώρα ένα συστηματικό τρόπο αντιμετώπισης των παθήσεων της στοματικής υγείας τους και θα πρέπει να είναι δυναμικοί αρωγοί στους σκοπούς και τις επιδιώξεις της Εταιρείας μας.

Τα συμπεράσματα από την εμπειρία του Τμήματος ΣΓΠΧ, σε συγκερασμό με αυτή που έχει αναπτυχθεί ήδη σε Οδοντιατρικά Τμήματα του ΕΣΥ, ίσως βρουν μιμητές αλλά και καλύτερους εφαρμοστές και συνεχιστές μέχρι την τελική επίσημη αναγνώριση της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και στη χώρα μας, που φιγουράρει ήδη ως επίσημη ειδικότητα της Hospital Dentistry σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

ΕΙΣ11

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ - ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΜΙΑ ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΣΧΕΣΗ

Εισηγήτρια:

Αλεξάνδρα Αντωνιάδου

τ. Διευθύντρια στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Τζανείου Νοσοκομείου

Φαινομενικά ο διαβήτης και η περιοδοντίτιδα είναι ανεξάρτητες παθολογικές καταστάσεις. Και πράγματι πώς είναι δυνατόν ο διαβήτης, μία μεταβολική ασθένεια, να επηρεάζει το περιοδόντιο; Και από την άλλη μεριά η περιοδοντίτιδα, μία φλεγμονώδη αντίδραση των στηρικτικών περιοδοντικών ιστών που έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια πρόσφυσης και απώλεια φατνιακού οστού, να επιδρά στον μεταβολικό έλεγχο του διαβήτη;

Στην πραγματικότητα η κάθε μία από τις εν λόγω ασθένειες συμβάλλει στην επιδείνωση της άλλης με βιοχημικούς μηχανισμούς σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο. Υπάρχει σαφής ένδειξη της αμφίδρομης σχέσης μεταξύ περιοδοντίτιδας και σακχαρώδους διαβήτη, με τον διαβήτη να αποτελεί αφενός παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης περιοδοντίτιδας και αφετέρου να συμβάλλει στην επιδείνωση και την επικράτηση της νόσου, και την περιοδοντίτιδα να παρεμποδίζει τον γλυκαιμικό έλεγχο και να συμβάλλει στην παθογένεση των επιπλοκών του διαβήτη.

Επί πλέον η περιοδοντίτιδα θεωρείται πλέον ως η 6η επιπλοκή του διαβήτη, έτσι ώστε οι δύο αυτές ασθένειες να είναι σαν τις δύο πλευρές του ίδιου νομίσματος.

Το κλειδί στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της περιοδοντίτιδας αφενός και αφετέρου στον τρόπο που αυτή επιδρά στο διαβήτη είναι το ότι η τρυγία αποτελεί βιούμενιο, ο τρόπος δομής και η λειτουργία του οποίου προκαλεί την περιοδοντίτιδα και επιδρά στο μεταβολικό έλεγχο του διαβήτη.

Πώς επιδρά η περιοδοντίτιδα στο διαβήτη:

Πολλοί παράγοντες θεωρούνται υπεύθυνοι για την ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη, όπως γενετικοί παράγοντες, παχυσαρκία, καθιστική ζωή και τέλος η χρόνια φλεγμονή. Κατά την χρόνια φλεγμονή έχουμε ενεργοποίηση του αμυντικού συστήματος από τον λιπώδη ιστό και κατ'επέκταση υψηλά επίπεδα κитоκινών και TNF-α, οι οποίες θεωρούνται υπεύθυνες για τη δημιουργία αντίστασης στην ινσουλίνη ακόμη και σε άτομα τα οποία ακόμη δεν έχουν εκδηλώσει διαβήτη.

Επίδραση του διαβήτη στην περιοδοντίτιδα:

Στον σακχαρώδη διαβήτη μέρος της περίσσειας της γλυκόζης συνδέεται με τα αμινοξέα των πρωτεϊνών του πλάσματος ή των ιστών. Από αυτήν την μη ενζυματική αντίδραση σχηματίζονται προϊόντα προχωρημένης γλυκοζυλίωσης (advance glycation end products AGEs) στο τοίχωμα διαφορετικών κυττάρων, όπως ινοβλαστών, ενδοθηλιακών κυττάρων και μακροφάγων.

Τα AGEs είναι ετερογενή προϊόντα που παράγονται συνεχώς υπό φυσιολογικές συνθήκες, όμως η συγκέντρωσή τους αυξάνεται σημαντικά στην υπεργλυκαιμία. Η δράση των AGEs δεν είναι περιορισμένη μέσα στον οργανισμό αλλά προκαλεί συστηματικές αντιδράσεις, που είναι εμφανείς και στους στηρικτικούς ιστούς των δοντιών, στο περιοδόντιο δηλαδή. Με λίγα λόγια αποτελούν την κύρια αιτία των επιπλοκών του διαβήτη, επομένως και της παροδοντοπάθειας, μια και αυτή αποτελεί πλέον αποδεδειγμένα την 6η επιπλοκή του διαβήτη. Οι διακυμάνσεις των επιπλοκών του διαβήτη είναι ανάλογες του επιπέδου του γλυκαιμικού ελέγχου και ως γνωστό κάθε 1% μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, έχει ως αποτέλεσμα μετρήσιμο ποσοστό μείωσης του παράγοντα κινδύνου για κάθε επιπλοκή του διαβήτη, όπως πχ κάθε 1% μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σχετίζεται με 14% μείωση καρδιαγγειακού επεισοδίου και 37% μείωση στην αμφιβληστροειδοπάθεια.

Τα τελευταία χρόνια, επιστάμενες μελέτες έδειξαν ότι η μη χειρουργική θεραπεία της περιοδοντίτιδας, οδηγεί στη μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κατά 0,4%, ποσοστό φαινομενικά ασήμαντο, όμως αν λάβουμε υπ όψιν τα αποτελέσματα του 1%, τότε αυτό το 0,4% αποκτά μεγάλη κλινική σημασία.

Εκ των όσων ελέχθησαν ίσως ο γενικός τίτλος της ομιλίας θα ήταν πιο πλήρης σαν «περιοδοντίτιδα και συστηματικές νόσοι: μια αμφίδρομη σχέση», δεδομένου ότι η σχέση περιοδοντίτιδας και γενικής υγείας είναι πλέον τεκμηριωμένη, έτσι ώστε σήμερα αναφερόμαστε πλέον στην ιατρική περιοδοντολογία.

Η ιατρική περιοδοντολογία είναι ο κλάδος που ασχολείται με την επίδραση της περιοδοντίτιδας στην συστηματική υγεία, όπως στις καρδιαγγειακές νόσους, το σακχαρώδη διαβήτη, τις επιπλοκές κύησης, την οστεοπόρωση, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, τη χρόνια νεφρική νόσο.

Το πρόβλημα της περιοδοντίτιδας δεν περιορίζεται

απλά στο πώς θα την θεραπεύσουμε, αλλά στο πώς θα επιτύχουμε την εξισορρόπηση των παραγόντων που την συνδέουν με την γενική υγεία και τις συστηματικές νόσους, στο πώς δηλαδή θα την εντάξουμε και θα την συσχετίσουμε με την γενική υγεία.

ΕΙΣ12

ΑΣΑΦΗΣ ΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ

Εισηγητής:

Βάλβης Εμμανουήλ

*Δρ Μαθηματικός, Τομέας Ηλεκτρονικής & Υπολογιστών
Τμήματος Φυσικής Πανεπιστημίου Πατρών*

Εισαγωγή

Σύμφωνα με την κλασική Αριστοτέλεια ή δίτιμη λογική, μία λογική πρόταση μπορεί να πάρει μόνον δύο τιμές αλήθειας, δηλ. μπορεί να είναι είτε αληθής (1) είτε ψευδής (0).

Όμως, αυτή η απόλυτη «βεβαιότητα» της δίτιμης λογικής αποδείχθηκε ανεπαρκής για την ερμηνεία της συνήθως αβέβαιης πραγματικότητας που μας περιβάλλει, η οποία εκφράζεται όχι μόνον με μαύρο ή άσπρο, αλλά με μια πλειάδα ενδιάμεσων αποχρώσεων του γκρι. Η διαπίστωση αυτή οδήγησε την μαθηματική σκέψη στη δημιουργία πλειοτιμών λογικών, μέσα στις οποίες εντάσσεται η Ασαφής Λογική. Με την πάροδο του χρόνου, η χρήση της Ασαφούς Λογικής οδήγησε στην ανάπτυξη ενός διαρκώς αυξανόμενου πλήθους εφαρμογών σε εφαρμοσμένους κλάδους των Μαθηματικών. Μεταξύ αυτών εντάσσεται η μοντελοποίηση και επεξεργασία ανακριβών ή αβέβαιων δεδομένων ή καταστάσεων των πολύπλοκων βιολογικών συστημάτων.

Σκοπός

Η παρούσα εισήγηση έχει ως σκοπό αφενός την παρουσίαση βασικών εννοιών της Ασαφούς Λογικής που είναι χρήσιμες για την κατανόηση της χρήσης της στις βιολογικές επιστήμες και αφετέρου την περιγραφή εφαρμογών στις επιστήμες αυτές.

Κύριο μέρος

Οι βιολογικές επιστήμες καλούνται να επεξεργάζονται ασαφείς πληροφορίες και να αξιολογούν κατ'εξοχήν ποιοτικά χαρακτηριστικά. Τα βιολογικά συστήματα χαρακτηρίζονται από μεγάλη πολυπλοκότητα, τα δε βιολογικά μεγέθη δεν μετριοούνται με ακρίβεια. Οι ιδιότητες των βιολογικών μεγεθών εμφανίζονται με μερική συμμετοχή ενώ η μετάβαση από την μια κατάσταση στην άλλη είναι συνεχής και όχι με διακεκριμένα όρια. Η συχνά πραγματοποιούμενη «αναγκαία» αριθμητικοποίηση των ποιοτικών παραμέτρων είναι αυθαίρετη και σε μεγάλο βαθμό πλασματική. Η επακόλουθη τοποθέτηση ορίων προς δημιουργία κατηγοριών προκαλεί πολλές

φορές σύγχυση και δημιουργεί ερωτηματικά αφού τα μεγέθη είναι συνεχή και δεν μεταβάλλονται σε διακεκριμένες τιμές.

Κατά την μελέτη των βιολογικών μεγεθών προκύπτουν δεδομένα προς αξιολόγηση τα οποία έχουν αβέβαια όρια ή παριστάνονται ασαφώς. Ακολουθεί η επεξεργασία αυτών των δεδομένων, που έχουν κατάλληλα μοντελοποιηθεί ώστε να περιέχουν ασαφείς πληροφορίες. Η Ασαφής Λογική με την βοήθεια των Ασαφών συνόλων παρέχει τα κατάλληλα εργαλεία συλλογής και επεξεργασίας αβέβαιων ή ασαφών δεδομένων σε προβλήματα βιοϊατρικά, βιοπληροφορικά, ακόμη και νοσηλευτικά που εμπεριέχουν ασάφεια ή ανακρίβεια. Με τη μαθηματική επεξεργασία με αυτόν τον τρόπο ασαφών δεδομένων τέτοιων προβλημάτων καθίσταται δυνατή η εξαγωγή συγκεκριμένων συμπερασμάτων στα οποία έχει ληφθεί υπόψη η ασάφεια της περιεχόμενης πληροφορίας.

Η Ασαφής Λογική, αποδίδει στις προτάσεις βαθμούς αλήθειας στο κλειστό διάστημα $[0, 1]$, δίδοντας 0 στην πλήρως ψευδή πρόταση, 1 στην πλήρως αληθή και ενδιάμεση τιμή στην μερικώς αληθή. Άρα δίδεται η δυνατότητα να αποτυπωθεί η μερική συμμετοχή ποιοτικών χαρακτηριστικών σε μια βιολογική ιδιότητα. Η Ασαφής Λογική αποτελεί και μια προσπάθεια μαθηματικής μοντελοποίησης της δομής της φυσικής γλώσσας του ανθρώπου.

Με την Ασαφή Λογική μοντελοποιούνται ιατρικές έννοιες ως ασαφή σύνολα εισάγοντας βαθμό συμμετοχής μερικής αλήθειας στις έννοιες αυτές. Στην Κλινική Ιατρική η διάγνωση μιας ασθένειας είναι πολλές φορές ζήτημα εκτίμησης του βαθμού συμμετοχής των συμπτωμάτων σε αυτήν, μπορεί δε να αποτιμηθεί από τον ειδικό ιατρό με ποσοστό επί τοις εκατό, δηλαδή με κάποια τιμή μεταξύ 0 και 1. Γενικότερα η υγεία και η ασθένεια μπορούν να θεωρηθούν ως συμπληρωματικές έννοιες του ίδιου συνεχούς μεγέθους ώστε να εκφράζονται με ποσοστό επί τοις εκατό και συνεπώς να κυμαίνονται μεταξύ των δύο ακραίων τιμών, των 0 και 1. Συνεπώς δεν είναι περίεργο που η πρώτη δημοσιευμένη εφαρμογή της Ασαφούς Λογικής αναφέρεται στην ιατρική διάγνωση (Kalmanson and Stegall, 1975).

Η Ασαφής Λογική είναι εξαιρετικά χρήσιμη στον χώρο της τεχνητής νοημοσύνης (Artificial Intelligence). Η διάγνωση που υποβοηθείται από έξυπνα συστήματα Η/Υ μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη για τον κλινικό ιατρό. Με βάση τις αρχές της Ασαφούς Λογικής έχουν σχεδιασθεί προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών υποστηρικτικά των κλινικών αποφάσεων (Clinical decision support systems - CDSS) για τους επαγγελματίες υγείας (σύστημα τεχνητής νοημοσύνης - artificial intelligent) σε διάφορα πεδία. Τα υποστηρικτικά των κλινικών αποφάσεων συστήματα (Clinical decision support systems - CDSS) διατηρούν μία δεξαμενή βάσεων δεδομένων ειδικής γνώσης και κλινικής πείρας πολλών σε ηλεκτρονική μορφή, έτσι ώστε ο μη ειδικός να μπορεί να

πάρει γνώση επιπέδου ειδικού. Ο στόχος αυτών των έξυπνων συστημάτων στις κλινικές επιστήμες είναι να συνεισφέρουν στην φροντίδα του ασθενούς παρέχοντας σε αυτόν βελτιωμένη διάγνωση ή σχέδιο θεραπείας. Επιπλέον σημειώνεται μεγάλο κέρδος στην προσέγγιση της αναπηρίας, όπως π.χ. στο πεδίο της εκτίμησης της νοητικής υστέρησης, ακόμα δε και στην πρόγνωση μαθησιακών δυσκολιών.

Οι εφαρμογές CDSS στην Οδοντιατρική άρχισαν να αναπτύσσονται τη δεκαετία του 1980 και καλύπτουν πολλά αντικείμενα, όπως Στοματολογία, Επείγοντα, Επανορθωτική Οδοντιατρική, Οδοντιατρική Ακτινολογία, Ορθοδοντική και Προσθετική. Ελπίζεται μάλιστα ότι οι εφαρμογές της θα συνεισφέρουν στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από τις νόσους της στοματογναθοπροσωπικής περιοχής, ιδιαίτερα δε από τον καρκίνο του στόματος. Πιστεύεται βάσιμα ότι η κλινική χρήση της τεχνολογίας που βασίζεται στην Ασαφή Λογική θα μπορούσε να μειώσει το κόστος, τον χρόνο, την ανάγκη ανθρώπινης εξειδίκευσης και το ιατρικό σφάλμα, φέρνοντας επανάσταση ιδιαίτερα στη δημόσια στοματική υγεία.

Στη Βιοτεχνολογία, ιδιαίτερα, αξιοσημείωτη είναι η χρήση συσκευών που ενσωματώνουν ασαφείς ελεγκτές όχι μόνο σε μηχανήματα ιατρικής και οδοντιατρικής διάγνωσης αλλά και σε μηχανήματα χειρουργικής, μηχανήματα αναισθησίας, οδοντιατρικές συσκευές κ.λ.π., ακόμα δε και σε ρομποτικά αναπηρικά αμαξίδια όπου χρησιμοποιούνται για να προσδώσουν μεγαλύτερη ασφάλεια στην χρήση από άτομα με βαρεία αναπηρία.

Συμπεράσματα

1. Η επεξεργασία των ασαφών ή ανακριβών δεδομένων των βιολογικών συστημάτων και η διαβάθμιση ποιοτικών χαρακτηριστικών καθίσταται πλέον αξιόπιστη με την χρήση της Ασαφούς Λογικής, η οποία χρησιμοποιώντας ασαφή σύνολα, αποδίδει στις προτάσεις βαθμούς αλήθειας σε ένα συνεχές φάσμα μεταξύ δύο ακραίων τιμών.
2. Οι εφαρμογές της Ασαφούς Λογικής θεωρούνται επαναστατικές, βαίνουν διαρκώς αυξανόμενες και καλύπτουν ολοένα και ευρύτερο φάσμα των βιολογικών επιστημών.

Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Βάλβης Ε: Η χρησιμότητα των Ασαφών συνόλων στην Οδοντιατρική και Ιατρική Έρευνα. Εισήγηση στο 33ο ΠΟΣ, 22-24/11/2013, Αθήνα.
2. Benyó B: Identification of dental root canals and their medial line from micro-CT and cone-beam CT records. *Biomed Eng Online*. 2012; 11:81. doi:10.1186/1475-925X-11-81.
3. Campisi G, Giovanelli L, Calvino F, Matranga D, Colella G, Di Liberto C et al: HPV infection in relation to OSCC histological grading and TNM stage. *Evaluation by traditional statistics and fuzzy logic model*. *Oral Oncology* 2006; 42: 638-645.
4. Cleophas EP, Cleophas TJ: Fuzzy Modeling, a novel approach to studying pharmacodynamics. *Am J Ther* 2014; 21(1): 20-5. doi: 10.10MJT.0b013e31820543f7.
5. Di Nuovo A, Di Nuovo S, Buono S, Cutello V: Benefits of fuzzy logic in the assessment of intellectual disability. *Fuzzy Systems (FYZZ-IEEE), 6-11/7/2014 IEEE, International Conference*, pp 1843-1850, Beijing.
6. Ghinea R, P?rez MM, Herrera LJ, Rivas MJ, Yebra A, Paravina RD: Color difference thresholds in dental ceramics. *J Dent*. 2010; 38 Suppl 2:e57-64. doi: 10.1016/j.jdent.2010.07.008. Epub 2010 Jul 27.
7. Θεοδώρου ΓΑ: Εισαγωγή στην Ασαφή Λογική (Fuzzy Logic). Εκδόσεις Τζιόλα. Θεσσαλονίκη. 2010
8. Im EO, Chee W: Fuzzy Logic and Nursing. *Nursing Philosophy* 2003; 4(1): 53-60.
9. Julie M. David, Kannan Balakrishnan: Performance improvement of fuzzy and neurofuzzy systems: Prediction of learning disabilities in school-age children. *IJ Intelligent Systems and Applications* 2013; 12: 34-52.
10. Kalmanson D, Stegall HF: Cardiovascular investigation and fuzzy sets theory. *Am J Cardiol* 1975; 35: 80-84.
11. Khalili J: Oral cancer: risk factors, prevention and diagnostic. *Exp Oncol* 2008; 30: 259-264.
12. Khanna S: Artificial intelligence: contemporary applications and future compass. *Int Dent J* 2010; 60(4): 269-72.
13. Kiseliova T, Peters H: Decision Making in Diagnosis of Oral Mucosal Lesions. *Fuzzy days. International conference No7: Congress Computational intelligence: theory and applications: Dortmund, 1-3 October 2001, Lecture Notes in Computer Science Volume 2206, 2001*, pp 33-39.
14. Mago VK, Mago A, Sharma P, Mago J: Fuzzy logic based expert system for the treatment of mobile tooth. *Adv Exp Med Biol*. 2011; 696: 607-14. doi: 10.1007/978-1-4419-7046-6_62.
15. Massad E, Ortega NR, Struchiner CJ, Burratini MN: Fuzzy epidemics. *Artificial Intelligence in Medicine* 2003; 29(3): 241-259.
16. Noroozi H: Introduction of a new orthodontic treatment planning software; a fuzzy logic expert system. *Int J Orthod Milwaukee* 2006; 17(2): 25-9.
17. Meissner G, Oehme B, Strackeljan J, Kocher T: In vitro calculus detection with a moved smart ultrasonic device. *J Clin Periodontol* 2006 Feb; 33(2): 130-4.
18. Nagata T, Schmelzeisen R, Mattern D, Schwarzer G, Ohishi M: Application of fuzzy inference to European patients to predict cervical lymph node metastasis in carcinoma of the tongue. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34(2): 138-42.
19. Sadegh-Zadeh K: Fundamentals of clinical methodology: 3. Nosology. *Artificial Intelligence in Medicine* 1999; 17(1): 87-108.

20. Spacapan I, Cocijan J, Bajd T: Simulation of fuzzy-logic-based intelligent wheelchair control system. *Journal of Intelligent and Robotic Systems* 2004; 39: 227-241.
21. Torres A, Nieto JJ: Fuzzy Logic in Medicine and Bioinformatics. *Journal of Biomedicine and Biotechnology* 2006; Article ID 91908: 1-7.
22. Τσουπαροπούλου Ε και Συμεωνάκη Μ: Ωφελιμισμός στην αναπηρία; Μία εφαρμοσμένη προσέγγιση της αναπηρίας με βάση τη θεωρία των ασαφών συνόλων και προεκτάσεις στην κοινωνική πολιτική. 5ο Διεθνές Συνέδριο ΕΕΚΠ: Κοινωνική Πολιτική την Εποχή της Κρίσης: Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Αθήνα, 8-10/5/2014.
23. Valvis E. A new linear ordering of fuzzy numbers on subsets of F(?). *Fuzzy Optimization and Decision Making (Springer)* 2009; 8: 141-163.
24. Zadeh LA: Fuzzy sets. *Information and Control* 1965; 8: 338-353.

ΕΙΣ13

ΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Εισηγήτρια:

Αναστασία Ε Κοσιώνη

Αναπλ. Καθηγήτρια Γηροδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η ψυχική νόσος στο γήρας δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Τα συμπτώματα και η παθογένεση συχνά διαφέρουν από τα ισχύοντα σε νεότερους ασθενείς. Η διάγνωση αλλά και η διαχείριση των ασθενών περιπλέκονται από τη συν-νοσηρότητα, την πολυφαρμακία, την αισθητηριακή απώστρωση και τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα που συνοδεύουν την ψυχική νόσο αλλά και την τρίτη ηλικία γενικότερα. Συχνές ψυχικές παθήσεις στους ηλικιωμένους είναι οι άνοιες, η κατάθλιψη, οι φοβίες, η αυτοκτονική συμπεριφορά, ο αλκοολισμός, αλλά και οι ψυχιατρικές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Ειδικότερα οι άνοιες παρουσιάζουν επιπολασμό 5-7% στα άτομα άνω των 60 ετών ενώ η κατάθλιψη, αν και ιδιαίτερα συχνή, πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη, λόγω της ατυπίας των συμπτωμάτων και της ανεπαρκούς διάγνωσης.

Ελάχιστα είναι διεθνώς τα επιδημιολογικά δεδομένα για τη στοματική κατάσταση σε ηλικιωμένους ασθενείς με ψυχική νόσο. Οι λίγες δημοσιευμένες μελέτες καταγράφουν αυξημένη στοματική νόσο (νωδότητα, πολυτερηδονισμό, περιοδοντικά προβλήματα, στοματικές βλάβες, ανεπαρκή στοματική υγιεινή) και αυξημένη ανάγκη για οδοντιατρική περίθαλψη. Μελέτη που διεξήχθη πρόσφατα από το γνωστικό αντικείμενο της Γηροδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε ψυχογηριατρική μονάδα της Αττικής κατέδειξε το μέγεθος του προβλήματος. Εξετάστηκαν 111 ασθενείς με μέση ηλικία τα 73 έτη. Οι περισσότεροι έπασχαν από ψυχωτικές

διαταραχές (50,5%), άνοια (24,3%) και διαταραχές διάθεσης (17,1%). Το 39,6% ήταν ολικά νωδοί, αλλά μόνο 38,6% εξ αυτών χρησιμοποιούσαν οδοντοστοιχίες. Οι ενόδοντες είχαν κατά μέσο όρο 12,9±8,1 δόντια, 50,7% είχαν αθεράπευτες τερηδόνες, 44,8% δόντια που έπρεπε να εξαχθούν άμεσα ενώ μόλις 26,7% είχαν εμφραχθέντα δόντια. Η στοματική υγιεινή ήταν ανεπαρκής στο 83,6% των ασθενών ενώ 22,8% δεν έπλεναν καθόλου τα δόντια τους όσο παρέμεναν νοσηλευόμενοι. Πάνω από το 60% των εξετασθέντων οδοντοστοιχιών παρουσίαζαν προβλήματα (κυρίως μειωμένη κάθεται διάσταση και διαταραγμένη σύγκλιση) και 65,6% ανεπαρκή υγιεινή. Αυξημένα ήταν και τα παράπονα για ξηροστομία, δυσγευσία, κακοσμία και καυσαλγία στόματος. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη καταγραφής των στοματικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ασθενών με ψυχική νόσο στην κοινότητα και στα ιδρύματα. Θα πρέπει να αναπτυχθούν οι αναγκαίες κατευθυντήριες οδηγίες στοματικής φροντίδας και να ενισχυθεί η πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη. Επίσης θα πρέπει να εκπαιδευτεί και να ευαισθητοποιηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς αυτούς στον εντοπισμό των στοματικών προβλημάτων και στην διαδικασία παραπομπής στον οδοντίατρο.

Αναφερόμενη βιβλιογραφία

1. Kossioni AE, Kossionis GE, Polychronopoulou A: Oral health status of elderly hospitalised psychiatric patients. *Gerodontology* 2012; 29(4):272-83.
2. Kossioni AE, Kossionis GE and Polychronopoulou A: Self-reported oral complaints in older mentally ill patients. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13: 358-369.
3. Kossioni AE, Kossionis GE and Polychronopoulou A: Variation in oral health parameters between older people with and without mental disorders. *Spec Care Dent* 2013; 33: 232-238.
4. Κοσιώνη Α: Συχνά νοσήματα στους ηλικιωμένους που επηρεάζουν την οδοντιατρική φροντίδα, 2013. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, η-τάξη, <http://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/DENT385/>. Άδεια: Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 GR)

ΕΙΣ14

ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΥΣΜΟΡΦΙΩΝ ΚΑΤΑΜΛΗΛΗ ΓΙΑ ΑμεΑ

Εισηγητής:

Γρηγόρης Πολυζώης

Γναθοπροσωπικός Προσθητολόγος, Καθηγητής Κινητής Προσθητικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Οι δυσμορφίες του γναθοπροσωπικού συμπλέγματος αποτελούν σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα, όχι μόνο στη

χώρα μας αλλά και σε όλο τον κόσμο αφού η εξωτερική εμφάνιση διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην καθημερινότητα του ανθρώπου. Ατέλειες και ειδικά δυσμορφίες του προσώπου έχουν συχνά ως αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση και την απομόνωση των πασχόντων. Οι γναθοπροσωπικές δυσμορφίες οφείλονται α) σε συγγενείς ανωμαλίες (π.χ χειλογναθοϋπερωϊο-σχιστίες, ανωτία/μικρωτία) ή σε επίκτητα ελλείμματα (χειρουργική νεοπλασιών, τραύματα από πυροβόλα όπλα, τροχαία ατυχήματα, εγκαύματα). Η αποκατάσταση των γναθοπροσωπικών δυσμορφιών ανεξάρτητα από την αιτιολογία τους πραγματοποιείται από πολυδύναμη ομάδα επιστημόνων ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων που διαφέρει κατά περίπτωση. Η αποκατάσταση ανάλογα με το περιστατικό είναι χειρουργική, προσθετική, συνδυασμός τους ή ακόμα πιο σύνθετη. Συνήθως τον πυρήνα της ομάδας αποτελούν οι Στοματογναθοπροσωπικός / Πλαστικός χειρουργός, ΩΡΛ, Γναθοπροσωπικός προσθετολόγος, Ορθοδοντικός, Λογοθεραπευτής.

Στην ομιλία θα παρουσιασθούν αντιπροσωπευτικά περιστατικά γναθοπροσωπικών δυσμορφιών και η αποκατάστασή τους με ενδο/εξωστοματικές προσθέσεις.

ΕΙΣ15

ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Εισηγητής:

Ηρακλής Καρκαζής
Αναπληρωτής Καθηγητής Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Με τον όρο αναπηρία συνήθως περιγράφεται το σύνολο των λειτουργικών περιορισμών που δυσκολεύουν την κανονική συμμετοχή των ατόμων στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και προκύπτουν από ποικίλης φύσεως σωματικά ή διανοητικά προβλήματα υγείας. Επωφελούμενα των υποδομών και της εμπειρίας, στην κατηγορία αυτή μπορούν να υπαχθούν και άλλες ομάδες όπως οι άτομα τρίτης ηλικίας, άτομα με αφύσικες σωματικές διαστάσεις ή προσωρινή ανατάξιμη αναπηρία.

Σκοπός της εισήγησης είναι η καταγραφή και παρουσίαση των δυνατοτήτων που ενδεχομένως προσφέρουν τα οστεοενσωματούμενα οδοντικά εμφυτεύματα στις ειδικές αυτές πληθυσμιακές ομάδες.

Ως μέθοδος χρησιμοποιήθηκε η αναζήτηση άρθρων μέσω διαθέσιμων ηλεκτρονικών βιβλιοθηκών με την χρήση συνδυασμών από λέξεις κλειδιά.

Αν και τα αποτελέσματα της αναζήτησης ήταν από αριθμητικής απόψεως περιορισμένα, διαφαίνεται ότι τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα μπορούν υπό προϋποθέσεις να προσφέρουν υπηρεσίες στη βελτίωση της

ποιότητας ζωής, λαμβάνοντας υπόψη τις εξατομικευμένες ανάγκες, τις δυνατότητες αλλά και το υποστηρικτικό περιβάλλον των υποψηφίων, γι αυτού του είδους τη θεραπεία.

ΕΙΣ16

ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Εισηγητής:

Ιωάννης Φανδρίδης

Δρ, Διευθυντής στο Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»

Η παρούσα εισήγηση στοχεύει, μαζί με την παρουσίαση και τον σχολιασμό της πορείας περιστατικών με οστεονέκρωση των γνάθων (ΟΝΓ) φαρμακευτικής αιτιολογίας που αντιμετωπίστηκαν στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Ασκληπιείου Βούλας, να ανασκοπηθούν και τα σημαντικά ισχύοντα για αυτή τη δυσεπίλυτη κατάσταση. Ορισμένα σημεία που υπογραμμίζονται είναι ότι:

1. Η ΟΝΓ μπορεί να προκληθεί όχι μόνο από τα διφωσφονικά, αλλά και από άλλα φάρμακα κατά της οστικής απορρόφησης (δενουσομάμπη), καθώς και από αντιαγγειογενετικά.
2. Η ΟΝΓ συμβαίνει κατά κανόνα σε ογκολογικούς ασθενείς με παρεντερική (ενδοφλέβια ή υποδόρια) χορήγηση των ανωτέρω φαρμάκων, κυρίως μετά από εξαγωγή δοντιών τους αλλά και αυτόματα. Μπορεί, πολύ σπανιότερα όμως, να συμβεί και μετά από εξαγωγή σε οστεοπορωτικούς ασθενείς με μακροχρόνια από του στόματος χορήγηση, ιδίως όταν συνυπάρχουν και άλλοι γενικοί επιβαρυντικοί παράγοντες.
3. Ασθενείς που λαμβάνουν τα ανωτέρω φάρμακα μπορεί να παρουσιάσουν στο στόμα τους μη ειδικά συμπτώματα ή κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα (π.χ. πόνο σε δόντια ή τη γνάθο, ευσειστότητα, συρίγγιο) χωρίς να έχει εμφανιστεί ΟΝΓ.
4. Επί εγκατεστημένης ΟΝΓ, προτιμάται η συντηρητική αντιμετώπιση της με τακτική παρακολούθηση της πορείας της, χορήγηση στοματοπλυμάτων και, όταν χρειάζεται, αντιβιοτική θεραπεία. Σε επιμένουσες και επεκτεινόμενες όμως περιπτώσεις απαραίτητη είναι και η γναθοχειρουργική παρακολούθηση, που θα κρίνει αν πρέπει να γίνει και χειρουργική επέμβαση στην περιοχή.
5. Η πρόληψη της ΟΝΓ αποτελεί πάντα την πρώτιστη ανάγκη, ενημερώνοντας τον ασθενή για τη σημαντικότητα της διατήρησης της στοματικής του υγείας, αποφεύγοντας τις χειρουργικές παρεμβάσεις (π.χ. εξαγωγές) και επιλέγοντας κατά το δυνατόν τις συντηρητικές (π.χ. ενδοδοντικές θεραπείες).