

1. *ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ*

Η στοματική κοιλότητα χωρίζεται, με όριο τα δόντια, σε προστόμιο και ιδίως κοίλο του στόματος.

Το *προστόμιο* είναι μια σχισμοειδής κοιλότητα, που σχηματίζεται από τα χείλη, τις παρειές, τα ούλα και τα δόντια και επικοινωνεί με το ιδίως κοίλο του στόματος, διαμέσου των μεσοδόντιων διαστημάτων ενώ επικοινωνεί μέσω της στοματικής σχισμής με το εξωτερικό περιβάλλον . Εδώ βρίσκεται ο χαλινός του άνω και κάτω χείλους, η σιελική θηλή, όπου εκβάλλει ο πόρος της παρωτίδας, και η αγκιστρογναθική πτυχή, κάτω από την οποία περνά το γλωσσικό και το φατνιακό νεύρο (εδώ γίνονται ενέσεις αναισθητικών ουσιών) (Χατζημπούγιας, 2002).

Τα *χείλη*, είναι δύο, το άνω και το κάτω και αποτελούν ευκίνητες μυώδεις πτυχές οι οποίες εσωτερικά καλύπτονται από βλεννογόνο. Στο μέσο τους και μπροστά φέρουν το χαλινό. Εξωτερικά, στο μέσω του άνω χείλος διακρίνεται το φίλτρο και στα πλάγια οι πτέρυγες. Μεταξύ της πρόσθιας και της οπίσθιας επιφάνειας, υπάρχει το προχειλίδιο(ιδιαίτερα ανεπτυγμένο στους νέγρους).Τα δύο άκρα των χειλιών ενωμένα σχηματίζουν τη στοματική γωνία. Το δέρμα των χειλιών έχει σμηγματογόνους αδένες ενώ ο βλεννογόνος τους αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο (Ellis, 1992).

Οι *παρειές* είναι τετράπλευρου σχήματος και εκτείνονται, από το υποκόγχιο χείλος της κάτω γνάθου. Η έξω επιφάνειά του σχηματίζει το μήλο των παρειών ενώ η έσω επιφάνεια καλύπτεται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο με οροβλεννογόνιους αδένες. Η μυική στοιβάδα των παρειών αποτελείται από πολλούς μύες , κυριότεροι των οποίων ο βυκανήτης, ο γελαστήριος και το μυώδες πλάτυσμα (Χατζημπούγιας, 2002).

Τα **δόντια** στον άνθρωπο διακρίνονται σε δύο γενιές , τους νεογιλούς που είναι είκοσι και εμφανίζονται περίπου στον έκτο μήνα, και τους μόνιμους, που είναι τριάντα δύο και εμφανίζονται το έκτο με δεκατο τρίτο έτος. Τα δόντια τα διαιρούμε σε τομείς (κόβουν τις τροφές), κυνόδοντες (σχίζουν), προγομφίους-γομφίους (αλέθουν). Κάθε ένα από τα δόντια αποτελείται ανατομικά από τέσσερα μέρη:

- Η μύλη : το μέρος που προέχει
- Η ρίζα : το μέρος που βρίσκεται μέσα στο φατνίο
- Ο αυχέννας : μεταξύ των προηγούμενων και
- Η οδοντική κοιλότητα : περιέχει τον πολφό και καταλήγει στο ριζικό σωλήνα, από όπου περνούν τα νεύρα και τα αγγεία του δοντιού (Παναγιώτου, 1994).

Το **ιδίως κοίλο του στόματος** περιβάλλεται από έξι τοιχώματα:

- Πρόσθια και πλάγια : από τα δόντια και τα ούλα
- Κάτω : από τη γλώσσα
- Άνω : από την υπερώα
- Οπίσθια από το φάρυγγα και τα παρίσθια (Χατζημπούγιας, 2002).

Η **γλώσσα** είναι ένα ευκίνητο, μυώδες όργανο, που εξωτερικά καλύπτεται από βλεννογόνο. Τα δύο πρόσθια τριτημόρια της ανήκουν στη στοματική κοιλότητα, ενώ το οπίσθιο τριτημόριο της γλώσσας (ρίζα της γλώσσας) ανήκει στο φάρυγγα. Όριο μεταξύ τους είναι μια αύλακα σε σχήμα Λ που ονομάζεται τελική αύλακα. Το σημείο συμβολής των σκελών του Λ χαρακτηρίζεται ως τυφλό τρήμα (Αγγελοπούλου, 2000).

Η γλώσσα προσφύεται στο έδαφος του στόματος μέσω μιας πτυχής, που ονομάζεται χαλινός της γλώσσας. Δεξιά και αριστερά του χαλινού της γλώσσας

εντοπίζεται μια άλλη πτυχή, το υπόστρωμα της οποίας είναι ο υπογλώσσιος σιελογόνος αδένας. (Αγγελοπούλου, 2000).

Ένα ινώδες διάφραγμα, το διάφραγμα της γλώσσας, χωρίζει τη γλώσσα σε δεξιό και αριστερό ημιμόριο και χρησιμεύει για την πρόσφυση των μυών (Παναγιώτου, 1994).

Η *υπερώα* (ουρανίσκος) αποτελεί την οροφή της στοματικής κοιλότητας και ταυτόχρονα το έδαφος της ρινικής κοιλότητας. Μόνο το μπροστινό τμήμα της υπερώας έχει οστική στήριξη και χαρακτηρίζεται ως σκληρή υπερώα (Κωνσταντινίδης, 2001).

Στο σχηματισμό της συμμετέχουν τα δυο υπερώια οστά και οι δύο άνω γνάθοι. Ο βλεννογόνος της σκληρής υπερώας προσφύεται στέρεα στο οστό και εμφανίζει πολυάριθμες πτυχώσεις (Κωνσταντινίδης, 2001).

Η σκληρή υπερώα προς τα πίσω συνεχίζεται με τη μαλθακή υπερώα, ένα όργανο με ινομυώδη σύσταση.

Η μαλθακή υπερώα αποφράσσει το ρινοφάρυγγα κατά τη διαδικασία της κατάποσης, προκειμένου να αποφευχθεί η ανάρροια της τροφής από τη μύτη. Η μαλθακή υπερώα καταλήγει σε ένα κωνικό έπαρμα, τη σταφυλή (Ellis, 1992).

Τα *παρίσθμια* σχηματίζονται από τη μαλθακή υπερώα, τη ρίζα της γλώσσας, τις παρίσθμιες καμάρες και την παρίσθμια αμυγδαλή. Με αυτά η στοματική κοιλότητα επικοινωνεί με το φάρυγγα (Χατζημπούγιας, 2002).

1.1 ΔΟΝΤΙΑ

Τα δόντια είναι όργανα που επιτελούν διάφορες λειτουργίες, βασικότερη από τις οποίες είναι η μάσηση της τροφής. Επιπλέον συμβάλλουν στην αισθητική εμφάνιση

του προσώπου και στη σωστή ομιλία. Στους ενήλικες τα δόντια είναι 32 . Διακρίνονται στα δόντια της άνω και της κάτω γνάθου, όπως επίσης σε μπροστινά και οπίσθια (Μήτση, 2002).

Ανάλογα με τη θέση τους στο στόμα, το σχήμα τους και την λειτουργία που επιτελούν τα διακρίνουμε σε:



τομείς (1): τα 4 μπροστινά, βρίσκονται άνω και κάτω στο κέντρο, σχεδιασμένα για την κατάτμηση (κόψιμο) της τροφής σε κομμάτια.

κυνόδοντες (2): μυτερά δόντια με την ισχυρότερη ρίζα στο στόμα, σχεδιασμένα για συλλαμβάνουν και να σχίζουν την τροφή.

προγομφίους (3): 2 αριστερά και 2 δεξιά, άνω και κάτω, πίσω από τους κυνόδοντες. Οι προγόμφιοι

έχουν μια πιο επίπεδη μασητική επιφάνεια γιατί η λειτουργική τους αποστολή είναι να συνθλίβουν την τροφή.

γομφίους (4) ή τραπεζίτες: είναι τα τελευταία προς τα πίσω δόντια στη στοματική κοιλότητα. Αποπλατυσμένα, ογκώδη δόντια, άριστα σχεδιασμένα για να μασούν και να αλέθουν την τροφή τεμαχίζοντας την σε μικρότερα κομμάτια. Οι γομφίοι βρίσκονται αριστερά και δεξιά. Ο τελευταίος γομφίος λέγεται φρονιμίτης ή σωφρονιστήρας (Κωνσταντινίδης, 2001).

Φρονιμίτες (σωφρονιστήρες) είναι τα τελευταία σε σειρά δόντια και ανατέλλουν (βγαίνουν) στο στόμα συνήθως μετά το 18ο έτος της ηλικίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, συνήθως όταν δεν υπάρχει ο απαιτούμενος χώρος, ένας ή περισσότεροι σωφρονιστήρες μπορεί να μην ανατείλουν καθόλου, ή



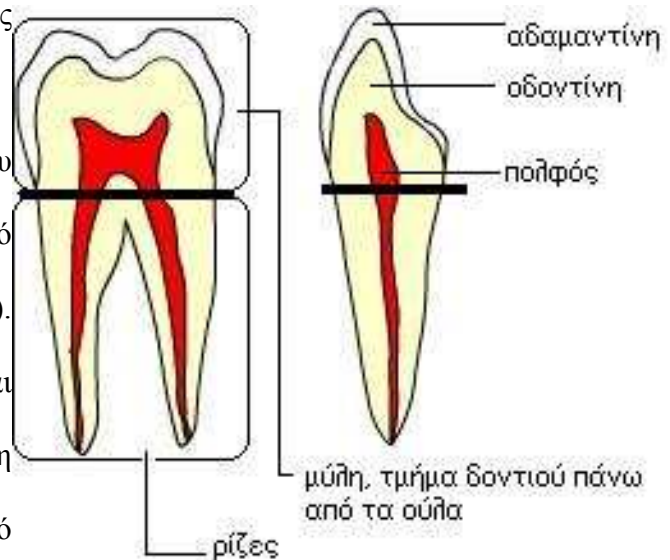
να παραμείνουν έγκλειστοι (μέσα στο οστό της γνάθου) ή ακόμα και να ανατείλουν μερικώς (ημιέγκλειστοι) (Χαραλαμπάκης, 2000).

Οι έγκλειστοι σωφρονιστήρες συνήθως δεν προκαλούν προβλήματα. Το να μην εμφανιστεί ένας σωφρονιστήρας μπορεί να θεωρηθεί ως "πλεονέκτημα" υπό την έννοια ότι οι σωφρονιστήρες προκαλούν συχνά προβλήματα, λόγω της θέσης τους (Χαραλαμπάκης, 2000).

Τέλος, ο σωφρονιστήρας είναι το δόντι που τερηδονίζετε πιο εύκολα από οποιοδήποτε άλλο στη στοματική κοιλότητα κι αυτό γιατί είναι πολύ δύσκολο να καθαριστεί σωστά (η οδοντόβουρτσα συνήθως δεν μπορεί να φτάσει σε όλες τις επιφάνειες του) (Κωνσταντινίδης, 2001).

Το ορατό τμήμα του δοντιού, αυτό που προβάλλει πάνω από τα ούλα λέγεται μύλη. Το τμήμα του που υποβαστάζεται από τις γνάθους λέγεται ρίζα. Τα μπροστινά δόντια (τομείς και κυνόδοντες) έχουν μια ρίζα. Οι προγόμφιοι έχουν μια-δύο ρίζες ανάλογα με τη θέση τους (κάτω ή πάνω). Οι γομφίοι της κάτω γνάθου έχουν δύο ρίζες, ενώ οι γομφίοι της άνω γνάθου έχουν τρεις ρίζες (Αγγελόπουλος, 1990).

Η μύλη (το ορατό τμήμα του δοντιού) αποτελείται εξωτερικά από αδαμαντίνη (το σμάλτο των δοντιών). Κάτω από την αδαμαντίνη βρίσκεται μία λιγότερο σκληρή οδοντική ουσία η οδοντίνη. Η οδοντίνη αποτελείται από



ένα μεγάλο αριθμό μικροσκοπικών πόρων οι οποίοι επικοινωνούν με τα νεύρα που βρίσκονται στον πολφό. Η ρίζα αποτελείται από οστεΐνη όπου κι σε αυτή βρίσκονται μικροσκοπικοί πόροι (Αγγελόπουλος, 1990).

Στο εσωτερικό του δοντιού υπάρχει ο οδοντικός πολφός. Ο πολφός αποτελείται κυρίως από ένα δίκτυο αγγείων και νεύρων που έχουν ως λειτουργική αποστολή να διατηρούν υγιή τα δόντια. Ο αφόρητος πόνος που κάποιοι θα έχουν βιώσει, είναι αποτέλεσμα της φλεγμονής του πολφού σε κάποιο πολύ χαλασμένο (τερηδονισμένο) δόντι. Συγκεκριμένα ο πολφός είναι υπεύθυνος για την πλάση, την αίσθηση, τη θρέψη και την άμυνα του δοντιού (Χαραλαμπίδης, 2000).

Η αδαμαντίνη και η οδοντίνη έχουν το δικό τους χρώμα, με την οδοντίνη πιο κιτρινωπή από ότι η αδαμαντίνη. Ο συνδυασμός των χρωμάτων τους δίνει το χρώμα στα δόντια, το οποίο ποικίλλει από το "λευκό", μέχρι βαθιά κίτρινα, καφέ ή γκριζα δόντια. Το χρώμα των δοντιών είναι συνάρτηση της φυλής και του χρώματος της επιδερμίδας. Ξανθά άτομα και βόρειοι λαοί έχουν πιο ανοιχτόχρωμα δόντια (Λάσκαρη, 1998).

Τα δόντια δεν είναι άτακτα ριγμένα μέσα στο στόμα. Βρίσκονται σε καθορισμένες θέσεις στα οστά των γνάθων, που ονομάζονται φατνία και παρουσιάζουν μια συγκεκριμένη διάταξη (Λάσκαρη, 1998).

Είναι δυνατόν όμως η αρμονία της διάταξης αυτής είτε να διαταραχτεί από απώλεια κάποιων δοντιών είτε από ορθοδοντικές ή ορθογναθικές ανωμαλίες.

Συνήθως πρόκειται για δόντια συνωστισμένα, που επικαλύπτουν το ένα το άλλο, που προέχουν, που απέχουν το ένα από το άλλο, με λίγα λόγια για "στραβά" δόντια.



Οι ανωμαλίες αυτές (επίκτητες ή εκ γενετής), εκτός από την εμφάνιση του προσώπου, έχουν άμεσο αντίκτυπο στην σύγκλιση και τη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος (Κωνσταντινίδης, 2001).

Το τμήμα του οστού που υποβαστάζει τις ρίζες των δοντιών, είναι τα ούλα.



βούρτσισμα ή στο δάγκωμα του μήλου (Σχίζας, 1999).

Τα υγιή ούλα χαρακτηρίζονται από το ρόδινο χρώμα τους, την απουσία οιδήματος (πρηξίματος) και από το ότι δεν ματώνουν στο



Ούλα πρησμένα, κόκκινα και με τάση να ματώνουν εύκολα δείχνουν την ύπαρξη ουλίτιδας, μιας εξαιρετικά διαδεδομένης πάθησης με πολύ δυσάρεστα αποτελέσματα συνήθως.

Όταν τα μικρόβια "αλώσουν" την πρώτη ζώνη άμυνας, δηλαδή τα ούλα,

ο επόμενος στόχος τους είναι το αμέσως από κάτω ευρισκόμενο οστού των γνάθων.

Αυτή είναι η περιοδοντίτιδα μια και αυτό που νοσεί είναι το περιοδόντιο, οι ιστοί δηλαδή που περιβάλλουν το δόντι (Σχίζας, 1999).

Η περιοδοντίτιδα είναι εξαιρετικά συνηθισμένη σε μεγάλες ηλικίες, πάρα πολλά δόντια χάνονται εξαιτίας της και χαρακτηριστικό της είναι η υφίζηση (χαμήλωμα) των ούλων και η απογύμνωση των ριζών των δοντιών. Ταυτόχρονα παρατηρείται κινητικότητα των δοντιών, μια και καταστρέφεται το οστού που στηρίζει τις ρίζες τους (Μήτση, 2002).

Η περιοδοντίτιδα είναι πάθηση που μπορεί να αντιμετωπιστεί από τον οδοντίατρο. Η θεραπεία της, ωστόσο, απαιτεί την άριστη συνεργασία του ασθενούς και την πιστή συμμόρφωση σε ένα σωστό πρόγραμμα στοματικής υγιεινής (Σχίζας, 1999).



Οι βλάβες στο οστό των γνάθων συνήθως δεν αποκαθίστανται, το κόκκαλο δηλαδή που καταστράφηκε δεν μπορεί να ξαναδημιουργηθεί, παρά μόνο με εξειδικευμένες επεμβάσεις από περιοδοντολόγους (οδοντίατρους ειδικευμένους στην αντιμετώπιση παθήσεων του περιοδοντίου) (Μήτση, 2002).

1.2 Η ΓΛΩΣΣΑ

Είναι το υποδεικτικό όργανο της γεύσης. Επίσης είναι χρήσιμη για την ορθή και σωστή άρθρωση των λέξεων, την κατάποση και την αφή. Έχει κωνικό σχήμα και εμφανίζει κορυφή, σώμα και βάση. Η κάτω επιφάνεια της ενώνεται με τη κοιλότητα του στόματος με μια λεπτή μεμβράνη το χαλινό, δίπλα από τον οποίο περνά η γλωσσική φλέβα. Στο σημείο που τελειώνει ο χαλινός βρίσκονται οι πόροι του υπογνάθιου και υπογλώσσιου αδένου (Χατζημπούγιας, 2002).

Η άνω επιφάνεια της εμφανίζει, στο μέσο της, την οβελιαία αύλακα και, στο όριο μεταξύ σώματος και ρίζας εμφανίζει μια άλλη αύλακα σε σχήμα Λ (λάμδα), τα σκέλη της οποίας ονομάζονται τελικές αύλακες (Καγιάβης, 1998).

Η γλώσσα χωρίζεται σε στοματικό μέρος , που έρχεται σε επαφή με την υπερώα και που εμφανίζει μεγάλο αριθμό θηλών, και σε φαρυγγικό μέρος, το οποίο

συμβάλλει στο σχηματισμό του φάρυγγα, δεν έχει θηλές αλλά πλήθος επαρμάτων από λεμφοζίδια και λεμφοθυλάκια που στο σύνολό τους αποτελούν τη γλωσσική αμυγδαλή. Τέλος, τα χείλη της γλώσσας προς τα πίσω εμφανίζουν τις φυλλοειδείς θηλές (Χατζημπούγιας, 2002).

Από άποψη κατασκευής η γλώσσα αποτελείται από :

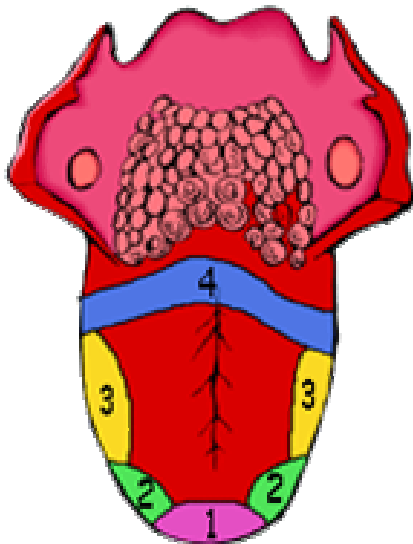
I. Μύες της γλώσσας :

Αυτοί είναι γραμμωτοί και νευρώνονται από το υπογλώσσιο νεύρο.

Είναι οι εξής:

Ο γενειογλωσσικός (ενεργεί για την είσοδο και την έξοδο της γλώσσας), ο υπογλωσσικός (φέρει την γλώσσα προς τα πίσω και κάτω), ο βελονογλωσσικός (φέρει τη γλώσσα προς τα άνω και πίσω), ο άνω, ο κάτω εγκάρσιος και κάθετος γλωσσικός(φέρουν τη γλώσσα, αφού την βραχύνουν, προς τα άνω και κάτω και την επιμηκύνουν ή την πλαταίνουν) (Ellis, 1992).

II. Ο βλεννογόνος της γλώσσας:



Αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, θηλές και αδένες.

Οι θηλές της γλώσσας είναι τεσσάρων ειδών, οι εξής:

Οι τριχοειδείς θηλές, καλύπτουν όλη την επιφάνεια της γλώσσας και αποτελούν το λευκό επίχρισμα της (εντονότερα σε

νοσηρές καταστάσεις),

οι φυλλοειδείς θηλές (Παναγιώτου, 1994).

Οι μυκητοειδείς θηλές, που είναι 120-150, βρίσκονται στα πλάγια της γλώσσας και εξυπηρετούν τη γευστική λειτουργία, λόγω των γευστικών καλύκων που έχουν. Οι γευστικοί κάλυκες χωρίζονται σε τέσσερις ομάδες. Κάθε ομάδα γευστικών καλύκων ανιχνεύει διαφορετική γεύση γι'αυτό και η γλώσσα είναι χωρισμένη σε διάφορες περιοχές γεύσης (Σχίζας, 1999).

Στο άκρο της γλώσσας υπάρχουν οι γευστικοί κάλυκες που ανιχνεύουν το γλυκό (1), στα δύο πλάγια του άκρου ανιχνεύεται το αλμυρό (2), αμέσως μετά το ξινό (3) και πιο πίσω υπάρχει μια λωρίδα από γευστικούς κάλυκες που διασχίζει την γλώσσα όπου ανιχνεύεται το πικρό (4) (Ellis, 1992).

Και τέλος, οι περιχαρακωμένες θηλές, που είναι οι σπουδαιότερες και μεγαλύτερες θηλές της γλώσσας 10-12 στον αριθμό οι οποίες βρίσκονται κατά μήκος της τελικής αύλακας, σχηματίζοντας το γευστικό λάμδα.

III. Οι αδένες της γλώσσας:

Αυτοί είναι ορογόνοι ή βλεννογόνοι ή οροβλεννογόνοι.

Τέλος η γλώσσα αρδεύεται από τη γλωσσική αρτηρία (Αγγελοπούλου, 2000).

1.3 ΣΙΕΛΟΓΟΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Πολλοί από τους σιελογόνους αδένες που εκκρίνουν στη στοματική κοιλότητα είναι μικροί και παίρνουν το όνομά τους από τη θέση τους στο στόμα.

Οι μικροί και τα τρία ζεύγη των μεγάλων σιελογόνων αδένων (παρωτιδικοί, υπογνάθιοι, υπογλώσσιοι) σχηματίζονται από τις καταδύσεις της στοματικής κοιλότητας μέσα στο υποκείμενο μεσέγχυμα, με τη μορφή τυφλών χορδών ή συμπαγών νησιδίων. Μετά πολλαπλασιάζονται και σωληνοποιούνται σχηματίζοντας τα αδενικά λοβίδια και τους εκφορητικούς πόρους (Επιβατιανός, 1991).

Οι σιαλογόνοι αδένες αποτελούνται από τα εκκριτικά κύτταρα, τους εκφορητικούς πόρους και το συνδετικό ιστό.

Τα εκκριτικά κύτταρα των σιελογόνων αδένων αθροίζονται σε σωληνοειδείς σχηματισμούς (αδενοκυψέλες) και αποτελούν τα λοβίδια. Τα κύτταρα αυτά από μορφολογική και λειτουργική άποψη διακρίνονται σε βλενώδη και ορώδη (Καραπάνου και συν, 2006).

Οι εκφορητικοί πόροι είναι επιμήκεις σωλήνες διαμέσου των οποίων μεταφέρεται στη στοματική κοιλότητα το έκκριμα που παράγεται στις αδενοκυψέλες. Οι εκφορητικοί πόροι συμβάλλουν στη διαμόρφωση του τελικού εκκρίματος.

Στους σιελογόνους αδένες υπάρχουν τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και τα ογκοκύτταρα. Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα έχουν συσταλτικές ικανότητες και βοηθούν στην προώθηση του εκκρίματος από τις αδενοκυψέλες στους εκφορητικούς πόρους. Τα ογκοκύτταρα βρίσκονται στους εκφορητικούς πόρους και στις αδενοκυψέλες των σιελογόνων αδένων (Παναγιώτου, 1994).

Η παρωτίδα είναι ένας διακλαδιζόμενος κυψελιδωτός αδένας όπου το εκκριτικό της τμήμα αποτελείται αποκλειστικά από ορώδη κύτταρα. Στους ανθρώπους τα εκκριτικά κύτταρα αντιπροσωπεύουν περίπου 90% του κυτταρικού όγκου του αδένα, τα σιελικά γραμμωτά σωληνάκια αποτελούν περίπου το 5% και το υπόλοιπο συνίσταται από απεκκριτικούς πόρους, συνδετικό ιστό, αγγεία και νεύρα (Σχίζας, 1999).

Ο υπογνάθιος αδένας είναι ένας διακλαδιζόμενος σωληνοκυψελιδωτός αδένας. Το εκκριτικό του τμήμα περιέχει βλενώδη και ορώδη κύτταρα. Τα ορώδη κύτταρα σχηματίζουν κυψέλες ή είναι έκκεντρα τοποθετημένα σε βλενώδεις κυψέλες σχηματίζοντας τα μισοφέγγαρα. Στους ανθρώπους ο αδένας αυτός αποτελείται από

80% ορώδη κύτταρα, 5% βλεννώδη και 5%σιελικά γραμμωτά σωληνάκια. Το υπόλοιπο αποτελείται από αγγεία , νεύρα και άλλους πόρους (Επιβατιανός, 1991).

Ο υπογλώσσιος αδένας είναι επίσης ένας διακλαδιζόμενος σωληνοκυψελιδωτός αδένας, στον οποίο επικρατούν τα βλεννώδη κύτταρα. Ο αδένας αποτελείται από 60% βλεννώδη κύτταρα 30%ορώδη κύτταρα κι 3% σιελικά γραμμωτά σωληνάκια. Το υπόλοιπο αποτελείται από αγγεία, νεύρα και άλλους πόρους.

Οι μικροί σιελογόνοι αδένες είναι μικτοί περισσότερο όμως βλεννώδεις (Επιβατιανός, 1991).

1.3.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΙΕΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

Κύριοι αδένες παραγωγής σιέλου είναι οι παρωτίδες (ποσοστό 23%), οι υπογνάθιοι (ποσοστό 65%), οι υπογλώσσιοι αδένες (ποσοστό 4%) και οι ελάχιστον σιελογόνοι αδένες (ποσοστό 8 %). Φυσιολογικά η ημερήσια έκκριση σιέλου κυμαίνεται από 1000-1500 ml (Παναγιώτου, 1994).

Η έκκριση του σιέλου είναι μια αυτοτελής εκκριτική λειτουργία των αδενικών κυττάρων των σιελογόνων αδένων. Η έκκριση ρυθμίζεται από τους σιελικούς πυρήνες και αυτοί διεγείρονται από γευστικά και απτικά ερεθίσματα της γλώσσας και άλλων περιοχών της στοματικής κοιλότητας. Τα περισσότερα γευστικά ερεθίσματα και ιδιαίτερα η γεύση του ξινού προκαλούν άφθονη έκκριση σιέλου, συχνά 8πλάσια έως 20πλάσια του βασικού ρυθμού έκκρισης. Ορισμένα απτικά ερεθίσματα όπως είναι η παρουσία αντικειμένου με λεία επιφάνεια μέσα στο στόμα (ενός χαλκιού π.χ.) προκαλούν σημαντική σιελόρροια, ενώ τα αντικείμενα με τραχιά επιφάνεια

προκαλούν λιγότερη και μερικές φορές αναστέλλουν την έκκριση σιέλου (Επιβατιανός, 1991).

Οι λειτουργίες των σιελογόνων αδένων είναι να υγραίνουν την στοματική κοιλότητα και την τροφή, λειτουργία που επιτυγχάνεται με το νερό και τις γλυκοπρωτεΐνες του σιέλου, να αρχίζουν την πέψη της τροφής, να βοηθούν την απέκκριση ορισμένων ουσιών όπως ουρίας, να απορροφούν το νάτριο, και να απεκκρίνουν το κάλιο (Καγιάβης, 1998).

Ο σίελος περιέχει δύο κύριους τύπους πρωτεϊνικών εκκριμάτων:

- Ένα ορώδες έκκριμα που περιέχει πτυαλίνη ένζυμο στην δραστηριότητα του οποίου αποδίδεται η υδρόλυση των υδατανθράκων και
- Ένα βλενώδες έκκριμα που περιέχει βλέννα με προορισμό την λίπανση.(Παναγιώτου, 1994)

Οι παρωτίδες εκκρίνουν αποκλειστικά ορώδες έκκριμα και οι υπογνάθιοι εκκρίματα και των δύο τύπων. Οι υπογλώσσιοι και οι ελάσσονες σιελογόνοι αδένες εκκρίνουν ως επί το πλείστον βλέννα (Μουτσόπουλος , 2002).

2. ΣΑΛΙΟ

Το ολικό σάλιο (ή σίελος) είναι ένα μείγμα των μεγάλων και των μικρών σιαλογόνων αδένων και του υγρού της ουλοδοντικής σχισμής. Αποτελείται από οργανικά και ανόργανα συστατικά με ευεργετικές ιδιότητες για τους οδοντικούς ιστούς, τον στοματικό βλεννογόνο και τον οργανισμό γενικότερα. Η σύσταση και η έκκριση του επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες (Καραπάνου και συν, 2006).

Το σάλιο έχει ποικίλες ιδιότητες και λειτουργίες όπως είναι η αντιμικροβιακή λειτουργία, η πεπτική λειτουργία, η εφυγραντική, η ρυθμιστική, η προστατευτική

λειτουργία στους ιστούς με τους οποίους έρχεται σε άμεση επαφή, η γευστική, η απεκκριτική, η επουλωτική λειτουργία καθώς και πιθανή προστατευτική δράση έναντι ορισμένων ιών ή και καρκινογόνων ουσιών (Καραπάνου και συν, 2006).

Η ανεπαρκής έκκριση του ή ακόμα και η απουσία του προκαλεί την ξηροστομία που αποτελεί σύμπτωμα διαφόρων ασθενειών, όπως του σακχαρώδη διαβήτη και της λοίμωξης από τον ιό HIV. Η ξηροστομία αποτελεί ακόμα επιπλοκή της ακτινοθεραπείας που γίνεται στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, της χημειοθεραπείας, καθώς επίσης και παρενέργεια διαφόρων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. (Παναγιώτου, 1994).

Γίνεται αντιληπτό, πόσο σημαντική είναι η λειτουργία που επιτελεί το σάλιο, καθώς επίσης και πόσο αναγκαία είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση της ξηροστομίας που προκαλείται από την έλλειψη του για την ανακούφιση του ασθενούς και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του (Σχίζας, 1999).

Στον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας εκβάλλουν τρία ζεύγη μεγάλων σιαλογόνων αδένων, (παρωτίδα, υπογλώσσιος και υπογνάθιος) και 200-400 ελάσσονες σιαλογόνοι αδένες που έχουν τις απολήξεις τους σε διαφορετικά σημεία του στοματικού βλεννογόνου (Επιβατιανός, 1991).

Το ολικό σάλιο είναι μείγμα του εκκρίματος των μεγάλων και των μικρών σιαλογόνων αδένων καθώς και του υγρού της ουλοδοντικής σχισμής. Ένας ενήλικος παράγει 0,5-1 λίτρο σάλιου ανά 24ωρο και η συμβολή του καθενός από τους αδένες στην παραγωγή του σάλιου ηρεμίας είναι: παρωτίδα 20%, υπογλώσσιος 7-8%, υπογνάθιος 65%, και ελάσσονες σιαλογόνοι λιγότερο από 10% (Καραπάνου και συν, 2006).

2.1 ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΛΙΟΥ

Το σάλιο αποτελείται από νερό (99%) και από οργανικά και ανόργανα συστατικά (1%), pH που κυμαίνεται μεταξύ 5,2-7,8 με μέση τιμή 6,7 που θεωρείται φυσιολογική. Η τιμή του pH σιέλου μετά από διέγερση είναι υψηλότερη από την τιμή pH σιέλου ηρεμίας (Σχίζας, 1999).

2.1.1 ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Πρωτεΐνες

Διακρίνονται :

I. Σε αυτές που προέρχονται από το αίμα και αποτελούν το 1%, όπως λευκωματίνη, λιποπρωτεΐνες (πρόκειται για ουδέτερα λίπη, φωσφολιπίδια και γλυκολιπίδια που είναι ενωμένα με πρωτεΐνες και τροποποιούν την ικανότητα των μικροβίων να προσκολλώνται στις οδοντικές επιφάνειες) και ανοσοσφαιρίνες IgG.

II. Σε αυτές που παράγονται από τους σιαλογόνους αδένες όπως η βλέννα, (πρόκειται για πρωτεΐνες, θρεονίνη, προλίνη και αλανίνη που είναι συνδεδεμένες με υδατάνθρακες κυρίως N-ακετυλογλυκοζαμίνες, N-ακετυλονευραϊκό ή σιαλικό οξύ), διάφορα ένζυμα (αμυλάση, λυσοζύμη καρβονική ανυδράση, υπεροξειδάση) και ανοσοσφαιρίνες κυρίως IgA.

III. Σε ουσίες που χαρακτηρίζουν τις ομάδες αίματος του συστήματος ABO (Καραπάνου και συν, 2006).

Υδατάνθρακες

Απαντούν στο σάλιο είτε συνδεδεμένοι με πρωτεΐνες όπως η εξοζαμίνη, εξόζες, σιαλικό οξύ ή ως ελεύθεροι υδατάνθρακες. Φυσιολογικά, βρίσκονται μόνο ίχνη υδατανθράκων στο σάλιο (Επιβατιανός, 1991).

Ουσίες μικρού μοριακού βάρους

Σε αυτές υπάγονται διάφορα αμινοξέα, ουρία, το ουρικό οξύ, η κρεατινίνη, υδροδιαλυτές βιταμίνες, χημειοτακτικές ουσίες για τα λευκοκύτταρα και παράγοντες πήξης του αίματος (Καραπάνου και συν, 2006).

2.1.2 ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Από τα ανόργανα συστατικά του σάλιου μεγαλύτερη σημασία έχει το Ca, P, Cl, Na K, F και το CO₂. Με τις συγκεντρώσεις των παραπάνω στοιχείων στο σάλιο, αυτό απόκτα τις ιδιότητες ηλεκτρολυτικού διαλύματος που βρίσκεται σε δυναμική ισορροπία με τα δόντια (Επιβατιανός, 1991).

Έτσι, το Ca και ο P σε φυσιολογικές καταστάσεις κάνουν το σάλιο ελαφρά υπερκορεσμένο προστατεύοντας την αδαμαντίνη. Το CO₂ σχετίζεται άμεσα με τη διατήρηση του pH του σάλιου στα φυσιολογικά επίπεδα. (Καραπάνου και συν, 2006).

2.1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΛΙΟΥ

I. Ταχύτητα ροής του σάλιου

Οι συγκεντρώσεις των συστατικών του σάλιου που σχετίζονται με την ανάπτυξη της τερηδόνας επηρεάζονται από την ταχύτητα ροής του σάλιου.

Έτσι, οι συγκεντρώσεις όλων των συστατικών αυξάνουν με την αύξηση ροής του σάλιου, εκτός από τα φωσφορικά ιόντα και τα ιόντα μαγνησίου που μειώνονται, ενώ η συγκέντρωση του καλίου είναι ανεξάρτητη

Επιπλέον, η ταχύτητα ροής επηρεάζει τον ρυθμό απομάκρυνσης των σακχάρων και δρα προληπτικά στην εμφάνιση της τερηδόνας (Μουτσόπουλος, 2002).

II. Το ερέθισμα

Η έκκριση του σάλιου ελέγχεται από το κέντρο του προμήκη μυελού και επηρεάζεται από ειδικά ερεθίσματα όπως μηχανικά (μάσηση) και χημικά ερεθίσματα (όξινες, γλυκές ή αλμυρές τροφές κτλ.). Η διάρκεια και η φύση του ερεθίσματος, ο τύπος του φαρμακευτικού ερεθίσματος, η άσκηση, ο αντιγονικός ερεθισμός και ο γενετικός πολυμορφισμός επηρεάζουν τη σύνθεση του σάλιου διέγερσης (Καγιάβης, 1998).

Οπτικά και οσφρητικά ερεθίσματα, η σκέψη της τροφής, η πείνα και μικρό ψυχολογικό stress, ελάχιστα επηρεάζουν την ταχύτητα ροής του σάλιου ηρεμίας και συνεπώς τη σύνθεσή του (Καγιάβης, 1998).

III. Η διατροφή

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σύνθεση και τη σύσταση του σάλιου και έχουν σχέση με τη διατροφή είναι :

- *Η υφή της τροφής.*

Η σκληρή τροφή αυξάνει τον ρυθμό ροής του σάλιου και συνεπώς και τη σύνθεση του λόγω της αυξημένης μασητικής δραστηριότητας, οπότε παράγεται σάλιο αλκαλικό με υψηλότερη ρυθμιστική ικανότητα από το σάλιο ηρεμίας.

Δίαιτα που περιλαμβάνει υγρές τροφές προκαλεί μείωση της ταχύτητας ροής του σάλιου και αλλαγές στη γλυκοσυλίωση των πρωτεϊνών (Αποστολόπουλος, 1999).

- *Η γεύση*

Όξινες και πικρές τροφές, καθώς και μερικά βελτιωτικά γεύσης όπως η μέντα και ο γλυκάνισος αυξάνουν την ταχύτητα ροής του σάλιου και τη ρυθμιστική ικανότητα (Αποστολόπουλος, 1999).

- *Η χημική σύνθεση της τροφής.*

Οι τροφές που περιέχουν υδατάνθρακες μικρού μοριακού βάρους και απαιτούν έντονη προσπάθεια κατά τη μάσηση οδηγούν σε μικρότερη μείωση του pH των μικροβιακών πλακών από αντίστοιχες τροφές μαλακής σύστασης (Λάμπρου, 1998).

- *Το είδος της διατροφής.*

Έχει τεκμηριωθεί ότι πρωτεΐνες, λίπη, και λαχανικά αυξάνουν τη ρυθμιστική ικανότητα τόσο στο σάλιο ηρεμίας, όσο και στο σάλιο διέγερσης, ενώ οι υδατάνθρακες τη μειώνουν.

- *Η επάρκεια ή όχι της τροφής*

Σε περιπτώσεις χρόνιου υποσιτισμού διαπιστώθηκε μείωση της ταχύτητας ροής του σάλιου, ελάττωση του βαθμού γλυκοσυλίωσης των

πρωτεϊνών και της δραστηριότητας των σιαλικών αντιμικροβιακών πρωτεϊνών (Καραπάνου και συν, 2006).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΟΛΙΚΟΥ ΣΙΕΛΟΥ

1. Έκκριση των παρωτίδων
2. Έκκριση των υπογναθίων
3. Έκκριση των υπογλωσσίων
4. Έκκρίσεις των μικρών σιελογόνων αδένων
5. Ορογόνοι γλωσσικές εκκρίσεις
6. Υγρό της ουλοδοντικής σχισμής
7. Μικρόβια (επικρατέστερα τα βακτήρια)
8. Μικροβιακά πεπτικά ένζυμα
 - Πρωτεάσες (ευρέως φάσματος)
 - Γλυκοσιδάσες (ευρέως φάσματος)

2.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΣΑΛΙΟΥ

Το σάλιο είναι πολύτιμο στοιχείο άμυνας των δοντιών, του περιοδοντίου και του υπόλοιπου βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, ίσως δε και του συνόλου του οργανισμού.

Επιτελεί πολλές λειτουργίες ορισμένες από τις οποίες είναι :

I. Αντιμικροβιακή λειτουργία

Η ιδιότητα αυτή διεκπεραιώνεται μηχανικά με τη ροή του σάλιου και επηρεάζει την προσκολλητική ικανότητα των μικροοργανισμών στην επιφάνεια των δοντιών και στα ούλα (Καραπάνου και συν, 2006).

Ουσίες με αντιμικροβιακή δράση είναι:

➤ *Λυσοζύμη*

Πρόκειται για πρωτεΐνη με μεγάλη αντιμικροβιακή δράση.

➤ *Λακτοφερίνη*

Είναι γλυκοπρωτεΐνη που δρα αντιμικροβιακά είτε δεσμεύοντας τον σίδηρο που χρειάζονται οι παθογόνοι μικροοργανισμοί για να πολλαπλασιαστούν ή δεσμεύεται απευθείας στην επιφάνεια των βακτηριών προκαλώντας τη λύση τους.

➤ *Ανοσοσφαιρίνες*

Αποτελούν πολύ σημαντικό παράγοντα άμυνας, ιδίως οι εξιδικευμένες μορφές αυτών, τα αντισώματα.

Οι ανοσοσφαιρίνες, φτάνουν στο σάλιο από δύο πηγές, από το υγρό της ουλοδοντικής σχισμής και από τους σιαλογόνους αδένες. (Μακρής, 2005).

➤ *Το σύστημα της υπεροξειδάσης*

Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει δύο ένζυμα, την γαλακτουπεροξειδάση η οποία εκκρίνεται κυρίως από την παρωτίδα και τον υπογνάθιο αδένα και τη

μυελουπεροξειδάση που εκκρίνεται από τα λευκοκύτταρα σε περιπτώσεις φλεγμονής των ούλων και του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

➤ *Συγκολλητίνες*

Είναι μεγαλομοριακές γλυκοπρωτεϊνικές ενώσεις, που μπορούν να συγκολλούν σε μάζες τους μικροοργανισμούς συμβάλλοντας έτσι στην εύκολη απομάκρυνση τους από το σάλιο ή δυσκολεύοντας την προσκόλληση τους στις οδοντικές πλάκες.

➤ *Οξειδωση του αζώτου*

Το οξείδιο του αζώτου δρα σαν ισχυρό αντιμικροβιακό, εμποδίζοντας τον πολλαπλασιασμό των μικροβίων στην οδοντική πλάκα στα αρχικά στάδια του σχηματισμού της. (Μακρής, 2005).

II. Πεπτική λειτουργία

Στο σάλιο υπάρχουν πολυάριθμα ένζυμα, μεταξύ των οποίων και ορισμένα από τα γνωστά ένζυμα της πέψης. Το κυριότερο από αυτά είναι η αμυλάση (πτυαλίνη) που προέρχεται κατά 80% από την παρωτίδα και 20% από τον υπογνάθιο αδένα.

Επειδή η τροφή περνάει γρήγορα από το στόμα, τα ένζυμα του σάλιου δεν συμβάλλουν σχεδόν καθόλου στην πέψη. Αυτό συμβαίνει και με τη μαλτόζη που η μόνη δράση της αναφέρεται στη μετατροπή τυχόν υπολειμμάτων τροφής, όπου το άμυλο μετατρέπεται σε μαλτόζη, πράγμα που ευεργετεί περισσότερο τους μικροοργανισμούς και λιγότερο τον ξενιστή (Επιβατιανός, 1991).

Επιπλέον η αμυλάση βοηθάει στην προσκόλληση των στρεπτόκοκκων στην επιφάνεια του δοντιού. Αντίθετα μια λιπάση που εκκρίνεται από τους ορογόνους αδένες της γλώσσας μπορεί να ενεργοποιηθεί στο στομάχι αρχίζοντας την πέψη των λιπών (Μακρής, 2005).

III. Άλλες λειτουργίες

➤ Εφυγραντική

Η ιδιότητα αυτή οφείλεται στις βλεννοπρωτεΐνες ή βλεννίνες που προέρχονται από τα κυψελιδικά κύτταρα των σιαλογόνων αδένων και εκτός των άλλων ιδιοτήτων τους βοηθούν στην κατάποση της τροφής κάνοντας την ολισθηρή και προστατεύουν τόσο τον βλεννογόνο από την τριβή και την αφυδάτωση, όσο και τα δόντια (Σχίζας, 1999).

➤ Προστατευτική επίδραση του σάλιου στους οδοντικούς ιστούς :

Η ιδιότητα αυτή είναι από τις σημαντικότερες και οφείλεται :

- στη βλέννα, από την οποία η επιφάνεια της αδαμαντίνης προσροφά ορισμένα συστατικά και σχηματίζει τον επίκτητο υμένα που προστατεύει το δόντι από την επίδραση διαφόρων βλαπτικών παραγόντων, φυσικών, χημικών ή μικροβιακών.

- στην απομάκρυνση από το στόμα υπολειμμάτων σακχάρου κατά τη λήψη σακχαρούχων τροφών.(Επιβατιανός, 1991)

➤ Γευστική

Το σάλιο διαλύοντας τις σκληρές ιδίως τροφές βοηθάει στη λειτουργία της γεύσης αποκαλύπτοντας τη γεύση των τροφών, ενώ παράλληλα προειδοποιεί το άτομο για παρουσία ξένης ή βλαπτικής ουσίας στην τροφή. (Σχίζας, 1999).

➤ Απεκκριτική

Το σάλιο μπορεί να βοηθήσει στην απομάκρυνση ουσιών του μεταβολισμού όπως τα ροδανικά άλατα, την ουρία, τα βαρέα μέταλλα, οι τιμές των οποίων αυξάνονται στο αίμα σε περίπτωση βλάβης των νεφρών.

➤ *Επουλωτική*

Το σάλιο βοηθάει στην καλύτερη επούλωση των τραυμάτων. Στην επουλωτική διαδικασία μπορεί να συμβάλει και η χημειοτακτική ιδιότητα του σάλιου για τα πολυμορφοπύρηνια που οφείλεται σε ουσίες μικροβιακής προέλευσης.

➤ *Πιθανή προστατευτική δράση έναντι ιών και καρκινογόνων ουσιών.*

Από μελέτες έχει διαπιστωθεί αντίδραση μεταξύ των γλυκοπρωτεϊνών του σάλιου και των ιών με επακόλουθο τη δέσμευση τους.

Ο συγκολλητικός υμένας που σχηματίζεται από τις γλυκοπρωτεΐνες και άλλες πρωτεΐνες του σάλιου εμποδίζει την είσοδο των ιών στα κύτταρα-στόχους, ή τους αδρανοποιεί παγιδεύοντας τους με ειδικές ουσίες (Καραπάνου και συν, 2006).

3. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

3.1 ΠΟΝΟΣ

Οι περισσότεροι άνθρωποι κάποια στιγμή στη ζωή τους έχουν αισθανθεί πονόδοντο. Στην περίπτωση αυτή το πρώτο συνήθως πράγμα που έρχεται στο μυαλό είναι ότι κάποιο δόντι έχει τερηδόνα. Στην πραγματικότητα όμως τα πιθανά αίτια που προκαλούν την εμφάνιση του πόνου είναι πάρα πολλά (Αποστολόπουλος, 1999).

Για να γίνει κατανοητός ο μηχανισμός εμφάνισης του πόνου θα πρέπει πρώτα να γίνουν γνωστά ορισμένα στοιχεία για τα δόντια. Όπως αναφέρετε και παραπάνω, στο κέντρο του δοντιού υπάρχει ο οδοντικός πολφός. Ο πολφός αποτελείται κυρίως από ένα δίκτυο αγγείων και νεύρων που έχουν ως λειτουργική αποστολή να διατηρούν υγιή τα δόντια. Κάτω από την αδαμαντίνη βρίσκεται μία λιγότερο σκληρή οδοντική ουσία η οδοντίνη. Η οδοντίνη αποτελείται από ένα μεγάλο αριθμό μικροσκοπικών πόρων οι οποίοι επικοινωνούν με τα νεύρα που βρίσκονται στον πολφό. Όταν λοιπόν

αποκαλυφθεί για κάποιο λόγο η οδοντίνη τότε τα ερεθίσματα που δέχονται τα δόντια (όπως είναι τα κρύα ή ζεστά ποτά, τα γλυκά κλπ) μεταδίδονται στον πολφό ο οποίος αντιδρά με την εμφάνιση της γνωστής σε όλους ευαισθησίας των δοντιών. Οι πόροι βρίσκονται επίσης και στην οστεΐνη δηλαδή στην ουσία που καλύπτει τη ρίζα των δοντιών. Είναι γνωστό ότι οι ρίζες των δοντιών δεν καλύπτονται από αδαμαντίνη (σμάλτο) (Ιακωβίδης, 1996).

Η τερηδόνα ασφαλώς είναι ένας από τους συχνότερους παράγοντες αποκάλυψης της οδοντίνης αλλά όχι ο μοναδικός. Εάν για παράδειγμα σπάσει ένα τμήμα της αδαμαντίνης του δοντιού ή αν πέσει ένα παλιό σφράγισμα τότε και πάλι μπορεί να αποκαλυφτεί η οδοντίνη με αποτέλεσμα την εμφάνιση οδοντικού πόνου. Επίσης αν έχουν υποχωρήσει τα ούλα μπορεί να εμφανιστεί ευαισθησία λόγω της αποκάλυψης της ρίζας ενός ή περισσότερων δοντιών (Δουβίτσας, 2005).

Υπάρχουν επίσης και πολλοί άλλοι παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση πόνου, όπως είναι το τραύμα ή μία μόλυνση. Σε όλους είναι γνωστός ο όρος "οδοντικό απόστημα" που σημαίνει την εμφάνιση φλεγμονής γύρω από ένα δόντι. Η πίεση από το οίδημα (πρήξιμο) της φλεγμονής προκαλεί, ειδικά στα πρώτα στάδια, την εμφάνιση ενός ιδιαίτερα ισχυρού πόνου που συχνά δεν υποχωρεί παρά την λήψη αναλγητικών φαρμάκων. Φυσικά μια τέτοια φλεγμονή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται όσο το δυνατόν συντομότερα από κάποιο ειδικό προκειμένου να μην επεκταθεί αλλά και για να ανακουφιστεί ο ασθενής (Λάμπρου, 1993).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι τα δόντια και τα ούλα δεν είναι οι μοναδικές πηγές εμφάνισης πόνου στην περιοχή του στόματος. Πολλές άλλες φλεγμονές της στοματικής κοιλότητας αλλά και παθήσεις των γύρω ιστών πχ της κροταφογναθικής άρθρωσης είναι υπεύθυνες για την πρόκληση πόνου.

Μία σχολαστική οδοντιατρική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει τα ακριβή αίτια του πόνου και να τα εξουδετερώσει (Καγιάβης, 1998).

3.2 ΣΦΡΑΓΙΣΜΑ

Με το σφράγισμα αποκαθίσταται η λειτουργία και το σώμα ενός δοντιού που έχει καταστραφεί από τερηδόνα. Ο οδοντίατρος αφαιρεί πρώτα από το δόντι το κατεστραμμένο τμήμα του, καθαρίζει την περιοχή αυτή και γεμίζει την κοιλότητα που έχει δημιουργηθεί με ένα από τα υλικά με τα οποία γίνονται τα σφραγίσματα (Θεοδώρου, 2002).

Με το σφράγισμα εμποδίζονται τα βακτηρίδια να δράσουν μέσα στο δόντι και να το καταστρέψουν ακόμη περισσότερο. Μεταξύ διαφόρων υλικών που χρησιμοποιούνται για τα σφραγίσματα, περιλαμβάνονται ο χρυσός, η πορσελάνη, η συνθετική ρητίνη και ένα αμάλγαμα από μόλυβδο, χαλκό, κασσίτερο και κάποιες φορές ψευδάργυρο (Λάμπρου, 1998).

Το καλύτερο σφράγισμα εξαρτάται από την έκταση της τερηδόνας, από ενδεχόμενη αλλεργία σε ορισμένα υλικά, από το τμήμα της οδοντοστοιχίας στο οποίο θα γίνει το σφράγισμα και από το κόστος. Κάθε υλικό έχει ιδιαίτερες ιδιότητες και προορισμούς:

- Σφραγίσματα Χρυσού παραγγέλλονται στον οδοντοτεχνίτη και διαμορφώνονται ανάλογα με την κοιλότητα του δοντιού, από τον οδοντίατρο. Είναι πολύ ανεκτά από τους ιστούς των ούλων και διαρκούν περισσότερα από είκοσι (20) χρόνια. Για



τους λόγους αυτούς ο χρυσός θεωρείται από πολλούς ειδικούς το καλύτερο υλικό σφραγίσματος. Είναι βέβαια η πιο δαπανηρή επιλογή και για να γίνουν σφραγίσματα χρυσού απαιτούνται πολλές επισκέψεις στον οδοντίατρο (Σχίζας, 1999).

- Σφραγίσματα αμαλγάματος είναι πολύ ανθεκτικά στη φθορά και πιο



οικονομικά. Το μειονέκτημά τους, σε σχέση με την πορσελάνη ή τις συνθετικές ρητίνες, είναι το σκούρο χρώμα τους που τα κάνει αισθητά, γι αυτό και δεν χρησιμοποιούνται στα μπροστινά δόντια

ή σε άλλες εμφανείς περιοχές του στόματος (Κωνσταντινίδης, 2001).

- Σφραγίσματα Συνθετικών Ρητινών έχουν το πλεονέκτημα ότι μπορούν να προσαρμοστούν στο χρώμα των δοντιών και χρησιμοποιούνται στην περίπτωση που κάποιος θέλει να δείχνουν τα δόντια του φυσικά. Οι ρητίνες αφού αναμιχθούν, τοποθετούνται απευθείας μέσα στην κοιλότητα και εκεί στερεοποιούνται. Δεν είναι το ιδανικό υλικό για εκτεταμένα σφραγίσματα, επειδή σπάνε και φθείρονται με την πάροδο του χρόνου και επίσης στιγματίζονται από τον καφέ, το τσάι και τον καπνό. Δεν διαρκούν όσο τα άλλα υλικά σφραγίσματος, συνήθως αντέχουν από 3 έως 10 χρόνια (Χαραλαμπάκης, 2000).
- Σφραγίσματα Πορσελάνης ονομάζονται ένθετα ή επέθετα, γίνονται κατά παραγγελία, προσαρμόζονται στο χρώμα των δοντιών και αντιστέκονται στις χρώσεις. Χρησιμοποιούνται για εκτεταμένα σφραγίσματα ή για αναπλάσεις τμήματος του δοντιού κοστίζουν όσο και τα σφραγίσματα χρυσού (Χαραλαμπάκης, 2000).

Σε περιπτώσεις που η τερηδόνα ή κάποιο κάταγμα έχουν καταστρέψει μεγάλο τμήμα του δοντιού, τότε συνιστάται η θήκη. Εάν έχει προσβληθεί το νεύρο, η αγωγή γίνεται με δύο τρόπους: είτε με ενδοδοντική θεραπεία (κατά την οποία το χαλασμένο νεύρο αφαιρείται –απονεύρωση) είτε με κάλυψη του πολφού (κατά την οποία γίνεται προσπάθεια να διασωθεί το νεύρο) (Καγιάβης, 1998).

3.3 ΣΤΕΦΑΝΕΣ-ΘΗΚΕΣ

Οι θήκες και οι γέφυρες είναι σταθερά προσθετικά στοιχεία. Σε αντίθεση με τα κινητά στοιχεία, όπως οι τεχνητές οδοντοστοιχίες, οι οποίες αφαιρούνται και καθαρίζονται, οι θήκες και οι γέφυρες τοποθετούνται μόνιμα στα φυσικά δόντια ή στα εμφυτευμένα και αφαιρούνται μόνο από τον οδοντίατρο (Σχίζας, 1999).

Η θήκη καλύπτει ή σκεπάζει κάποιο κατεστραμμένο δόντι. Χρησιμοποιείται όμως και για να βελτιώσει την εμφάνισή του, το σχήμα ή τη σχέση του με τα γειτονικά δόντια. Μπορεί επίσης να τοποθετηθεί επάνω σε ένα εμφύτευμα για να του προσδώσει καλύτερο σχήμα και λειτουργικότητα.

Οι θήκες από πορσελάνη ή κεραμικό υλικό προσαρμόζονται στο χρώμα των δοντιών. Για τα πίσω δόντια είναι ίσως προτιμότερα τα κράματα μετάλλων, ακρυλικών ή κεραμικών ουσιών, τα οποία είναι ανθεκτικότερα από την πορσελάνη. Συχνά χρησιμοποιούνται θήκες πορσελάνης με εσωτερική μεταλλική επένδυση που τις κάνει ανθεκτικότερες και πιο εμφανίσιμες (Μακρής, 2005).

Ο οδοντίατρός θα προτείνει τη θήκη για να:

- Καλύψει ένα δόντι, το οποίο έχει καταστραφεί υπερβολικά από την τερηδόνα
- Προστατεύσει ένα αδύναμο δόντι από κατάγματα
- Αποκαταστήσει ένα σπασμένο δόντι

- Προσαρμόσει μια γέφυρα
- Καλύψει ένα οδοντικό εμφύτευμα
- Καλύψει ένα δόντι με ανεξίτηλες χρώσεις ή με προβληματικό σχήμα
- Καλύψει ένα δόντι μετά από απονεύρωση (Σχίζας, 1999).

Η γέφυρα συνιστάται όταν χαθεί ένα ή και περισσότερα δόντια. Τα γειτονικά δόντια έχουν την τάση να μετακινούνται προς τα κενά που αφήνουν τα δόντια που λείπουν, με αποτέλεσμα να δημιουργείται προβληματική δέση. Η ανωμαλία που δημιουργείται από τα κενά αυτά μπορεί να προκαλέσει πάθηση των ούλων και της κροταφογναθικής άρθρωσης (Μήτση, 2002).

Οι γέφυρες στηρίζονται στα φυσικά δόντια ή στα εμφυτευμένα, τα οποία βρίσκονται στις δύο άκρες του κενού διαστήματος. Στα δόντια αυτά, στηρίζεται η γέφυρα, η οποία φέρει ένα ή περισσότερα τεχνητά δόντια. Όπως και με τις θήκες, έτσι και με τις γέφυρες υπάρχουν αρκετές επιλογές υλικών, οι γέφυρες από πορσελάνη και κεραμικό υλικό προσαρμόζονται στο χρώμα των φυσικών δοντιών. Κανονικά αντέχουν για όλη τη ζωή, αλλά μερικές φορές χαλαρώνουν ή πέφτουν (Σχίζας, 1999).

Ο πιο σημαντικός παράγοντας για την αντοχή της θήκης ή της γέφυράς είναι η συστηματική στοματική υγιεινή. Η γέφυρα μπορεί να χάσει τα στηρίγματά της εάν τα δόντια στα οποία στηρίζεται φθαρούν. Καλό είναι να βουρτσίζονται τα δόντια δύο φορές την ημέρα με οδοντόπαστα με fluoride και να καθαρίζονται με νήμα μία φορά την ημέρα. Να γίνονται τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο για έλεγχο και καθαρισμό. Να αποφεύγεται επίσης η μάσηση σκληρών τροφών, πάγου ή σκληρών αντικείμενων για να μη φθείρονται οι καινούριες θήκες ή γέφυρες (Καγιάβης, 1998).

3.4 ΚΑΚΟΣΜΙΑ

Ένα σύμπτωμα που ταλαιπωρεί τους ανθρώπους από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Αναφέρεται στη βιβλιογραφία από τους αρχαίους χρόνους, τα τελευταία όμως 5-6 χρόνια υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου και ιδιαίτερος των οδοντιάτρων (Σχίζας, 1999).

Το μέγεθος του προβλήματος φαίνεται και από το τεράστιο ποσό των 10 δισεκατομμυρίων δολαρίων που ξοδεύεται κάθε χρόνο από τους κατοίκους των Ηνωμένων Πολιτειών για την αγορά διαφόρων προϊόντων καταπολέμησης της κακοσμίας, τα περισσότερα από τα οποία έχουν ελάχιστη ή καμιά επίδραση στην επίλυση του προβλήματος. Ορισμένα από αυτά τα προϊόντα καλύπτουν προσωρινός το πρόβλημα, ενώ άλλα το επιδεινώνουν (Σχίζας, 1999).

Πολλές φορές αυτό το σύμπτωμα βοηθάει τους κλινικούς γιατρούς και οδοντιάτρους στη διάγνωση μιας υποκείμενης γενικής ασθένειας γι'αυτό το λόγο όταν εκδηλώνεται σε κάποιο άτομο θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και να ζητείται πάντοτε η γνώμη ενός ειδικού.



Τις περισσότερες φορές η κακοσμία του στόματος οφείλεται σε:

- Ανεπαρκή στοματική υγιεινή
- Πάθηση των ούλων
- Ορισμένες τροφές, όπως το κρεμμύδι και το σκόρδο
- Καπνό και το αλκοόλ
- Ξηροστομία (που οφείλεται σε φάρμακα, διάφορες διαταραχές της

υγείας ή στην μειωμένη ροή του σάλιου στη διάρκεια του ύπνου -από κεί και ο όρος «πρωινή κακοσμία»)

- Χρόνιες παθήσεις όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης, η νεφρική και η ηπατική ανεπάρκεια (Χατζηγιάννης, 2004).

3.4.1 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΣΜΙΑΣ.

Ο όρος κακοσμία είναι γενικός περιγραφικός όρος για δυσάρεστες οσμές που αναδύονται από τη στοματική κοιλότητα ,χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η πηγή προέλευσης είναι πάντοτε το στόμα.

Αυτός ο όρος αποτελεί ένα βοηθητικό στοιχείο για διάγνωση και περιλαμβάνει την οξοστομία, τη στοματοδυσωδία, τη χαλίτωση και την fetor ex ore ή fetor oris. Είναι πολύ σημαντικό για τον κλινικό γιατρό ή οδοντίατρο να αποφασίσει ποια μορφή κακοσμίας υπάρχει σε έναν ασθενή επειδή κάθε μια από αυτές έχει διαφορετική αιτιολογία και απαιτεί διαφορετική αντιμετώπιση (Θεοδώρου, 2002).

Οι τέσσερις μορφές αναλυτικά:

1. Οζοστομία:

Αναφέρεται σε οσμή σήψης που ανιχνεύεται από το στόμα αλλά προέρχεται από την άνω αναπνευστική οδό, ιδιαιτέρως τη ρινική κοιλότητα, το ιγμόρειο, το φάρυγγα και το λάρυγγα (Χατζηγιάννης, 2004).

2. Στοματοδυσωδία:

Αναφέρεται σε δυσάρεστη οσμή που ανιχνεύεται από το στόμα αλλά προέρχεται από εντοπισμένες περιοχές της κάτω αναπνευστικής οδού, όπως οι βρόγχοι, τα βρογχίδια, οι κυψελίδες ή άλλα γειτονικά προς τους πνεύμονες μέρη (Παναγιώτου, 1994).

3. Χαλίτωση:

Αναφέρεται σε δυσάρεστη οσμή που ανιχνεύεται από το στόμα αλλά προέρχεται από συστηματικές μεταβολικές παθήσεις που περιλαμβάνουν τον γαστρεντερικό σωλήνα και το περιεχόμενό του, καθώς επίσης γενικευμένες παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν τη μεταφορά ουσιών μέσω του αίματος προς τους πνεύμονες ή το έντερο. Μπορεί να είναι φυσιολογική, παθολογική ή ψυχολογική (Παναγιώτου, 1994).

4. Fetor oris ή Fetor ex ore:

Δυσάρεστη οσμή που ανιχνεύεται από το στόμα και προέρχεται από πηγές που βρίσκονται μέσα σ' αυτό. Είναι η συχνότερη μορφή κακοσμίας (σχεδόν 80%) και η συχνότερη αιτία αυτής είναι τα μικρόβια που βρίσκονται στην άνω και πίσω επιφάνεια της γλώσσας (Χατζηγιάννης, 2004).

3.4.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΟΣΜΙΑΣ

Η λύση για την αντιμετώπιση της κακοσμίας, αν δεν οφείλεται σε ιατρικές παθήσεις είναι η εξής:

- Βούρτσισμα των δοντιών και της γλώσσας τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα
- Χρήση οδοντικού νήματος και φθοριούχου διαλύματος
- Επίσκεψη στον οδοντίατρο για καθαρισμό και έλεγχο για τερηδόνα, κάθε 6 μήνες
- Μείωση του τσιγάρου και του καφέ (Θεοδώρου, 2002).

3.5 ΤΕΡΗΔΟΝΑ

Είναι μια πάθηση των σκληρών ιστών του δοντιού. Θεωρείται η κυριότερη αιτία καταστροφής των δοντιών.

Παλιότερα πίστευαν ότι τα δόντια καταστρέφονται από σκουλήκια που "τρώνε" τις ουσίες του δοντιού και τα παρομοίαζαν με τις τερηδόνιζες, τα σκουλήκια που τρώνε το ξύλο. Ορισμένοι μάλιστα δεν δίσταζαν να τοποθετούν μέσα σε χαλασμένα δόντια σκουλήκια, ώστε να αποδώσουν την τερηδόνα σε αυτά (Δουβίτσας, 2005).

Η προσβολή των δοντιών μπορεί να αρχίσει από τη νηπιακή ηλικία, με τα γνωστά δυσάρεστα επακόλουθα.



Η τερηδόνα καταρχήν προσβάλλει την εξωτερική επιφάνεια του δοντιού, δηλαδή την αδαμαντίνη, στη συνέχεια επεκτείνεται στην οδοντίνη και τελικά

φθάνει στον οδοντικό πολφό.

Τα μικρόβια της πλάκας, και γενικά του στόματος, "τρέφονται" από τα σάκχαρα των τροφών, τα οποία και μετατρέπονται σε οξέα. Τα οξέα πέφτουν επάνω στην επιφάνεια του δοντιού και σταδιακά τη διαλύουν (Καγιάβης, 1998).

Έτσι λοιπόν η τερηδόνα αρχίζει με μια μικρή κοιλότητα (μια τρύπα) στην οποία πιο εύκολα παγιδεύονται τροφές και μικρόβια, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος και η κοιλότητα να γίνεται ολοένα μεγαλύτερη.

Στο πρώτο στάδιο δεν υπάρχουν ενοχλήματα ή μπορεί να εμφανιστεί ελαφρύς πόνος κατά τη μάσηση ή όταν το δόντι έρχεται σε επαφή με ζεστά ή κρύα ερεθίσματα. Εάν η τερηδόνα δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα με σφράγισμα, επεκτείνεται γρήγορα στην οδοντίνη, προκαλώντας μεγαλύτερη καταστροφή και εμφάνιση οδοντικού πόνου (Παναγιώτου, 1994).

Εν συνεχεία τα μικρόβια φτάνουν στον πολφό, προκαλώντας φλεγμονή (πολφίτιδα), το δόντι μπορεί να μαυρίσει, ενώ ο πολφός αντιδρά με την εμφάνιση πόνου, συχνά ιδιαίτερα ισχυρού ως αφόρητου. Ο ασθενής συχνά ξαγρυπνά όλη την νύχτα από τον πόνο και προσπαθεί να τον σταματήσει με κάθε λογής γιατροσόφια (π.χ. τοποθετώντας ούζο) (Σχίζας, 1999).

Τελικά το δόντι που πάσχει "νεκρώνεται". Με τη νέκρωση του πολφού σταματάει ο πόνος αλλά μπορεί να ακολουθήσει ο σχηματισμός αποστήματος στην άκρη της ρίζας (Δουβίτσας, 1999).



Υγιή δόντια

Πρώιμη τερηδόνα

Προχωρημένη τερηδόνα

3.5.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ

Η θεραπεία της είναι απλή. Αφαιρείτε το μέρος του δοντιού που έχει καταστραφεί από την τερηδόνα και σφραγίζετε.

Χρειάζεται να γίνεται κάθε 6 μήνες επίσκεψη στον οδοντίατρο για έλεγχο της τερηδόνας και της στοματικής κοιλότητας (Καραπάνου και συν, 2002).

3.6 ΟΥΛΙΤΙΔΑ

Ουλίτιδα είναι ο ιατρικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγραφεί η φλεγμονή των ούλων. Τα δόντια βρίσκονται μέσα σε υποδοχές στο οστό της γνάθου, στα λεγόμενα φατνία. Το οστό καλύπτεται από τα ούλα. Στην ουλοδοντική σχισμή (τη σχισμή ανάμεσα στο δόντι και στα ούλα) μαζεύονται υπολείμματα τροφών. Αν δεν βουρτσίζονται τακτικά τα δόντια, τα υπολείμματα αυτά παραμένουν εκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, οπότε έρχονται και "κατασκηνώνουν" μικρόβια τα οποία προκαλούν φλεγμονή στα ούλα, τη λεγόμενη ουλίτιδα (Λάσκαρη, 1998).

Η κοινή ουλίτιδα είναι πολύ διαδεδομένη νόσος. Προσβάλλει το μεγαλύτερο ποσοστό των ενηλίκων αλλά και σημαντικό ποσοστό παιδιών.

Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι η διόγκωση (πρήξιμο) των ούλων, το έντονο κόκκινο χρώμα και η αιμορραγία κυρίως κατά το βούρτσισμα, με τη χρήση οδοντογλυφίδας κ.λ.π. (Σχίζας, 1999).



Η ουλίτιδα δεν προκαλείται μόνο από τη συσσώρευση πλάκας και μικροβίων στα δόντια. Μπορεί

να προκληθεί και από καλοσχηματισμένες αποκαταστάσεις (στεφάνες, γέφυρες, εμφράξεις).

Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι διακρίνουμε διάφορα είδη ουλίτιδας, όπως είναι η ελκονεκρωτική ουλίτιδα, η ουλίτιδα που συνδέεται με την εγκυμοσύνη (Καγιάβης, 1998).

Για να περιοριστεί η πιθανότητα δημιουργίας ουλίτιδας πρέπει :

- Να διατηρείται πολύ καλή στοματική υγιεινή
- Η διάρκεια του βουρτσίσματος να είναι 2-3 λεπτά τουλάχιστον 3 φορές την ημέρα
- Μαλακή οδοντόβουρτσα η οποία αλλάζετε κάθε 2-3 μήνες
- Χρήση φθοριούχας οδοντόπαστας κι φθοριούχου διαλύματος κατόπιν υποδείξεως του οδοντιάτρου
- Αποτρίγωση (καθαρισμός) των δοντιών 2 φορές το χρόνο
- Φαρμακευτική θεραπεία κατόπιν συνεννόησης με τον οδοντίατρο (Παναγιώτου, 1994).

3.7 ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΠΛΑΚΑ ΚΑΙ ΤΡΥΓΙΑ

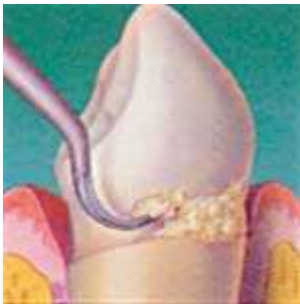
Η πλάκα είναι μια κολλώδης, άχρωμη μεμβράνη βακτηριδίων και ζαχάρων που εγκαθίσταται επάνω στα δόντια. Είναι η βασική αιτία της τερηδόνας και της περιοδοντίτιδας και εξελίσσεται σε πέτρα αν δεν απομακρύνεται καθημερινά.

Τα βακτηρίδια δρουν διαρκώς μέσα στο στόμα και τροφοδοτούνται από στοιχεία των τροφών και του σάλιου. Η πλάκα προκαλεί τερηδόνα όταν τα οξέα της επιτίθενται στα δόντια μετά τα γεύματα. Εάν η πλάκα δεν απομακρυνθεί, μπορεί να

ερεθίσει τα ούλα γύρω από τα δόντια και να δημιουργήσει ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα και απώλεια των δοντιών (Κωνσταντινίδης, 2001).

Δεν είναι δύσκολο να εμποδιστεί η συσσώρευση της πλάκας, εάν:

- Βουρτσίζονται τα δόντια σχολαστικά, τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα για να απομακρυνθεί η πλάκα από όλες τις επιφάνειές τους.
- Καθαρίζονται με νήμα κάθε μέρα για να απομακρυνθεί η πλάκα που παγιδεύεται ανάμεσα στα δόντια και κάτω από την παρυφή των ούλων, εκεί που ίσως δεν φτάνει η οδοντόβουρτσα.
- Είναι απαραίτητη η τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο για καθαρισμό και έλεγχο. (Παναγιώτου, 1994).



Με τον καθαρισμό, η πλάκα και η πέτρα απομακρύνονται από τη στεφάνη και τη ρίζα του δοντιού.

Η πέτρα είναι πλάκα που έχει απολιθωθεί και μπορεί να δημιουργηθεί ακόμα και κάτω από την παρυφή των ούλων και να ερεθίσει τους ιστούς τους. Η πέτρα τροφοδοτεί την πλάκα και της δημιουργεί πεδίο ανάπτυξης, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σοβαρότερα προβλήματα, όπως τερηδόνα και περιοδοντίτιδα (Μήτση, 2002).

Η πέτρα απειλεί την υγεία των δοντιών και των ούλων, αλλά δημιουργεί και αισθητικό πρόβλημα. Επειδή είναι πορώδης, απορροφάει εύκολα τις χρώσεις από τον καπνό και τον καφέ.



Σε αντίθεση με την πλάκα που είναι άχρωμη, η πέτρα είναι ορατή, όταν έχει επικαθίσει πάνω από την παρυφή των ούλων.

Βασική συνταγή είναι το βούρτσισμα των δοντιών με ειδική για τον έλεγχο της πέτρας οδοντόπαστα και το καθάρισμα με νήμα.

Εάν έχει αναπτυχθεί πέτρα, μόνο ο οδοντίατρός μπορεί να την απομακρύνει. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται απόξεση πέτρας. Ο γιατρός χρησιμοποιεί ειδικό εργαλείο (ξέστρο) με το οποίο απαλλάσσει τα δόντια από την πέτρα που βρίσκεται πάνω και κάτω από την παρυφή των ούλων (Αποστολόπουλος, 1999).

3.8 ΣΤΟΜΑΤΙΚΟΙ ΕΡΕΘΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΕΛΚΗ

Οι στοματικοί ερεθισμοί και τα στοματικά έλκη είναι οιδήματα, εξανθήματα ή πληγές στο στόμα, τα χείλη και τη γλώσσα. Οι συνήθεις στοματικοί ερεθισμοί είναι, τα ψυχρά έλκη, η στοματίτιδα, η λευκοπλακία και η μυκητίαση. Το ένα τρίτο των ανθρώπων προσβάλλονται σε κάποια περίοδο της ζωής τους από τους παραπάνω στοματικούς ερεθισμούς (Λάμπρου, 1993).

Τα στοματικά έλκη και οι ερεθισμοί είναι επώδυνοι, αόρατοι και μπορεί να δυσκολεύουν στη μάσηση και την ομιλία. Για οποιονδήποτε στοματικό ερεθισμό που επιμένει περισσότερο από μια εβδομάδα, είναι απαραίτητη η επίσκεψη στον οδοντίατρο. Μια βιοψία θα αποκαλύψει την αιτία του ερεθισμού και θα αποκλείσει σοβαρά ενδεχόμενα, όπως ο καρκίνος και το AIDS (Δουβίτσας, 1999).

Σημεία και συμπτώματα στα στοματικά έλκη:

- Στοματίτιδα: μικρά άσπρα οιδήματα που περιβάλλονται από κόκκινους κύκλους. Δεν είναι μεταδοτικά, αλλά συχνά συγχέονται με τα ψυχρά έλκη, τα οποία οφείλονται στον έρπητα, που είναι μεταδοτικός ιός. Η στοματίτιδα εμφανίζεται μέσα στο στόμα ενώ τα ψυχρά έλκη έξω από το στόμα. Η

στοματίτιδα μπορεί να επανεμφανίζεται, κατά διαστήματα, με οιδήματα μικρά, μεγάλα ή συρρέοντα (σε ομάδες).

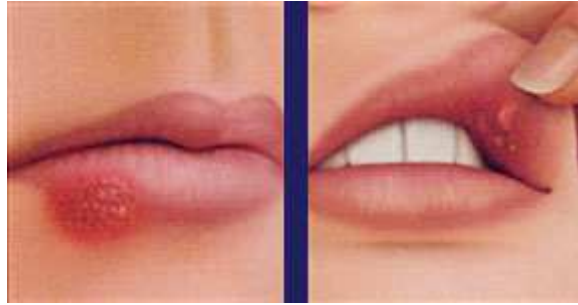
Η στοματίτιδα είναι μια συνήθης μόλυνση και εμφανίζεται συχνά. Η αιτία που την προκαλεί δεν έχει εντοπιστεί. Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι ενδεχόμενες αιτίες μπορεί να είναι ορισμένα προβλήματα με το ανοσοποιητικό σύστημα, κάποιιο ιός ή βακτηρίδια. Το άγχος, τα ψυχικά τραύματα, οι αλλεργίες, το κάπνισμα, η έλλειψη σιδήρου ή άλλων βιταμινών καθώς και η κληρονομικότητα, μπορεί να κάνουν ευάλωτο κάποιον σε αυτού του είδους τη μόλυνση (Παναγιώτου, 1994).

➤ Τα Ψυχρά Έλκη: ονομάζονται και πυρετικά εξανθήματα ή έρπης. Είναι ομάδες από φυσαλίδες, γεμάτες υγρό, πονάνε και συνήθως εμφανίζονται κάτω από τη μύτη, στα χείλη (επιχείλιος έρπης) ή στο πηγούνι. Τα προκαλεί ένας τύπος ιού του έρπητα και είναι εξαιρετικά μεταδοτικά. Τα παιδιά είναι πολύ ευάλωτα στον ιό αυτό, στα οποία εμφανίζεται πολλές φορές χωρίς συμπτώματα και συγχέεται με κρυολόγημα ή γρίπη. Εάν κάποιος μολυνθεί για πρώτη φορά, ο ιός μένει στο σώμα και κατά διαστήματα επιτίθεται, αλλά σε ορισμένους ανθρώπους παραμένει ανενεργός (Σχίζας, 1999).

➤ Λευκοπλακία: συμπαγείς, ασπριδερές κηλίδες που εμφανίζονται στην εσωτερική πλευρά του μάγουλου, στα ούλα ή στη γλώσσα. Συνδέεται συνήθως με το κάπνισμα, αλλά και με άλλες αιτίες, όπως κάποιο σπασμένο δόντι, μια οδοντοστοιχία που δεν εφαρμόζει καλά ή κάποιος τραυματισμός στο εσωτερικό του μάγουλου κατά το μάσημα. Επειδή ένα 5% των περιπτώσεων της λευκοπλακίας, εξελίσσονται σε καρκίνο, ο γιατρός πρέπει να κάνει βιοψία. Πολλές φορές θεραπεύεται με τη διακοπή του καπνίσματος (Τσουνίας, 2003).

➤ Μυκητίαση: μόλυνση που προκαλείται από τον μύκητα *candida albicans*. Αναγνωρίζετε από τις κιτρινωπές ή κόκκινες κηλίδες που εμφανίζονται στις

υγρές περιοχές του στόματος και προκαλούν πόνο. Η μυκητίαση είναι συνηθισμένη μόλυνση σε όσους φοράνε τεχνητές οδοντοστοιχίες, στα νεογέννητα, στους εξασθενημένους από κάποια αρρώστια και σε όσους το ανοσοποιητικό τους σύστημα δεν λειτουργεί κανονικά. Ευάλωτοι είναι και όσοι έχουν ξηροστομία ή έχουν πάρει πρόσφατα αντιβίωση (Δουβίτσας, 1999).



Οι θεραπείες ποικίλουν, ανάλογα με την περίπτωση. Για τις συνηθισμένες περιπτώσεις που περιγράφονται παραπάνω, η θεραπευτική αγωγή είναι η εξής:

- Στοματίτιδα: επουλώνεται σε 7 έως 10 ημέρες, αν και είναι πιθανή η περιοδική επανεμφάνισή της. Κάποιες κοινές αλοιφές και παυσίπονα μπορεί να ανακουφίσουν. Ένα μικροβιοκτόνο στοματικό διάλυμα μπορεί να μειώσει τον ερεθισμό, αλλά αν η περίπτωση είναι επίμονη, ίσως χρειαστεί αντιβίωση για να αποκλειστεί η επέκταση της μόλυνσης (επιμόλυνση) (Παναγιώτου, 1994).

- Ψυχρά Έλκη: οι φυσαλίδες συνήθως επουλώνονται σε μια εβδομάδα. Επειδή οι μολύνσεις από τον ιό του έρπητα δεν εξουδετερώνονται, οι φυσαλίδες μπορεί να επανεμφανιστούν σε περιόδους συναισθηματικής έντασης, κατά την έκθεση στον ήλιο, σε συνδυασμό με αλλεργίες ή πυρετό. Κάποια κοινά τοπικά αναισθητικά μπορεί να ανακουφίσουν και επίσης ο οδοντίατρος μπορεί να συστήσει μια φαρμακευτική αγωγή που περιορίζει τις ιογενείς μολύνσεις (Σχίζας, 1999).

➤ Λευκοπλακία: η θεραπεία αρχίζει με την εξουδετέρωση των αιτίων που την προκαλούν. Για ορισμένους ασθενείς αυτό σημαίνει να σταματήσουν το τσιγάρο, για άλλους να απαλλαγούν από τις τεχνητές οδοντοστοιχίες που δεν εφαρμόζουν καλά. Ο οδοντίατρος θα χειριστεί την περίπτωση ελέγχοντας κατά διαστήματα τα οιδήματα και ανάλογα με τη μορφή και την έντασή τους (Καγιάβης, 1998, Τσουνίας, 2003).

➤ Η Μυκητίαση θεραπεύεται με τον έλεγχο των αιτίων που την προκαλούν.

1. Ο καθαρισμός των τεχνητών οδοντοστοιχιών παίζει μεγάλο ρόλο στην πρόληψη μολύνσεων που είναι σχετικές με αυτές. Είναι χρήσιμο επίσης να βγαίνουν τη νύχτα.

2. Εάν η μόλυνση προέρχεται από αντιβιοτικά ή αντισυλληπτικά, θα ήταν καλό να περιοριστούν οι δόσεις ή να αλλάξουν τα φάρμακα.

3. Τα υποκατάστατα του σάλιου βοηθάνε στις περιπτώσεις ξηροστομίας.

4. Αν η μόλυνση είναι αναπόφευκτη ή ανίατη, μπορούν να ληφθούν μυκητοκτόνα φάρμακα.

Η σχολαστική στοματική υγιεινή είναι η καλύτερη πρόληψη (Παναγιώτου, 1994).

3.9 ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑ

Κάθε χρόνο χιλιάδες άνθρωποι υποφέρουν από το βασανιστικό σύμπτωμα της ξηροστομίας και για να το αντιμετωπίσουν καταφεύγουν σε λύσεις εμπειρικές, συχνά μη αποτελεσματικές ή και βλαπτικές για τα δόντια τους.

Ξηροστομία, λοιπόν είναι η αίσθηση που νοιώθει κανείς όταν το στόμα του στεγνώνει, επειδή η ποσότητα του σάλιου που παράγεται στο στόμα είναι μικρότερη από την κανονική (Σχίζας,1999).

Το λίγο σάλιο δυσκολεύει τη μάσηση, την κατάποση, την ομιλία και συμβάλλει στην αίσθηση της κακής γεύσης. Επί πλέον η κατάσταση αυτή δεν είναι καθόλου ευνοϊκή για την υγεία των δοντιών και γενικά του στόματος. Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να αναπτυχθούν νέες τερηδονικές βλάβες και φλεγμονές στο στόμα (Λάσκαρη, 1998).

3.9.1 ΑΙΤΙΑ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

Η ξηροστομία προκαλείται από διάφορες καταστάσεις όπως είναι η λήψη κάποιων φαρμάκων, η ακτινοβολία στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου και ορισμένα συστηματικά νοσήματα.

α) Φάρμακα

Η πλέον συνηθισμένη αιτία ξηροστομίας είναι η λήψη φαρμάκων. Τα φάρμακα που οδηγούν σε ξηροστομία είναι πάρα πολλά, όπως τα αγχολυτικά, αγγειοδιασταλτικά, αντιυπερτασικά, αντιαρρυθμικά, αντιαιμοροφιλικά, αντιγλαυκωματικά, αντιδιαρροϊκά, αντιϊσταμινικά, αναλγητικά, αντινεοπλασματικά, αντιυπερλιπιδεμικά, αντιόξινα, αντιεμετικά, αντιφλεγμονώδη, αντιχολινεργικά, βρογχοδιασταλτικά, διουρητικά, αντιπαρκινσονικά, ηρεμιστικά, κατασταλτικά των γαστρικών εκκρίσεων, μυοχαλαρωτικά, νευροληπτικά, ναρκωτικά, ορμόνες (για υποθυρεοειδισμό, εμμηνόπαυση), φάρμακα κατά της ακμής, των αρθροπαθειών, του AIDS, της οστεοπόρωσης, της νόσου Alzheimer, της ναυτίας, των ημικρανιών και των λοιμώξεων (Αγγελοπούλου, 2000).

Η ξηροστομία από τη λήψη φαρμάκων είναι προσωρινή και διαρκεί για όσο χρονικό διάστημα παίρνει ο ασθενής τα φάρμακα. Τα φάρμακα που επηρεάζουν την παραγωγή σάλιου, ουσιαστικά μειώνουν το σάλιο ηρεμίας. Η μείωση αυτή εξαρτάται από το είδος του φαρμάκου, τη χορηγούμενη δόση, αλλά και από τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των δόσεων (Παναγιώτου, 1994).

β) Θεραπευτική ακτινοβολία

Η ακτινοβολία της περιοχής κεφαλής και τραχήλου οδηγεί στη μερική ή ολική καταστροφή των σιελογόνων αδένων (παρωτίδα, υπογνάθιος, υπογλώσσιος και ελάσσονες σιαλογόνοι αδένες). Στην ολική καταστροφή των αδένων, η ξηροστομία είναι μόνιμη.

Εάν ακτινοβοληθούν και οι δυο πλευρές της κεφαλής, τότε η εμφανιζόμενη ξηροστομία θα είναι πολύ έντονη (Ιακωβίδης, 1996).

γ) Νοσήματα

Οι ασθένειες που προκαλούν ξηροστομία είναι τα συστηματικά νοσήματα (το σύνδρομο Sjögren, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η σκληροδερμία,), οι αιματολογικές παθήσεις (σιδηροπενική και κακοήθης αναιμία) και οι παθήσεις του ήπατος (Καγιάβης, 1998).

Άλλες καταστάσεις που προκαλούν ξηροστομία είναι η συγγενής απλασία των σιελογόνων αδένων, οι φλεγμονές του στόματος, η στοματική αναπνοή, ο υποθυρεοειδισμός, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι ψυχογενείς νόσοι (άγχος, κατάθλιψη), οι ορμονικές αλλαγές μετά την εμμηνόπαυση, οι καταστάσεις που επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα (νόσος Alzheimer), η κακή διατροφή (έλλειψη βιταμινών και πρωτεϊνών) και η κατάχρηση του αλκοόλ (Λάμπρου, 1993).

ΑΙΤΙΑ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

Τοπικές παθήσεις

- Φλεγμονώδεις καταστάσεις
- Θεραπεία με ακτινοβολία
- Εκφυλιστικές αλλοιώσεις
- Μετεγχειρητική περίοδος

Συστηματικές παθήσεις

- Νόσοι του αίματος
- Παθήσεις του παγκρέατος
- Παθήσεις ήπατος
- Διάφορα σύνδρομα
- Ορμονικές διαταραχές
- Διαταραχές θρέψεως
- Νευρολογικές διαταραχές
- Φάρμακα

3.9.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ.

Η μέτρηση του παραγόμενου σάλιου είναι σημαντική παράμετρος προκειμένου να εντοπιστεί το πρόβλημα της ξηροστομίας. Η ελαττωμένη παραγωγή σάλιου οδηγεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων μέσα στο στόμα.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι είτε υποκειμενικά (αυτά που αισθάνεται ο ασθενής) είτε αντικειμενικά (αυτά που παρατηρεί ο γιατρός ή ο οδοντίατρος).

➤ Υποκειμενικά συμπτώματα ξηροστομίας

Ο ξηροστομικός ασθενής παραπονιέται για κάποια ενοχλητικά συμπτώματα.

Αυτά είναι:

- Διαταραχή στην αίσθηση της γεύσης
- Κουσαλγία
- Δυσκολία μάσησης, κατάποσης, ομιλίας
- Κακοσμία στόματος
- Προβλήματα με τη συγκράτηση των οδοντοστοιχιών
- Δυσκολία στη διάνοιξη του στόματος (Σχίζας, 1999).

Διαταραχή στην αίσθηση της γεύσης

Επάνω στη γλώσσα υπάρχουν οι γευστικοί κάλυκες, που είναι υπεύθυνοι για την αίσθηση της γεύσης.

Η γεύση διαταράσσεται, διότι το σάλιο δεν είναι αρκετό για:

- να φέρει τη μασημένη τροφή σε επαφή με τους γευστικούς κάλυκες και
- να ξεπλύνει τους γευστικούς κάλυκες από τα υπολείμματα της τροφής.

Στο στόμα του ξηροστομικού ασθενή υπάρχει άσχημη γεύση και συνήθως κυριαρχεί η γεύση του αλμυρού (Επιβατιανός, 1991).

Στην περίπτωση που η ξηροστομία οφείλεται στην ακτινοβόληση της περιοχής κεφαλής τραχήλου, η αίσθηση της γεύσης επανέρχεται σε μικρό χρονικό διάστημα μετά από το τέλος της ακτινοθεραπείας. Σε λίγους όμως ασθενείς το πρόβλημα με τη διαταραχή της γεύσης παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα (Καγιάβης, 1998).

Καυσαλγία

Καυσαλγία είναι το επώδυνο αίσθημα καψίματος που υπάρχει μέσα στο στόμα και επηρεάζεται πολύ από την ψυχική κατάσταση του ασθενή.

Μερικές φορές εντοπίζεται στη γλώσσα (γλωσσοδυνία). Η καυσαλγία μπορεί να οφείλεται στην ίδια την ακτινοβόληση της περιοχής, στην ξηροστομία από φάρμακα ή συστηματικά νοσήματα, στους τραυματισμούς του βλεννογόνου του στόματος και σε άλλα αίτια.

Η καυσαλγία πολύ συχνά ταλαιπωρεί γυναίκες υπερήλικες ή και μέσης ηλικίας (Επιβατιανός, 1991).

Δυσκολία μάσησης, κατάποσης, ομιλίας

Ο ξηροστομικός ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα με τη μάσηση, την κατάποση ή και την ομιλία.

Χαρακτηριστικό είναι ότι αισθάνεται πόνο όταν μασά και καταπίνει, με αποτέλεσμα να αποφεύγει το φαγητό και να υποσιτίζεται .

Επίσης γίνεται "επιλεκτικός" και περιορίζεται σε τροφές που καταπίνονται εύκολα και δεν απαιτούν μεγάλη προσπάθεια για μάσηση.

Η γλώσσα γίνεται δυσκίνητη και οι κινήσεις της δυσκολεύονται ακόμη περισσότερο από την ξηρότητα του στόματος (Σχίζας, 1999).

Κακοσμία του στόματος

Η απόπνοια από το στόμα του ξηροστομικού ασθενή είναι συνήθως δύσοσμη. Η κακοσμία οφείλεται στην έλλειψη της αντιμικροβιακής δράσης του σάλιου, γεγονός

που οδηγεί στην αύξηση του αριθμού των μικροβίων που αναπτύσσονται στη ράχη της γλώσσας.

Επιπλέον, εάν συνυπάρχει και φτωχή στοματική υγιεινή, τότε το πρόβλημα της κακοσμίας επιδεινώνεται (Χατζηγιάννης, 2004).

Προβλήματα συγκράτησης των οδοντοστοιχιών

Γενικά, το σάλιο βοηθάει στη συγκράτηση των οδοντοστοιχιών, γεμίζοντας το κενό μεταξύ βλεννογόνου και οδοντοστοιχίας.

Όταν δεν υπάρχει αρκετό σάλιο στο στόμα, ο ασθενής παραπονιέται ότι δεν μπορεί να ανεχθεί τις οδοντοστοιχίες του, με συνέπεια να τις βγάζει συνέχεια από το στόμα.

Όταν τις φορά, δυσκολεύεται στη μάσηση της τροφής και ο βλεννογόνος του στόματος τραυματίζεται εύκολα. Γι αυτό αναγκάζεται να επιλέγει τις μαλακές τροφές που επειδή είναι πιο κολλώδεις, υποβοηθούν την ανάπτυξη των μικροβίων του στόματος (Καραπάνου και συν, 2006).

Δυσκολία στη διάνοιξη του στόματος

Ο ασθενής δυσκολεύεται να ανοίξει το στόμα του αρκετά, διότι οι μύες γίνονται δύσκαμπτοι.

Αιτία αυτής της δυσκαμψίας είναι η ακτινοβολία που διαπέρασε τους μύες του προσώπου και του λαιμού με αποτέλεσμα να χάνεται η ελαστικότητά τους.

Σε ορισμένες σοβαρές περιπτώσεις, παρατηρείται ελάχιστη διάνοιξη του στόματος, πράγμα που ταλαιπωρεί τον ασθενή και δυσκολεύει τον οδοντίατρο (Επιβατιανός, 1991).

➤ Αντικειμενικά συμπτώματα ξηροστομίας

Είναι τα συμπτώματα που μπορεί να εντοπίσει ο οδοντίατρος και αφορούν:

- στην τερηδονική ευαισθησία και στον κίνδυνο διάβρωσης των δοντιών

- στα προβλήματα που εμφανίζονται στο βλεννογόνο του στόματος και στα ούλα (Αποστολόπουλος, 1999).

Τερηδονική ευαισθησία και διάβρωση των δοντιών

Είναι η ευκολία με την οποία αναπτύσσονται νέες τερηδονικές βλάβες. Σε σοβαρές περιπτώσεις ξηροστομίας, οι βλάβες αυτές αναπτύσσονται άτυπα δηλ. ακόμη και σε επιφάνειες όπου συνήθως δεν παρουσιάζεται τερηδόνα (π.χ. στα φύματα των δοντιών). Οι άτυπες αυτές βλάβες εξελίσσονται με μεγάλη ταχύτητα, με αποτέλεσμα μέσα σε λίγους μήνες τα δόντια (μύλες και ρίζες) να εμφανίζουν εικόνα καταστροφής (Καραπάνου και συν, 2002).

Γενικά, η τερηδονική ευαισθησία είναι συνάρτηση τεσσάρων κύριων παραγόντων, δηλαδή του σάλιου και του φθορίου που δρουν με την απουσία τους και των τερηδογόνων τροφών και της μικροβιακής πλάκας που δρουν με την παρουσία τους (Δουβίτσας, 2005).

Στο σημείο αυτό θα αναλυθούν οι δύο τελευταίοι παράγοντες.

Η σύσταση της τροφής και η συχνότητα κατανάλωσής της παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία από άτομο σε άτομο.

Στον ξηροστομικό ασθενή παρατηρείται μια αλλαγή στις προτιμήσεις του, δηλαδή διαλέγει τροφές με μαλακή και κολλώδη σύσταση και επιπλέον αυξάνει τη συχνότητα λήψης ζαχαρούχων ή και ελαφρώς όξινων υγρών.

Όλες αυτές οι επιλογές θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των δοντιών του, προκαλώντας τερηδονικές βλάβες ή και διάβρωση.

Σχετικά με τη μικροβιακή πλάκα είναι γνωστό ότι είναι συναθροίσεις εκατοντάδων εκατομμυρίων μικροβίων που αναπτύσσονται επάνω και γύρω από τα δόντια (Παναγιώτου, 1994).

Στα άτομα που δεν είναι ευαίσθητα στην τερηδόνα, η μικροβιακή πλάκα περιέχει μικρό ποσοστό τερηδογόνων μικροβίων, ενώ στους ξηροστομικούς το ποσοστό των τερηδογόνων μικροβίων της πλάκας είναι κατά πολύ μεγαλύτερο. (Παναγιώτου, 1994)

Κάθε φορά που καταναλώνονται προϊόντα ζάχαρης, πατατάκια, ψωμί, κλπ, τα τερηδογόνα μικρόβια τρέφονται από τους ζυμώσιμους υδατάνθρακες (ζάχαρη, άμυλο) και παράγουν οξύ που καταστρέφει τα δόντια (Σχίζας, 1999).

Συνεπώς, λόγω της ξηροστομίας υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος να αναπτυχθούν τερηδονικές βλάβες στα δόντια και στις απογυμνωμένες ρίζες, διότι και περισσότερα τερηδογόνα μικρόβια επικρατούν στο στόμα και λιγότερη προστασία παρέχεται από το μειωμένο σάλιο (Σχίζας, 1999).

Τα προβλήματα διάβρωσης των δοντιών (διάλυση από χημικό αίτιο) παρατηρούνται σε όλα τα άτομα που καταναλώνουν όξινες τροφές (υγρής ή στερεάς σύστασης) σε καθημερινή βάση.

Οι ξηροστομικοί καταφεύγουν στη συχνή λήψη αναψυκτικών ή χυμών, προκειμένου να ανακουφιστούν από το σύμπτωμα του ξηρού στόματος. Η διάβρωση όμως που προκαλείται στα δόντια των ξηροστομικών είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με τα άτομα που έχουν φυσιολογική παραγωγή σάλιου. Συνεπώς, τα οξέα των τροφών, η έλλειψη της προστατευτικής ιδιότητας του σάλιου και η τερηδογόνος διατροφή των ξηροστομικών, θέτουν σε σοβαρότατο κίνδυνο την ακεραιότητα των δοντιών (Καραπάνου και συν, 2006).

Προβλήματα του βλεννογόνου του στόματος και των ούλων

Όπως προαναφέρθηκε, η βλέννα που περιέχεται στο σάλιο δρα σα λιπαντικό για το βλεννογόνο του στόματος. Τον προστατεύει από την τριβή και την αφυδάτωση και συμβάλλει στην κατάποση της τροφής

Στην ξηροστομία, ο βλεννογόνος αφυδατώνεται, ατροφεί, τραυματίζεται ευκολότερα και παρουσιάζει μεγαλύτερη ευαισθησία στις μολύνσεις. Η σύνθεση των μικροβίων του στόματος αλλάζει και πολλά παθογόνα είδη (σταφυλόκοκκοι, μύκητες, τερηδογόνα μικρόβια, στρεπτόκοκκοι mutans, κ.ά) απειλούν συνεχώς με μολύνσεις (Παναγιώτου, 1994).

Τα ούλα, η γλώσσα, το εσωτερικό του στόματος και οι γωνίες των χειλιών κοκκινίζουν, κάνουν εύκολα πληγές, πρήζονται και πονάνε, ιδίως κατά τη μάσηση. Βέβαια, πολλά από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι και αντίδραση του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία

Η ουλίτιδα αναπτύσσεται σχετικά εύκολα, διότι στο ξηροστομικό άτομο η μικροβιακή πλάκα είναι πολύ περισσότερη από ό,τι σε άτομα που έχουν φυσιολογική έκκριση σάλιου. (Αγγελοπούλου, 1999).

Στην περίπτωση που υπάρχουν οδοντοστοιχίες, το λιγοστό σάλιο δεν αρκεί για να γεμίσει το κενό μεταξύ οδοντοστοιχίας και βλεννογόνου, με συνέπεια η συγκράτηση των οδοντοστοιχιών να γίνεται προβληματική (Χαραλαμπάκης, 2000).

Όλα τα παραπάνω κάνουν τον ξηροστομικό να τρέφεται άσχημα (ποσοτικά και ποιοτικά) και τον οδηγούν στην απώλεια ενός σημαντικού μέρους από το σωματικό του βάρος (περίπου 5-15kg) (Καραπάνου και συν, 2006).

3.9.3 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ -ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΟΛΥΝΣΕΩΝ

Για να ανακουφιστεί ο ασθενής από την καυσαλγία, την ευαισθησία του στοματικού βλεννογόνου και τη δυσφορία, πρέπει να διατηρεί το στόμα του υγρό.

Μεγάλη ανακούφιση μπορεί να αισθανθεί όταν βρέχει το στόμα του συχνά με νερό (ιδίως το πλούσιο σε ανόργανα μεταλλικά ιόντα) και με μαλακτικά αφεψήματα,

όπως είναι το χαμομήλι, το αφέψημα βοτάνων και το ελαφρύ μαύρο τσάι, εμπλουτισμένα με σόδα του φαγητού (1/2 κουταλάκι σε 1 ποτήρι υγρό) (Λάμπρου, 1993).

Το μαύρο τσάι περιέχει φθόριο, στοιχείο θετικό, αλλά και τανίνες, στοιχείο αρνητικό. Η επιλογή είναι του ασθενή, ανάλογα με τη βαρύτητα του προβλήματός του.

Πολύτιμη βοήθεια προσφέρει και το γάλα που δρα σαν λιπαντικό του στοματικού βλεννογόνου.

Πρόσθετη ανακούφιση μπορεί να δώσει και το συχνό μάσημα της μαστίχας, που βοηθάει στην παραγωγή σάλιου (Σχίζας, 1999).

Επειδή υπάρχει δυσκολία στη μάσηση και κατάποση της τροφής, μια κουταλιά ελαιόλαδο πριν από κάθε γεύμα, διευκολύνει την κατάσταση. Το ίδιο αποτέλεσμα προσφέρει και η γλυκερίνη ή η υγρή παραφίνη (Σχίζας, 1999).

Εάν η μάσηση και η κατάποση είναι πολύ επώδυνη, μπορεί να χρησιμοποιηθεί διάλυμα τοπικού αναισθητικού (π.χ. ξυλοκαΐνης) για στοματόπλυση, λίγο πριν το φαγητό. (Παναγιώτου, 1994).

Οι μολύνσεις στο στόμα μπορούν να προληφθούν με καλή στοματική υγιεινή (βούρτσισμα των δοντιών και της γλώσσας, μεσοδόντια βουρτσάκια) και τη χρήση κάποιων αντισηπτικών διαλυμάτων, τα οποία δεν πρέπει να περιέχουν αλκοόλη (Λάμπρου, 1993).

Ειδικότερα :

Ουλίτιδα

Για την πρόληψή της χρειάζεται σωστό και σχολαστικό βούρτσισμα των δοντιών και των ούλων. Το βούρτσισμα της ράχης της γλώσσας συμβάλλει στη μείωση τόσο του μικροβιακού φορτίου του στόματος, όσο και στη μείωση της κακοσμίας.

Ερεθισμός ή πληγές κάτω από οδοντοστοιχίες

Για να αποφευχθούν οι ερεθισμοί, απαιτείται ο οδοντίατρος

- να ελέγξει ότι η οδοντοστοιχία κάθεται καλά στο στόμα
- να εκπαιδεύσει τον ασθενή στη σχολαστική καθαριότητα τόσο των

δοντιών (αν υπάρχουν) όσο και των ίδιων των οδοντοστοιχιών (Χαραλαμπίκης, 2000).

Οι οδοντοστοιχίες καθαρίζονται με ειδική βούρτσα και με λεπτόκοκκη οδοντόκρεμα. Εάν εντοπιστεί πέτρα (τρυγία), αυτό σημαίνει ότι σε εκείνο το σημείο δεν γινόταν σωστά το βούρτσισμα και ο οδοντίατρος πρέπει να την αφαιρέσει (Χαραλαμπίκης, 2000).

Σε περίπτωση που εμφανιστούν μολύνσεις στο βλεννογόνο κάτω από τις οδοντοστοιχίες, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με τη χορήγηση κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων που θα συστήσει ο οδοντίατρος.

Οι ξηροστομικοί πολύ συχνά εμφανίζουν μυκητίαση (μονιλίαση) στο βλεννογόνο του στόματος (Δουβίτσας, 1999).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση έχει δυο σκέλη, την αποκατάσταση του βλεννογόνου και την περιποίηση των τεχνητών οδοντοστοιχιών.)

- Αποκατάσταση βλεννογόνου: Ο οδοντίατρος χορηγεί αντιμυκητιασική αγωγή από το στόμα ή με τοπική επάλειψη.

- Περιποίηση οδοντοστοιχιών: Προκειμένου να αποφευχθεί η επαναμόλυνση του βλεννογόνου από τους εγκλωβισμένους μύκητες μέσα στους πόρους της οδοντοστοιχίας προτείνεται:

- σχολαστικό βούρτσισμα μετά από κάθε γεύμα
- εμφύσηση της οδοντοστοιχίας σε διάλυμα χλωρεξιδίνης 0,2% επί 7 μέρες κάθε βράδυ, καθώς και της οδοντόβουρτσας (Ιακωβίδης, 1996).

Μόλυνση στο βλεννογόνο ή στα χείλη:

Το μόνο μέσο που δρα προληπτικά είναι η άριστη στοματική υγιεινή. Βέβαια μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ήπια αντισηπτικά, όπως είναι το αλατόνερο ή το χαμομήλι με σόδα. (Σχίζας, 1999).

Όσον αφορά τη χλωρεξιδίνη (δραστικό αντισηπτικό), οι ξηροστομικοί είναι καλύτερα να αποφεύγουν τη χρήση της με τη μορφή στοματοπλύματος, για τους εξής λόγους:

- Η χλωρεξιδίνη καταστρέφει και τις ελάχιστες πρωτεΐνες του σάλιου (βλέννα) που έχουν επαλείψει το βλεννογόνο του στόματος
- Οι μικροραγάδες που εμφανίζονται στο στόμα των ξηροστομικών, διευκολύνουν την είσοδο της χλωρεξιδίνης μέσα στο βλεννογόνο, πράγμα που δε συμβαδίζει με τις οδηγίες ασφαλούς χρήσης της (Ιακωβίδης, 1996).

Υπάρχουν όμως και σκευάσματα χλωρεξιδίνης με τη μορφή βερνικιού που επαλείφονται με πινελάκι στις αποκαλυμμένες ρίζες των δοντιών, περιοδικά (μια φορά την εβδομάδα τον πρώτο μήνα και μετά ανά εξάμηνο) (Καγιάβης, 1998).

Σκοπός της επάλειψης με χλωρεξιδίνη είναι η μείωση του αριθμού των στρεπτόκοκκων *mutans*, οι οποίοι αυξάνονται πολύ στα άτομα με ξηροστομία και επιταχύνουν την ανάπτυξη τερηδόνας ρίζας (Ιακωβίδης, 1996).

Σε περίπτωση που εμφανιστούν πληγές ή μυκητιάσεις στο στόμα ή στα χείλη, τότε ο οδοντίατρος χορηγεί τα κατάλληλα για την περίπτωση φάρμακα (αντιβιοτικά ή αντιμυκητιασικά, αντίστοιχα). Εάν συνυπάρχει πόνος, χορηγούνται τα κοινά παυσίπονα (Λάμπρου, 1993).

3.9.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΞΗΡΟΣΤΟΜΙΑΣ

Μία ολοκληρωμένη αντιμετώπιση περιλαμβάνει :

- Τακτικές επισκέψεις

- Αποκάλυψη πλακών

- Ανίχνευση προβλημάτων και έγκαιρη αποκατάσταση

- Τοπική φθορίωση (Σχίζας, 1999).

-Τακτικές επισκέψεις

Ο ξηροστομικός ασθενής ανήκει στην ομάδα ατόμων υψηλού τερηδονικού κινδύνου, γι' αυτό πρέπει να ακολουθεί ένα εντατικό προληπτικό πρόγραμμα.

Οφείλει να επισκέπτεται τον οδοντίατρο κάθε 2-3 μήνες. Ο οδοντίατρος μετά από κάθε κλινική εξέταση επιλέγει και εκτελεί τις ενδεδειγμένες οδοντιατρικές πράξεις ανάλογα με τις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή, αφού προηγουμένως τον ενημερώσει για τα αίτια, τα συμπτώματα και την αντιμετώπιση της ξηροστομίας.

Η μέτρηση του ρυθμού ροής του σάλιου (ηρεμίας και διέγερσης) καταγράφεται στο ιστορικό του (Αποστολόπουλος, 1999).

-Αποκάλυψη πλακών

Ο οδοντίατρος βάφει με ειδική χρωστική τις μικροβιακές πλάκες, δηλαδή τις συναθροίσεις (πλάκες) των μικροβίων που βρίσκονται προσκολλημένες επάνω στα δόντια.

Στη συνέχεια, ο ασθενής βουρτσίζει τα δόντια και τα ούλα, οπότε αφαιρεί τις χρωματισμένες πλάκες. Με τον τρόπο αυτό γίνεται τόσο η εξάσκηση στο σωστό βούρτσισμα, όσο και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας της μεθόδου βουρτσίσματος που εφαρμόζει ο ασθενής (Λάμπρου, 1993).

-Ανίχνευση προβλημάτων και έγκαιρη αποκατάσταση

Στην περίπτωση που χρειάζονται σφραγίσματα, χρησιμοποιούνται συνήθως υλικά που απελευθερώνουν φθόριο.

Η υπάρχουσα τρυγία (πέτρα) αφαιρείται από τις θέσεις όπου έχει συσσωρευτεί και ακολουθεί ελαφρά στίλβωση των δοντιών με φθοριούχο οδοντόκρεμα και κυπελλοειδές ελαστικό (Χαραλαμπάκης, 2000).

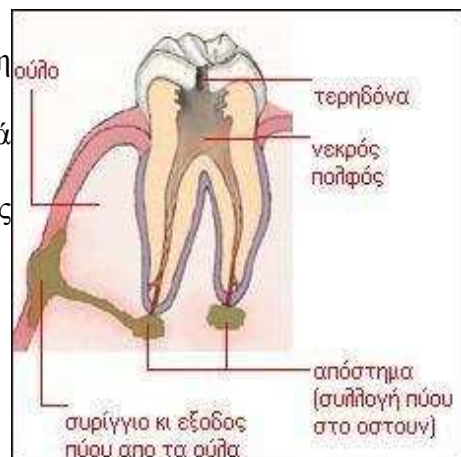
- Τοπική φθορίωση

Ο οδοντίατρος, μετά από κάθε συνεδρία χρησιμοποιεί πυκνά φθοριούχα σκευάσματα, αυτήν τη φορά ουδέτερου pH, για ενίσχυση της επιφάνειας των δοντιών (μύλης και απογυμνωμένης ρίζας).

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στις απογυμνωμένες ρίζες των δοντιών, επειδή αυτές γίνονται ιδιαίτερα ευπαθείς στην τερηδόνα, ιδίως μετά την ακτινοθεραπεία. (Λάμπρου, 1998).

3.10 ΑΠΟΣΤΗΜΑ

Το απόστημα είναι μια κοιλότητα γεμάτη πύο. Είναι αυτό που χαρακτηριστικά ονομάζεται πρήξιμο του δοντιού και συνήθως συνοδεύεται από ισχυρό πόνο.



Εάν ένα απόστημα δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως, προκαλεί διάβρωση στο οστό (κόκαλο) της γνάθου και επέκταση της φλεγμονής με πολύ δυσάρεστα αποτελέσματα για τον ασθενή, όπως ισχυρότατο πόνο, γενική κακουχία, ρίγος, παραμόρφωση του προσώπου, διόγκωση των λεμφαδένων και πυρετό (Δουβίτσας, 1999).

Στα πρώτα στάδια της τερηδόνας το δόντι μπορεί να θεραπευθεί με την κατάλληλη έμφραξη (σφράγισμα). Με το σφράγισμα αναπληρώνεται με ειδικά υλικά η φθορά των οδοντικών ουσιών.

Αν η τερηδόνα φθάσει στον πολφό, αντιμετωπίζετε η βλάβη με τη λεγόμενη ενδοδοντική θεραπεία (απονεύρωση), δηλαδή γίνεται αφαίρεση του μολυσμένου πολφού και έμφραξη του χώρου που παραμένει με κατάλληλα υλικά (Δουβίτσας, 2005).

Στο προχωρημένο στάδιο καταστροφής του δοντιού με το σχηματισμό αποστήματος, το δόντι κινδυνεύει άμεσα να χαθεί (να χρειαστεί εξαγωγή). Στη φάση αυτή, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης, ο ασθενής θα πρέπει να λάβει αντιβιοτικά για την καταπολέμηση της φλεγμονής. Εάν ο Οδοντίατρος κρίνει ότι το δόντι μπορεί να διατηρηθεί, προχωρά σε ενδοδοντική θεραπεία (απονεύρωση) (Λάμπρου, 1993).

Πολλοί ασθενείς αισθάνονται άσχημα όταν ακούνε τη λέξη απονεύρωση, προσπαθούν να την αποφύγουν και την έχουν συνδυάσει με κάτι οδυνηρό. Τα πράγματα δεν είναι έτσι. Η απονεύρωση, ή πιο σωστά ενδοδοντική θεραπεία όπως λέγεται, στοχεύει στην εξάλειψη των μικροβίων που έχουν εισχωρήσει μέσα στον πολφό. Εάν ο πολφός είναι μολυσμένος ο μοναδικός τρόπος να διατηρηθεί το δόντι είναι με απονεύρωση. Σε κάθε άλλη περίπτωση τα συμπτώματα παραμένουν και πολύ πιθανόν να χειροτερέψουν. (Ιακωβίδης, 1996)

Αναισθητοποιείται πλήρως η αντίστοιχη περιοχή έτσι ώστε να μην γίνεται αισθητός ο παραμικρός πόνος. Ακολούθως αφαιρείται το μολυσμένο περιεχόμενο μέσα από το δόντι και τοποθετούνται τα κατάλληλα φάρμακα και προσωρινό σφράγισμα. Στις επόμενες συνεδρίες συνεχίζεται κανονικά η θεραπεία μέχρι τη στιγμή που θα κριθεί ότι εξαλείφθηκε η φλεγμονή, οπότε και σφραγίζονται οι ρίζες και το υπόλοιπο δόντι. Κατά τη διάρκεια των συνεδριών απαιτείται η λήψη ορισμένων ακτινογραφιών που βοηθούν να επιβεβαιωθεί ότι η θεραπεία βαίνει καλώς (Δουβίτσας, 1999).

Εάν η αιτία της εμφάνισης του αποστήματος είναι ένα κατεστραμμένο δόντι τότε είναι αναγκαία η απονεύρωση προκειμένου να αφαιρεθεί ο μολυσμένος πολφός και να εξουδετερωθούν τα μικρόβια που προκάλεσαν τη φλεγμονή. Τα φάρμακα μπορούν να ανακουφίσουν προσωρινά και να μειώσουν το οίδημα (πρήξιμο) αλλά δεν μπορούν να απομακρύνουν την αιτία που είναι η τερηδόνα (Αποστολόπουλος, 1999).

Αν λοιπόν δεν γίνει η κατάλληλη θεραπεία από τον οδοντίατρο είναι σίγουρο ότι κάποια στιγμή στο μέλλον θα επανεμφανιστεί το απόστημα και μάλιστα σε χειρότερη μορφή. Στην περίπτωση αυτή μειώνονται δραματικά οι πιθανότητες να σωθεί το δόντι (Δουβίτσας, 1999).

3.11 ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα προσβολής από περιοδοντική νόσο (ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα) είναι η καθημερινή αφαίρεση της μικροβιακής οδοντικής πλάκας, η χρήση οδοντικού νήματος και οι τακτικοί επαγγελματικοί καθαρισμοί (Κωνσταντινίδης, 2001).

Ο Οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να καταρτίσει ένα ατομικό πρόγραμμα στοματικής φροντίδας για το σπίτι. Ο κάθε ασθενής έχει ξεχωριστές ανάγκες, συνήθειες και επιθυμίες και ο Οδοντίατρος θα πρέπει να τις καλύπτει. Το ιδανικό είναι να γίνεται περιοδοντική εξέταση σε κάθε καινούριο ασθενή που προσέρχεται στο ιατρείο (Σχίζας, 1999).

Η ουλίτιδα μπορεί να θεωρηθεί ως το πρόωρο στάδιο μιας περιοδοντίτιδας. Ο μεγάλος κίνδυνος στον ασθενή που πάσχει από ουλίτιδα είναι ότι αν την παραμελήσει και δεν τη θεραπεύσει έγκαιρα με τη βοήθεια του Οδοντιάτρου, μπορεί να προχωρήσει και να καταστρέψει το οστό των φατνίων στο οποίο στηρίζεται το δόντι. Μπορεί δηλαδή να εξελιχθεί σε μία καταστρεπτική για τα δόντια φλεγμονή, την περιοδοντίτιδα. Μπορεί να θεωρηθεί η περιοδοντίτιδα ως η φυσική συνέχεια μιας ουλίτιδας που έμεινε αθεράπευτη για μεγάλο χρονικό διάστημα (Λάσκαρη, 1998).

➤ Η φλεγμονή αυτή βλάπτει το κόκκαλο και το συνδετικό ιστό που υποστηρίζει τα δόντια. Τα ούλα υποχωρούν και η ενισχυτική δομή του οστού χάνεται. Τότε τα δόντια χαλαρώνουν, αρχίζουν να κινούνται, μπορεί να μετατοπιστούν σε άλλη θέση και όταν χάσουν μεγάλο μέρος από τη στήριξή τους θα πρέπει να εξαχθούν (Δουβίτσας, 1999).



Η περιοδοντίτιδα θεωρείται η πιο συνηθισμένη αιτία απώλειας δοντιών στους ενήλικες. Η ουλίτιδα είναι μια κατάσταση που με σωστό βούρτσισμα και σωστό καθαρισμό από τον Οδοντίατρο μπορεί να επανέλθει στη φυσιολογική κατάσταση. Η

περιοδοντίτιδα όμως δεν επανέρχεται στο φυσιολογικό γιατί τα κύτταρα του οστού που καταστρέφονται δεν μπορούν να φτιαχτούν ξανά από τον οργανισμό (Μήτση, 2002).

Με τη σωστή θεραπεία από τον Οδοντίατρο, μπορεί να σταματήσει η βλάβη στο σημείο που έχει φθάσει και να μην προχωρήσει άλλο. Γι' αυτό είναι αναγκαία η προσέλευση στον Οδοντίατρο αμέσως μόλις διαπιστωθεί κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα:

- υποχώρηση των ούλων
- κακοσμία του στόματος
- χαλάρωση κάποιου δοντιού
- εκροή πύου (εικόνα ουλίτιδας, περιοδοντίτιδας) (Παναγιώτου, 1994).

Η περιοδοντίτιδα είναι κατά κανόνα μία "σιωπηλή" και ύπουλη νόσος. Ο πόνος δεν είναι συνηθισμένο σύμπτωμα της περιοδοντίτιδας, γεγονός το οποίο εξηγεί εν μέρει γιατί σε πολλές περιπτώσεις η νόσος ανιχνεύεται από τον Οδοντίατρο σε πολύ προχωρημένο στάδιο (Σχίζας, 1999).

Επίσης εξηγεί το γιατί μερικοί ασθενείς αποφεύγουν τη θεραπεία ακόμη και αφού εντοπιστεί η ύπαρξη περιοδοντίτιδας. Μία περιοδοντική εξέταση από ένα γενικό Οδοντίατρο μία ή δύο φορές το χρόνο, μπορεί να αποκαλύψει οποιαδήποτε περιοδοντικά προβλήματα (Λάμπρου, 1993).

Ο σωστός επαγγελματίας Οδοντίατρος, πριν από όλα, παίρνει ένα πλήρες Ιατρικό και Οδοντιατρικό Ιστορικό, έτσι ώστε να μπορέσει να διαπιστώσει την ύπαρξη κάποιου συστηματικού νοσήματος το οποίο μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην υπάρχουσα κατάσταση.

Στόχος είναι η διερεύνηση της γενικής κατάστασης της υγείας. Το ιστορικό θα βοηθήσει στο να αποκαλύψει και να αξιολογήσει οποιαδήποτε περιοδοντικά προβλήματα του παρελθόντος (Θεοδώρου,2002).

Ακολουθώντας, θα πρέπει να εξετάσει προσεκτικά τα ούλα όσον αφορά το χρώμα και τη σύστασή τους, τυχόν ύπαρξη φλεγμονών κ.λ.π. Κατά κανόνα είναι απαραίτητο να προχωρήσει στη λήψη μιας σειράς μικρών ακτινογραφιών, ώστε να διαπιστώσει την ποιότητα και ποσότητα του υπάρχοντος οστού το οποίο στηρίζει τα δόντια αλλά και την ύπαρξη τυχόν αποκαταστάσεων που μπορεί να επιβαρύνουν την κατάσταση των ούλων. Διάγνωση περιοδοντικής νόσου χωρίς τη λήψη ακτινογραφιών δεν μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστη (Κωνσταντινίδης, 2001, Μήτση, 2002).

Επίσης, χρησιμοποιώντας ένα ειδικό λεπτό εργαλείο, θα μπορέσει να μετρήσει το βάθος της ουλοδοντικής σχισμής, γεγονός που βοηθάει να καθοριστεί η βαρύτητα της νόσου.

Τέλος, ελέγχετε η κινητικότητα των δοντιών. Στη συνέχεια επιλέγετε η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο Οδοντίατρος θα προχωρήσει στη λεγόμενη αποτρύγωση (καθαρισμό) των δοντιών, δηλαδή την αφαίρεση της πλάκας και της τρυγίας (πέτρας) που έχουν συσσωρευτεί στις επιφάνειες των δοντιών. Σε προχωρημένες βλάβες, ίσως χρειαστεί και κάποια μικρή χειρουργική επέμβαση (Ιακωβίδης, 1996, Δουβίτσας, 1999).

Ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθήσει ένα κατάλληλο πρόγραμμα στοματικής υγιεινής, για συντήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Η διατήρηση των "θεραπευμένων" ούλων εξαρτάται από δύο παράγοντες :

- την καθημερινή φροντίδα από τον ασθενή και
- τις συχνές επανεξετάσεις και καθαρισμούς από τον οδοντίατρο (κάθε εξάμηνο) (Λάμπρου, 1993).

3.12 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη είναι αποτελεσματική όταν αρχίζει νωρίς...



Η τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο έχει ουσιαστική σημασία όχι μόνο για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των νόσων του στόματος, αλλά και για τον γενικό έλεγχο όλης της στοματικής κοιλότητας (Σχίζας, 1999).

Ο Οδοντίατρος θα ελέγξει σχολαστικά την κατάσταση των δοντιών και ούλων και γενικά όλης τη στοματικής κοιλότητας. Αν χρειαστεί, θα προβεί στη λήψη μιας σειράς μικρών ακτινογραφιών για να εντοπίσει βλάβες των δοντιών που δεν μπορούν να διαπιστωθούν με μία απλή εξέταση. Με τις συχνές επισκέψεις γίνεται ανίχνευση της τερηδόνας όσο είναι σε αρχικό στάδιο, πριν επεκταθεί. Επίσης θεραπεύετε μία ερχομένη φλεγμονή στα ούλα πριν εξελιχτεί σε βαριά περιοδοντίτιδα. Ένα παραμελημένο στόμα μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία λοιμώξεων οι οποίες ενδεχομένως να απειλήσουν γενικότερα την υγεία του οργανισμού . Επιπλέον, ένας μεγάλος αριθμός ασθενειών δίνουν συμπτώματα (πολλές φορές τα πρώτα) από τη στοματική κοιλότητα. Η τακτική επίσκεψη στον Οδοντίατρο μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση κάποιας άλλης πάθησης που ταλαιπωρεί ή θα ταλαιπωρήσει αργότερα (Παναγιώτου, 1994).

Τα τερηδονισμένα δόντια, τα σφραγίσματα που έχουν αλλοιωθεί με το πέρασμα του χρόνου και οι νόσοι του περιοδοντίου (ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα), προκαλούν κακοσμία του στόματος με δυσάρεστα επακόλουθα στην ψυχολογία . Επιπρόσθετα, η μάσηση της τροφής με δόντια λιγότερα από το φυσιολογικό αριθμό,

δεν γίνεται σωστά, με αποτέλεσμα -όταν παρατείνεται και αμελείται η κατάσταση- να δημιουργηθεί πρόβλημα στο στομάχι, το οποίο δυσκολεύεται να χωνέψει την τροφή. Ακόμη, η ίδια κατάσταση συχνά οδηγεί σε ανώμαλες κινήσεις της γνάθου, με αποτέλεσμα η άρθρωση της γνάθου (κροταφογναθική) να αρχίσει να καταστρέφεται, δίνοντας συμπτώματα όπως θορύβους κατά το άνοιγμα και το κλείσιμο του στόματος και έντονο πόνο (Χαραλαμπίκης, 2000).

Τελευταίος αλλά όχι λιγότερο σημαντικός παράγοντας είναι η επίδραση στην ψυχική υγεία. Το χαμόγελο είναι από τους βασικότερους παράγοντες ενός ωραίου προσώπου.(Δουβίτσας, 2000).

Όπως σε όλες τις νόσους, έτσι και στις νόσους του στόματος, η πρόληψη είναι πάντοτε προτιμότερη της θεραπείας. Τα δόντια είναι δυνατόν να διατηρηθούν υγιή καθολη τη διάρκεια της ζωής, αρκεί να φροντίζονται σωστά.

Είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι βουρτσίζουν τα δόντια τους για κοινωνικούς λόγους. Θέλουν να διαθέτουν δροσερή αναπνοή και λευκά δόντια. Έστω και με τα παραπάνω ως κίνητρα, δίνεται η κατεύθυνση της σωστής στοματικής υγιεινής και φροντίδας των δοντιών (Αποστολόπουλος, 1999).

Μπορούμε λοιπόν να προλάβουμε τις νόσους των δοντιών και του περιοδοντίου, αν εφαρμόσουμε τα ακόλουθα προληπτικά μέτρα:

3.13 ΣΩΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Η σωστή στοματική υγιεινή εξασφαλίζει στόμα υγιές και ευχάριστη αναπνοή. Αυτό σημαίνει ότι:

- Τα δόντια είναι καθαρά και χωρίς υπολείμματα
- Τα ούλα είναι ροζ και δεν ματώνουν με τη βούρτσα ή με το νήμα

- Η αναπνοή δεν είναι μόνιμο πρόβλημα (Μουτσόπουλος, 2002).

Εάν τα ούλα πονάνε ή ματώνουν με την οδοντόβουρτσα ή το νήμα και εάν η αναπνοή είναι μόνιμως δυσάρεστη, πρέπει να γίνει επίσκεψη στον οδοντίατρο. Ο οδοντίατρος μπορεί να υποδείξει τους τρόπους για την σωστή φροντίδα των δοντιών και να υποδείξει τα σημεία του στόματος που χρειάζονται μεγαλύτερη προσοχή στο βούρτσισμα και στο καθάρισμα με νήμα (Σχίζας, 1999).

Η συστηματική και σωστή στοματική υγιεινή είναι από τα πιο σημαντικά πράγματα για τα δόντια και τα ούλα.. Η καλή υγεία του στόματος είναι σημαντική για τη συνολική ευεξία.

Η καθημερινή προληπτική φροντίδα, όπως το κατάλληλο βούρτσισμα και το καθάρισμα με νήμα, βοηθάει να μην επιδεινωθούν τα προβλήματα και είναι λιγότερο επώδυνη και δαπανηρή από τις οδοντιατρικές θεραπείες (Λάμπρου, 1993).

Στα διαστήματα που μεσολαβούν από τις επισκέψεις στον οδοντίατρο, μπορούν να γίνουν πολύ απλά πράγματα για να μειωθεί ο κίνδυνος της τερηδόνας, της ουλίτιδας και άλλων προβλημάτων:

- Προσεκτικό βούρτσισμα δύο φορές την ημέρα και καθάρισμα με νήμα μία φορά την ημέρα
- Ισορροπημένη διαίτα χωρίς πολλά γλυκά ή άμυλα ανάμεσα στα γεύματα
- Χρήση προϊόντων στοματικής υγιεινής με fluoride
- Χρήση στοματικού διαλύματος με fluoride εάν το συστήσει ο οδοντίατρος
- Νερό εμπλουτισμένο με fluoride για τα παιδιά που είναι κάτω των 12 ετών (Αποστολόπουλος, 1999).

3.14 ΒΟΥΡΤΣΙΣΜΑ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ

Για το βούρτσισμα των δοντιών χρειάζεται οδοντόβουρτσα και οδοντόκρεμα. Η οδοντόκρεμα θα πρέπει απαραίτητως να περιέχει φθόριο.

Η οδοντόβουρτσα πρέπει να τοποθετείται εκεί όπου τα ούλα "συναντούν" τα δόντια, με τις τρίχες να έχουν κλίση περίπου 45 μοίρες έτσι ώστε κατά το βούρτσισμα να γίνεται ταυτόχρονα και μάλαξη των ούλων.

Στη συνέχεια γίνονται μικρές κυκλικές κινήσεις, περίπου 15-20 για κάθε ομάδα δοντιών, τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά. Η όλη διαδικασία θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον τρία λεπτά (οι περισσότεροι άνθρωποι βουρτσίζουν τα δόντια τους κατά μέσο όρο μόνο τριάντα δευτερόλεπτα.) (Τσουνίας, 2003).

Το βούρτσισμα των δοντιών θα πρέπει να γίνεται μετά από κάθε γεύμα. Θα πρέπει επίσης να μην ασκείτε υπερβολική δύναμη κατά το βούρτσισμα, διότι υπάρχει ο κίνδυνος να προκληθούν φθορές στην αδαμαντίνη (οι οποίες ονομάζονται αποτριβές) (Λάμπρου, 1993).

Το μυστικό στην αφαίρεση της πλάκας δεν είναι η δύναμη που ασκείται αλλά η τεχνική που εφαρμόζεται. Πρέπει να βουρτσίζονται όλα τα δόντια και όλες τις επιφάνειες τους. Πολλοί άνθρωποι, είτε από βιασύνη είτε επειδή τους "ενδιαφέρουν" μόνο τα πρόσθια δόντια, ξεχνούν να βουρτσίσουν ή αδιαφορούν για τα πίσω δόντια και τις πίσω επιφάνειες των δοντιών. Αυτό είναι μεγάλο λάθος διότι τα υπολείμματα τροφών που θα "κατασκηνώσουν" στις επιφάνειες αυτές μπορούν να προκαλέσουν βλάβες σε δόντια και ούλα (Τσουνίας, 2003).

Συμπεραίνει κανείς από τα παραπάνω ότι η τεχνική του βουρτσίσματος έχει ορισμένα μικρά μυστικά τα οποία αν δεν εφαρμοστούν, δεν πρόκειται να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα (Σχίζας, 1999).

3.14.1 ΟΔΟΝΤΟΒΟΥΡΤΣΕΣ –ΦΘΟΡΙΟ- ΣΤΟΜΑΤΙΚΑ ΔΙΑΛΥΜΑΤΑ

Στο εμπόριο υπάρχουν οδοντόβουρτσες σε μεγάλη ποικιλία μεγέθους, σχήματος και ποιότητας, οπότε ο ασθενής βρίσκεται συχνά σε σύγχυση για το ποια από όλες να επιλέξει.

Η οδοντόβουρτσα πρέπει να είναι από πλαστικές τρίχες με αποστρογγυλεμένες άκρες (κι όχι από φυσική τρίχα γιατί προκαλεί φθορές στα δόντια). Καλό είναι να προτιμάτε οδοντόβουρτσα μέτριας ή μαλακής σκληρότητας και όχι σκληρή. Είναι προτιμότερο να επιλέγεται οδοντόβουρτσα μικρού σχετικά μεγέθους για να μπορεί να φτάνει σε όλες τις επιφάνειες και των πίσω δοντιών (Λάμπρου, 1998).

Επίσης υπάρχουν και ηλεκτρικές οδοντόβουρτσες. Οι κλινικές δοκιμές και έρευνες έχουν δείξει ότι οι περισσότερες από τις ηλεκτρικές οδοντόβουρτσες έχουν καλά αποτελέσματα στην αφαίρεση της οδοντικής πλάκας, αρκεί η οδοντόβουρτσα να καθοδηγείται σε όλες τις οδοντικές επιφάνειες και σε όλα τα δόντια. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι είναι πιο εύκολο με μία ηλεκτρική οδοντόβουρτσα να βουρτσίζονται τα πρόσθια δόντια παρά τα πίσω (Θεοδώρου, 2002).

Καμία έρευνα δεν έχει αποδείξει ότι τα αποτελέσματα της χρήσης μιας ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας είναι ανώτερα από αυτά της κλασσικής "χειρωνακτικής" οδοντόβουρτσας (Κωνσταντινίδης, 2001).

Φθόριο

Εδώ και χρόνια το φθόριο, σε χαμηλές συγκεντρώσεις, βοηθά στη σκλήρυνση της επιφάνειας των δοντιών και επομένως στην αύξηση της αντοχής τους στην τερηδόνα. Το φθόριο χρησιμοποιείται ως προληπτικό μέσο κατά της τερηδόνας από τον Οδοντίατρο. Αν όμως ληφθεί φθόριο σε υπερβολική ποσότητα, τότε μπορεί να

προκαλέσει ορισμένα προβλήματα στα δόντια (όπως δυσχρωμία) αλλά και δηλητηρίαση (όταν η συγκέντρωση είναι ιδιαίτερα αυξημένη) (Λάμπρου, 1998).

Στα παιδιά οι πιθανότητες αυξημένης κατανάλωσης φθορίου είναι περισσότερες γιατί συχνά καταπίνουν μεγάλες ποσότητες οδοντόπαστας. Ακόμη και τότε όμως, κατά κανόνα δεν διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο, επειδή η συγκέντρωση του φθορίου στην οδοντόπαστα είναι ιδιαίτερα χαμηλή (Τσούνιας, 2003).

Το φθόριο μπορεί να ληφθεί κυρίως μέσω του πόσιμου νερού, μέσω της οδοντόπαστας καθώς και μέσω ειδικών δισκίων ή σταγόνων τα οποία μπορεί να θεωρήσει απαραίτητο να χορηγήσει ο Οδοντίατρος. Επίσης, μπορεί να προχωρήσει σε φθορίωση των δοντιών, δηλαδή να τοποθετήσει ένα φθοριούχο ζελέ επάνω στα δόντια (Λάμπρου, 1998,).

Στοματικά διαλύματα

Κυκλοφορεί ένα μεγάλο φάσμα στοματικών διαλυμάτων. Ορισμένα από αυτά εξυπηρετούν κυρίως στο να αυξήσουν τα κίνητρα και τη διάθεση για βούρτσισμα, διότι αφήνουν μια παροδικά δροσερή αναπνοή. Σε καμία όμως περίπτωση δεν μπορούν να υποκαταστήσουν μία οδοντόβουρτσα στον καθαρισμό των δοντιών. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται πάντοτε σε συνδυασμό (Σχίζας, 1999).

Κάποια άλλα στοματικά διαλύματα φάνηκε ότι είναι πιο αποτελεσματικά στη μείωση των μικροβίων που υπάρχουν στη στοματική κοιλότητα. Αυτά όμως είναι πιο εξειδικευμένα και κατά κανόνα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε ειδικές περιπτώσεις και για διάρκεια λίγων εβδομάδων, διότι η μακροπρόθεσμη χρήση τους επί καθημερινής βάσης μπορεί να προκαλέσει μία σειρά από ανεπιθύμητες ενέργειες στον οργανισμό (Αποστολόπουλος, 1999).

Πολλοί Οδοντίατροι θεωρούν ότι η χρήση μιας οδοντόκρεμας που περιέχει φθόριο επαρκεί για την υγιεινή του στόματος. Σε περιπτώσεις ουλίτιδας ή

περιοδοντίτιδας, ξηροστομίας κ.λ.π., συστήνεται κάποιο ειδικό στοματικό διάλυμα για περιορισμένο χρονικό διάστημα.

Ωστόσο υπάρχουν και κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειες που αναφέρονται στα στοματικά διαλύματα. Εξαρτώνται από τον τύπο, τη δόση και τη συχνότητα χρήσης ενός στοματικού διαλύματος. Η συστηματική χρήση διαλυμάτων που περιέχουν αλκοόλη για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του στοματικού βλεννογόνου. Επίσης, έχει παρατηρηθεί εμφάνιση χρωστικών, ευαισθησία των δοντιών, απώλεια της αίσθησης της γεύσης και άλλα συμπτώματα. Πολλά διαλύματα περιέχουν φθοριούχο νάτριο, το οποίο αν ληφθεί ή καταποθεί σε μεγάλες ποσότητες μπορεί να προκαλέσει προβλήματα (Δουβίτσας, 2004).

Για το λόγο αυτό θα πρέπει να μην επιτρέπετε στα παιδιά η χρήση τους, εκτός αν το έχει συστήσει ο Οδοντίατρος και πάντα υπό την επίβλεψη των γονιών. Αν διαπιστωθεί οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια από τη λήψη ενός στοματικού διαλύματος, διακόπτετε αμέσως η χρήση του και ενημερώνεται ο Οδοντίατρος (Σχίζας, 1999).

Μεσοδόντια βουρτσάκια

Χρησιμοποιούνται για την απομάκρυνση οδοντικής πλάκας από μεγάλα μεσοδόντια διαστήματα και είναι ιδανικά μέσα καθαρισμού για προσθετικές αποκαταστάσεις και κάτω από ενδιάμεσες γέφυρες.

Εισάγεται στο μεσοδόντιο κενό και με κινήσεις μέσα έξω αφαιρεί την οδοντική πλάκα (Τσουνίας, 2003).

Οδοντιατρικές οδοντογλυφίδες

Υπάρχουν στο εμπόριο ειδικά κατασκευασμένες από μαλακό ξύλο, βάλαμο φλαμουριά και έχουν τριγωνικό σχήμα για να ταιριάζουν στο σχήμα των μεσοδόντιων κενών (Κωνσταντινίδης, 2001).

3.14.2 ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΒΟΥΡΤΣΙΣΜΑ



Τοποθετείστε την οδοντόβουρτσα σε γωνία 45 μοιρών ως προς την παρυφή των ούλων και κινείστε την βουρτσίζοντας προς τα επάνω



Με ήπιες, μικρές, παλινδρομικές κινήσεις βουρτσίστε την εξωτερική, την εσωτερική και τη μασητική επιφάνεια των δοντιών.



Βουρτσίστε μαλακά και τη γλώσσα σας για να απομακρυνθούν τα βακτηρίδια και να φρεσκαριστεί η αναπνοή σας (Dentorama, 2006).

3.14.3 ΤΟ ΣΩΣΤΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΑ ΜΕ ΝΗΜΑ

Το βούρτσισμα των δοντιών θα πρέπει να συμπληρώνεται με τη χρήση οδοντικού νήματος. Το οδοντικό νήμα, το οποίο κυκλοφορεί ως κηρωμένο ή ακήρωτο, μπορεί να αφαιρέσει την οδοντική πλάκα από περιοχές ανάμεσα στα δόντια οι οποίες είναι αδύνατον να καθαριστούν σωστά με τη χρήση της κλασσικής οδοντόβουρτσας (Αποστολόπουλος, 1999).

Χρειάζεται μισό περίπου μέτρο νήματος το οποίο διπλώνεται από τις άκρες του. Ακολούθως τεντώνεται και περνιέται ανάμεσα στα δόντια, προσέχοντας να μην ασκηθεί μεγάλη δύναμη, τραυματίζοντας τα ούλα. Στη συνέχεια με παλινδρομικές κινήσεις τρίβονται οι επιφάνειες ανάμεσα στα δόντια ώστε να αφαιρεθεί η οδοντική πλάκα. Το πρόβλημα με το οδοντικό νήμα είναι ότι δεν είναι εύκολο να χρησιμοποιηθεί σωστά, με αποτέλεσμα (σε λαθεμένη χρήση) να τραυματίζει τα ούλα προκαλώντας πόνο γι' αυτό απαιτείται κάποιος βαθμός επιδεξιότητας.

Άτομα που έχουν σφιχτά διαστήματα μεταξύ των δοντιών τους θα πρέπει να επιλέξουν νήμα που θα γλιστρά εύκολα μεταξύ των δοντιών. Αν κατά την επανειλημμένη χρήση νήματος μεταξύ δύο δοντιών διαπιστωθεί ότι το νήμα σπάζει, τότε μπορεί η αιτία να είναι κάποια τερηδόνα ή κάποια φθαρμένη ή κακότεχνη αποκατάσταση (π.χ. στεφάνη), που θα πρέπει να επανακατασκευαστεί το συντομότερο (Κωνσταντινίδης, 2001, Σπυροπούλου, 2004).



Χρησιμοποιείτε 45 πόντους νήμα, και αφήστε 5 περίπου πόντους ανάμεσα στα δάκτυλα.



Με ήπιες κινήσεις καθαρίστε τα κενά ανάμεσα στα δόντια σας



Καθαρίστε κάτω από την παρυφή των ούλων, αλλά αποφύγετε να πιέσετε το νήμα στα ούλα (Dentorama, 2006).

3.15 ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ

Η τρυγία (πέτρα) δεν μπορεί να αφαιρεθεί με το κλασσικό βούρτσισμα στο σπίτι. Για την αφαίρεσή της απαιτείται να επέμβει ο Οδοντίατρος.

Ο καθαρισμός των δοντιών από τον οδοντίατρο διενεργείται με δυο τρόπους, είτε με τη χρήση ορισμένων εργαλείων χειρός που ονομάζονται ξέστρα (διακρίνονται σε κοχλιάρια και δρέπανα), είτε με τη χρήση ειδικής συσκευής (υπέρηχοι) πάνω στην οποία προσαρμόζεται ένα εργαλείο, το ξέστρο των υπερήχων (Δουβίτσας, 1999).

Συνήθως, ο οδοντίατρος αφαιρεί τις μεγάλες εναποθέσεις τρυγίας με τη χρήση των υπερήχων και ολοκληρώνει τον καθαρισμό με τη χρήση των κοχλιαρίων και δρεπάνων. Ο καθαρισμός με υπέρηχους γίνεται σαφώς πιο γρήγορα αλλά, σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να μην είναι εύκολα ανεκτός από τον ασθενή (Δουβίτσας, 2004).

Κατά τη διάρκεια του καθαρισμού συχνά τα ούλα αιμορραγούν ελαφρώς, ειδικά εάν ο ασθενής πάσχει από ουλίτιδα. Είναι φυσιολογικό φαινόμενο, μικρού βαθμού και διαρκεί μικρό χρονικό διάστημα

Μετά την ολοκλήρωση του καθαρισμού ο οδοντίατρος συνήθως προχωρεί σε στίλβωση (γυάλισμα) των δοντιών με ειδικές πάστες, οι οποίες βοηθούν και στην αφαίρεση κάποιων επιφανειακών χρωστικών των δοντιών. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται με ικανοποίηση την αίσθηση των καθαρών και γυαλισμένων δοντιών και από κει και πέρα εξαρτάται από τη δική τους φροντίδα η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (Σπυροπούλου, 2004).

3.16 ΛΕΥΚΑΝΣΗ

Το βούρτσισμα των δοντιών συνήθως δεν αρκεί για την αφαίρεση των χρωστικών, ιδίως όταν αυτές έχουν διεισδύσει στο εσωτερικό του δοντιού. Η

επιφανειακή συγκέντρωση χρωστικών μπορεί να αντιμετωπιστεί από τον Οδοντίατρο με καθαρισμό των δοντιών και στίλβωση (γυάλισμα) με ειδική πάστα (Παπαδημητρίου, 2005).

Όταν η χρώση είναι βαθύτερη μπορεί να αντιμετωπιστεί με κάλυψη της μύλης του δοντιού με ουσίες λευκού χρώματος (σύνθετες ρητίνες) ή σε βαρύτερες περιπτώσεις, με την τοποθέτηση στεφάνης (Δουβίτσας, 2000).

Μια μέθοδος θεραπείας με καλά αποτελέσματα σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι η ονομαζόμενη λεύκανση των δοντιών, η οποία με απλά λόγια σημαίνει χρησιμοποίηση ορισμένων ουσιών που διεισδύουν στο εσωτερικό του δοντιού και αλλάζουν το χρώμα του. Το αποτέλεσμα υποβοηθείται με τη χρήση ειδικής οδοντόπαστας και συνήθως διαρκεί από ένα ως τρία χρόνια (Σχίζας, 1999).

Η επιτυχία του αποτελέσματος καθώς και η χρονική του διάρκεια εξαρτάται από την αιτία της δυσχρωμίας, τη στοματική υγιεινή που ακολουθεί ο ασθενής, το είδος της διατροφής και τη μέθοδο που εφαρμόζεται. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα ποσοστά επιτυχίας της λεύκανσης αγγίζουν το 90%. Είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε περιπτώσεις αλλαγής του χρώματος των δοντιών λόγω ηλικίας, κατανάλωσης καφέ και καπνίσματος (Παπαδημητρίου, 2005).

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν είναι όλες οι περιπτώσεις κατάλληλες για λεύκανση. Αν τα δόντια έχουν κάποια δυσχρωμία λόγω λήψης κάποιου φαρμάκου (π.χ. τετρακυκλίνης) ή από φθορίωση, η λεύκανση δεν θα επιφέρει σημαντική βελτίωση στο χρώμα των δοντιών. Αν τα δόντια είναι πολύ ευαίσθητα ή εμφανίζεται περιοδοντίτιδα, τότε ίσως ο Οδοντίατρος να αποτρέψει την λεύκανση (Δουβίτσας, 2004).

Σε μερικούς ασθενείς μπορεί να προκληθεί μικρός ερεθισμός των ούλων ή ευαισθησία των δοντιών, αλλά αυτά συνήθως υποχωρούν μετά το τέλος της θεραπείας (Δουβίτσας, 2000).

3.16.1 ΤΡΟΠΟΙ ΛΕΥΚΑΝΣΗΣ

Στην ουσία υπάρχουν τρεις τρόποι για τη λεύκανση των δοντιών:

1. Η λεύκανση στο σπίτι, με τη χρήση δισκαρίων εμπορίου : πολλοί ασθενείς καταφεύγουν σ'αυτή τη λύση διότι έχει το μικρότερο κόστος. Χρησιμοποιούν προϊόντα που μπορεί να είναι μη ενδεδειγμένα. Η λύση αυτή αποτελεί τη χειρότερη δυνατή επιλογή. Ποτέ δεν πρέπει να πραγματοποιείται λεύκανση των δοντιών χωρίς την καθοδήγηση του Οδοντίατρου (Θεοδώρου, 2002).

2. Η λεύκανση στο σπίτι με κατάλληλο νάρθηκα : ο Οδοντίατρος παίρνει ένα αποτύπωμα του οδοντικού φραγμού και το οδοντοτεχνικό εργαστήριο προβαίνει στην κατασκευή ενός εξατομικευμένου νάρθηκα. Ύστερα συστήνει το κατάλληλο προϊόν και δίνει τις οδηγίες χρήσης του. Κατά κανόνα, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί επίσκεψη στο ιατρείο 2-3 φορές, για τον έλεγχο της πορείας της λεύκανσης και τη συνολική εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος. Η όλη διαδικασία μπορεί να διαρκέσει από δύο έως έξι εβδομάδες (Δουβίτσας, 2000).

3. Λεύκανση στο Ιατρείο : σε γενικές γραμμές πρόκειται για μία τεχνική κατά την οποία ο οδοντίατρος τοποθετεί μία ουσία στα δόντια και ακολούθως, χρησιμοποιώντας Laser ή γενικά κάποιο είδος κατάλληλης πηγής θερμότητας, και έτσι ενεργοποιεί την ουσία που τοποθετήθηκε. Το μεγάλο της πλεονέκτημα είναι ότι διαρκεί πολύ λιγότερο και ότι εκτελείται από τον κατεξοχήν αρμόδιο (τον Οδοντίατρο). Το πρόβλημα με αυτό τον τρόπο λεύκανσης είναι ότι μπορεί, σπάνια,

να προκαλέσει ευαισθησία των δοντιών, που μπορεί να διαρκέσει για μικρό ή και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Τέλος θα πρέπει να γίνει γνωστό ότι η λεύκανση δεν μπορεί να μεταβάλλει το χρώμα υλικών αποκατάστασης όπως οι λευκές εμφράξεις, οι πορσελάνες κ.λ.π. (Δουβίτσας, 2004)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Βασικός κανόνας της στοματικής υγιεινής είναι η πρόληψη. Για τον λόγο αυτό θα πρέπει να αρχίζει από νωρίς, από την παιδική ακόμα ηλικία, ακολουθώντας τους σωστούς και βασικούς κανόνες της.

Τα δόντια και γενικά όλη η στοματική κοιλότητα είναι αναγκαίο να φροντίζεται σωστά και μεθοδικά καθώς επίσης και να ελέγχεται από τους οδοντιάτρους σε τακτά χρονικά διαστήματα, διότι έτσι μπορούν να προληφθούν πολλές ασθένειες, οι οποίες δεν σχετίζονται μόνο με την κοιλότητα του στόματος όπως ουλίτιδα, περιοδοντίτιδα, τερηδόνα αλλά με όλο γενικά τον οργανισμό.

Η παραμέληση της στοματικής υγιεινής μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να προκαλέσει σοβαρότατα προβλήματα.

Ένα παραμελημένο στόμα μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία λοιμώξεων που ενδεχομένως να απειλήσουν την γενική υγεία.

Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν κατανοήσει την αξία της υγιεινής της στοματικής κοιλότητας. Οι πιο πολλοί βουρτσίζουν τα δόντια τους γιατί θέλουν να διαθέτουν δροσερή αναπνοή και όμορφο χαμόγελο με υγιή φαινομενικά δόντια, μη κρίνοντας απαραίτητη την επίσκεψη σε οδοντίατρο άνευ προφανούς προβλήματος.

Έστω και με τα παραπάνω ως κίνητρα είναι δυνατόν να παρακινηθεί ο καθένας προς την κατεύθυνση της σωστής στοματικής υγιεινής.

Για να προληφθούν τυχόν προβλήματα αλλά και ασθένειες πρέπει να εφαρμόζονται τα ακόλουθα προληπτικά μέτρα:

- Σωστό βούρτσισμα των δοντιών
- Χρήση στοματικού διαλύματος και οδοντικού νήματος
- Τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο ακόμα και αν δεν υπάρχει συγκεκριμένο πρόβλημα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συλλογή στοιχείων που αφορούν την στοματική υγιεινή σε φοιτητές που δεν ανήκουν σε σχολές επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας και δεν έχουν την ανάλογη εκπαίδευση.

Στόχος

Στόχος της είναι να συλλέξει πληροφορίες από τον πληθυσμό στόχο (φοιτητές Σχολής Διοίκησης Οικονομίας-(ΣΔΟ)- Σχολή Τεχνολογικών Εφαρμογών (ΣΤΕΦ)), σχετικά με το κατά πόσο επιμελούνται σωστά και μεθοδικά την στοματική κοιλότητα και κατά πόσο τηρούν τους κανόνες στοματικής υγιεινής.

Εργαλείο μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα, σχεδιάστηκε από τους ερευνητές αφού συμβουλευτήκαν τη σχετική βιβλιογραφία και περιελάμβανε 35 ερωτήσεις κλειστού τύπου από αυτές οι πέντε (5) αφορούσαν προσωπικά στοιχεία του ατόμου που συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο, όπως το έτος γέννησης, η σχολή, το τμήμα και το εξάμηνο στο οποίο φοιτεί.

Οι επόμενες τέσσερις (4) παρείχαν πληροφορίες σχετικά με το πότε πήγε για πρώτη φορά στον οδοντίατρο, πόσο συχνά τον επισκέπτεται, ποιος είναι ο συνήθης λόγος της επίσκεψης και πότε ήταν η τελευταία επίσκεψη.

Στη συνέχεια οι ερωτήσεις αφορούσαν τη στοματική υγιεινή. Δηλαδή αν χρησιμοποιούσε στοματικό διάλυμα, οδοντικό νήμα, οδοντιατρικές οδοντογλυφίδες, φθοριούχο οδοντόκρεμα, οδοντόκρεμα λεύκανσης δοντιών, πόσο συχνά βούρτσιζε τα δόντια του και αν χρησιμοποιούσε ηλεκτρική η κοινή οδοντόβουρτσα.

Οι υπόλοιπες ερωτήσεις σχετίζονταν με το οδοντιατρικό ιστορικό του ατόμου, όπως αν είχε κάνει σφραγίσματα, προληπτικά σφραγίσματα στο παρελθόν, εξαγωγές

μόνιμων δοντιών, φθορίωση, ορθοδοντική θεραπεία, αν είχε προσθετικές εργασίες (στεφάνες, γέφυρες) και τέλος αν είχε πονόδοντο, οδοντικό απόστημα, ουλίτιδα.

Δείγμα

Η έρευνα απευθύνονταν σε φοιτητές, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας από 18 έως 24 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 20,5 έτη, οι οποίοι φοιτούν σε σχολές Σ.Δ.Ο. και Σ.Τ.ΕΦ. του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.

Για την εργασία χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας, το οποίο αποτελούνταν από 130 φοιτητές των παραπάνω σχολών εξήντα πέντε (65) άνδρες και εξήντα πέντε (65) γυναίκες.

Διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων

Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων έγινε το εαρινό εξάμηνο του 2007. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε φοιτητές/τριες των ως άνω σχολών αφού γινόταν εκτενής αναφορά του σκοπού και του στόχου της έρευνας, και τονίζόταν ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Όσοι συμφωνούσαν συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο και το επέστρεφαν στους ερευνητές που συνέλλεγαν τα ερωτηματολόγια σε ειδικό κουτί, για την προστασία της ανωνυμίας των συμμετεχόντων στην έρευνα αφού και το ερωτηματολόγιο που δόθηκε ήταν ανώνυμο.

Ηθική και δεοντολογία

Η έρευνα εγκρίθηκε από το συμβούλιο του τμήματος, το οποίο ενήργησε ως επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

Ανάλυση των δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων τα στοιχεία κωδικοποιήθηκαν από τους ερευνητές και για την ανάλυση τους χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα μας αποτέλεσαν εξήντα πέντε (65) γυναίκες και εξήντα πέντε (65) άνδρες.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1 : Δημογραφικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	n	(%)
Φύλο (n=130)		
Αντρας	65	(50)
Γυναίκα	65	(50)
Έτος γέννησης		
1983	5	(3,84)
1984	3	(2,30)
1985	33	(25,38)
1986	21	(16,15)
1987	31	(23,84)
1988	25	(19,23)
1989	12	(9,23)
Φοίτηση		
Σ.Δ.Ο.: τουριστικών επαγγελμάτων	12	(9,23)
Σ.Δ.Ο.: εμπορίας και διαφήμισης	7	(5,38)
Σ.Δ.Ο.: βιβλιοθηκονομίας	9	(6,92)
Σ.Δ.Ο.: λογιστικής	41	(31,5)
Σ.Τ.ΕΦ.: πληροφορικής	25	(19,23)
Σ.Τ.ΕΦ.: οχημάτων	10	(7,69)
Σ.Τ.ΕΦ.: αυτοματισμού	23	(17,69)
Σ.Τ.ΕΦ.: ηλεκτρονικής	3	(2,30)
Εξάμηνο		
A	17	(13,07)
B	18	(13,84)
Γ	7	(5,38)
Δ	20	(15,38)
E	8	(6,15)
ΣΤ	13	(10)
Z	15	(11,53)
H	32	(24,61)

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των φοιτητών σε ερωτήσεις που αφορούν τις επισκέψεις τους στον οδοντίατρο.

Πίνακας 2 : Απαντήσεις σε ερωτήσεις που αφορούν τις επισκέψεις στον οδοντίατρο.

	n	(%)
<u>Ερώτηση 6</u>		
Πότε επισκεφτήκατε για πρώτη φορά τον οδοντίατρο;		
5 ετών και κάτω	30	(23,07)
Μεταξύ 6-12 ετών	68	(52,30)
Μεταξύ 13-18 ετών	29	(22,30)
Άνω των 18 ετών	3	(2,30)
<u>Ερώτηση 7</u>		
Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον οδοντίατρο;		
Κάθε εξάμηνο	20	(15,35)
Μια φορά τον χρόνο	69	(53,07)
Επί προβλήματος	41	(31,53)
<u>Ερώτηση 8</u>		
Πόσος καιρός έχει περάσει από την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε τον οδοντίατρο;		
Λιγότερο από ένα εξάμηνο	18	(13,84)
Λιγότερο από ένα χρόνο	43	(33,07)
Πάνω από ένα χρόνο	51	(39,23)
Πάνω από δύο χρόνια	7	(5,38)
Δεν θυμάμαι	11	(8,46)
<u>Ερώτηση 9</u>		
Ποιος είναι ο συνήθης λόγος επίσκεψή σας στον οδοντίατρο;		
Πόνος	95	(73,07)
Πρόληψη	46	(35,38)
Προληπτικό πρόγραμμα φορέων	4	(3,07)
Σύσταση ιατρών	7	(5,38)
Αισθητική δοντιών	3	(2,30)

Όπως φαίνεται και στον παραπάνω πίνακα η πλειονότητα των ερωτηθέντων φοιτητών επισκέφτηκε για πρώτη φορά τον οδοντίατρο μεταξύ 6-12 ετών με ποσοστό 52,30%, και μόλις το 2,30% αυτών επισκέφτηκε τον οδοντίατρο σε ηλικία άνω των 18 ετών.

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 53,07% επισκέπτεται τον οδοντίατρο μία φορά το χρόνο, το 31,53% επί προβλήματος και μόλις το 15,35% επισκέπτεται τον οδοντίατρο τακτικά κάθε εξάμηνο για τον απαιτούμενο τυπικό έλεγχο.

Ο συνήθης λόγος των νέων, όπως φαίνεται και από τον παραπάνω πίνακα, που πηγαίνουν στον οδοντίατρο είναι ο πόνος, γεγονός που δείχνει ότι δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι σε ότι αφορά την πρόληψη και την τακτική επίσκεψη στον οδοντίατρο.

Μέσα από την συγκεκριμένη έρευνα έγινε κατανοητό ότι οι νέοι σήμερα είναι λιγότερο ενημερωμένοι όσον αφορά την στοματική υγιεινή και τους κανόνες πρόληψης.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των φοιτητών σε ερωτήσεις που αφορούν παρεμβάσεις για την καθημερινή περιποίηση και υγιεινή του στόματος.

Πίνακας 3 : Απαντήσεις σε ερωτήσεις που αφορούν παρεμβάσεις για την καθημερινή περιποίηση και υγιεινή του στόματος.

	n	(%)
<u>Ερώτηση 10</u>		
Πόσο συχνά βουρτσίζετε τα δόντια σας;		
Μια φορά την ημέρα	16	(12,30)
Δύο φορές την ημέρα	80	(61,53)
Τρεις φορές την ημέρα	24	(18,46)
Μερικές φορές την εβδομάδα	7	(5,38)
Σπάνια	3	(2,30)
Ποτέ	0	(0)
<u>Ερώτηση 11</u>		
Χρησιμοποιείτε στοματικό διάλυμα υγιεινής;		
Ναι	107	(82,30)
Όχι	23	(17,69)
<u>Ερώτηση 12</u>		
Χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα;		
Ναι	45	(34,61)
Όχι	85	(65,38)
<u>Ερώτηση 13</u>		
Χρησιμοποιείτε ηλεκτρική οδοντόβουρτσα;		
Ναι	16	(12,30)
Όχι	114	(87,69)
<u>Ερώτηση 14</u>		
Χρησιμοποιείτε κοινή οδοντόβουρτσα;		
Ναι	101	(77,69)
Όχι	29	(22,30)
<u>Ερώτηση 15</u>		
Κάθε πότε αλλάζετε την οδοντόβουρτσά σας(επί ηλεκτρικής τη βούρτσα);		
Κάθε τρεις μήνες	74	(56,92)
Κάθε εξάμηνο	46	(35,38)
Κάθε χρόνο	7	(5,38)
Περισσότερο από χρόνο	2	(1,53)

Οι νέοι δείχνουν ότι αρχίζουν να συμμορφώνονται με την καθημερινή στοματική υγιεινή τους καθώς βουρτσίζουν τα δόντια τους σε ποσοστό 61,53% δύο φορές την ημέρα, 18,46% τρεις φορές την ημέρα και μόλις το 12,30% μία φορά την ημέρα.

Επίσης, στοματικό διάλυμα υγιεινής, όπως δείχνει και ο πίνακας 3 χρησιμοποιεί το 82,30%, οδοντικό νήμα το 34,61% και τέλος το ποσοστό που χρησιμοποιεί οδοντιατρικές οδοντογλυφίδες ανέρχεται σε 15,38%.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα βρέθηκε ότι χρησιμοποιούσαν φθοριούχο οδοντόκρεμα σε ποσοστό 61,53%. Δεν χρησιμοποιούσε οδοντιατρικές οδοντογλυφίδες το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος με ποσοστό 84,61%. Το 36,15% δεν έχει χρησιμοποιήσει ποτέ ηλεκτρική οδοντόβουρτσα. Ακόμα το 55,38% δεν έχει κάνει ποτέ χρήση οδοντόκρεμας λεύκανσης δοντιών και το 85,38% δεν έχει χρησιμοποιήσει ποτέ άλλα προϊόντα λεύκανσης. Τέλος η πλειονότητα των φοιτητών 92,30% δεν έχει κάνει φθορίωση στις ηλικίες 5-12 ετών ενώ μόλις το 7,69% έχει κάνει.

Στον πίνακα 4 υπάρχουν ερωτήσεις που έχουν σχέση με τα σφραγίσματα και τις εξαγωγές μόνιμων δοντιών.

Πίνακας 4 : Σφραγίσματα (εμφράξεις), εξαγωγές μονίμων δοντιών.

	n	(%)
<u>Ερώτηση 22</u>		
Έχετε κάνει προληπτικά σφραγίσματα σε ηλικίες 4-6 ετών;		
Ναι	30	(23,07)
Όχι	100	(76,92)
<u>Ερώτηση 25</u>		
Έχετε σφραγίσματα;		
Ναι	120	(92,30)
Όχι	10	(7,69)
<u>Ερώτηση 26</u>		
Πόσα σφραγίσματα έχετε; (αριθμός)		
1	11	(8,46)
2	13	(10)
3	18	(13,84)
4	37	(28,46)
5	18	(13,84)
6	20	(15,38)
7	8	(6,15)
8	3	(2,30)
9	2	(1,53)
<u>Ερώτηση 23</u>		
Έχετε κάνει εξαγωγές μονίμων δοντιών;		
Ναι	39	(30)
Όχι	91	(70)
<u>Ερώτηση 24</u>		
Πόσες εξαγωγές μονίμων δοντιών έχετε κάνει (αριθμός)		
0	90	(69,23)
1	22	(16,92)
2	15	(11,53)
3	2	(1,53)
4	1	(0,76)
5		

Στον πίνακα 4 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος, 92,30% έχει κάνει σφραγίσματα.

Σε ποσοστό 28,46% ανέρχονται οι φοιτητές με τέσσερα σφραγίσματα, ελάχιστοι έχουν μόνο ένα σφράγισμα, 8,46% ενώ το 61,53% των ανδρών δεν έχει κανένα σφράγισμα σε σχέση με τις γυναίκες που το ποσοστό τους φτάνει σε 30,76%.

Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται ερωτήσεις που αφορούν την ουλίτιδα.

Πίνακας 5 : Απαντήσεις σε ερωτήσεις που αφορούν την ουλίτιδα.

	n	(%)
<u>Ερώτηση 27</u>		
Τα ούλα σας ματώνουν κατά τη διάρκεια του βουρτσίσματος;		
Ναι	50	(38,46)
Όχι	80	(61,53)
<u>Ερώτηση 35</u>		
Είχατε ποτέ ουλίτιδα;		
Ναι	50	(38,46)
Όχι	80	(61,53)

Στις ερωτήσεις 27 και 35 που παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα αναφέρετε ότι το 38,46% των ερωτηθέντων έχει εμφανίσει ουλίτιδα και τα ούλα του ματώνουν κατά τη διάρκεια του βουρτσίσματος

Ο πίνακας 6 αφορά τις προσθετικές εργασίες, στεφάνες γέφυρες , την ορθοδοντική θεραπεία και τις αισθητικές όψεις στα πρόσθια δόντια.

Πίνακας 6 : Προσθετικές εργασίες, στεφάνες γέφυρες, ορθοδοντική θεραπεία, αισθητικές όψεις.

	n	(%)
<u>Ερώτηση 28</u>		
Έχετε προσθετικές εργασίες; Στεφάνες γέφυρες		
Ναι	5	(3,84)
Όχι	125	(96,15)
<u>Ερώτηση 29</u>		
Έχετε κάνει ορθοδοντική θεραπεία;		
Ναι	41	(31,53)
Όχι	89	(68,46)
<u>Ερώτηση 31</u>		
Έχετε κάνει αισθητικές όψεις στα πρόσθια δόντια;		
Ναι	12	(9,23)
Όχι	118	(90,76)

Ένα πολύ ικανοποιητικό ποσοστό 32,60% των ανδρών και 30,76% των γυναικών στρέφεται προς την ορθοδοντική θεραπεία η οποία αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα στη σωστή στοματική υγιεινή.

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται ερωτήσεις που αφορούν τον πονόδοντο και το οδοντικό απόστημα.

Πίνακας 7 : Απαντήσεις σε ερωτήσεις που αφορούν τον πονόδοντο και το οδοντικό απόστημα.

	n	(%)
<u>Ερώτηση 32</u>		
Είχατε ποτέ πονόδοντο;		
Ναι	123	(94,61)
Όχι	7	(5,38)
<u>Ερώτηση 33</u>		
Ξυπνήσατε ποτέ από πονόδοντο;		
Ναι	50	(38,46)
Όχι	80	(61,53)
<u>Ερώτηση 34</u>		
Είχατε ποτέ οδοντικό απόστημα;		
Ναι	35	(26,92)
Όχι	95	(73,07)

Τέλος στον πίνακα 7 η πλειονότητα των φοιτητών με ποσοστό 94,61% είχε πονόδοντο κάποια στιγμή στη ζωή του, ενώ αρκετά μεγάλο ποσοστό 73,07% δεν έχει εμφανίσει ποτέ οδοντικό απόστημα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πρόληψη δεν μπορεί να αποτελεί μία τυποποιημένη συνταγή υποδείξεων ή απαγορεύσεων δοσμένων με τρόπο δογματικό. Για να γίνει πραγματικότητα η πρόληψη, χρειάζεται ριζική αλλαγή της νοοτροπίας και συγκεκριμένα αξιοποίηση των γνώσεων και των βασικών πορισμάτων της επιστήμης από τους ίδιους τους οδοντίατρους, πλήρης και μεθοδευμένη ενημέρωση του κοινού με ταυτόχρονη ευαισθητοποίηση και δραστηριοποίηση του στην ενσυνείδητη τήρηση των απαραίτητων μέτρων πρόληψης και η καθιέρωση ενός προληπτικού προγράμματος στα σχολεία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, μας έδειξαν ότι η συνήθεια της καθημερινής στοματικής υγιεινής δεν αρχίζει για το σύνολο του δείγματος από την προσχολική ηλικία, αλλά μεταξύ έξι με δώδεκα ετών. Στην προσχολική ηλικία θα πρέπει να γίνεται υπόδειξη του σωστού τρόπου βουρτσίσματος των δοντιών, περιοδική φθορίωση, προληπτικά σφραγίσματα. Μεγαλώνοντας συνιστάται η χρήση οδοντικού νήματος και η τακτική χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας. Όσον αφορά τους ενήλικες θα πρέπει να γίνονται έγκαιρα σφραγίσματα, μείωση των εξαγωγών με επιμελημένη ενδοδοντική θεραπεία.

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι η πλειοψηφία του δείγματος επισκέπτεται τον οδοντίατρο μια φορά τον χρόνο, ενώ οι οδοντίατροι συνιστούν τακτική επίσκεψη για στοματικό έλεγχο κάθε εξάμηνο. Παρά την προηγούμενη δήλωση ένα σημαντικό μέρος του δείγματος με ποσοστό 39,23% έχει να επισκεφτεί τον οδοντίατρο πάνω από ένα χρόνο και ο συνήθης λόγος της επίσκεψης τους είναι ο πόνος και όχι η πρόληψη.

Το βούρτσισμα των δοντιών πρέπει να αποτελεί καθημερινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Τα δόντια θα πρέπει να βουρτσίζονται τουλάχιστον τρεις

φορές την ημέρα όμως υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό στην έρευνας μας που δεν ακολουθεί αυτή την πρακτική.

Η πλειοψηφία του δείγματος 82,30% χρησιμοποιεί στοματικό διάλυμα υγιεινής ενώ το 65,38% δεν κάνει χρήση οδοντικού νήματος. Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων φοιτητών 56,92% αλλάζει την οδοντόβουρτσα του κάθε τρεις μήνες όπως συνιστούν και οι οδοντίατροι. Σήμερα οι νέοι στρέφονται προς την ορθοδοντική θεραπεία, όπως δείχνουν και τα αποτελέσματα της έρευνας με ποσοστό 31,53% , η οποία σύμφωνα με τις υποδείξεις των οδοντιάτρων αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα στη σωστή στοματική υγιεινή.

Στη χώρα μας υπάρχουν πολλοί οδοντίατροι στους οποίους μπορεί να απευθυνθεί ο καθένας, αυτό όμως δεν είναι αρκετό. Θα πρέπει η πολιτεία να εφαρμόσει ένα προληπτικό πρόγραμμα φορέων με προσιτές οδοντιατρικές υπηρεσίες για όλους. Να δημιουργήσει έναν αρμόδιο φορέα που σκοπό θα έχει την ενημέρωση, εκμάθηση και δραστηριοποίηση των κανόνων στοματικής υγιεινής καθώς επίσης και τον έλεγχο της στοματικής κοιλότητας των παιδιών σε σχολεία σε μόνιμη βάση ξεκινώντας από τις πρώτες τάξεις του δημοτικού.

Επιπλέον και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μπορούν να συμβάλλουν στην σωστή ενημέρωση και δραστηριοποίηση του κοινού με διαφημίσεις και ενημερωτικές εκπομπές με θέματα οδοντιατρικής πρόληψης.

Όλα τα παραπάνω δεν επαρκούν αν ο καθένας δεν κατανοήσει την αξία που έχει η οδοντιατρική πρόληψη για την γενική του υγεία και δεν εφαρμόσει τους βασικούς κανόνες στοματικής υγιεινής που περιλαμβάνει επίσκεψη στον οδοντίατρο κάθε εξάμηνο, βούρτσισμα των δοντιών μετά από κάθε γεύμα ,χρήση στοματικού διαλύματος και οδοντικού νήματος, αλλαγή της οδοντόβουρτσας κάθε τρεις μήνες.

Συμπέρασμα : η ερευνά έδειξε ότι οι φοιτητές των σχολών Σ.Δ.Ο. και Σ.Τ.ΕΦ. έχουν γνώση των βασικών κανόνων της στοματικής υγιεινής αλλά παρόλα αυτά τηρούν μόνο όσους θεωρούν οι ίδιοι απαραίτητους. Η διενέργεια ανάλογων μελετών και η εφαρμογή ενός προληπτικού προγράμματος φορέων με προσιτές οδοντιατρικές υπηρεσίες πιθανόν να ενισχύσει την τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής των φοιτητών και να βοηθήσει στην εφαρμογή ενός μόνιμου προγράμματος συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελόπουλος Α., (1990), “Επίτομος παθολογία στόματος”, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σελ. 28-58
- Αγγελοπούλου Μ., (2000), “Στοματολογία”, Β΄έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, σελ.11-26
- Αποστολόπουλος Γ.,, (1999), “Μαθήματα προληπτικής οδοντιατρικής”, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σελ. 129-203
- Δουβίτσας Γ.Π., Λαγουβάρδος Π., (1999),“Οδοντική χειρουργική”, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ. 31-57
- Δουβίτσας Γ.Π., (2000),“Λεύκανση των δοντιών”, Β΄έκδοση εκδόσεις Μπονισιέλ, σελ. 73-89
- Δουβίτσας Γ.Π., (2004), ‘Κλινική αισθητική οδοντιατρική’, ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, σελ43-52
- Δουβίτσας Γ.Π. , (2005),“Οδοντική τερηδόνα”, εκδόσεις Παρισιάνου σελ. 85-101
- Επιβατιανός Α.,(1991), “Η υφή και λειτουργία των σιελογόνων αδένων του ανθρώπου”, εκδόσεις Μπονισιέλ, σελ.18-27
- Θεοδώρου Π., Μιχαλάκος Μ, (2002), “Η οδοντιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα”, εκδόσεις Σύγχρονα θέματα, σελ. 43-66
- Ιακωβίδης Δ. Π., Τσίρλης Α. Θ., (1996), “Τοπική αναισθησία στην οδοντιατρική”, Β΄έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Θεσσαλονίκη, σελ. 30-51
- Καγιάβης Ι., Challacombe S., (1998), “Γενική και κλινική ανοσολογία για τις παθήσεις του στόματος”, εκδόσεις Μπονισιέλ, σελ. 18-37

- Κωνσταντινίδης Α.,(2001), “Περιοδοντολογία”, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ. 11-18, 29-34, 45-51,58-62
- Λάμπρου Δ., (1998), “Εισαγωγή στην οδοντιατρική πρόληψη”, Εκδόσεις University Studio Press, “το φθόριο και τα δόντια” σελ. 89-97, 100-105
- Λάμπρου Δ., (1993), “Η φιλοσοφία της πρόληψης στην οδοντιατρική”, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ. 181-189, 193-196, 215-219
- Μακρής Ν., (2005), “Βιολογία οδοντικών εμφυτευμάτων”, Εκδόσεις Παρισιάνου, σελ. 14-21
- Μήτση Φ., (2002), “Περιοδοντολογία”, 2^{ος} τόμος, Εκδόσεις Παρισιάνου, σελ. 33-38, 44-49, 51-54, 60-71
- Μουτσόπουλος Χ., McPhee S., (2002) “Παθολογική φυσιολογία”, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, σελ. 9-12, 15-19, 22-26
- Παναγιώτου Π.Χ.,(1994), “Στοματολογία. Διάγνωση και θεραπεία νοσημάτων βλεννογόνου στόματος”, Γ Έκδοση, Εκδόσεις Φωτοτυπική, Θεσσαλονίκη, σελ.23-35, 41-53
- Παπαδημητρίου Π., (2005), ‘ Οδοντιατρικά προβλήματα σε συστηματικές παθήσεις’, Εκδόσεις University Studio Press, σελ. 55-61, 72-79
- Σπυροπούλου Μ., (2004), ‘Βασικές αρχές ορθοδοντικής’ ιατρικές εκδόσεις Βήτα, σελ. 25-35, 41-44
- Σχίζας Α.,(1999), “Οδοντιατρικός οδηγός της οικογένειας”, Εκδόσεις Καρακώστας, σελ. 5-9, 12-14, 17-20, 25-42, 51-59
- Τσουνίας Β., (2003), ‘Εισαγωγή στην πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα’, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, σελ. 11-16, 18-20

Χαραλαμπίκης Β.Ν.,(2000), “Ορθοδοντική”, Γ Έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Θεσσαλονίκη , σελ. 186-195, 221-229

Χατζημπούγιας Ι., (2002), “Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου”, Εκδόσεις GM, Αθήνα , σελ. 116-122

Ellis H., (1992), “Clinical Anatomy”, Θ’ Έκδοση, Blackwell Scientific Publications, Oxford, σελ. 18-36, 41-48, 55-62, 66-74

Καραπάνου Α., Σταύρου Ι., Σταύρου Ε., Τσιρώνης Γ.,(2002) “Σύγχρονοι οδοντίατροι”, “Επιδημιολογία της οδοντικής τερηδόνας”, τεύχος 22, σελ. 165-176

Καραπάνου Α., Σταύρου Ι., Σταύρου Ε., Τσιρώνης Γ., (2006), “Σύγχρονοι οδοντίατροι”, “Ενεργητικές ιδιότητες σάλιου και προβλήματα από την ανεπαρκή έκκρισή του”, τεύχος 26, σελ. 79-93

Λάσκαρη Μ., (1998),“Ατλας στοματολογίας”, Β’ Έκδοση, σελ. 13-26

Χατζηγιάνης Ν., Τόσιος Κ., Παπανικολάου ΣΤ.,(2004), “Σύγχρονοι οδοντίατροι”, “Κακοσμία και μορφές κακοσμίας”, τεύχος 24, σελ. 213-223

Στοματολογική Εταιρεία Ελλάδος., (2007), “Στοματολογία”, τεύχος Απρίλιος – Ιούνιος

Ενδιαφέρουσες εικόνες

Dentorama, (2007), Κλινικές Τεχνικές: “Τρόπος Αποτελεσματικής Λεύκανσης των Δοντιών”, τεύχος Ιανουάριος, σελ. 28-32

Dentorama, (2007) “Η λεύκανση των δοντιών σήμερα”, τεύχος Μάρτιος

Dentorama, (2006) “Οδοντόβουρτσες: Το σημαντικότερο μέσο στοματικής υγιεινής”, τεύχος Μάιος

Dentorama, (2007) “Τα στοματοπλύματα ως μέσα στοματικής υγιεινής”,
τεύχος Μάρτιος

Dental Journal, (2007) “Η φθορίωση των δοντιών”, τεύχος Φεβρουάριος

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

<http://www.aim.gr>

<http://www.colgate.gr>

<http://www.dentalnet.gr>

<http://www.dontia.gr>

<http://www.forthnet.gr>

<http://www.iatronet.gr>

<http://www.in.gr>

<http://www.odontiatrkh.gr>

<http://www.smile.gr>

<http://www.stomatologia.gr>

<http://www.tooth.gr>

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1	Ανατομία στοματικής κοιλότητας	1-3
	1.1 Δόντια	3-8
	1.2 Γλώσσα	8-10
	1.3 Σιελογόνοι αδένες	10-12
	1.3.1 Φυσιολογία σιελογόνων αδένων	12-13
Κεφάλαιο 2	Σάλιο	13-14
	2.1 Σύσταση σάλιου	15
	2.1.1 Οργανικές ουσίες	15-16
	2.1.2 Ανόργανα συστατικά	16
	2.1.3 Παράγοντες που επιδρούν στη σύσταση του σάλιου	17-19
	2.2 Βιολογικές ιδιότητες σάλιου	20-23
Κεφάλαιο 3	Στοματική υγιεινή και πρόληψη	
	3.1 Πόνος	23-25
	3.2 Σφράγισμα	25-27
	3.3 Στεφάνες και θήκες	27-28
	3.4 Η κακοσμία	29-30
	3.4.1 Μορφές κακοσμίας	30-31
	3.4.2 Αντιμετώπιση κακοσμίας	32
	3.5 Η τερηδόνα	32-33
	3.5.1 Αντιμετώπιση τερηδόνας	34
	3.6 Η ουλίτιδα	34-35
	3.7 Μικροβιακή πλάκα και τρυγία	35-37

3.8 Στοματικοί ερεθισμοί και στοματικά έλκη.....	37-40
3.9 Η ξηροστομία.....	40-41
3.9.1 Αίτια ξηροστομίας.....	41-43
3.9.2 Συμπτώματα ξηροστομίας.....	44-49
3.9.3 Ανακούφιση-πρόληψη μολύνσεων... ..	49-52
3.9.4 Πρόληψη και αντιμετώπιση ξηροστομίας	53-54
3.10 Το απόστημα.....	54-56
3.11 Περιοδοντίτιδα.....	56-59
3.12 Στοματική υγιεινή	
3.12.1 Πρόληψη.....	60-61
3.13 Σωστή στοματική υγιεινή.....	61-62
3.14 Το βούρτσισμα των δοντιών.....	63
3.14.1 Οδοντόβουρτσες-φθόριο-στοματικά διαλύματα... ..	64-66
3.14.2 Το σωστό βούρτσισμα.....	67
3.14.3 Το σωστό καθάρισμα με νήμα.....	67-68
3.15 Καθαρισμός.....	69
3.16 Λεύκανση.....	69-71
3.16.1 Τρόποι λεύκανσης.....	71-72
Εισαγωγή.....	73
Ειδικό μέρος	
Μεθοδολογία έρευνας.....	75-76
Αποτελέσματα	77-83
Συζήτηση – συμπεράσματα.....	84-86
Βιβλιογραφία	87-90
Περιεχόμενα	91-92