



# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Ετήσια Έκδοση της  
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
ISSN 1791-9150

## Θέματα

Σημείωμα Σύσταξης

Προτάσεις για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία  
των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

Καταστολή και γενική αναισθησία κατά  
την οδοντιατρική περίθαλψη ΑμεΑ στο ΕΣΥ

Η σχέση Οστεοπόρωσης και Οδοντιατρικής

Οικονομική κρίση και δικαίωμα στην υγεία.  
Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Ιογενείς Ηπατίτιδες και Οδοντιατρική

Το εμβόλιο έναντι του HPV, η αποτελεσματικότητα  
και η αποδοχή του από το κοινό

Στάσεις των φοιτητών των Σχολών Υγείας  
έναντι των ηλικιωμένων

Η σωματική τιμωρία των παιδιών  
ως πρακτική διαπαιδαγώγησης

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής:  
Απολογισμός

Hellenic Hospital Dentistry  
Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume X • 2016

ISSN 1791-9150





Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική • Τόμος 9 • 2016

# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Ετήσια Έκδοση της  
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
ISSN 1791-9150

## Θέματα

Σημείωμα Σύntαξης

Προτάσεις για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία  
των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

Καταστολή και γενική αναισθησία κατά  
την οδοντιατρική περίθαλψη ΑμεΑ στο ΕΣΥ

Η σχέση Οστεοπόρωσης και Οδοντιατρικής

Οικονομική κρίση και δικαίωμα στην υγεία.  
Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Ιογενείς Ηπατίτιδες και Οδοντιατρική

Το εμβόλιο έναντι του HPV, η αποτελεσματικότητα  
και η αποδοχή του από το κοινό

Στάσεις των φοιτητών των Σχολών Υγείας  
έναντι των ηλικιωμένων

Η σωματική τιμωρία των παιδιών  
ως πρακτική διαπαιδαγώγησης

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής:  
Απολογισμός

Hellenic Hospital Dentistry

Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume X • 2016

ISSN 1791-9150



# Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

ΤΟΜΟΣ 9, 2016  
ISSN 1791-9150

## ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

## ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη

## ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ. Ανδρεσάκης	Α. Αντωνιάδου
Κ. Βλασιάδης	Α. Γιαννοπούλου
Μ. Ζουμπουλάκης	Θ. Ζουριδάκη
Ι. Κουτσούκος	Χ. Μάκος
Ε. Μπογοσιάν	Μ. Σερέτη

## ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κ. Αντωνιάδης	Γ. Βουγιουκλάκης
Λ. Ζουλούμης	Η. Καρκαζής
Α. Κοσιώνη	Ο. Νικολάτου
Λ. Παπαγιαννούλη	Α. Σκλαβούνου
Ι. Τζούτζας	Κ. Τσιχλάκης

## ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη, Α. Γιαννοπούλου

## ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΥΠΩΣΗΣ

Π. Δ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ε.Π.Ε.  
Επικούρου 31 & Πειραιώς  
Τηλ.: 210 3214904 - 212 700 3 200,  
Fax: 212 700 3 240  
e-mail: mpampais@press-time.gr

Το περιοδικό "Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική" είναι το επίσημο επιστημονικό έντυπο της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Εκδίδεται επίσημα. Συνδρομή: 0,01 €.

## ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής  
Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

## ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαυρογένους 32 Χαϊδάρη ΤΚ 124 61  
Τηλ.& Fax: (210) 58.16.778  
www.hospitaldentistry.gr  
e-mail: info@hospitaldentistry.gr

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- **Σημείωμα Σύνταξης** .....5-6
- **Εισήγηση Προτάσεων για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.**  
Υπουργείο Υγείας, Ομάδα Εργασίας για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών (Συντονιστής Δ. Δημητριάδης), Σεπτέμβριος 2016.....9-38
- **Καταστολή και γενική αναισθησία κατά την οδοντιατρική περίθαλψη ατόμων με αναπηρία στο ΕΣΥ**  
Μπεναβέλη Α, Μαραγκού Φ. .... 39-47
- **Οστεοπόρωση και Οδοντίατρος**  
Γιαννοπούλου Α, Ζερβού-Βάλβη Φ. ....49-65
- **Οικονομική κρίση και δικαίωμα στην υγεία. Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων**  
Μπογοσιάν Ε. ....67-80
- **Ιογενείς Ηπατίτιδες και Οδοντιατρική Θεραπεία**  
Ζουμπουλάκης Μ, Καλαμπαλίκη Α, Φωτουλάκη Μ, Καρακελίδου Α, Καρακινάρης Γ, Ζουλούμης Λ. ....81-92
- **Το εμβόλιο έναντι του HPV, η αποτελεσματικότητα και η αποδοχή του από το εμβολιακό κοινό**  
Γκίνη Σ, Κατόπη Κ, Μπερνιδάκη Α, Μπρεγκόβα Ι, Παπαδάκου Σ. ....93-100
- **Στάσεις των φοιτητών των Σχολών Υγείας έναντι των ηλικιωμένων**  
Ιωαννίδου Κ, Τρόλα Α, Κοσιώνη Α. .... 101-106
- **Η σωματική τιμωρία των παιδιών ως πρακτική διαπαιδαγώγησης - πειθαρχίας**  
Παπαδάκου Σ, Παπαγεωργίου Κ. ....107-110
- **5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (14-15/11/2015), Αθήνα: Απολογισμός** .....111-114

# Hellenic Hospital Dentistry

VOLUME 9, 2016  
ISSN 1791-9150

**PROPRIETOR:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry

**EDITOR -IN- CHIEF:**

F. Zervou-Valvi

**EDITORIAL BOARD:**

D. Andresakis	A. Antoniadou
K. Vlasiadis	A. Giannopoulou
M. Zoumpoulakis	Th. Zouridaki
J. Koutsoukos	Gr. Makos
E. Bogosian	M. Sereti

**SCIENTIFIC CONSULTANTS**

K. Antoniadis	G. Vougiouklakis
L. Zouloumis	H. Karkazis
A. Kossioni	O. Nicolatou
L. Papagiannoulis	A. Sklavounou
J. G. Tzoutzas	K. Tsiklakis

**PRODUCTION SUPERVISORS:**

F. Zervou-Valvi, A. Giannopoulou

**PRODUCTION - PROMOTION:**

P.D. PUBLISHING E.P.E

31 Epikourou Str., Athens Hellas

Phone#: (3) 210 3214904 - 212 700 3 200,

Fax#: (3) 212 700 3 240

e-mail: mpampais@press-time.gr

The journal Hellenic Hospital Dentistry is the official publication of the Hellenic Society for Hospital Dentistry

It is published annually.

Subscription: 10 \$ USD

**PUBLISHER:**

Hellenic Society for Hospital Dentistry

President: Flora Zervou-Valvi

**ADDRESS**

32 Mavrogenous Str., Haidari, 124 61

Phone & Fax#: (3210) 58.16.778

www.hospitaldentistry.gr

e-mail: info@hospitaldentistry.gr

## CONTENTS

- **Editorial** .....5-6
- **Ministry of Health. Recommendation of proposals for the restructuring and operation of the Greek Public Dental Services**  
Working Group on restructuring Public Dental Services  
(Co-ordinator: Dim. Dimitriadis), Athens, Greece, September 2016 ....9-38
- **Sedation and general anaesthesia during dental treatment of patients with special health care needs at the National Health System**  
Benaveli A, Maragou F .....39-47
- **Osteoporosis and the dentist**  
Giannopoulou A, Zervou-Valvi F .....49-65
- **Economic crisis and the right to health. The human rights approach**  
Bogosian E .....67-80
- **Viral Hepatitis and Dental Treatment**  
Zoumpoulakis M, Kalabaliki A, Fotoulaki M, Karakelidou A,  
Karakinaris G, Zouloumis L .....81-92
- **The efficacy of HPV vaccine and its acceptance by the public**  
Gkini S, Katopi K, Bernidaki A, Bregova I, Papadakou S .....93-100
- **Attitudes of Health Care students toward older adult**  
Ioannidou K, Trola A, Kossioni A .....101-106
- **Corporal punishment of children as a discipline or educational approach**  
Papadakou S, Papageorgiou K. ....117-110
- **5th Panhellenic Congress of Hospital Dentistry**  
(14-15/11/2015), Athens: Report .....111-114

## ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Εδώ είμαστε πάλι με τον νέο Τόμο του περιοδικού μας, τον 9ο, με στόχο διττό: την παρουσίαση των δραστηριοτήτων της Εταιρείας μας από την ανάρτηση του προηγούμενου Τόμου μέχρι σήμερα και την παράθεση μιας ενδιαφέρουσας επιστημονικής θεματολογίας.

Οι δραστηριότητές μας κατά το διάστημα αυτό ήταν πολλές και σημαντικές:

1. Διοργανώσαμε με μεγάλη επιτυχία το 5ο Πανελλήνιο Συνέδριό μας, το οποίο πραγματοποιήθηκε στις 14 και 15 Νοεμβρίου 2015 στο Αμφιθέατρο «Αντώνης Τρίτσης» του ΟΠΑΝ.ΔΑ (Πνευματικό Κέντρο) στην Αθήνα. Το Συνέδριο αυτό ήταν αφιερωμένο στην Οδοντιατρική Φροντίδα του Ατόμου με Αναπηρία. Τελέσθηκε υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, του Δήμου Αθηναίων και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και διεξήχθη με την υποστήριξη του Οργανισμού Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας του Δήμου Αθηναίων (ΟΠΑΝ.ΔΑ), φορείς τους οποίους ευχαριστούμε θερμά για τη διαχρονική συμπαράσταση στο έργο μας.

Τις εργασίες του παρακολούθησαν οδοντίατροι, νοσοκομειακοί και μη, λειτουργοί υγείας άλλων κλάδων που σχετίζονται με την παροχή ποιοτικής οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως ιατροί και νοσηλευτές, καθώς και πλήθος προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών και κοινό. Αξιοσημείωτη ήταν η ενεργός παρακολούθηση και η εποικοδομητική ανταλλαγή απόψεων σε κλίμα βαθιάς ανθρώπινης επικοινωνίας και ζεστασιάς.

Από τις εργασίες του Συνεδρίου κατέστη εμφανές, ότι η στοματική υγεία των ΑμεΑ υστερεί σημαντικά έναντι αυτής του γενικού πληθυσμού, έτσι, ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να αποδίδεται στην επίτευξη καλής στοματικής υγιεινής από τους οικείους και τους φροντιστές τους, πεδίο στο οποίο οι προαναφερθέντες πρέπει να εκπαιδευθούν. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι παρά τις σοβαρές δυσκολίες και τις ελλείψεις οδοντιάτρων στα Νοσοκομεία, τις οποίες η Πολιτεία καλείται να αντιμετωπίσει άμεσα, πολλά Οδοντιατρικά Τμήματα ασκούν σε σημαντικό βαθμό την Ειδική Οδοντιατρική Φροντίδα και προσφέρουν αξιόλογο έργο στα άτομα με σοβαρή επιβάρυνση της υγείας και αναπηρία. Ωστόσο, οδοντιατρικές μονάδες περίθαλψης των ΑμεΑ υπό γενική αναισθησία λειτουργούν ελαχιστότατες στο ΕΣΥ. Απαιτείται η δημιουργία περισσότερων τέτοιων Μονάδων προκειμένου να εξασφαλίζεται η ισότιμη και απρόσκοπτη πρόσβαση σε αυτές και η ταχεία εξυπηρέτηση των ασθενών. Επίσης, επισημάνθηκε εκ νέου με έμφαση η ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης των λειτουργών της δευτεροβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας στο αντικείμενο της αντιμετώπισης του ειδικού οδοντιατρικού ασθενούς και η θεσμοθέτηση της εξειδίκευσης - ειδικότητας στη Νοσοκομειακή Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας, η οποία θα διασφαλίσει την ολοκληρωμένη εκπαίδευση των οδοντιάτρων στο αντικείμενο αυτό και την παροχή βελτιωμένης ειδικής οδοντιατρικής φροντίδας.

Εκτενέστερη αναφορά στο Συνέδριο περιλαμβάνεται στο τέλος του παρόντος Τόμου.

2. Η υπογράφουσα, και με την ιδιότητα της Προέδρου της ΕΕΝΟ, ορίστηκε με υπουργική απόφαση της 22.06.2016 μέλος της Ομάδας Εργασίας που συγκροτήθηκε για την αναδιάρθρωση των δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών. Μετά από ομαδική δουλειά αρκετών μηνών, (μέλη είχαν ξεκινήσει τέτοια επεξεργασία πολύ νωρίτερα), η Ομάδα με Συντονιστή τον συνάδελφο κ. Δημήτρη Δημητριάδη, κατέθεσε την «Εισήγηση Προτάσεων για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών», στην υλοποίηση των οποίων ευελπιστείται ότι θα προχωρήσει η πολιτική ηγεσία. Την Εισήγηση αυτή έχουμε την τιμή και τη χαρά να φιλοξενούμε στην αρχή του παρόντος Τόμου, ως ειδικό ένθετο.
3. Όπως πάντα η ΕΕΝΟ συμμετείχε στα Πανελλήνια Οδοντιατρικά Συνέδρια της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας.

Στο 35ο, που διεξήχθη στη Ρόδο στις 9 - 11 Οκτωβρίου 2015, συμμετείχαμε με την εισήγηση «Συσχέτιση περιοδοντικής νόσου και αθηροσκλήρωσης» της κ. Αγγελικής Γιαννοπούλου και της υπογράφουσας. Η εισήγηση προσείλκυσε το έντονο ενδιαφέρον των παρακολουθούντων.

Στο 36ο, που διεξήχθη στην Αθήνα στις 10 - 12 Νοεμβρίου 2016, συμμετείχαμε με Στρογγυλό Τραπέζι με

θέμα «Τριάντα χρόνια Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στο Εθνικό Σύστημα Υγείας: Η παρούσα κατάσταση, η διασύνδεση με την πρωτοβάθμια, οι ρεαλιστικοί στόχοι». Συντονίστρια ήταν η υπογράφουσα και εισηγή-  
τες η Αγγελική Γιαννοπούλου (Η παρούσα κατάσταση), ο Ρήγας Κωνσταντινίδης (Η διασύνδεση με την  
πρωτοβάθμια) και ο Μιχάλης Κατσουράκης (Οι ρεαλιστικοί στόχοι). Στο τέλος, η υπογράφουσα ανέφερε  
τα Συμπεράσματα του Στρογγυλού Τραπέζιου και επακολούθησε εκτενής συζήτηση με τους ευάριθμους  
παρακολουθούντες.

4. Στις 24/3/2016 διεξήχθησαν αρχαιρεσίες.

Το νέο **Διοικητικό Συμβούλιο** της ΕΕΝΟ για την τριετία 2016-2019 έχει την ακόλουθη σύνθεση:

**Πρόεδρος:** Ζερβού-Βάλβη Φλώρα  
**Α' Αντιπρόεδρος:** Μπογοσιάν Ευαγγελία  
**Β' Αντιπρόεδρος:** Σερέτη Μαρία  
**Γεν. Γραμματέας:** Γιαννοπούλου Αγγελική  
**Αν. Γεν. Γραμματέας:** Ζουριδάκη Θεονύμφη  
**Ταμίας:** Κουτσούκος Ιωάννης  
**Μέλη:** Αντωνιάδου Αλεξάνδρα, Βλασιάδης Κωνσταντίνος, Μάκος Χρήστος  
**Αναπλ. Μέλος:** Σιαφάκα Παρασκευή

Η **Εξελεγκτική Επιτροπή** έχει ως εξής:

**Μέλη:** Ανδρεσάκης Διονύσιος, Μαραγκού Παναγιώτα, Πολάτου Αντωνία  
**Αναπλ. Μέλος:** Μένεγας Γεώργιος

5. Το Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Οδοντιατρική Μονάδα Α.με.Α του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, στο  
οποίο προϊστάται η Β' Αντιπρόεδρος της ΕΕΝΟ Διευθύντρια κ. Μαρία Σερέτη, ανακαινίσθηκε με σύγχρονο  
ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, με σημαντική δωρεά του Ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος». Η νέα του εικόνα  
παρουσιάστηκε στο πλαίσιο ημερίδας που διοργανώθηκε στις 3 Δεκεμβρίου 2015, Παγκόσμια Ημέρα των  
Ατόμων με Αναπηρία, στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου με θέμα: «Οδοντιατρική Περίθαλψη των Α.με.Α.  
Δυνατότητες - Προοπτικές». Στην ημερίδα παρέστη και συντόνισε την Συζήτηση η υπογράφουσα.

Οι επιστημονικές εργασίες του παρόντος 9ου Τόμου περιλαμβάνουν πλούσια, ποικίλη και επίκαιρη θεματο-  
λογία. Συγκεκριμένα πλέον της προαναφερθείσας Εισήγησης περιλαμβάνονται:

Τρεις θεματικές ενότητες, μία για την καταστολή και γενική αναισθησία κατά την οδοντιατρική περίθαλψη  
ατόμων με αναπηρία, μία για την οστεοπόρωση και την σχέση της με την Οδοντιατρική και μία για την οικο-  
νομική κρίση και το δικαίωμα στην υγεία. Επίσης, τρεις ανασκοπήσεις, μία για τις στάσεις των φοιτητών των  
Σχολών Υγείας έναντι των ηλικιωμένων, μία για τον εμβολιασμό έναντι του HPV και μία για τις ιογενείς ηπατί-  
τιδες και την οδοντιατρική θεραπεία, καθώς και μία ερευνητική εργασία για τη σωματική τιμωρία ως μέσον  
διαπαιδαγώγησης.

*Αγαπητοί συνάδελφοι,*

*Περιμένουμε πάντοτε με χαρά τις εργασίες, τις ιδέες και τις υποδείξεις σας.*

**Φλώρα Ζερβού-Βάλβη**  
**Πρόεδρος ΕΕΝΟ**  
**Διευθυντής Σύνταξης**



# ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ είναι το επίσημο επιστημονικό περιοδικό της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Στόχος της έκδοσης είναι η σύγχρονη ενημέρωση των συναδέλφων σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής καθώς και η συστηματική καλλιέργεια της Οδοντιατρικής Επιστήμης στον χώρο των Ελληνικών Νοσοκομείων.

## Κατηγορίες κειμένων

Το περιοδικό δημοσιεύει κείμενα τα οποία αναφέρονται σε θέματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Επιστημών Υγείας των ακόλουθων κατηγοριών:

1. Κύρια άρθρα. Πρόκειται για επίκαιρα θέματα που γράφονται με προτροπή της Συντακτικής Επιτροπής από Οδοντίατρο ή άλλο επιστήμονα υγείας με ειδικές γνώσεις.
2. Ανασκοπήσεις
3. Ερευνητικές εργασίες
4. Πρακτικά θέματα
5. Παρουσιάσεις δραστηριοτήτων Οδοντιατρικών Τμημάτων Νοσοκομείων
6. Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις
7. Βραχείες δημοσιεύσεις που έχουν έκταση μέχρι 2.000-2.500 λέξεις. Αυτές θα δημοσιεύονται σύντομα και μετά από αξιολόγηση της Συντακτικής Επιτροπής.
8. Επαγγελματικά θέματα
9. Εκπαιδευτικά θέματα
10. Θεματικές ενότητες
11. Περίληψεις άρθρων Ελλήνων οδοντιάτρων που έχουν δημοσιευθεί πρόσφατα σε επιστημονικά έντυπα του εξωτερικού.
12. Επιστολές προς τη Συντακτική Επιτροπή, οι οποίες αφορούν α) κρίσεις για το περιοδικό β) κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, γ) κριτικές βιβλίων, κ.ά. Οι επιστολές δημοσιεύονται μετά από έγκριση της Συντακτικής Επιτροπής.

## Έκταση άρθρων

Οι ανασκοπήσεις πρέπει να έχουν έκταση μέχρι 8.000 λέξεις και 80 βιβλιογραφικές παραπομπές, οι ερευνητικές εργασίες μέχρι 6.000 λέξεις και 60 παραπομπές, τα δε πρακτικά θέματα μέχρι 3.500 λέξεις και 40 παραπομπές αντίστοιχα.

## Προδιαγραφές κειμένων

1. Τα κείμενα που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένα στη νεοελληνική δημοτική γλώσσα, με μονοτονικό σύστημα. Ο διορθωτής του περιοδικού έχει το δικαίωμα να τροποποιεί γλωσσικά το κείμενο, χωρίς όμως να αλλοιώνει το ύφος του συγγραφέα.
2. Τα κείμενα πρέπει να είναι πληκτρολογημένα σε πρόγραμμα Word με χαρακτήρες 12 στιγμών. Επίσης να είναι

μορφοποιημένα σε διπλό διάστημα, με γραμματοσειρές Arial ή Times New Roman, με περιθώριο και από τις δύο πλευρές.

3. Όλες οι κατηγορίες των κειμένων υποβάλλονται ηλεκτρονικά στον Διευθυντή Σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [info@hospitaldentistry.gr](mailto:info@hospitaldentistry.gr)

4. Όλες οι κατηγορίες των εργασιών πρέπει να περιλαμβάνουν τις εξής ενότητες: i) Σελίδα τίτλου, ii) περίληψη στην ελληνική και λέξεις - κλειδιά, iii) κείμενο της εργασίας, iv) περίληψη στην αγγλική και λέξεις - κλειδιά στην αγγλική, v) βιβλιογραφικές παραπομπές, vi) λεζάντες, vii) πίνακες και viii) εικόνες. Κάθε ενότητα αρχίζει με ξεχωριστή σελίδα. Η αρίθμηση όλων των σελίδων ακολουθεί την προαναφερόμενη σειρά των ενότητων.

**Σελίδα τίτλου.** Περιλαμβάνει: α) τον τίτλο της εργασίας, β) το όνομα και τον τίτλο του συγγραφέα ή των συγγραφέων, γ) το ίδρυμα προέλευσης της εργασίας, δ) το συνέδριο στο οποίο έχει ενδεχομένως ανακοινωθεί η εργασία, ε) το όνομα, την διεύθυνση, το τηλέφωνο και το e-mail του συγγραφέα με τον οποίο θα γίνεται η αλληλογραφία, στ) την κατηγορία της εργασίας, ζ) την πηγή χρηματοδότησης της έρευνας, εάν υπάρχει.

**Ελληνική περίληψη.** Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις - κλειδιά. Η περίληψη πρέπει να έχει έκταση 150-200 λέξεις. Στις ερευνητικές εργασίες, η περίληψη περιλαμβάνει τον σκοπό, το υλικό και την μέθοδο, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις περιλαμβάνει στοιχεία από όλα τα κεφάλαια της ανασκόπησης καθώς και τα συμπεράσματα. Στο τέλος αυτής της σελίδας γράφονται οι λέξεις κλειδιά, οι οποίες είναι μεμονωμένοι όροι ή μικρές φράσεις που αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης και αναφέρονται στο Index Medicus και Dental Index.

**Κείμενο.** Οι ανασκοπήσεις πρέπει να περιλαμβάνουν μια εισαγωγή για το θέμα, όλες τις σύγχρονες βιβλιογραφικά τεκμηριωμένες απόψεις, κριτική ανάλυση των απόψεων αυτών και τα συμπεράσματα. Οι ερευνητικές εργασίες πρέπει να αποτελούνται από τα κεφάλαια: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Ευρήματα-Αποτελέσματα, Συζήτηση και Συμπεράσματα. Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις πρέπει να αποτελούνται από μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μια εκτενή παρουσίαση της περίπτωσης και να ακολουθεί συζήτηση. Στις υπόλοιπες κατηγορίες των άρθρων το κείμενο διαμορφώνεται ανάλογα με τις απαιτήσεις του θέματος.

**Βιβλιογραφικές παραπομπές.** Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες και στις λεζάντες των εικόνων προσδιορίζονται με αραβικούς αριθμούς ως εκθέτη. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται κατ'αύξοντα αριθμό με την σειρά που αυτές εμφανίζονται

στο κείμενο. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο, αναγράφονται στον βιβλιογραφικό κατάλογο, ο οποίος αρχίζει σε ξεχωριστή σελίδα μετά το κείμενο.

Οι συντμήσεις των τίτλων περιοδικών πρέπει να γράφονται σύμφωνα με το Dental Index και Index Medicus. Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών οι συγγραφείς πρέπει να συμβουλευτούν τον σχετικό κατάλογο του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

Σημειωτέον ότι η συντομογραφία του περιοδικού Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική είναι Ελλ Νοσ Οδοντ και η αγγλική του συντομογράφηση Hell Hosp Dent.

Παραδείγματα γραφής των βιβλιογραφικών παραπομπών:

**Περιοδικό:** Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων μέχρι έξη (όταν είναι περισσότεροι ακολουθεί η ένδειξη «et al» προκειμένου για ξενόγλωσσα άρθρα ή «και συν.» προκειμένου για ελληνικά άρθρα), ο τίτλος της εργασίας, η συντομογραφία του περιοδικού, το έτος, ο τόμος, το τεύχος, η πρώτη και η τελευταία σελίδα της δημοσίευσης. Π.χ. Graziani F, Vescovi P, Campisi G, Favia G, Gabriele M, Gaeta GM et al: Resective surgical approach shows a high performance in the management of advanced cases of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a retrospective survey of 347 cases. J Oral Maxillofac Surg 2012; 70(11): 2501-7.

**Βιβλίο, εγχειρίδιο, μονογραφία:** Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος του βιβλίου, ο αριθμός έκδοσης, η πόλη έκδοσης, ο εκδότης, το έτος, άνω - κάτω τελεία και η σελίδα. Π.χ. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management. 5th ed. St. Louis. Mosby. 1997: 274.

Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός βιβλίου που έχει γραφεί από άλλο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Mitchell PF: Pain Management in the Hospital. In: Zambito RF, Black HA, Tesch LB, eds. Hospital Dentistry Practice and Education. St. Louis. Mosby. 1997: 223-242.

**Πρακτικά Συνεδρίου:** Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος της εργασίας, ο τίτλος του συνεδρίου, έτος έκδοσης των πρακτικών, σελίδες, οργανωτής, τόπος Π.χ. Welbury R: The role of the dental team in child protection. Τόμος Πρακτικών 27ου Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου, 2007, σελ. 49, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Αθήνα.

**Ιστοσελίδες:**

<http://www.dentalcare.com/soap/intermed/conhea.htm>  
όπως αυτό εμφανίζεται την ..... (ημερομηνία αναζήτησης).

**Αγγλική περίληψη.** Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις - κλειδιά. Η έκταση των περιλήψεων θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 300 και 350 λέξεων. Κατά τα άλλα ισχύουν τα αναφερόμενα στην ελληνική περίληψη.

**Πίνακες.** Δακτυλογραφούνται σε χωριστή σελίδα που περιλαμβάνει και τη λεζάντα. Αριθμούνται με αραβικούς αριθμούς που αναφέρονται στο κείμενο. Οι επεξηγήσεις των συντομογραφιών και οι τυχόν απαιτούμενες διευκρινίσεις, αναγράφονται στο τέλος του πίνακα.

**Εικόνες.** Τα σχήματα, τα διαγράμματα και οι φωτογραφίες πρέπει να μην εμπεριέχονται στην ροή του κειμένου της εργασίας. Αυτά κατατίθενται ηλεκτρονικά σε μορφή αρχείων JPG το καθένα αποθηκευμένο ξεχωριστά.

Οι λεζάντες των εικόνων γράφονται σε ξεχωριστή σελίδα με τον αύξοντα αριθμό τους και υποβάλλονται επίσης ηλεκτρονικά.

Επισημαίνεται ότι εάν στις εικόνες εμφανίζεται το πρόσωπο του ασθενούς, η Συντακτική Επιτροπή κατά τη δημοσίευση θα καλύπτει τους οφθαλμούς με μαύρη ταινία για λόγους σεβασμού των προσωπικών δεδομένων.

**Κρίση - δημοσίευση εργασίας**

Η κρίση των εργασιών γίνεται από δύο κριτές οι οποίοι επιλέγονται από την Συντακτική Επιτροπή. Η Συντακτική Επιτροπή έχει το δικαίωμα να προτείνει τροποποιήσεις ή να απορρίπτει τα άρθρα που δεν υποβάλλονται γραμμένα σύμφωνα με τις ανωτέρω οδηγίες.

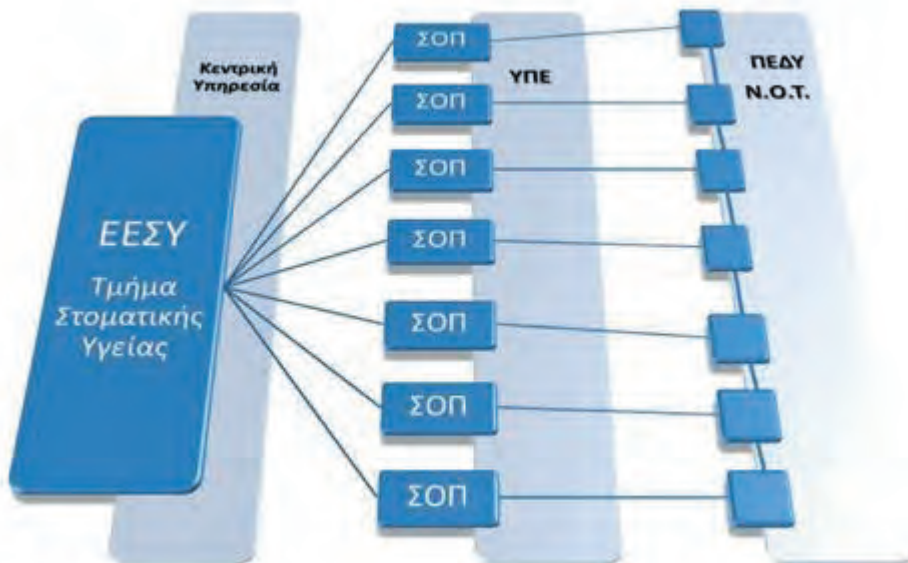
**Ειδικές επισημάνσεις**

Για την παραλαβή κάθε επιστημονικής εργασίας για δημοσίευση, επισυνάπτεται υποχρεωτικά ενυπόγραφη διαβεβαίωση των συγγραφέων ότι η εργασία δεν έχει κατατεθεί σε άλλο επιστημονικό περιοδικό, επίσης ότι δεν περιέχει αυτούσιες προτάσεις από άλλες επιστημονικές δημοσιεύσεις (εκτός από ορισμούς, νόμους, διατάξεις και κανόνες) καθώς και ότι το φωτογραφικό υλικό είναι είτε ίδιο είτε μετασχεδιασμένο, και από ποια πηγή.

Τα δημοσιευμένα άρθρα, των εικόνων συμπεριλαμβανομένων, αποτελούν ιδιοκτησία του περιοδικού. Προκειμένου να αναδημοσιευθούν απαιτείται η άδεια της Συντακτικής Επιτροπής και του συγγραφέα.

**Τα άρθρα απηχούν τις προσωπικές απόψεις των συγγραφέων και όχι κατ' ανάγκην και της Εταιρείας.**

# Εισήγηση Προτάσεων για την Αναδιάρθρωση και Λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών



---

Ομάδα Εργασίας για την Αναδιάρθρωση  
των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

---

## Τα μέλη της Ομάδας Εργασίας για την Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών:

### **Βάλβη-Ζερβού Φλώρα,**

PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ, ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας», Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

### **Βάλτος Ιωάννης,**

M.Sc., Οδοντίατρος Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, Κεντρική Υπηρεσία Υπουργείου Υγείας.

### **Δανδάλη Ροδάνθη,**

Διευθύντρια Οδοντίατρος, ΕΣΥ.

### **Δημητριάδης Δημήτριος,**

PhD, Επιμελητής Α' Οδοντίατρος, ΕΣΥ.

### **Κατσουράκης Μιχαήλ,**

Διευθυντής Οδοντίατρος, ΕΣΥ.

### **Κοφινά Ελένη,**

Οδοντίατρος με εξειδίκευση στη Δημόσια Υγεία.

### **Κωλέτση-Κουνάρη Χαριτίμη,**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

### **Κωνσταντινίδης Ρήγας,**

PhD, Διευθυντής Οδοντίατρος, ΕΣΥ.

### **Λυγιδάκης Νικόλαος,**

PhD, Διευθυντής Παιδοδοντίατρος, ΕΣΥ, Υφηγητής Πανεπιστημίου Leeds UK, Πρόεδρος Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας.

### **Ουλής Κωνσταντίνος,**

Καθηγητής και Διευθυντής Παιδοδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, μέλος ΔΣ της ΕΟΟ.

### **Σεληνίδου Αγγελική,**

M.Sc., Οδοντίατρος Δημόσιας Υγείας, Προϊσταμένη Τμήματος Πρόληψης και Προαγωγής της Στοματικής Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου Πειραιά.

### **Κατσικής Αθανάσιος,**

Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας.

### **Συντονιστής Ομάδας Εργασίας:**

Δημητριάδης Δημήτριος

---

**Σχόλια και παρατηρήσεις μπορείτε να στείλετε στην ηλεκτρονική διεύθυνση:**  
primarypublicdentalcare@gmail.com

Τα μέλη της Ομάδας Εργασίας .....	10
Περιεχόμενα.....	11
Εισαγωγή .....	12
1. Η αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, στο ρευστό και μεταβαλλόμενο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας .....	12
2. Βασικοί στόχοι της αναδιάρθρωσης των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών .....	13
3. Προτάσεις για την συγκρότηση δομών στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και τις αρμοδιότητες των Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας .....	10
4. Προτάσεις για την παροχή υπηρεσιών από τις Δημόσιες Μονάδες Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας .....	18
5. Προτάσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών στις Δημόσιες Μονάδες Δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης .....	20
6. Προτάσεις για την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Στοματικής Υγείας από τις μονάδες ΠΕΔΥ .....	23
7. Προτάσεις για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.....	26
Βασικά συμπεράσματα και μελλοντικά βήματα .....	29
Παράρτημα.....	30

### Εισαγωγή

Με απόφαση του Γ.Γ. του Υπουργείου Υγείας, συγκροτήθηκε στις 4/12/2015, Ομάδα Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, με αντικείμενο εργασιών την λειτουργία των δημόσιων οδοντιατρικών υπηρεσιών και πιο συγκεκριμένα:

- τον προσδιορισμό της ταυτότητάς τους,
- την περιγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών και
- την αξιοποίηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού, των υποδομών και των πόρων.

Καρπός των εργασιών αυτής της Ομάδας, ήταν η *Πρόταση για την Αναδιάρθρωση της Δημόσιας Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας (Πρόταση ΑΔΠΟΦ)*, που αποτελεί μια Έκθεση για το πλαίσιο της οργάνωσης των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, με την αναγκαία θεωρητική υποστήριξη.

Η θετική υποδοχή αυτής της Έκθεσης από την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας, οδήγησε στην συγκρότηση Ομάδας Εργασίας για την Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών (απόφαση Υπουργού, 22/06/2016)<sup>1</sup>, με αντικείμενο έργου την κατάθεση συγκεκριμένων προτάσεων, αναφορικά με τα παρακάτω θέματα:

1. Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Στοματικής Υγείας και των Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας (ΣΟΠ).
2. Η οργάνωση οδοντιατρικών μονάδων υγείας, σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο.
3. Δράσεις πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας από τις Μονάδες ΠΕΔΥ.
4. Επιμόρφωση των οδοντιάτρων στις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες.

Η Ομάδα Εργασίας συγκροτήθηκε από δώδεκα μέλη. Στις εργασίες της Ομάδας συμμετείχαν επίσης, ως συνεργάτες, οδοντίατροι με εμπειρία και γνώσεις από το πεδίο των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών<sup>2</sup>.

Η παρούσα Εισήγηση χωρίζεται σε οκτώ ενότητες. Στην πρώτη ενότητα περιγράφεται η θέση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζονται οι βασικοί στόχοι της επιχειρούμενης αναδιάρθρωσης (2<sup>η</sup> ενότητα). Οι προτάσεις για την ανάπτυξη και λειτουργία του Συστήματος των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών αναλύονται σε πέντε ενότητες (ενότητες 3-7) που αφορούν τα διαφορετικά επίπεδα οργάνωσης δομών και υπηρεσιών. Στην τελευταία ενότητα, γίνεται η σύνοψη των προτάσεων και περιγράφονται τα επόμενα βήματα που απαιτούνται για την επίτευξη των στόχων.

Η Εισήγηση, αποτελεί συνέχεια της *Πρότασης ΑΔΠΟΦ*, όπου ένα μεγάλο μέρος της θεωρητικής υποστήριξης των βασικών ζητημάτων για την σπουδαιότητα της στοματικής υγείας και τη σημασία της οργάνωσης των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, έχει ήδη αναλυθεί. Οι προτάσεις που παρουσιάζονται εδώ είναι αποτέλεσμα της περαιτέρω επεξεργασίας των θεμάτων που αναδείχθηκαν στην προηγούμενη *Πρόταση*, βάσει επιπλέον δεδομένων, σχετικών με την λειτουργία των μονάδων και τις ανάγκες του πληθυσμού. Η παραπάνω προσέγγιση δεν έχει αποκλειστικά τον χαρακτήρα οδηγίας για την άμεση λήψη μέτρων αλλά αποτελεί ένα δυναμικό πλαίσιο αναγκαίων βημάτων, που θα χρειαστεί να δοκιμαστεί στην πράξη, να αξιολογηθεί και να μετασχηματισθεί εκ νέου, εφόσον κριθεί απαραίτητο.

### 1. Η Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, στο ρευστό και μεταβαλλόμενο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας

Στο σύνθετο και πολύπλοκο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας, οι οδοντιατρικές υπηρεσίες κατέχουν σημαντική θέση, καθώς αφορούν όλον τον πληθυσμό και σχετίζονται με την προστασία και την διατήρηση της στοματικής υγείας, που αποτελεί βασικό και αναπόσπαστο κομμάτι της γενικής υγείας. Εντούτοις, ο τρόπος οργάνωσης των οδοντιατρικών υπηρεσιών, οι διαδικασίες χρηματοδότησής τους και η δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης από τους πολίτες, προσδίδουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην οδοντιατρική περίθαλψη, σε κάθε χώρα.

Στην Ελλάδα, η συντριπτική πλειονότητα των οδοντιάτρων απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα και μόνο ένα μικρό

---

<sup>1</sup> Βλ. Παράρτημα 1

<sup>2</sup> Στις διαδικασίες της Ομάδας Εργασίας, ο Πρόεδρος της ΕΟΟ συμμετείχε ως παρατηρητής και εκφραστής απόψεων (Έγγραφο της ΕΟΟ, με Αριθμ. Πρωτ. 717-45/ΠΟΦ, 16/06/2016).

μέρος (περίπου 5%) εργάζεται στις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες. Η περίθαλψη στις δημόσιες δομές παρέχεται δωρεάν ενώ στα ιδιωτικά οδοντιατρεία γίνεται με ίδιες δαπάνες των ασθενών, χωρίς την ύπαρξη συμβάσεων για ασφαλιστικές οδοντιατρικές καλύψεις.

Η λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο, αντιμετωπίζει σημαντικές και πολύπλευρες δυσκολίες, όπως είναι η κατάσταση του οδοντιατρικού εξοπλισμού, η προμήθεια σε οδοντιατρικά υλικά, το ασαφές λειτουργικό πλαίσιο, η απουσία οργάνωσης και αξιολόγησης κ.ά.

Η οικονομική δυσπραγία και το υψηλό κόστος των οδοντιατρικών υπηρεσιών καθιστούν, για ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού, την επίσκεψη στα ιδιωτικά οδοντιατρεία δύσκολη έως αδύνατη. Παρόλο που δεν υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα για την χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών, είναι βέβαιο ότι υπάρχει σαφής μείωση της επισκεψιμότητας στα ιδιωτικά οδοντιατρεία και αύξηση της χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών, κυρίως για την αντιμετώπιση κάποιου επείγοντος περιστατικού. Επιπλέον, η πρόνοια για την φροντίδα της στοματικής υγείας των παιδιών αποτελεί, πλέον, αποκλειστική ευθύνη της οικογένειας, η οποία ωθείται να εξασφαλίσει τις απαραίτητες θεραπείες για τα παιδιά (προληπτικές και θεραπευτικές) με ίδιους πόρους, εφόσον έχει τη δυνατότητα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την διατήρηση και επιδείνωση των ανισοτήτων στην στοματική υγεία του πληθυσμού, ανισότητες που σχετίζονται με κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως είναι το εισόδημα, η εκπαίδευση, ο τόπος κατοικίας κ.ά.

Σε αυτό το πλαίσιο, η προηγηθείσα *Πρόταση ΑΔΠΟΦ*, ανέδειξε με σαφή και διαυγή τρόπο την ανάγκη αναδιοργάνωσης των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, θέτοντας και τους άξονες που οφείλει να κινηθεί αυτή η προσπάθεια. Η αναδιοργάνωση αυτή θα γίνει στο ευρύτερο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα, ένα πλαίσιο που δέχεται εξίσου ισχυρές πιέσεις και αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες στην λειτουργία του.

Η επένδυση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ως όραμα και ως οργάνωση των υπηρεσιών, μοιάζει να είναι αναγκαία και επιβεβλημένη, για την εξασφάλιση καλής υγείας σε όλο τον πληθυσμό. Ο πυρήνας γύρω από τον οποίο δομείται μια λειτουργική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο συνδυασμός καθολικής κάλυψης, ισότιμης πρόσβασης σε ποιτικές υπηρεσίες ολιστικής φροντίδας υγείας και μείωσης ή εξάλειψης της οικονομικής επιβάρυνσης. Το καθήκον του υγειονομικού προσωπικού της ΠΦΥ ανακατευθύνεται από την κλινική αντιμετώπιση της νόσου προς την ευθύνη για τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, άρα αφορά το σύνολο του πληθυσμού και όχι τους ασθενείς<sup>3</sup>.

Σε αυτό το περιβάλλον, ο ρόλος των οδοντιάτρων που απασχολούνται στις δημόσιες δομές της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας και η συστηματική οργάνωση όλων των υπηρεσιών που αφορούν τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες, οφείλουν να είναι σε άμεση συνάρτηση και δυναμική αλληλεπίδραση με αντίστοιχες δομές και υπηρεσίες της ΠΦΥ, για την αποτελεσματικότερη ανταπόκριση στις ανάγκες των πολιτών.

## 2. Βασικοί στόχοι της Αναδιάρθρωσης των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

Οι προτάσεις που παρουσιάζονται στην συνέχεια της Εισήγησης, συνιστούν μια σειρά αναγκαίων βημάτων προς την ολοκλήρωση συγκεκριμένων στόχων, όπως τέθηκαν σε γενικές γραμμές στην *Πρόταση ΑΔΠΟΦ*. Οι στόχοι αυτοί είναι τρεις:

**1<sup>ος</sup> στόχος.** Η λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, ιδιαίτερα της Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας, χαρακτηρίστηκε από αποσπασματικότητα, απουσία ελέγχου και αξιολόγησης, έλλειψη ουσιαστικού σχεδιασμού και υλοποίησης πολιτικών, συνθήκες που οδήγησαν, λίγο έως πολύ, στην σχετική απαξίωσή τους, από μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Η συγκυρία των τελευταίων ετών, αποδιοργάνωσε περαιτέρω τον ήδη δυσλειτουργικό μηχανισμό των δημόσιων οδοντιατρείων και τόσο οι οδοντίατροι που απασχολούνται σε αυτά όσο και οι πολίτες που αναζητούν την φροντίδα από το δημόσιο σύστημα, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινότητά τους. Από την πληθώρα των αιτιών, που οδήγησαν την κατάσταση σε αυτό το σημείο, η πλέον σημαντική είναι η απουσία συνεκτικής δομής και οργάνωσης, που θα διέτρεχε τις υπηρεσίες σε κάθετο και οριζόντιο επίπεδο και θα έδινε ταυτότητα, όραμα και δυναμική στον οργανισμό. Έλειπε, δηλαδή, μια συστηματική οργάνωση των υπηρεσιών, που θα εξασφάλιζε μετρήσιμες υπηρεσίες και ανταποκρισιμότητα στις εκάστοτε συνθήκες και στις ανάγκες οδοντιατρικής φροντίδας του πληθυσμού.

**Ο πρώτος στόχος, λοιπόν, της επιχειρούμενης αναδιάρθρωσης των υπηρεσιών είναι η οργάνωσή τους ως ένα λειτουργικό σύστημα διασυνδεδεμένων δομών, με συγκεκριμένη ταυτότητα και έργο, που θα καθορίζονται με βάση επιστημονικά δεδομένα και πρακτικές βασισμένες στην τεκμηρίωση.**

**2<sup>ος</sup> στόχος.** Ένα οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών, οφείλει να έχει συγκεκριμένο προσανατολισμό και να απαντά στις εκάστοτε ανάγκες που προκύπτουν. Η κατεύθυνση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών είναι η προστασία και

<sup>3</sup> Μυλωνέρος Θ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η αντιστροφή μιας εντροπίας. Εφημερίδα των Συντακτών, 21/07/2016

προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού, κάτι που σημαίνει επένδυση στην πρόληψη των νοσημάτων του στόματος και στην οδοντιατρική φροντίδα των ειδικών και των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Εκτός από τα παιδιά, που αποτελούν το μέλλον της κοινωνίας μας και η πρόνοια για τη φροντίδα της υγείας τους θεωρείται επιβεβλημένη, ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού δυσκολεύεται ή αδυνατεί να χρησιμοποιήσει τις οδοντιατρικές υπηρεσίες, εξαιτίας κινητικών ή άλλων δυσκολιών, που σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος της οδοντιατρικής φροντίδας, οδηγούν σε απόγνωση τους ίδιους και τις οικογένειές τους. Η άρση των εμποδίων στην πρόσβαση για τους συνανθρώπους μας με αναπηρία και στους ασθενείς που η αντιμετώπιση των οδοντιατρικών τους προβλημάτων μπορεί να γίνει μόνο σε νοσοκομειακό περιβάλλον, οφείλει να είναι ανάμεσα στις βασικές προτεραιότητες της αναδιοργάνωσης των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

**Ο δεύτερος στόχος, άρα, είναι η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών που θα στοχεύουν στην πρόληψη της στοματικής υγείας, στην οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών και στην διευκόλυνση πρόσβασης στις οδοντιατρικές υπηρεσίες για ειδικές ομάδες του πληθυσμού.**

**3<sup>ος</sup> στόχος.** Εξαιτίας των μεγάλων αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια στην δημόσια πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, δημιουργήθηκε ένα σχετικά ανομοιογενές σύνολο οδοντιάτρων που απασχολούνται σε αυτές, με μεγάλες διαφοροποιήσεις αναφορικά με την στελέχωση των δομών<sup>4</sup>, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, την εξειδίκευση, την εμπειρία σε διαφορετικό εργασιακό καθεστώς, τη μορφή απασχόλησης κ.ά. Σε άμεση συνάρτηση με τους δύο πρώτους στόχους, είναι αναγκαία η εξασφάλιση της ανάπτυξης του αναγκαίου ανθρώπινου δυναμικού, σε ενιαίο εργασιακό καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και με τέτοιο τρόπο ώστε να υλοποιηθούν οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις.

**Ο τρίτος στόχος, συνεπώς, είναι η δημιουργία ενός ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των υπηρεσιών, το οποίο θα μπορεί να ανταποκρίνεται με συνέπεια και αποτελεσματικότητα στην εφαρμογή πολιτικών και σχεδιασμών, για την φροντίδα και την προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού.**

Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι προτάσεις για την Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, ανά θεματική ενότητα, όπως προβλέπεται από την υπουργική απόφαση. Στην αρχή κάθε κεφαλαίου, αναπτύσσονται βασικές έννοιες και διαπιστώσεις, σχετικές με την θεματολογία της κάθε ενότητας και στην συνέχεια περιγράφονται αναλυτικά οι προτάσεις. Συγκεντρωτικά οι προτάσεις παρατίθενται, με την μορφή πίνακα, στο Παράρτημα 3.

### 3. Προτάσεις για την συγκρότηση δομών στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και τις αρμοδιότητες των Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας

#### Προλεγόμενα

Η προηγηθείσα *Πρόταση ΑΔΠΟΦ*, όπως κατατέθηκε στο Υπουργείο, ήρθε να απαντήσει σε μια σειρά ζητημάτων που αφορούν, κυρίως, τη λειτουργία των οδοντιατρείων στο ΠΕΔΥ αλλά και την χάραξη ουσιαστικής πολιτικής για τη στοματική υγεία.

Εξαρχής, ήταν σαφές ότι η οδοντιατρική φροντίδα στη χώρα (πρόληψη και περίθαλψη) απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση, καθώς τα χαρακτηριστικά του τρόπου παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών δυσκολεύουν την λήψη αποφάσεων μόνο σε ένα πεδίο (είτε πρόκειται για τις δημόσιες υπηρεσίες είτε για τα ιδιωτικά οδοντιατρεία).

Με δεδομένη αυτή τη διαπίστωση, χρειάστηκε να αναγνωριστούν οι δυσλειτουργίες που εμφανίζουν οι Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες όπως, επίσης, οι ευκαιρίες που αναδύονται στην παρούσα χρονική συγκυρία.

Το πρώτο βασικό ζήτημα που έθεσε η Πρόταση ΑΔΠΟΦ, ήταν η οργάνωση και λειτουργία των οδοντιατρικών υπηρεσιών ως ένα **σύστημα αλληλοσυνδεδεμένων δομών**<sup>5</sup>, σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Αυτό το ζήτημα, αναδεικνύει αμέσως δύο σημαντικές πτυχές: η πρώτη θεωρεί τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες ένα σύστημα/οργανισμό το οποίο λειτουργεί παράλληλα και σε αλληλεπίδραση τόσο με το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (αυτό που υφίσταται αλλά και εκείνο που θα δημιουργηθεί) όσο και με τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα. Η δεύτερη πτυχή αφορά, ακριβώς, στον τρόπο που θα πραγματοποιηθεί η οργάνωση των υπηρεσιών: δηλαδή τις αναγκαίες και απαραίτητες διαδικασίες που απαιτούνται, έτσι ώστε οι Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες να λειτουργήσουν ως ένας ενιαίος οργανισμός. Σε αυτές τις διαδικασίες περιλαμβάνονται:

---

<sup>4</sup> Βλ. Παράρτημα 2

<sup>5</sup> Βλ. Παράρτημα 4



1. **Η στελέχωση της Διεύθυνσης για την Στοματική Υγεία, στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας.** Οι αρμοδιότητες αυτής της Διεύθυνσης ή του Τμήματος, περιγράφονται αναλυτικά στην *Πρόταση ΑΔΠΟΦ*.

2. **Η επανασυγκρότηση της Εθνικής Επιτροπής για τη Στοματική Υγεία (ΕΕΣΥ).** Ένα κρίσιμο ζήτημα του οδοντιατρικού κλάδου τα τελευταία χρόνια και βασική πρόταση της Ομάδας Εργασίας για την Πρωτοβάθμια Οδοντιατρική Φροντίδα, είναι η συγκρότηση της Εθνικής Επιτροπής για τη Στοματική Υγεία (ΕΕΣΥ).

Η ΕΕΣΥ αποτελεί ένα όργανο που δημιουργήθηκε το 2005, με την υπ αριθμ. ΔΥ1δ/43170 απόφαση του Υπουργού Υγείας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Τεύχος β, αρ. Φύλλου 612, 2005). Η ΕΕΣΥ είναι επιστημονικό, γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας σε θέματα Στοματικής Υγείας και γενικότερα σε θέματα που αφορούν τον οδοντιατρικό χώρο, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Ο σκοπός και οι αρμοδιότητές της περιγράφονται στην εν λόγω απόφαση.

Στο παρελθόν έχουν συγκροτηθεί δύο τέτοιες Επιτροπές, η πρώτη το 2007 και η δεύτερη το 2010. Το έργο της πρώτης αποτυπώθηκε στο *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία, 2008-12*, χωρίς να αξιοποιηθεί επαρκώς, ενώ εισηγήσεις υποομάδων της δεύτερης επιτροπής έχουν κατατεθεί χωρίς περαιτέρω επεξεργασία.

Στην παρούσα φάση, περισσότερο από κάθε άλλη φορά, η επανασυγκρότηση της ΕΕΣΥ κρίνεται αναγκαία γιατί αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωση εθνικής πολιτικής με αντικείμενο την προστασία της στοματικής υγείας του πληθυσμού και την οδοντιατρική περιθαλψη των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, ζητήματα ιδιαίτερης σημασίας λόγω δυσμενών οικονομικών συνθηκών.

Η λειτουργία της ΕΕΣΥ:

- Θα συμβάλλει στην ανασυγκρότηση, την οργάνωση και την υποστήριξη του συστήματος των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.

- Θα βοηθήσει στην επίτευξη συνεργασιών όλων των εμπλεκόμενων οδοντιατρικών φορέων και ασφαλιστικών οργανισμών, για την βελτίωση των οδοντιατρικών παροχών προς τον πληθυσμό.

- Θα προωθήσει προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων οδοντιατρικών υπηρεσιών (από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα), μέσω κοινών κανόνων και πρωτοκόλλων.

- Θα διαμορφώσει προτάσεις για την διεύρυνση των οδοντιατρικών παροχών του συστήματος.

3. **Η παρουσία Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας (ΣΟΠ), στις Υγειονομικές Περιφέρειες.** Η σημασία της παρουσίας των ΣΟΠ στο σύστημα περιγράφεται αναλυτικά στην *Πρόταση*. Ας σημειωθεί ότι πριν από μια εικοσαετία έγινε αντίστοιχη προσπάθεια θεσμοθέτησης των ΣΟΠ, η οποία είχε περιορισμένα αποτελέσματα, κυρίως εξαιτίας της απουσίας συστημικής οργάνωσης των υπηρεσιών, που θα υποστήριζαν το έργο των ΣΟΠ.

Η δημιουργία και η ανάπτυξη των παραπάνω τριών δομών θεωρείται απαραίτητη και απολύτως αναγκαία, για την ουσιαστική οργάνωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών. Οι δομές αυτές θα λειτουργούν σε ένα πλαίσιο αλληλοϋποστήριξης και σε άμεση συνεργασία με τα οδοντιατρεία των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας.

## Προτάσεις

### 1. Στελέχωση της Διεύθυνσης για την Στοματική Υγεία, στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας.

Σήμερα, στον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, τα ζητήματα που αφορούν την προαγωγή της στοματικής υγείας αναφέρονται ως “...προώθηση οδοντιατρικών προγραμμάτων” και υπάγονται στις αρμοδιότητες του *Τμήματος Μεταδοτικών και μη Μεταδοτικών Νοσημάτων, της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας*.

Η καταργηθείσα Διεύθυνση για τη Στοματική Υγεία, πρέπει είτε να επανασυσταθεί είτε, σε αντίθετη περίπτωση, να λειτουργήσει σε επίπεδο Τμήματος (με νόμο ή να προβλέπεται στο υπό διαμόρφωση νέο οργανόγραμμα).

Η στελέχωση της Διεύθυνσης για την Στοματική Υγεία, περιγράφεται σε προηγούμενους νόμους.

Στην περίπτωση επιλογής δημιουργίας Τμήματος για την Στοματική Υγεία, αυτό θα χρειαστεί να στελεχωθεί από 3 οδοντίατρους Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ και διοικητικό προσωπικό, προκειμένου να υποστηριχθεί η επεξεργασία και η προώθηση των θέσεων της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας.

Οι οδοντίατροι του κλάδου Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, που θα στελεχώσουν την Διεύθυνση ή το Τμήμα, πέραν των υπολοίπων προσόντων, πρέπει να προέρχονται κυρίως από οδοντίατρους με εμπειρία στην άσκηση της οδοντιατρικής στο ΕΣΥ (Νοσοκομεία, ΠΕΔΥ) με βαθμό Διευθυντή και Επιμελητή Α' και η κάλυψη των θέσεων να γίνει με μετάταξη, βάσει της προβλεπόμενης, από τη νομοθεσία, διαδικασίας.

### 2. Η επανασυγκρότηση της ΕΕΣΥ.

Παρόλο που οι διαδικασίες στελέχωσης της ΕΕΣΥ περιγράφονται στην απόφαση του 2005, είναι βέβαιο ότι χρειάζε-

ται να πραγματοποιηθούν ορισμένες αλλαγές σε αυτήν, προκειμένου η λειτουργία της Επιτροπής να ανταποκριθεί επαρκώς στις προκλήσεις που έχουν τεθεί τα τελευταία χρόνια, μέσα στο διαφοροποιημένο και δυσμενές περιβάλλον των οδοντιατρικών υπηρεσιών και αναγκών του πληθυσμού.

Σε αυτό το πλαίσιο προτείνονται οι εξής παρεμβάσεις:

- i.* Στην ενότητα *Σκοπός και Αρμοδιότητες της ΕΕΣΥ*, παράγραφος 2(1)β, να προστεθεί: (...) παράγοντες που καθορίζουν την στοματική τους υγεία με έμφαση στον παιδικό πληθυσμό και στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες.
- ii.* Στην ενότητα *Σκοπός και Αρμοδιότητες της ΕΕΣΥ*, παράγραφος 2(2)β, να προστεθεί: (...) και των Νοσοκομείων του ΕΣΥ που σε συνδυασμό με την εφαρμογή επιχειρησιακών σχεδίων και στοχευμένων δράσεων, θα εξασφαλίζουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και αποτελεσματική ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού.
- iii.* Στην ενότητα *Σύνθεση της Επιτροπής*, η παράγραφος 1γ να αλλαχθεί σε: *Οδοντίατρο, εκπρόσωπο των αρμόδιων υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας.*
- iv.* Στην ενότητα *Σύνθεση της Επιτροπής*, η παράγραφος 1θ να αλλαχθεί σε: *Έναν οδοντίατρο, εκπρόσωπο του ΕΟΠΥΥ.*
- v.* Στην ενότητα *Σύνθεση της Επιτροπής*, παράγραφος 2, να προστεθεί: (...) *Για κάθε μέλος της ΕΕΣΥ ορίζεται αναπληρωτής. Με απόφαση του Υπουργού, ύστερα από πρόταση της ΕΕΣΥ, συστήνονται υποεπιτροπές ειδικού σκοπού και έργου, ώστε να προκύψουν ολοκληρωμένες προτάσεις εφαρμογής.*

### 3. Συντονιστές Οδοντίατροι Περιφέρειας.

#### Αντικείμενο Εργασίας των ΣΟΠ

1. Διερεύνηση στελέχωσης, υποδομών και δυνατοτήτων των οδοντιατρικών μονάδων
2. Συντονισμός και παρακολούθηση των εργασιών και της λειτουργίας των οδοντιατρικών υπηρεσιών ΠΕΔΥ και Νοσοκομείων
3. Οργάνωση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής στοματικής υγείας στις σχολικές μονάδες της γεωγραφικής αρμοδιότητας των ΥΠΕ αλλά και στην κοινότητα γενικότερα.
4. Ανάπτυξη και υποστήριξη συνεργασιών με φορείς για την προαγωγή της υγείας και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (πχ ΑμεΑ, άτομα με χρόνια νοσήματα, γηριατρικοί ασθενείς).

#### Καθήκοντα των ΣΟΠ

##### *1. Διερεύνηση στελέχωσης, υποδομών και δυνατοτήτων των οδοντιατρικών μονάδων*

- Καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού των οδοντιατρικών μονάδων και της λειτουργικότητας των οδοντιατρείων (θέματα ποιοτικών χαρακτηριστικών και δυνατοτήτων του προσωπικού καθώς και στελέχωσης των μονάδων, ζητήματα συντήρησης εξοπλισμού, οδοντιατρικών υλικών, ωραρίου κ.ά.)
- Οργάνωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους οδοντίατρους.
- Παρακολούθηση της ροής ασθενών στις μονάδες ΠΕΔΥ και καταγραφή τυχόν δυσκολιών και προβλημάτων. Καταγραφή παραπόνων των ασθενών.

##### *2. Συντονισμός λειτουργίας των οδοντιατρείων*

- Διασύνδεση με τα Τμήματα Προμηθειών και Συντήρησης των ΥΠΕ, με σκοπό την επικαιροποίηση των καταλόγων υλικών, την καθιέρωση συστήματος παραγγελιών, την παρακολούθηση αποκατάστασης βλαβών για την εξασφάλιση της απρόσκοπτης λειτουργίας των οδοντιατρείων.
- Εξασφάλιση διασύνδεσης μεταξύ οδοντιατρικών μονάδων ΠΕΔΥ και Νοσοκομείων, για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.
- Συστηματική επικοινωνία με τους οδοντίατρους Νοσοκομείων και ΠΕΔΥ κατά ομάδες (όπου είναι εφικτό) για αμφίδρομη ενημέρωση σχετικά με τους στόχους του επιχειρησιακού σχεδιασμού, την εκτίμηση των δυνατοτήτων, την αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών και την υποβολή αιτημάτων.
- Διαμόρφωση προτάσεων και ενημέρωση της ΥΠΕ, της Κεντρικής Υπηρεσίας (Τμήμα Στοματικής Υγείας) και των οδοντιατρικών μονάδων για ζητήματα που αφορούν διαδικασίες, αποφάσεις και γενικότερα πληροφορίες, σχετικές με

την άρτια και αρμονική λειτουργία των οδοντιατρείων.

### 3. Οργάνωση προγραμμάτων

- Αντιστοίχιση σχολικών μονάδων με οδοντίατρους των μονάδων ΠΕΔΥ. Αποστολή σε κάθε οδοντίατρο των στοιχείων από τα σχολεία που θα γίνουν επισκέψεις. Οργανωμένες παρεμβάσεις σε ειδικά σχολεία, ιδρύματα, Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας, ΚΑΠΗ κλπ., θα πραγματοποιούνται και από οδοντίατρους των Νοσοκομείων.
- Αναλυτική ενημέρωση, φροντίδα για άδεια επίσκεψης και εξασφάλιση συνεργασίας από τις Περιφέρειες Εκπαίδευσης και τα κατά τόπους Γραφεία Σχολικών Δραστηριοτήτων.
- Αποστολή των προτυποποιημένων εγγράφων (ενημέρωσης και συγκατάθεσης γονέων, καταγραφής ευρημάτων, ενημέρωσης της σχολικής κοινότητας κ.ά.) στους οδοντίατρους έτσι ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία επισκέψεων.
- Συλλογή δεδομένων από τις οδοντιατρικές μονάδες (αριθμός εξετασθέντων παιδιών, δελτίων καταγραφής κ.ά.) και αποστολή στην Κεντρική Υπηρεσία (Τμήμα Στοματικής Υγείας) για περαιτέρω επεξεργασία.
- Παρακολούθηση υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής στοματικής υγείας που θα υλοποιούνται από τις μονάδες ΠΕΔΥ.
- Αναλυτική ενημέρωση των αρμόδιων υπηρεσιών στους ΟΤΑ για την εξασφάλιση των επισκέψεων στους παιδικούς σταθμούς. Ανάλογη διαδικασία, όπως και με τα σχολεία, σε σχέση με τα οδοντιατρεία ΠΕΔΥ.

### 4. Εξασφάλιση συνεργασιών.

- Ένταξη των δράσεων που υλοποιούνται από τους οδοντίατρους ΠΕΔΥ στις δράσεις των ιατρείων γειτονιάς ή/και των Μονάδων Αναφοράς.
- Συνεργασία με τοπικούς οδοντιατρικούς συλλόγους, επιστημονικές εταιρείες, ΟΤΑ και άλλους φορείς, για την από κοινού εφαρμογή προγραμμάτων σε ομάδες του πληθυσμού.

### Προσόντα των ΣΟΠ

- Επιστημονική επάρκεια, που αποδεικνύεται με μεταπτυχιακές σπουδές και εκπαίδευση, σε σχετικά θεματικά πεδία.
- Εμπειρία στον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής στοματικής υγείας.
- Ικανότητες διαχείρισης και οργάνωσης ανθρώπινου δυναμικού.

### Διαδικασία Ορισμού των ΣΟΠ

Πρόσκληση ενδιαφέροντος από τις ΥΠΕ για την θέση των ΣΟΠ. Θα υπάρχει σαφής περιγραφή των καθηκόντων, της εργασιακής σχέσης των προϋποθέσεων που απαιτούνται και των προσόντων που σχετίζονται με την πλήρωση της θέσης. Η διαδικασία επιλογής για κάθε ΥΠΕ, θα γίνει με κριτήρια πρόσληψης οδοντιάτρων ΕΣΥ και θα περιλαμβάνει και συνέντευξη. Η θητεία προτείνεται να είναι τριετής, με δυνατότητα ανανέωσης για άλλη μια θητεία, μετά από νέα κρίση. Οι υποψήφιοι που θα καταθέσουν το βιογραφικό τους, πρέπει να είναι οδοντίατροι που υπηρετούν στο ΕΣΥ (πρωτοβάθμια - δευτεροβάθμια), με βαθμό Διευθυντή και Επιμελητή Α', πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης με ενεργό κλινικό έργο. Ο αριθμός των ΣΟΠ ανά ΥΠΕ θα είναι 1<sup>ο</sup>: δύο, 2<sup>ο</sup>: δύο, 3<sup>ο</sup>: ένας, 4<sup>ο</sup>: ένας, 5<sup>ο</sup>: ένας, 6<sup>ο</sup>: δύο και 7<sup>ο</sup>: ένας, συνολικά 10.

### Αξιολόγηση έργου των ΣΟΠ

Το έργο των ΣΟΠ θα αξιολογείται ετησίως από την ΥΠΕ και τις Κεντρικές Υπηρεσίες μέσα από την Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων των ΣΟΠ, που θα περιλαμβάνει αναλυτική περιγραφή των δράσεων που ανέλαβε η/ο ΣΟΠ. Επίσης η αξιολόγηση θα λαμβάνει υπόψη τις παρατηρήσεις και τα σχόλια των οδοντιάτρων που υπηρετούν στο ΠΕΔΥ και τα Νοσοκομεία, μέσα από αντίστοιχες εκθέσεις και έγγραφα.

Σημαντικά πεδία στα οποία θα αξιολογηθεί το έργο των ΣΟΠ, είναι τα παρακάτω:

- ✓ Η δημιουργία και επικαιροποίηση του οδοντιατρικού χάρτη της ΥΠΕ.
- ✓ Η παρακολούθηση της λειτουργίας, η επίλυση προβλημάτων, η αξιοποίηση του δυναμικού νοσοκομείων και μονάδων ΠΕΔΥ και η ανταπόκριση στους στόχους του στρατηγικού σχεδιασμού.
- ✓ Η επιτυχής οργάνωση προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής στοματικής υγείας στις σχολικές μονάδες των ΥΠΕ, σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες και στην κοινότητα γενικότερα.
- ✓ Η ανάπτυξη και υποστήριξη συνεργασιών με φορείς για την προαγωγή της στοματικής υγείας.

Η βαθμολόγηση θα γίνεται στην κλίμακα 0-10. Με μέσο όρο κάτω από το 7 θα κρίνεται ανεπαρκής με περιθώρια βελτίωσης και κάτω από 6 θα αποκλείεται.

### Ένταξη των ΣΟΠ στις ΥΠΕ (περιγραφή της δομής)

Οι ΣΟΠ είναι δεδομένο ότι οφείλουν να βρίσκονται σε άμεση επαφή με τις αρμόδιες υπηρεσίες των ΥΠΕ, για να διεκπεραιώνουν μια σειρά από διαδικασίες, ουσιαστικές και τυπικές. Χρειάζεται, επίσης, να έχουν τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων, σχετικά με ζητήματα που αφορούν τα καθήκοντά τους και αυτό καλό είναι να προβλέπεται με σαφή τρόπο. Η παρουσία τους στα γραφεία των ΥΠΕ δεν χρειάζεται να είναι καθημερινή ενώ θα απαιτούνται μετακινήσεις εντός και εκτός ΥΠΕ για τις αναγκαίες συνεννοήσεις με άλλους φορείς και υπηρεσίες. Στην περίπτωση που θα αποτελούν μέλη μιας ευρύτερης ομάδας για την ΠΦΥ, εντός ΥΠΕ, τα καθήκοντά τους θα είναι διευρυμένα και ενδεχομένως η θέση τους να απαιτεί συχνότερη παρουσία εντός των υπηρεσιών της ΥΠΕ και να έχει χαρακτηριστικά μόνιμης απασχόλησης. Γενικά, η θέση των ΣΟΠ δεν νοείται ως εργασία “γραφείου”, αντίθετα αποτελεί περισσότερο έναν ευέλικτο θεσμό και ρόλο και λιγότερο μια γραφειοκρατική θέση στο ευρύτερο σύστημα.

## **4. Προτάσεις για την παροχή υπηρεσιών από τις Δημόσιες Μονάδες Πρωτοβάθμιας Οδοντιατρικής Φροντίδας**

### **Προλεγόμενα**

Η προηγηθείσα *Πρόταση ΑΔΠΟΦ*, όπως κατατέθηκε στο Υπουργείο, άφησε σχετικά ασαφές το περιεχόμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών από τα οδοντιατρεία του ΠΕΔΥ, εν μέρει επειδή παρουσιάστηκε, σε αυτήν, ένα γενικό πλάνο για τη λειτουργία των υπηρεσιών και εν μέρει εξαιτίας της περιπλοκότητας του ζητήματος. Η περιπλοκότητα αυτή οφείλεται, μεταξύ άλλων:

- στα χαρακτηριστικά του ανθρώπινου δυναμικού που στελεχώνει τις μονάδες,
- στην λειτουργική κατάσταση των οδοντιατρείων,
- στη χρονική συγκυρία, κατά τη διάρκεια της οποίας έχει περιοριστεί σε σημαντικό βαθμό η πρόσβαση στα ιδιωτικά οδοντιατρεία για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και
- στην ανάγκη ουσιαστικής ανταπόκρισης στην πρόκληση της πρόληψης της στοματικής υγείας του πληθυσμού.

Η οδοντιατρική περίθαλψη, η αποκατάσταση δηλαδή της στοματικής υγείας ενός ανθρώπου -είτε πρόκειται για την ουλίτιδα και τις τερηδόνες είτε για προσθετική αποκατάσταση-, αποτελεί μια εξαιρετικά εξειδικευμένη και υψηλού κόστους διαδικασία, η οποία συντίθεται από την συνύπαρξη ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού (οδοντίατροι, νοσηλευτικό προσωπικό, οδοντοτεχνίτες κ.ά.), σημαντικού αριθμού συσκευών και εξοπλισμού (οδοντιατρικά μηχανήματα, υλικά κ.ά.), ειδικό χώρο με συγκεκριμένες προδιαγραφές και, φυσικά, την ανάλογη χρηματοδότηση των παρεχομένων υπηρεσιών. Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών σχετίζεται κυρίως με την ανταπόκριση στις ανάγκες και τα αιτήματα των ασθενών, πρωτίστως όμως με την ασφάλειά τους και τη μη έκθεσή τους σε κίνδυνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Σε κάθε οδοντιατρείο χρειάζεται να τηρείται ένα πρωτόκολλο και να λαμβάνονται μέτρα για την αποφυγή της διασποράς λοιμώξεων κατά την οδοντιατρική πράξη, προς όφελος του ασθενούς αλλά και του οδοντιάτρου.

Η ποιότητα των οδοντιατρικών εργασιών μπορεί να αξιολογηθεί, πράγμα αρκετά δύσκολο και περίπλοκο, με την υιοθέτηση κριτηρίων στην πραγματοποίηση συγκεκριμένων οδοντιατρικών πράξεων, δεν περιορίζεται όμως αποκλειστικά στις εργασίες καθαυτές: η ενημέρωση και η συγκατάθεση του ασθενή για το σχέδιο θεραπείας ή τη δυνατότητα παραπομπής σε άλλη ειδικότητα, είναι μέρος της πολύπλοκης θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής περίθαλψης.

Σε αυτό το πλαίσιο, οι δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες χρειάζεται να είναι υψηλού επιπέδου και να ανταποκρίνονται επαρκώς σε όλες τις παραπάνω συνθήκες με γνώμονα την βελτίωση της στοματικής υγείας των ασθενών αλλά και την θετική και δημιουργική εργασιακή εμπειρία των οδοντιάτρων και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Είναι σαφές πως η δυναμική των όποιων προτάσεων και η ενδεχόμενη εφαρμογή τους απαιτεί

- πλήρη και ουσιαστική αξιοποίηση του αναγκαίου ανθρώπινου δυναμικού,
- καταγραφή του οδοντιατρικού εξοπλισμού και επισκευή ή αντικατάσταση όπου απαιτείται,
- ουσιαστική διοικητική υποστήριξη σε μια σειρά από ζητήματα που σχετίζονται με τη χωροταξική κατανομή των μονάδων, τη στελέχωσή τους, τη δημιουργία οδοντιατρικών κέντρων κ.ά.

## Προτάσεις

### Περιγραφή παρεχόμενων υπηρεσιών στα οδοντιατρεία ΠΕΔΥ

Η αλλαγές που προτείνονται στη συνέχεια, θα γίνουν σταδιακά, λαμβάνοντας υπόψη τα ζητήματα στελέχωσης και λειτουργικότητας των οδοντιατρικών μονάδων όπως και του όγκου των οδοντιατρικών αναγκών του καλυπτόμενου πληθυσμού.

1. Οι οδοντίατροι συγκεκριμένες ημέρες του μήνα (4-6) θα δέχονται παιδιά στο ιατρείο για προληπτική εξέταση ή θα επισκέπτονται σχολικές μονάδες για τις προβλεπόμενες δράσεις αγωγής και προαγωγής της στοματικής υγείας.
2. Τα οδοντιατρεία, το αμέσως επόμενο διάστημα από την έναρξη του νέου τρόπου λειτουργίας των μονάδων, θα δέχονται τον παιδικό πληθυσμό, ηλικίας έως 15 ετών, το ήμισυ του εναπομείναντος εργάσιμου χρόνου (ημέρες ανά εβδομάδα ή ώρες ανά ημέρα) παρέχοντας εργασίες πρόληψης και θεραπείας, ανάλογα με τις λειτουργικές δυνατότητες κάθε μονάδας. Συγκεκριμένα θα γίνεται:

- ✓ υποχρεωτική τήρηση ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού,
- ✓ φθοριώσεις,
- ✓ εμφράξεις οπών και σχισμών,
- ✓ εμφράξεις μονίμων δοντιών,
- ✓ εμφράξεις νεογιλών δοντιών,
- ✓ εφαρμογή μεταλλικών στεφανών,
- ✓ ενδοδοντικές θεραπείες μονίμων δοντιών,
- ✓ πολυτομές,
- ✓ αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (τραύμα, απόστημα κ.ά.).

Στόχος είναι, με την πάροδο του χρόνου, τα οδοντιατρεία να απασχολούνται τουλάχιστον τα 2/3 του χρόνου τους με παιδιά ηλικίας έως 15 ετών. Σε περιπτώσεις παιδιών προσχολικής ηλικίας που χρειάζονται θεραπεία αλλά και στα παιδιά εκείνα που δεν συνεργάζονται κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, θα γίνεται παραπομπή σε ειδικά παιδοδοντικά κέντρα, που πρέπει να δημιουργηθούν για αυτό το σκοπό.

3. Το υπόλοιπο του εργάσιμου χρόνου, τα οδοντιατρεία θα δέχονται τον γενικό πληθυσμό, όπου θα πραγματοποιούνται οδοντιατρικές εργασίες συγκεκριμένου φάσματος, ανάλογα με τις λειτουργικές δυνατότητες κάθε μονάδας. Η ΕΕΣΥ και οι ΣΟΠ, θα παρακολουθούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες και θα έχουν την δυνατότητα να μεταβάλλουν το εύρος και το είδος των εργασιών. **Ενδεικτικά** θα μπορούν να παρέχονται:

- ✓ υποχρεωτική τήρηση ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού,
- ✓ αποτριγώσεις,
- ✓ εξαγωγές δοντιών που δεν απαιτούν χειρουργικό περιβάλλον,
- ✓ εμφράξεις,
- ✓ αντιμετώπιση οδοντοφαντιακών αποστημάτων και πολφίτιδων,
- ✓ ενδοδοντικές θεραπείες..

4. Τα ΑμεΑ, εξυπηρετούνται κατά προτεραιότητα και τους παρέχεται πλήρης οδοντιατρική φροντίδα.
5. Η παραπομπή σε άλλες οδοντιατρικές μονάδες γίνεται μετά από αναλυτική ενημέρωση του ασθενούς αλλά και των οδοντιάτρων που θα υποδεχθούν το περιστατικό. Η παραπομπή θα συνοδεύεται από αναλυτική περιγραφή του περιστατικού και σαφή αναφορά στις αιτίες αδυναμίας περίθαλψης.
6. Οι εργασίες των οδοντοπροσθετικών τμημάτων συνεχίζονται, σε ένα πλαίσιο εξορθολογισμού και συγκέντρωσης των υπηρεσιών, προς την κατεύθυνση της ποιοτικότερης και πιο αποδοτικής φροντίδας.
7. Τέλος, επισημαίνεται ότι οι οδοντίατροι του ΠΕΔΥ οφείλουν να ενημερώνουν αναλυτικά τους ασθενείς για την κατάσταση της στοματικής τους υγείας και τις αναγκαίες εργασίες που χρειάζονται και να τους κατευθύνουν σε άλλες υπηρεσίες όταν αυτό απαιτείται για την βέλτιστη οδοντιατρική φροντίδα. Οι οδοντίατροι του ΠΕΔΥ οφείλουν να συνεργάζονται αρμονικά με τους συναδέλφους άλλων μονάδων, σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο αλλά και με τους ΣΟΠ.

### Περιγραφή λειτουργίας των οδοντιατρείων ΠΕΔΥ<sup>6</sup>

1. Ο οδοντίατρος του ΠΕΔΥ είναι υπεύθυνος για την επίβλεψη του χώρου του και την επάρκεια των εργαλείων και

<sup>6</sup> Λυγιδάκης Ν, και συν. Εισήγηση Ομάδας Εργασίας 1ης ΥΠΕ για την οδοντιατρική φροντίδα. Αθήνα, Φεβρουάριος, 2016.

υλικών, την τήρηση των κανόνων υγιεινής, απολύμανσης και αποστείρωσης, τη λειτουργικότητα του εξοπλισμού και την έγκαιρη αναφορά ελλείψεων υλικών και οποιασδήποτε βλάβης. Έχει την υποχρέωση να αντιμετωπίζει τους ασθενείς με αξιοπρέπεια σύμφωνα με τους ιατρικούς κανόνες.

2. Η/ο νοσηλεύτρια/της του οδοντιατρείου συμμετέχει και επικουρεί τον οδοντίατρο σε όλη τη διάρκεια των εργασιών (λήψη ιστορικού, προετοιμασία ασθενούς, εργαλειοδοσία, αποστείρωση, απολύμανση, συνταγογράφηση, κλπ). Η οδοντιατρική είναι χειρουργική ειδικότητα και ως εκ τούτου είναι απαραίτητη η παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Ο προγραμματισμός των ραντεβού γίνεται με τηλεφωνικό ή ηλεκτρονικό σύστημα είτε κεντρικά είτε εντός των πολυιατρείων του ΠΕΔΥ. Προτείνεται για τα θεραπευτικά ραντεβού των ενηλίκων ο χρόνος να είναι 30 λεπτά και να ορίζονται 8 ραντεβού ημερησίως στην αρχή και το τέλος του ωραρίου (4 ώρες) και παραμονή του υπολοίπου ωραρίου (3 ώρες) για επείγοντα περιστατικά και τον απαραίτητο επανέλεγχο ασθενών χωρίς ραντεβού κατά την κρίση του γιατρού. Για τα ραντεβού των παιδιών απαιτείται διεθνώς μεγαλύτερος χρόνος ραντεβού (40 λεπτά) με ανάλογη διευθέτηση του υπόλοιπου χρόνου του ωραρίου. Σε όλες τις περιπτώσεις ορίζεται διάλλειμα 30 λεπτών στην μέση του ωραρίου. Σε μηνιαία βάση η Διεύθυνση κάθε μονάδας του ΠΕΔΥ και ο ΣΟΠ, ελέγχουν τα στατιστικά στοιχεία των ραντεβού και των πράξεων κάθε οδοντίατρου.
4. Γενικά, απαιτείται αλλαγή της επικρατούσας λογικής της «μαζικής παραγωγής» και «ανταγωνιστικότητας», που υποβαθμίζει τις υπηρεσίες και δεν ανταποκρίνεται στη φιλοσοφία της δημόσιας ΠΦΥ, ενώ αντίκειται και στους στοιχειώδεις κανόνες της ιατρικής.

### Απαραίτητος εξοπλισμός ασφαλούς λειτουργίας των οδοντιατρείων ΠΕΔΥ

Η παρεχόμενη οδοντιατρική φροντίδα για να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, υπεύθυνη, επαρκής και άρτια καθοδηγούμενη πρέπει:

1. Το οδοντιατρείο να στεγάζεται σε χώρο που πληροί τις νόμιμες προδιαγραφές και έχει εύκολη πρόσβαση.
2. Να διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό γραφείου (γραφική ύλη, Η/Υ με δυνατότητα χειρισμού αρχείων ασθενών και ιατρικής απεικόνισης και σύνδεση στο διαδίκτυο).
3. Να διαθέτει νοσηλευτικό προσωπικό.
4. Να υπάρχει καρτέλα ασθενούς (χειρόγραφο ή ηλεκτρονικό) με το ιστορικό και καταγραφή των εργασιών.
5. Να διαθέτει τη βασική ιατροτεχνολογική υποδομή.
6. Να διαθέτει τα απαραίτητα οδοντιατρικά και χειρουργικά εργαλεία.
7. Να λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για την αποφυγή διασποράς λοιμώξεων κατά την οδοντιατρική πράξη.

## **5. Προτάσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών στις Δημόσιες Μονάδες Δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής Περίθαλψης**

### **Προλεγόμενα**

Ως Δευτεροβάθμια Οδοντιατρική Περίθαλψη, νοείται η περίθαλψη που παρέχεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, για εκείνους που για την οδοντιατρική τους θεραπεία απαιτείται η συνεργασία τουλάχιστον μιας ακόμη ιατρικής ειδικότητας. Με τον όρο *Νοσοκομειακή Οδοντιατρική* περιγράφεται η άσκηση της Οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο από οργανωμένα Τμήματα, τα οποία αξιοποιούν την υπάρχουσα υποδομή, αναπτύσσουν κλινικές, εκπαιδευτικές, ερευνητικές και διοικητικές δραστηριότητες και συνεργάζονται με Τμήματα άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Αντίστοιχα, *Νοσοκομειακός Οδοντίατρος* είναι ο οδοντίατρος που έχει την απαραίτητη εκείνη θεωρητική και κλινική επιστημονική κατάρτιση που χρειάζεται για να καλύψει όλο το εύρος της άσκησης της Οδοντιατρικής στο Νοσοκομείο<sup>7</sup>. Η περίθαλψη από τα Νοσοκομειακά Οδοντιατρικά Τμήματα (NOT) αποτελεί βασικό τμήμα των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών και καλύπτει σημαντικές ανάγκες του πληθυσμού της χώρας. Στους ειδικούς ασθενείς που αντιμετωπίζονται από τα NOT, περιλαμβάνονται τα άτομα με φυσική αναπηρία ή νοητική υστέρηση, τα αυτιστικά άτομα, οι ασθενείς με σοβαρά συστηματικά νοσήματα (π.χ. καρδιοπαθείς, νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς, αιματολογικοί, ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα), οι ασθενείς υπό ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι μεταμοσχευμένοι, οι ψυχιατρικοί, οι ηλικιωμένοι κ.ά. των οποίων η οδοντιατρική θεραπεία απαιτεί νοσοκομειακό περιβάλλον.

---

<sup>7</sup> Δημητριάδης Δ, Κωνσταντινίδης Ρ, Ζερβού Φ. Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας: καταγραφές και προβληματισμοί. *Ελλ. Νοσοκ. Οδοντ.* (2009) 2: 9-14

Αυτοί οι ασθενείς αποτελούν περίπου το 20% του πληθυσμού, ποσοστό το οποίο δείχνει το μέγεθος των αναγκών. Παράλληλα, οι οδοντιατρικές τους ανάγκες είναι πολύ μεγάλες δεδομένου ότι το επίπεδο της στοματικής υγείας των είναι συνήθως χαμηλό.

Ορισμένα ζητήματα, που σχετίζονται με την παραγωγική και αποτελεσματική λειτουργία των NOT και αφορούν και τις δημόσιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας είναι:

1. *Διαφορές στην λειτουργία των NOT* ανάμεσα σε μονάδες της ίδιας περιφέρειας αλλά και σε μονάδες διαφορετικών περιφερειών. Πολλά NOT είναι υποστελεχωμένα ενώ σε πολλά οδοντιατρεία οι υποδομές σε εξοπλισμό είναι ελλιπείς ή ανύπαρκτες (παλαιά οδοντιατρικά μηχανήματα, έλλειψη συντήρησης, έλλειψη μηχανημάτων στο Χειρουργείο, έλλειψη υλικών κ.ά.) Η απουσία επίσημου μηχανισμού ελέγχου παραγωγικότητας και η έλλειψη πρωτοκόλλων λειτουργίας για τη διασφάλιση της ασφαλούς και ποιοτικής παροχής υπηρεσιών, διευρύνουν το χάσμα στην παρεχόμενη οδοντιατρική περίθαλψη, μεταξύ των διαφόρων NOT.

2. *Διασύνδεση οδοντιατρικών μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.* Η απουσία ουσιαστικής διασύνδεσης ανάμεσα στις δύο υπηρεσίες, έχει ως αποτέλεσμα την αλληλοεπικάλυψη έργου, την ανώφελη επιβάρυνση των μονάδων και σε ορισμένες περιπτώσεις στην ταλαιπωρία των ασθενών.

3. *Οδοντιατρική φροντίδα ενηλίκων και παιδιών της, που ανήκουν στην κατηγορία των ΑμεΑ.* Η συγκεκριμένη παροχή περίθαλψης είναι μέσα στα πλαίσια των καθηκόντων όλων των υπηρετούντων στα Γενικά και Παιδιατρικά Νοσοκομεία οδοντιάτρων. Ελάχιστα, όμως, NOT έχουν αναπτύξει τέτοιες δραστηριότητες. Σε κάποια από αυτά λειτουργούν, με ειδική έγκριση, μονάδες οδοντιατρικής περίθαλψης ΑμεΑ υπό γενική αναισθησία (αν και τέτοια έγκριση δεν είναι απαραίτητη). Εξαιτίας όσων αναφέρθηκαν προηγούμενα, οι ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης οδηγούν αυτήν την ευάλωτη ομάδα σε δαπανηρές μετακινήσεις προς τα μεγάλα αστικά κέντρα, για αναζήτηση εξειδικευμένων οδοντιατρικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να υφίσταται μεγάλη ταλαιπωρία και να υπόκειται σε μεγάλα έξοδα. Επιπλέον, εξαιτίας της απουσίας οδοντιατρικής περίθαλψης κατ'οίκον, οι μη δυνάμενοι να μετακινηθούν, λόγω π.χ. κινητικών δυσχερειών, δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν. Η ύπαρξη αυτών των δυσλειτουργιών υποδηλώνει σαφώς ότι δεν υπηρετείται η αρχή της ισοτιμίας στην πρόσβαση των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

## Προτάσεις

### 1. Ρυθμίσεις για τη λειτουργία των NOT (οργάνωση ιατρείου, ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμός, υλικά κλπ)

Για να λειτουργεί με στοιχειώδη επάρκεια ένα NOT χρειάζεται ιατρικό προσωπικό τουλάχιστον 4 οδοντιάτρων, αυξανόμενο ανάλογα, στα Νοσοκομεία άνω των 200 κλινών. Στα NOT που αντιμετωπίζουν ΑμεΑ υπό Γενική Αναισθησία (ΓΑ), το ιατρικό προσωπικό πρέπει να ανέρχεται τουλάχιστον σε 5-6 ιατρούς.

Επιπλέον χρειάζονται:

α) Από πλευράς ανθρώπινου δυναμικού πλέον των οδοντιάτρων:

- ✓ ένα νοσηλεύτη ανά έδρα και μία γραμματέα για τα τακτικά ιατρεία,
- ✓ ένα νοσηλεύτη για τα έκτακτα ιατρεία,
- ✓ νοσηλευτική υποστήριξη στον θάλαμο νοσηλείας.

β) Από πλευράς χώρων και υλικοτεχνικής υποδομής:

- ✓ τακτικό εξωτερικό ιατρείο, με τουλάχιστον δύο έδρες,
- ✓ ιατρείο εκτάκτων στο Τ.Ε.Π., εάν υπάρχει στο Νοσοκομείο, με τουλάχιστον μία έδρα,
- ✓ 2-4 κλίνες για τη νοσηλεία των ασθενών σε θάλαμο του Χειρουργικού Τομέα<sup>8</sup>,
- ✓ οδοντιατρική μονάδα στο χειρουργείο με τον ανάλογο εξοπλισμό,
- ✓ όλα τα απαιτούμενα υλικά,
- ✓ εξοπλισμό για τους νοσηλευόμενους που δεν μπορούν να μετακινηθούν και αντιμετωπίζονται επί κλίνης (π.χ. κυτίο α' ανάγκης το οποίο να περιέχει εργαλεία και υλικά, εργαστηριακό τροχό κ.ά.). Δόκιμη, βέβαια, είναι και η ύπαρξη φορητού ή τροχήλατου unit που συνδέεται στον «αέρα» που διατίθεται στα περισσότερα Νοσοκομεία),
- ✓ δύο Η/Υ, έναν για το ιατρείο τακτικών και έναν για το ιατρείο εκτάκτων, απαραίτητους πλέον των άλλων για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

<sup>8</sup> Για την κάλυψη των αναγκών νοσηλείας των οδοντιατρικών ασθενών πρέπει να θεσμοθετηθεί τα **Οδοντιατρικά Τμήματα** των Νοσοκομείων να χρησιμοποιούν το **2% των κλινών του Νοσοκομείου** σε χώρο του Χειρουργικού Τομέα.

### 2. Περίθαλψη των ΑμεΑ και ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού

#### α. Περιεχόμενο παροχής περίθαλψης των ΑμεΑ

Τα ΑμεΑ περιθάλπονται στο ιατρείο, όταν είναι συνεργάσιμα ή στο χειρουργείο, όταν δεν είναι. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στα ΑμεΑ, αφορούν όλο το θεραπευτικό φάσμα, τηρουμένων ορισμένων περιορισμών όταν χορηγείται ΓΑ. Σημειωτέον, η περίθαλψη υπό ΓΑ πρέπει να μπορεί να παρέχεται σε φοβικούς ασθενείς, σε ασθενείς με έντονο αντανάκλαστικό εμέτου καθώς και σε μη συνεργαζόμενα μικρά παιδιά, με νεογιλή οδοντοφυΐα.

#### β. Νοσοκομεία που θα αντιμετωπίζουν ΑμεΑ υπό ΓΑ

Ιδανικά όλα τα NOT πρέπει να παρέχουν τέτοια περίθαλψη σε ΑμεΑ υπό ΓΑ, αφού αυτός είναι και ο προορισμός τους. Είναι, όμως, σαφές ότι με το προσωπικό που υπάρχει αυτή τη στιγμή στα Νοσοκομεία αλλά και τα προβλήματα υλικοτεχνικής υποδομής που υφίστανται, είναι αδύνατον να λειτουργήσουν, σε όλα τα Νοσοκομεία, NOT που να παρέχουν αμιγώς δευτεροβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη. Ιδιαίτερα για την οδοντιατρική αντιμετώπιση υπό ΓΑ, ελάχιστα NOT παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες. Οι συγκεκριμένες οδοντιατρικές μονάδες, θα πρέπει να διατηρήσουν αυτή τη λειτουργία και να ονομαστούν “Κέντρα Αναφοράς για ΑμεΑ και για άτομα με σοβαρή επιβάρυνση υγείας” και δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζουν καθόλου γενικό πληθυσμό.

Ο άμεσος στόχος είναι να λειτουργούν ως Κέντρα Αναφοράς τρία NOT ανά περιφέρεια μέσα σε ένα έτος (λαμβάνοντας υπόψη πληθυσμιακά και άλλα κριτήρια), έως ότου, σε βάθος 2-3 ετών, να υπάρχει η δυνατότητα λειτουργίας ενός Κέντρου Αναφοράς ανά νομό, προκειμένου να πληρούνται τα κριτήρια της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Τα NOT-Κέντρα Αναφοράς πρέπει άμεσα να ενισχυθούν με τον απαραίτητο εξοπλισμό -όπου δεν υπάρχει- αλλά και με προσωπικό. Η ενίσχυση σε ανθρώπινο δυναμικό, μπορεί να γίνει είτε με πρόσληψη εκπαιδευμένου στη νοσοκομειακή οδοντιατρική προσωπικού είτε με μετακίνηση οδοντιάτρων από γειτονικά νοσοκομεία, οδοντίατροι που είναι ήδη εκπαιδευμένοι ή έχουν εμπειρία στη νοσοκομειακή οδοντιατρική.

Στα NOT-Κέντρα Αναφοράς, θα πρέπει να λειτουργεί εξεταστήριο, μία φορά την εβδομάδα. Κατά την ημέρα αυτή, θα προσέρχονται με ραντεβού ασθενείς οι οποίοι θα έχουν παραπεμφθεί από τα οδοντιατρεία του ΠΕΔΥ καθώς και από άλλα NOT (ογκολογικοί, καρδιολογικοί, νεφροπαθείς, έγκυες, ψυχιατρικοί κλπ). Στην πρώτη αυτή συνεδρία, θα λαμβάνεται ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό, θα γίνεται η διαλογή των περιστατικών, ο προγραμματισμός για την αντιμετώπιση στο χειρουργείο (που θα λειτουργεί μία ή δύο φορές την εβδομάδα) και θα καθορίζεται το σχέδιο θεραπείας και οι απαιτούμενες τροποποιήσεις της οδοντιατρικής θεραπείας των ασθενών με επιβαρυσμένο ιστορικό. Ακόμη θα προγραμματίζονται τα επόμενα ραντεβού στο εξωτερικό ιατρείο, κατά τα οποία θα καταβάλλεται κάθε προσπάθεια ώστε να επιτυγχάνεται η ολοκλήρωση της θεραπείας. Για την ημέρα του εξεταστήριου οι ασθενείς θα πρέπει να μπορούν να κλείνουν ραντεβού όχι μέσω του 1535 ή του ΙΑΣΙΣ, αλλά απ' ευθείας τηλεφωνικά μέσω της γραμματείας, προς περιορισμό της λίστας αναμονής.

#### γ. Τρόποι διασφάλισης της κατά προτεραιότητα παροχής περίθαλψης υπό ΓΑ στα ΑμεΑ από τα συγκεκριμένα NOT

Η ενημέρωση φορέων και οργανώσεων των ΑμεΑ και άλλων ευάλωτων και ειδικών ομάδων του πληθυσμού (γονέων και κηδεμόνων ΑμεΑ, τυφλών, νεφροπαθών, διαβητικών κλπ.) που θα στοχεύει στην ευαισθητοποίηση και κινητοποίησή τους για την χρήση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, είναι δυνατό να οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης από τις συγκεκριμένες ομάδες. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την θέσπιση αναλογίας τέσσερα (4) ΑμεΑ προς έναν (1) ασθενή του γενικού πληθυσμού, για τους χρήζοντες οδοντοθεραπεία υπό ΓΑ, μπορεί να αποτελέσουν έναν οδηγό διασφάλισης προτεραιότητας, στην χρήση των υπηρεσιών. Η μηνιαία αποστολή, προς στην κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου, καταλόγου με τα ονόματα των ασθενών που περιθάλφθηκαν με ΓΑ συμπεριλαμβανομένης της υπάρχουσας γενικής νόσου ή αναπηρίας, μπορεί επίσης να συμβάλλει προς αυτή την κατεύθυνση.

### 3. Περίθαλψη άλλων ομάδων πληθυσμού

Τα υπόλοιπα NOT, τα οποία για διάφορους λόγους δεν έχουν άμεση δυνατότητα ανάπτυξης και μετατροπής σε NOT-Κέντρα Αναφοράς, θα ασκούν όλο το εύρος της δευτεροβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης, πλην της θεραπείας υπό ΓΑ. Για τον σκοπό αυτό, θα ορίσουν τρεις ημέρες την εβδομάδα για την εξυπηρέτηση ασθενών με επιβαρυσμένη



υγεία και ΑμεΑ ενώ τις υπόλοιπες δύο ημέρες θα δέχονται και γενικό πληθυσμό.

#### 4. Διασύνδεση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης

Προτείνεται η σύνδεση των *NOT Κέντρων Αναφοράς* και των άλλων NOT, με συγκεκριμένο αριθμό μονάδων του ΠΕΔΥ, έτσι ώστε να υπάρχει σαφής περιγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών από κάθε μονάδα και να καθιερωθεί μία ενιαία διαδικασία παραπομπής. Συγκεκριμένα, η παραπομπή στο Νοσοκομείο οφείλει να γίνεται με βάση καθορισμένα κριτήρια, αιτιολογημένα, εγγράφως και ενυπογράφως με την χρήση έντυπου παραπεμπτικού κοινού για όλη την Ελλάδα. Ως απλό κριτήριο παραπομπής ασθενών από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια να χρησιμοποιηθεί η κατηγορία της φυσικής κατάστασης του ασθενούς κατά ASA. Ασθενείς κατηγορίας ASA I (χωρίς συστηματικό νόσημα) αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια. Ασθενείς ASA II (με συστηματικό νόσημα που δεν προκαλεί λειτουργικούς περιορισμούς) μπορούν να αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια.

Στο Παράρτημα 5, παρουσιάζεται μια σειρά επιμέρους ζητημάτων που σχετίζονται με την ασφαλή και αποδοτική λειτουργία των NOT.

#### 6. Προτάσεις για την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Στοματικής Υγείας από τις μονάδες ΠΕΔΥ

##### Προλεγόμενα

Η προηγηθείσα *Πρόταση ΑΔΠΟΦ*, όπως κατατέθηκε στο Υπουργείο, προσδιόρισε τον προσανατολισμό των υπηρεσιών στη κατεύθυνση της πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας του πληθυσμού. Θεωρητικά, οι όποιες παρεμβάσεις και προγράμματα οφείλουν να απευθύνονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με τις ανάλογες προσαρμογές στις ανάγκες και ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας. Στην πράξη, οι οδοντιατρικές μονάδες θα αναπτύξουν δράσεις που θα έχουν ως στόχο τον παιδικό πληθυσμό και την οικογένεια εν γένει. Σταδιακά και ανάλογα με την ανταπόκριση τόσο των οδοντιάτρων όσο και του πληθυσμού, θα εντάσσονται και άλλες ομάδες, όπως έφηβοι, άτομα τρίτης ηλικίας κλπ. Ακόμη, σε επίπεδο κεντρικού σχεδιασμού και σε συνεργασία με συναρμόδιους και άλλους φορείς (υπηρεσίες του υπουργείου, ΕΟΟ, εκπαιδευτική κοινότητα κλπ) μπορούν να σχεδιαστούν και να αναπτυχθούν παρεμβάσεις σε άλλες ομάδες (έγκυες, ΑμεΑ κ.ά.) ή/και να εξασφαλιστούν άλλες, εξίσου σημαντικές, διαδικασίες (υποχρεωτική εξέταση παιδιών ηλικίας 2 ετών κ.ά.).

Η πρόληψη της στοματικής υγείας επιτυγχάνεται, κυρίως, με την αγωγή και προαγωγή της στοματικής υγείας, το τακτικό βούρτσισμα των δοντιών, τον περιορισμό στη κατανάλωση γλυκισμάτων, την τακτική επίσκεψη των ατόμων στο οδοντιατρείο, την εφαρμογή φθοριούχων σκευασμάτων και sealants στον παιδικό πληθυσμό κ.ά. Ταυτόχρονα, η δυνατότητα βελτίωσης των συνθηκών ζωής και της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης ενός ανθρώπου, μπορεί να βελτιώσει την κατάσταση της στοματικής και γενικής του υγείας. Η αποτελεσματικότητα των παραπάνω μέτρων και οδηγιών στηρίζεται σε ένα πολύπλοκο δίκτυο σχέσεων, στο οποίο περιλαμβάνονται ζητήματα διαβούλευσης, συνεννόησης και χάραξης πολιτικής για την στοματική υγεία, οργάνωσης και χρηματοδότησης υπηρεσιών, προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού αλλά και προσωπικών επιλογών και αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα της στοματικής υγείας και της υγείας γενικότερα. Η διαχείριση αυτών των παραγόντων δεν φέρνει πάντοτε το επιθυμητό αποτέλεσμα και η προσήλωση στο στόχο της βελτίωσης της στοματικής υγείας, απαιτεί επένδυση σε χρόνο και οργανωμένες προσπάθειες της κοινότητας προς αυτή τη κατεύθυνση.

Ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων που θα υλοποιούνται από τις οδοντιατρικές μονάδες των ΠΕΔΥ, χρειάζεται να στηριχτεί σε ορισμένες παραδοχές:

- Η οδοντιατρική εξέταση των παιδιών, από πολύ μικρή ηλικία, αποτελεί βασικό εργαλείο για τη βελτίωση της παρούσας κατάστασης<sup>9</sup>. Η ενημέρωση των γονέων για την στοματική υγεία των παιδιών, η παροχή οδηγιών/συμβουλών για την οδοντιατρική φροντίδα και τη διατροφή των παιδιών και η παραπομπή σε οδοντιατρεία (δημόσια και ιδιωτικά) για θεραπεία ή προληπτικές οδοντιατρικές πράξεις, είναι οι βασικοί πυλώνες για την ανάπτυξη ενός συστήματος που στοχεύει στην προστασία της στοματικής υγείας του πληθυσμού.
- Τα προγράμματα αγωγής στοματικής υγείας σε σχολικές μονάδες, έχουν θετικά αποτελέσματα όταν γίνονται με τη συμμετοχή των εκπαιδευτικών και την αρμονική συνεργασία των οδοντιάτρων. Βασική επιδίωξη του σχεδιασμού πα-

<sup>9</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on mandatory school-entrance oral health examinations. Oral Health Policies, Reference Manual (2013) 37(6): 15-16.

ρόμοιων προγραμμάτων, οφείλει να είναι η εμπλοκή των παιδαγωγών και των εκπαιδευτικών στη διαδικασία, έτσι ώστε οι οδοντίατροι να έχουν έναν πιο επιτελικό και επικουρικό ρόλο<sup>10</sup>.

- Η οδοντιατρική κοινότητα, σε συνάφεια δυστυχώς με το σύνολο της ιατρικής, αντιλαμβάνεται την οδοντιατρική φροντίδα ως περίθαλψη και περιμένει τον πληθυσμό να παρουσιαστεί στα ιατρεία (δημόσια και ιδιωτικά) με κάποιο πρόβλημα για θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο συντηρείται ένα σύστημα διαχείρισης της ασθένειας το οποίο επιτρέπει την αέναη τροφοδοσία των ιατρείων με νέους ασθενείς. Η παρουσία των οδοντιάτρων εκτός ιατρείου, σε δράσεις στην κοινότητα, μπορεί να βοηθήσει στην ρήξη αυτής της διαδικασίας και στην ενδεχόμενη αντιμετώπιση βαθύτερων και πιο δύσκολα αντιμετωπίσιμων γενεσιουργών αιτιών των νοσημάτων του στόματος, όπως είναι οι ανισότητες σχετικές με την πρόσβαση στις υπηρεσίες, την εκπαίδευση, το εισόδημα, το ιστορικό μετανάστευσης κ.ά.

### Προτάσεις

#### Περιγραφή παρεμβάσεων στον παιδικό πληθυσμό

Σκοπός των παρεμβάσεων θα είναι η προστασία της στοματικής υγείας του παιδικού πληθυσμού.

Συγκεκριμένοι στόχοι αφορούν:

- την ενημέρωση των γονέων για την κατάσταση της στοματικής υγείας των παιδιών
  - την ενημέρωση και την ευαισθητοποίησή των γονέων στη σημασία και τους τρόπους της φροντίδας της στοματικής υγείας των παιδιών,
  - την εξασφάλιση οδοντιατρικής θεραπείας και προληπτικών παρεμβάσεων από τις οδοντιατρικές μονάδες ΠΕΔΥ,
  - την ευαισθητοποίηση της σχολικής κοινότητας στη σημασία της φροντίδας των δοντιών και της σωστής διατροφής.
- Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων προτείνονται οι παρακάτω δράσεις, από τους οδοντιάτρους των μονάδων ΠΕΔΥ:

1. εξέταση παιδιών προσχολικής ηλικίας και ενημέρωση γονέων με επιστολή για τα ευρήματα αλλά και συναντήσεις,
2. εξέταση παιδιών πρώτης και δεύτερας δημοτικού και ενημέρωση γονέων με επιστολή για τα ευρήματα αλλά και συναντήσεις, όπου είναι εφικτό.

Η παρουσία των οδοντιάτρων στα σχολεία και τους παιδικούς σταθμούς, είναι σημαντικό να συνδυάζεται με την εφαρμογή προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας από τους εκπαιδευτικούς. Συγκεκριμένα, για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (παιδικοί σταθμοί και νηπιαγωγεία) και της πρώτης τάξης συστήνεται η αξιοποίηση της Βιωματικής Μεθόδου<sup>11</sup> και για την δεύτερα δημοτικού η εφαρμογή του προγράμματος “Γερά Δόντια-Χαρούμενα Παιδιά” (χωρίς την φθορίωση στις σχολικές τάξεις)<sup>12</sup>. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι απαραίτητη η συνεργασία ανάμεσα στις αρμόδιες υπηρεσίες των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας, των κατά τόπους αρμόδιων, για θέματα αγωγής υγείας, υπηρεσιών και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

#### Διαδικασίες

Κάθε οδοντίατρος έχει υπό την εποπτεία του 15 σχολικές μονάδες, με τον αριθμό να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της κάθε περιοχής. Ο οργανωμένος οδοντιατρικός έλεγχος των παιδιών, θα αφορά συγκεκριμένες ημέρες τον μήνα (4 έως 6, ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών). Οι σχολικές μονάδες που αναλογούν στον κάθε οδοντίατρο, η εξασφάλιση της πρόσβασης των μαθητών στα οδοντιατρεία και της απρόσκοπτης εισόδου των οδοντιάτρων στις σχολικές μονάδες, είναι διαδικασίες που αφορούν τους ΣΟΠ. Η επικοινωνία με τις σχολικές μονάδες και ο ορισμός των ημερομηνιών για τις επισκέψεις, είναι ευθύνη των οδοντιάτρων στις μονάδες ΠΕΔΥ.

#### Εξέταση μαθητών και παιδιών προσχολικής ηλικίας

Ιδανικά η εξέταση των παιδιών καλό θα είναι να πραγματοποιείται στο χώρο του ιατρείου. Αυτό όμως δεν είναι πάντοτε

---

<sup>10</sup> Jurgensen N, Petersen PE. Promoting oral health of children through schools-results of a WHO survey 2012. Community Dental Health (2013) 30, 204-218.

<sup>11</sup> Angelopoulou MV, Kavvadia K, Taoufik K, Oulis CJ. Comparative clinical study testing the effectiveness of school based oral health education using experiential learning or traditional lecturing in 10 year-old children. BMC Oral Health (2015) 28;15:51. doi: 10.1186/s12903-015-0036-4.

<sup>12</sup> Βλ. τους ανάλογους ιστότοπους: <http://www.oral-health.gr/> και <http://www.geradontia.gr/>

εφικτό εξαιτίας διαφόρων αιτιών (αδυναμία μεταφοράς μαθητών, αδυναμία ανάληψης ευθύνης για την επίβλεψη της διαδικασίας από τους εκπαιδευτικούς, έλλειψη χρηματοδότησης για τις μετακινήσεις, έλλειψη χώρων υποδοχής στις μονάδες ΠΕΔΥ κ.ά.). Στις περιπτώσεις που η εξέταση γίνεται στο σχολικό περιβάλλον και τους παιδικούς σταθμούς, θα συμμετέχουν σε αυτές ένας οδοντίατρος ΠΕΔΥ, βοηθητικό προσωπικό (νοσηλεύτρια ή διοικητικό προσωπικό) και εάν είναι εφικτό μια επισκέπτρια υγείας. Επικουρικά, στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα, Αθήνας και Θεσσαλονίκης, μπορούν να συμμετέχουν φοιτητές οδοντιατρικής σχολής, ως μέρος της πρακτικής άσκησης στο αντικείμενο της κοινωνικής οδοντιατρικής.

Ο οδοντίατρος, εκτός από την εξέταση των παιδιών θα δίνει βασικές οδηγίες στοματικής υγιεινής στα παιδιά (οδηγίες βουρτσίσματος, σωστής διαίτας κλπ) ενώ ο εκπαιδευτικός θα ενθαρρύνονται στην υλοποίηση προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας, με τη μέθοδο της βιωματικής μάθησης, έτσι ώστε η επίσκεψη των οδοντιάτρων να αποτελεί μέρος του ευρύτερου προγράμματος.

Η προτυποποίηση των διαφόρων εγγράφων θα εξασφαλίσει την απαιτούμενη συνάφεια των επισκέψεων στις σχολικές μονάδες/παιδικούς σταθμούς και την καλύτερη ενημέρωση των γονέων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες από τις μονάδες ΠΕΔΥ. Οι φόρμες καταγραφής της στοματικής υγείας των παιδιών αξιοποιούνται, κατά το δυνατό, από τους οδοντιάτρους της κάθε μονάδας και αποστέλλονται στους ΣΟΠ για περαιτέρω επεξεργασία.

#### *Συναντήσεις με γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας*

Οι συναντήσεις με τους γονείς θα έχουν σκοπό την ενημέρωσή τους για τους τρόπους φροντίδας της στοματικής υγείας των παιδιών και την ευαισθητοποίησή τους στις τακτικές επισκέψεις στο οδοντιατρείο, την ισορροπημένη διαίτα και το τακτικό βούρτσισμα των δοντιών. Η διάρκεια των συναντήσεων θα είναι 30' - 45', κατά τη διάρκεια των οποίων οι οδοντίατροι θα αναπτύσσουν τη βασική θεματολογία και κατόπιν θα απαντούν στις ερωτήσεις των γονέων. Οι συναντήσεις συστήνεται να γίνονται στο χώρο της εκάστοτε μονάδας (νηπιαγωγείο, παιδικός σταθμός) με τη συνεργασία των παιδαγωγών, που θα αναλάβουν να ενημερώσουν τους γονείς για την επίσκεψη στο χώρο. Όταν η επίσκεψη συνδυάζεται με την εξέταση των παιδιών, οι οδοντίατροι απαιτείται να είναι αρκετά νωρίτερα στο χώρο έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ο απαιτούμενος χρόνος για την εξέταση.

#### *Υλοποίηση άλλων δράσεων ή προγραμμάτων*

Οι οδοντίατροι παροτρύνονται να επεκτείνουν τον οδοντιατρικό έλεγχο και σε άλλες τάξεις των σχολείων, να υλοποιούν οργανωμένα προγράμματα στην κοινότητα, να απαντούν σε προσκλήσεις συμμετοχής σε διάφορες δράσεις και να δραστηριοποιούνται στην ανάπτυξη συνεργασιών για την προαγωγή της υγείας και της στοματικής υγείας του πληθυσμού, μέσα στα πλαίσια της ομαλής λειτουργίας του οδοντιατρείου και των δυνατοτήτων που έχουν. Σε κάθε περίπτωση, είναι αναγκαία η ενημέρωση των ΣΟΠ, έτσι ώστε να υπάρχει ο απαραίτητος συντονισμός και παρακολούθηση των δράσεων.

#### Καταγραφή της στοματικής υγείας του πληθυσμού και επιδημιολογικές μελέτες

Οι οδοντίατροι του ΠΕΔΥ, μετά την επιμόρφωση σε θέματα καταγραφών της στοματικής υγείας, οφείλουν να καταγράφουν τα ευρήματα της εξέτασης του πληθυσμού αναφοράς (στη συγκεκριμένη περίπτωση του παιδικού πληθυσμού ηλικίας 3-7 ετών) έτσι ώστε να γνωρίζουν οι υπηρεσίες τη βαρύτητα των νοσημάτων του στόματος στον εν λόγω πληθυσμό ανά περιοχή. Τα ευρήματα καταγράφονται σε κοινή φόρμα για όλες τις μονάδες, ενώ η εξέταση των παιδιών καλό είναι να γίνεται στο χώρο του οδοντιατρείου, με τη χρήση κάτοπτρου και ανιχνευτήρα μύλης. Όταν γίνεται στο σχολικό περιβάλλον και δεν υπάρχει η δυνατότητα χρήσης κάτοπτρου και ανιχνευτήρα μπορεί να χρησιμοποιείται, ως λύση ανάγκης, γλωσσοπίεστρο και τεχνητό φως.

Σε συνεργασία με την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία και τις δύο οδοντιατρικές σχολές, προτείνεται η εκπαίδευση και πιστοποίηση οδοντιάτρων του ΠΕΔΥ, οι οποίοι θα συμμετέχουν σε πανελλαδικές επιδημιολογικές μελέτες για τη στοματική υγεία του πληθυσμού.

#### Πιλοτικό πρόγραμμα εξέτασης παιδιών ηλικίας 2 ετών

Προτείνεται η πιλοτική εφαρμογή προγράμματος εξέτασης παιδιών ηλικίας 2 ετών, σε συνεργασία με συγκεκριμένους δήμους της χώρας και οδοντιατρικές μονάδες ΠΕΔΥ. Σκοπός του προγράμματος θα είναι η εξέταση, η παρακολούθηση, η παροχή οδοντιατρικής φροντίδας και η ενημέρωση γονέων σε θέματα στοματικής υγιεινής και διατροφής

παιδιών ηλικίας δύο ετών, σε βάθος χρόνου τριετίας. Σε αυτό το χρονικό διάστημα θα καταγραφούν οι δυσκολίες και τα οφέλη του εγχειρήματος, έτσι ώστε να αποτελέσει τη βάση για ευρύτερη εφαρμογή στον παιδικό πληθυσμό.

### Αξιολόγηση των παρεμβάσεων

Η αξιολόγηση/αποτίμηση των δράσεων θα είναι μια διαρκής διαδικασία, που θα συμβαίνει τόσο κατά την διάρκεια της εφαρμογής των παρεμβάσεων όσο και με το πέρασ τους. Στη δεύτερη περίπτωση μπορεί να περιλαμβάνει:

- Έκθεση Πεπραγμένων από κάθε οδοντίατρο,
- Δείκτη συμμετοχής σχολικών μονάδων (αναμενόμενος αριθμός σχολείων και μαθητών σε σχέση με τον αριθμό που τελικά συμμετείχαν),
- Αριθμό γονέων που έλαβαν μέρος στις συναντήσεις,
- Ερωτηματολόγια συμμετοχής γονέων και εκπαιδευτικών,
- Αριθμό παιδιών που προσήλθαν στο ιατρείο μετά την εξέταση,
- Αδρούς δείκτες στοματικής υγείας, ανά έτος και ηλικία (σε βάθος χρόνου).

## **7. Προτάσεις για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών**

### **Προλεγόμενα**

Στην προηγούμενη *Πρόταση ΑΔΠΟΦ*, όπως κατατέθηκε στο Υπουργείο, αναδείχθηκαν τα σοβαρά ζητήματα που αφορούν στην στελέχωση των οδοντιατρικών μονάδων του ΠΕΔΥ και τονίστηκε η σπουδαιότητα της εκπαίδευσης/επιμόρφωσης των οδοντιάτρων σε θέματα που σχετίζονται με την οδοντιατρική φροντίδα παιδιών και ευάλωτων ομάδων και την εφαρμογή προγραμμάτων στην κοινότητα.

Η διατήρηση και η ανανέωση του επιπέδου γνώσης και δεξιοτήτων, με στόχο το υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελεί ηθική και επαγγελματική υποχρέωση όλων των οδοντιάτρων. Η αναγκαιότητα της Συνεχούς Επιμόρφωσης οφείλεται στα ταχύτατα εξελισσόμενα τεχνολογικά επιτεύγματα της οδοντιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας αλλά και στην πληθώρα παραγωγής νέων γνώσεων, τεχνικών, υλικών και εργαλείων<sup>13</sup>. Ιδιαίτερα για τους οδοντιάτρους που απασχολούνται στις δημόσιες υπηρεσίες, η διαδικασία αυτή θεωρείται επιβεβλημένη καθώς, εκτός των άλλων, με αυτό τον τρόπο θα επέλθει η αναγκαία τυποποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσα από την εφαρμογή πρωτοκόλλων και την υιοθέτηση πρακτικών, που θα αφορούν στο ευρύ φάσμα της οδοντιατρικής φροντίδας, όπως αυτή θα παρέχεται από τις Δημόσιες Οδοντιατρικές Υπηρεσίες. Το αίτημα της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης των οδοντιάτρων του ΕΣΥ, είναι παλαιό (ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '90) και σχετίζεται με τις πρώιμες διαπιστώσεις που αφορούσαν τις διαφορές στις παρεχόμενες υπηρεσίες, την απουσία πρωτοκόλλων και οδηγιών, την έλλειψη αξιολόγησης κ.ά. Το αίτημα αυτό, είναι εντονότερο σήμερα, εξαιτίας των αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν τα προηγούμενα χρόνια.

Συγκεκριμένα, με την δημιουργία του ΠΕΔΥ, υπήρξε μικρή αύξηση του αριθμού των οδοντιάτρων και των δομών στην δημόσια πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, δημιουργήθηκε όμως ένα ανομοιογενές σύνολο υπηρεσιών με συγκεχυμένο προσανατολισμό. Σημαντικό μέρος των οδοντιάτρων που εντάχθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ, ασκούσε για πολλά έτη οδοντιατρική σε ενήλικο πληθυσμό και σε πολλές περιπτώσεις παρέχοντας εξειδικευμένες υπηρεσίες (π.χ. οδοντοπροσθετική). Η οδοντιατρική περίθαλψη παιδιών πραγματοποιούνταν σε λίγα ειδικά κέντρα του πρώην ΙΚΑ και σχετικά μικρός αριθμός οδοντιάτρων παρακολουθούσε παιδιά και εφήβους. Επιπλέον, η εξοικείωση πολλών οδοντιάτρων με την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής στοματικής υγείας στην κοινότητα ήταν περιορισμένη, κυρίως λόγω της μεγάλης βαρύτητας που υποχρεωτικά είχε δοθεί στην περίθαλψη των ενηλίκων. Παράλληλα, οι οδοντίατροι των Κέντρων Υγείας που εντάχθηκαν στο ΠΕΔΥ στόχευαν, κυρίως, στην εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων σε σχολεία, στην οδοντιατρική περίθαλψη παιδιών και εφήβων και στην αντιμετώπιση μόνο επειγόντων οδοντιατρικών περιστατικών στους ενήλικες.

Είναι σαφές, πως η ανάγκη ανταπόκρισης στις προκλήσεις και τους κινδύνους που απειλούν την στοματική υγεία του πληθυσμού, ιδιαίτερα των παιδιών και των ευάλωτων ομάδων, καθιστά επιβεβλημένη την ανάπτυξη του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού, προς την κατεύθυνση των στόχων που έχουν τεθεί στην *Πρόταση για την Αναδιάρθρωση* και

---

<sup>13</sup> ΕΟΟ. Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Επιμόρφωση Οδοντιάτρων. Αθήνα, 2012.

αναλύονται εκτενέστερα στην παρούσα Εισήγηση. Βασικός σκοπός θα είναι η δημιουργία ενός δικτύου οδοντιατρικών υπηρεσιών, που θα παρέχει ποιοτική οδοντιατρική φροντίδα σε ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού αφενός και αφετέρου θα μπορεί να υλοποιεί δράσεις και προγράμματα, σε συνεργασία με άλλους εμπλεκόμενους φορείς ή μεμονωμένα άτομα, προς την κατεύθυνση της προστασίας της στοματικής υγείας του πληθυσμού. Τα παραπάνω θα επιτευχθούν εφόσον:

- ✓ δημιουργηθούν υποδομές σε εξοπλισμό και επιμορφωμένο ανθρώπινο δυναμικό,
- ✓ δημιουργηθεί πλαίσιο λειτουργίας που να είναι βιώσιμο,
- ✓ υπάρξει μηχανισμός αξιολόγησης της ποιότητας και παρακολούθησης παραγωγικότητας και
- ✓ δοθούν κίνητρα, μέσω των δράσεων και της ποικιλομορφίας, στο ανθρώπινο δυναμικό που το υπηρετεί.

Σημαντικό και αναγκαίο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση είναι η συνεχιζόμενη επιμόρφωση των οδοντιάτρων, με ταχύρρυθμες αρχικά εκπαιδευτικές διαδικασίες, προκειμένου να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στο νέο ρόλο που θα έχουν στο Σύστημα των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.

## Προτάσεις

**Οι στόχοι του προγράμματος** αφορούν στην παροχή ομογενοποιημένων και εξειδικευμένων γνώσεων και πρακτικών σχετικά με:

- την διαχείριση βασικών διαδικασιών λειτουργίας του οδοντιατρείου,
- τις διαδικασίες οδοντιατρικής φροντίδας στον παιδικό πληθυσμό και σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού,
- την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής στοματικής υγείας και πρόληψης στην κοινότητα.

Πιο συγκεκριμένα οι τομείς συνεχιζόμενης επιμόρφωσης των οδοντιάτρων, σύμφωνα με τους στόχους που προαναφέρθηκαν, είναι:

### 1. Διαχείριση οδοντιατρείου

- Απολύμανση - Αποστείρωση
- Διαχείριση οδοντιατρικών αποβλήτων
- Χρήση ηλεκτρονικού οδοντιατρικού προγράμματος και συμπλήρωση της ηλεκτρονικής κάρτας οδοντιατρικού ιστορικού. Οι οδοντίατροι θα πρέπει να εκπαιδεύονται στην καταγραφή ενός τυποποιημένου ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού που θα είναι κοινό για όλα τα ΠΕΔΥ και σε ηλεκτρονική μορφή.

### 2. Θεραπευτικές και προληπτικές υπηρεσίες

- Αξιολόγηση συνήθων εργαστηριακών εξετάσεων
- Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και σχεδιασμός οδοντιατρικής θεραπείας
- Διαχείριση επειγόντων οδοντιατρικών περιστατικών (παιδιά και ενήλικες). Ενημέρωση και εξοικείωση με τα πρωτόκολλα αντιμετώπισης τραυματισμών. Ενημέρωση για την χρήση της βάσης δεδομένων [www.dentaltraumaguide.com](http://www.dentaltraumaguide.com) καθώς και των τεχνικών εφαρμογής ακινητοποιήσεων όπου ενδείκνυνται. Ενημέρωση και εξοικείωση με τα πρωτόκολλα αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών (πχ οδοντοφατνιακό απόστημα, περιστεφανίτιδα κλπ).
- Παροχή θεραπευτικής φροντίδας σε παιδιά και εφήβους. Επιμόρφωση των οδοντιάτρων για τα σύγχρονα πρωτόκολλα, τις ενδείξεις και αντενδείξεις εφαρμογής υλικών και τεχνικών αποκατάστασης. Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να γίνει ανανέωση των γνώσεων για τις εμφράξεις, εξαγωγές, άμεσες και έμμεσες καλύψεις πολφού, ενδοδοντικές θεραπείες με έμφαση στις διαφορές μεταξύ νεογιλών και μονίμων δοντιών. Εξοικείωση των οδοντιάτρων σχετικά με τα σημαντικά στάδια εξέλιξης της οδοντοφυΐας και της ανάπτυξης ορθοδοντικών ανωμαλιών στις διάφορες ηλικίες. Ενημέρωση για τις ενδείξεις για ανάλογη παρέμβαση ή όχι, στη βάση της κατεύθυνσης της σύγκλεισης με τα κατάλληλα μηχανήματα, καθώς και της διατήρησης χώρου ανάλογα με τις απώλειες νεογιλών δοντιών. Ενημέρωση σχετικά με τα συνηθισμένα στοματολογικά προβλήματα της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και του τρόπου αντιμετώπισης τους καθώς και μικρών χειρουργικών επεμβάσεων.
- Παροχή προληπτικής φροντίδας. Όλα τα παιδιά της περιφέρειας ευθύνης του ΠΕΔΥ θα πρέπει να καλούνται περιοδικά και να λαμβάνουν προληπτική φροντίδα ανάλογα με τη ηλικία (3-5 ετών, 6-9 ετών, 12-14 ετών) και τον κίνδυνο εμφάνισης νόσων του στόματος (τερηδόνα, ουλίτιδα, οδοντικό τραύμα κ.λπ.). Οι οδοντίατροι θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις διαδικασίες επανάκλησης των ασθενών (recall system), τους τρόπους προσδιορισμού κινδύνου εμφάνισης νόσων του στόματος καθώς και των τυποποιημένων πρωτοκόλλων τοπικής εφαρμογής φθορίου, καλύψεων

οπών και σχισμών και προληπτικών εμφράξεων ρητίνης.

- Διαχείριση της σχέσης οδοντιάτρου-ασθενούς

- Εξοικείωση στη διαχείριση ασθενών με νοητική υστέρηση ή φυσική αναπηρία

- Ασθενείς με πολλαπλή παθολογία

- Συνταγογράφηση. Ενημέρωση για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που είναι κατάλληλα για διάφορες παθήσεις του στόματος της παιδικής ηλικίας. Εξοικείωση με το εθνικό ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης

### 3. Δράσεις στην κοινότητα

- Βασικές αρχές δημόσιας υγείας

- Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της στοματικής υγείας. Προκειμένου οι παρεμβάσεις των ιατρών σε κοινωνικό επίπεδο (παιδικοί σταθμοί, νηπιαγωγεία, δημοτικά και γυμνάσια) να είναι αποτελεσματικές και κοινές, θα πρέπει να υπάρχει σχετική ενημέρωση και εφαρμογή της αγωγής στοματικής υγείας σε διάφορες ηλικιακές ομάδες με βιωματική μάθηση (3-5 ετών, 6-9 ετών, 12-14 ετών). Ενημέρωση για το πρόγραμμα επισκέψεων στα σχολεία και συμμετοχή στην αγωγή υγείας με την μέθοδο της βιωματικής μάθησης, σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς συντονιστές αγωγής υγείας Α βάρθμιας και Β βάρθμιας εκπαίδευσης.

- Βασικές αρχές επιδημιολογικών ερευνών στην οδοντιατρική. Προκειμένου να υπάρχουν έγκυρα δεδομένα σχετικά με τις νόσους του στόματος σε επίπεδο περιφέρειας είναι βασική προϋπόθεση οι οδοντίατροι του ΠΕΔΥ να έχουν σαφή γνώση της τυποποιημένης διαδικασίας καταγραφής των νόσων του στόματος. Απαιτείται τόσο η εξοικείωση με την κλινική μεθοδολογία και την χρήση συγκεκριμένων δεικτών (ICDS II, CPTN, ουλικός δείκτης κ.λπ.) όσο και με το κοινό λογισμικό καταγραφής εθνικών δεδομένων και το κοινό φύλλο εξέτασης. Η παρέμβαση αυτή στοχεύει πέρα από τη γνώση της έκτασης των αναγκών σε επίπεδο περιφέρειας να εντοπίζει και τις ομάδες υψηλού κινδύνου με τις περισσότερες ανάγκες για στοχευμένη πρόληψη.

- Εργασία σε ομάδα

### Εκπαιδευτικές τεχνικές

Οι βασικές εκπαιδευτικές τεχνικές που θα αξιοποιηθούν είναι:

- οι εισηγήσεις

- η μελέτη περιπτώσεων

- η εργασία σε ομάδες

### Διαδικασίες (χώρος, προσέλευση, χρηματοδότηση)

Η εκπαίδευση θα γίνει ανά ΥΠΕ και πιο συγκεκριμένα για τις 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup>, από κοινού όπως και για τις 3<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup>. Πρακτικά θα γίνουν σε χώρους που θα παρέχουν οι ΥΠΕ και θα ευνοούν την εύκολη μετακίνηση και παρουσία των οδοντιάτρων. Εναλλακτικά θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν δομές του ΕΚΔΔΑ (Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης), όπου υπάρχουν.

Συμπληρωματικά θα μπορούσε να διερευνηθεί η δυνατότητα εξ αποστάσεως εκπαίδευσης και συγκεκριμένων τεχνικών που σχετίζονται με αυτή τη μέθοδο (αξιοποίηση τεχνολογίας κ.ά.)

Η συμμετοχή των οδοντιάτρων (από τα ΠΕΔΥ και τα Νοσοκομεία) θα είναι υποχρεωτική και συστήνεται η θεσμοθέτηση της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για τους οδοντιάτρους των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.

Η χρηματοδότηση της επιμόρφωσης των οδοντιάτρων αποτελεί σημαντική πρόκληση, όπως και η οργάνωση της όλης διαδικασίας σε εθνικό επίπεδο. Η αναζήτηση πόρων μπορεί να προκύψει από ευρωπαϊκά προγράμματα ή άλλου τύπου επιχορηγήσεις. Σε κάθε περίπτωση, εάν δεν είναι δυνατή η χρηματοδότηση με αυτό τον τρόπο και λόγω της αναγκαιότητας για την επιμόρφωση του ανθρώπινου δυναμικού, μπορεί να αναζητηθούν λύσεις με χαμηλό κόστος και αξιοποίηση δομών και υπηρεσιών προς αυτή την κατεύθυνση.

### Συμμετέχοντες φορείς/ Πάροχοι

Οδοντιατρικές Σχολές

Επιστημονικές Εταιρείες

Απασχολούμενοι στις δομές

## Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση θα αφορά τόσο την παρεχόμενη εκπαίδευση (μέσα από εξετάσεις ή εργασίες οδοντιάτρων) όσο και την διαδικασία υλοποίησης (κόστος, συμμετοχή φορέων δυσκολίες υλοποίησης κ.ά.).

## Βασικά συμπεράσματα

Η επιχειρούμενη Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, ενώ θεωρείται αναγκαία και έως ένα βαθμό υποχρεωτική, καθώς θα συμβάλλει στην αποδοτικότερη λειτουργία των υπηρεσιών και στην προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού, αποτελεί ταυτόχρονα ένα εγχείρημα μεγάλης δυσκολίας, που θα χρειαστεί την συμμετοχή και αρωγή όλων των εμπλεκόμενων, προσώπων και θεσμικών φορέων, για να έχει επιτυχή έκβαση.

Η οργάνωση ενός Συστήματος Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, φέρνει στο προσκήνιο την αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός λειτουργικού δικτύου υπηρεσιών προς την κατεύθυνση της επίτευξης συγκεκριμένων και μετρήσιμων στόχων, μέσα σε ένα περιβάλλον αλληλεπίδρασης με τις άλλες υπηρεσίες υγείας αλλά και την κοινωνία. Ένα τέτοιο σύστημα θα τροφοδοτεί και θα τροφοδοτείται συνεχώς με πληροφορίες και δεδομένα που θα στοχεύουν στην συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ποιοτικότερη κάλυψη αναγκών του πληθυσμού.

Στην τωρινή συγκυρία, όμως, η κατάσταση των δημόσιων οδοντιατρικών μονάδων δείχνει να είναι αποκαρδιωτική: η ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, τα σημαντικά προβλήματα στη λειτουργία και συντήρηση οδοντιατρικών μηχανημάτων, οι ελλείψεις σε οδοντιατρικά υλικά, ο ήδη περιορισμένος αριθμός οδοντιάτρων που προβλέπεται να μειωθεί επιπλέον, εξαιτίας της προοπτικής συνταξιοδότησης ικανού αριθμού εξ αυτών, είναι μερικές μόνο από τις συνθήκες που συνθέτουν την σημερινή εικόνα των δημόσιων οδοντιατρείων.

Η διαχείριση των παραπάνω ζητημάτων, εντασσόμενη στην γενικότερη προσπάθεια ανασυγκρότησης των υπηρεσιών, καθίσταται περισσότερο επιτακτική καθώς απαιτούνται σαφείς απαντήσεις και άμεση λήψη μέτρων σε ό,τι αφορά:

1. τον προσανατολισμό στην πρόληψη της στοματικής υγείας και την περίθαλψη παιδιών και άλλων ευάλωτων ομάδων,
2. την συστηματική λειτουργία των υπηρεσιών, σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και
3. την αποδοτική αξιοποίηση των δομών και του ανθρώπινου δυναμικού, για πληρέστερες και ποιοτικότερες παροχές υγείας.

Οι προτάσεις που αναπτύχθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, περιγράφουν τα αναγκαία βήματα για την σταδιακή μετάβαση προς τον επιθυμητό στόχο. Είναι σαφές, ότι ορισμένα βήματα μπορούν να γίνουν άμεσα ενώ κάποια άλλα θα χρειαστούν περισσότερο χρόνο και πόρους (βλ. Παράρτημα 6). Σε κάθε περίπτωση, όμως, η εφαρμογή αυτών των προτάσεων, απαιτεί άριστο συντονισμό των υπηρεσιών, ουσιαστική εμπλοκή των οδοντιάτρων στην ανάπτυξη και λειτουργία του συστήματος, επένδυση στην ποιοτική λειτουργία των μονάδων (μηχανοργάνωση, αντικατάσταση παλαιών οδοντιατρικών μηχανημάτων και επισκευή όσων χρειάζεται, παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού και επισκεπτριών υγείας, υποστήριξη για τον οδοντιατρικό έλεγχο παιδιών προσχολικής ηλικίας και μαθητών, παροχή οδοντιατρικών υλικών κ.ά.) και δημιουργία δικτύου οδοντιατρικών μονάδων για την ποιοτικότερη και πιο ολοκληρωμένη εξυπηρέτηση των ασθενών.

Επιπλέον, είναι δεδομένο πως η επιχειρούμενη αναδιοργάνωση δεν γίνεται εν κενώ, αυτόνομα και συγκυριακά. Οι όποιες αλλαγές και διαφοροποιήσεις απαιτούνται, θα γίνουν σε άμεση σχέση με τις μεταβολές που θα συμβούν στην λειτουργία και οργάνωση των ευρύτερων δημόσιων υπηρεσιών ΠΦΥ.

Εξίσου σημαντική, όμως, για την λειτουργία των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, θα είναι η έκβαση του ευρύτερου διαλόγου που χρειάζεται να ξεκινήσει ανάμεσα σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, για το είδος και το εύρος της ασφαλιστικής κάλυψης των οδοντιατρικών παροχών από τον ΕΟΠΥΥ, έτσι ώστε να υπάρξει η μέριμνα για την ολοκληρωμένη, κατά το δυνατό, φροντίδα της στοματικής υγείας του πληθυσμού της χώρας.

Εξαιτίας όλων των παραπάνω, η Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, οφείλει να είναι μια συγκροτημένη προσπάθεια όλων των εμπλεκόμενων φορέων και ατόμων, σε ένα πλαίσιο συνεργασίας και αλληλοϋποστήριξης, με κοινό στόχο την προστασία της γενικής και στοματικής υγείας των πολιτών και την ποιοτική ανταπόκριση στις ανάγκες και προσδοκίες τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. Υπουργική απόφαση συγκρότησης της Ομάδας Εργασίας για την Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών

INFORMATICS DEVELOPMENT AGENCY

ΑΔΑ ΩΖΨΗ465ΦΥΟ-Β2Γ

ANAPHTHTEA



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ  
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ &  
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΥΛΛΟΓΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ  
ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΟΥΣ 17 - 19  
104 33, ΑΘΗΝΑ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΚΑΝΤΖΙΟΥ ΧΡΥΣΙΑΝΗ  
Τηλέφωνο : 2132161810  
Fax : 2105231305  
E-mail : xkantziou@moh.gov.gr  
syllagika@moh.gov.gr

Αθήνα, 22 / 06 / 2016  
Α1β/Γ.Π.οικ.: 46404

ΠΡΟΣ:  
Ως Ο ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

**ΘΕΜΑ:** Συγκρότηση και ορισμός μελών της Ομάδας Εργασίας για την αναδιάρθρωση των δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τα άρθρα 13, 14 και 15 του ν. 2690/1999, «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 45/Α/9-3-1999)
2. Την παρ. 2 του άρθρου 8 του ν. 1579/1985, «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 217/Α'/23-12-1985).
3. Το Π.Δ. 106/2014, «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας» (ΦΕΚ 173/Α'/28-08-2014), όπως ισχύει.
4. Το Π.Δ. 73/2015 «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών» (ΦΕΚ 116/Α'/23-09-2015).
5. Τη με αριθ. πρωτ. Α1α/80306/20-10-2015 Κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας, με θέμα «Πάυση και Διορισμός Γενικού Γραμματέα στο Υπουργείο Υγείας» (ΦΕΚ 741/ΥΟΔΔ/20-10-2015).
6. Το από 31/05/2016 Υπηρεσιακό Σημείωμα του Αναπληρωτή Γενικού Γραμματέα.

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ο Υ Μ Ε

Συγκροτούμε την εν θέματι αναφερόμενη Ομάδα Εργασίας και ορίζουμε μέλη αυτής τους κάτωθι:

1. **ΒΑΛΒΗ-ΖΕΡΒΟΥ ΦΛΩΡΑ**, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ στο Γενικό Νοσοκομείο «ΑΓΓΕΛΗΠΕΙΡΩΝ ΒΟΥΛΑΣ», Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής



ΑΔΑ ΩΖΨΗ465ΦΥΟ-Β2Γ

2. ΒΑΛΤΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, M.Sc., Οδοντίατρος Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, Κεντρική Υπηρεσία Υπουργείου Υγείας.
3. ΔΑΝΑΑΛΗ ΡΟΣΑΝΘΗ, Διευθύντρια Οδοντίατρος ΕΣΥ.
4. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, PhD, Επιμελητής Α' Οδοντίατρος ΕΣΥ.
5. ΚΑΤΣΟΥΡΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ, Διευθυντής Οδοντίατρος ΕΣΥ.
6. ΚΟΦΙΝΑ ΕΛΕΝΗ, Οδοντίατρος με εξειδίκευση στη Δημόσια Υγεία.
7. ΚΩΛΕΤΣΗ-ΚΟΥΝΑΡΗ ΧΑΡΙΤΙΝΗ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Διευθύντρια Εργαστηρίου Προληπτικής και Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
8. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΡΗΓΑΣ, PhD, Διευθυντής Οδοντίατρος ΕΣΥ.
9. ΛΥΠΙΔΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, PhD, Διευθυντής Παιδοδοντίατρος, ΕΣΥ, Υφηγητής Πανεπιστημίου Leeds.
10. ΟΥΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής, Τμήμα Οδοντιατρικής, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
11. ΣΕΛΗΝΙΔΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, M.Sc., Οδοντίατρος Δημόσιας Υγείας, Προϊσταμένη Τμήματος Πρόληψης και Προαγωγής της Στοματικής Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δήμου Πειραιά.
12. ΚΑΤΣΙΚΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ, Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας.

Συντονιστής της Ομάδας Εργασίας ορίζεται ο **ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**.

Εργα της Ομάδας Εργασίας είναι η κατάθεση προτάσεων αναφορικά με τα παρακάτω θέματα:

- i. Ο ρόλος και οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Στοματικής Υγείας και των Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας (ΣΟΠ).
- ii. Η οργάνωση των οδοντιατρικών μονάδων υγείας, σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο.
- iii. Δράσεις πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας από τις Μονάδες ΠΕΔΥ.
- iv. Επιμόρφωση των οδοντιάτρων στις δημόσιες οδοντιατρικές υπηρεσίες.

Η θητεία της Επιτροπής έχει διάρκεια τριών μηνών, αρχομένη από την υπογραφή της παρούσας Απόφασης. Σε αυτό το διάστημα θα διαμορφωθούν αναλυτικές προτάσεις και θα αναληφθούν δράσεις παρακολούθησης της υλοποίησής τους. Κάθε μέλος μπορεί να εισηγηθεί στην Ομάδα Εργασίας την πρόσκληση εμπειρογνομόνων που θα συμβάλλουν στις εργασίες της ομάδας με αντίστοιχες δικές τους εισηγήσεις και προτάσεις.

ΑΔΑ ΩΖΨΗ465ΦΥΟ-Β2Γ

Οι τελικές εισηγήσεις της Ομάδας θα κατατεθούν στο Γραφείο του Αναπληρωτή Γενικού Γραμματέα.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ ΞΑΝΘΟΣ

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ**

**Α. ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ:**

Οι αναφερόμενοι στην παρούσα Απόφαση, μέσω του Γραφείου του Αναπληρωτή Γενικού Γραμματέα.

**Γ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:**

(μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου)

1. Γραφείο Υπουργού Υγείας
2. Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας
3. Γραφείο Γενικού Γραμματέα
4. Γραφείο Προϊσταμένης Γενικής Διεύθυνσης Ανθρώπινων Πόρων και Διοικητικής Υποστήριξης

**Γ. ΚΟΙΝΩΠΟΙΗΤΗ:**

Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών & Υποστήριξης - Τμήμα Οργάνωσης και Συλλογικών Οργάνων (4)

**2. Πίνακες που παρουσιάζουν την στελέχωση των δημόσιων οδοντιατρικών μονάδων.**

ΥΠΕ	Κ.Υ.	Μ.Υ.	Ν.Ο.Τ	TOTAL
1η	18	167	31	216
2η	15	70	20	105
3η	23	37	18	78
4η	27	29	16	72
5η	18	38	16	72
6η	40	42	18	100
7η	7	11	16	34
<b>TOTAL</b>	148	394	135	677

**Πίνακας 1.** Αριθμός οδοντιάτρων ανά ΥΠΕ, Κέντρα Υγείας (ΚΥ), Μονάδες Υγείας (ΜΥ) και Νοσοκομεία (ΝΟΤ). Ιανουάριος, 2016.

ΥΠΕ	1 οδοντ.	2-3	4-7	>8	TOTAL
1η	14	14	9	8	45
2η	25	12	3	2	42
3η	14	8	3	-	26
4η	30	10	3	-	42
5η	6	5	3	-	14
6η	33	19	4	1	57
7η	5	3	1	1	10
<b>TOTAL</b>	127	71	25	13	236

**Πίνακας 2.** Αριθμός οδοντιατρικών μονάδων ΠΕΔΥ ανά αριθμό οδοντιάτρων που εργάζονται σε αυτές και ΥΠΕ. Μάρτιος, 2016.

### 3. Πίνακας προτάσεων για την Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών.

Επεξήγηση Συμβόλων:

**X** = Εκτιμώμενη Δυνατότητα Εφαρμογής (1: άμεσα έως 5: στο απώτερο μέλλον)

**K** = Εκτιμώμενο Κόστος Εφαρμογής (1: πολύ χαμηλό έως 5: πολύ υψηλό)

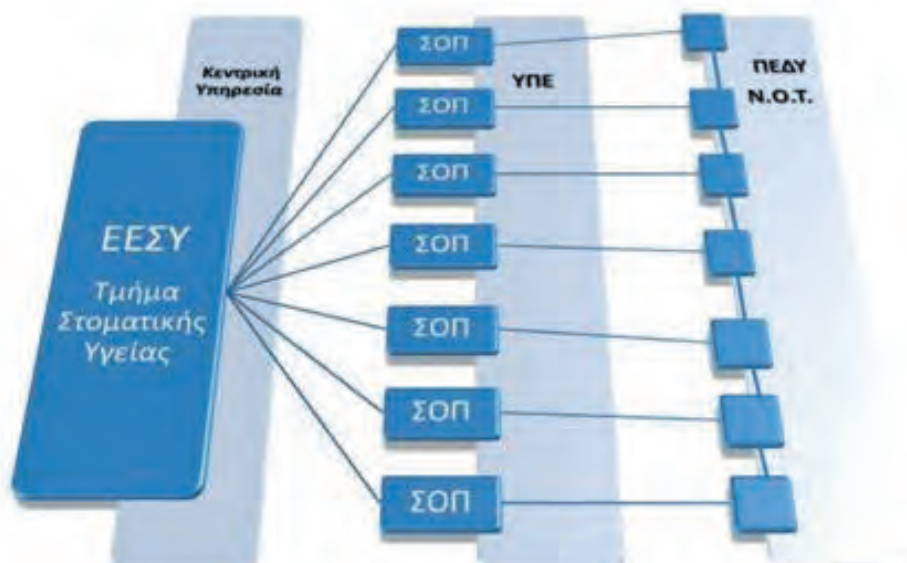
**O** = Εκτιμώμενο Όφελος από την Εφαρμογή (1: πολύ χαμηλό έως 5: πολύ υψηλό)

ΠΕΔΙΟ	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ
<b>ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΟΜΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</b>	1. Συγκρότηση Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας.	X1 K1 O4
	2. Σύσταση Τμήματος για την Στοματική Υγεία στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας.	X1 K1 O5
	3. Σύσταση θέσεων Συντονιστών Οδοντιάτρων Περιφέρειας (ΣΟΠ), ανά ΥΠΕ. Εκτιμώμενος αριθμός ΣΟΠ: 10	X1 K1 O5
<b>ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ Π.Ε.Δ.Υ.</b>	<b>α. Λειτουργικά Ζητήματα</b>	
	1. Μηχανοργάνωση μονάδων (καταγραφή περιστατικών και εργασιών σε κοινή βάση δεδομένων, κοινό ιστορικό ασθενούς κ.ά.)	X3 K3 O5
	2. Αντικατάσταση/ Επισκευή οδοντιατρικού εξοπλισμού.	X3 K4 O5
	3α. Αξιοποίηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού για την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.	X1 K1 O5
	3β. Κάλυψη των κενών που υφίστανται στις οδοντιατρικές μονάδες, με στοχευμένες προσλήψεις.	X3K3O5

	4. Στελέχωση οδοντιατρικών μονάδων με νοσηλευτικό προσωπικό.	X3 K1 O4
	<b>β. Παρεχόμενες Υπηρεσίες</b>	
	1. Οδοντιατρική φροντίδα παιδικού πληθυσμού: πλήρης, κατά το δυνατό οδοντιατρική φροντίδα, συγκεκριμένες ημέρες (τρεις τουλάχιστον) της εβδομάδας ή σε συγκεκριμένα ιατρεία ανά μονάδα.	X2 K2 O5
	2. Οδοντιατρική φροντίδα ενηλίκων: οδοντιατρική περίθαλψη (ανάλογα με τις δυνατότητες) συγκεκριμένες ημέρες της εβδομάδας ή σε ιατρεία ανά μονάδα. Διατηρούνται οι παροχές των οδοντοπροσθετικών τμημάτων.	X1 K2 O5
<b>ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ (NOT)</b>	<b>α. Λειτουργικά Ζητήματα</b>	
	1. Μηχανοργάνωση μονάδων (καταγραφή περιστατικών και εργασιών σε κοινή βάση δεδομένων, κοινό ιστορικό ασθενούς κ.ά.)	X3 K3 O5
	2. Αντικατάσταση/ Επισκευή οδοντιατρικού εξοπλισμού.	X3 K4 O5
	3α. Αξιοποίηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού για την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού.	X1 K1 O5
	3β. Κάλυψη των κενών που υφίστανται στις οδοντιατρικές μονάδες, με στοχευμένες προσλήψεις.	X3K3O5
	4. Ιατρείο εκτάκτων.	X3 K1 O4
	5. Κλίνες για νοσηλεία.	X1 K1 O4
	6. Δημιουργία Κέντρων Αναφοράς	X1 K1 O4
	<b>β. Παρεχόμενες Υπηρεσίες</b>	
	1. Οδοντιατρική φροντίδα ΑμεΑ: Δημιουργία “Κέντρων Αναφοράς για ΑμεΑ και για άτομα με σοβαρή επιβάρυνση υγείας” όπου θα παρέχεται οδοντιατρική αντιμετώπιση υπό γενική αναισθησία και τα οποία δεν θα περιθάλπουν γενικό πληθυσμό.	X2 K2 O5
2. Οδοντιατρική φροντίδα ενηλίκων: τα υπόλοιπα NOT παρέχουν όλο το εύρος της δευτεροβάθμιας περίθαλψης και δύο ημέρες την εβδομάδα δέχονται και γενικό πληθυσμό.	X1 K1 O5	

<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ</b>	1. Οδοντιατρικός έλεγχος παιδιών 5, 6 και 7 ετών (νηπιαγωγεία, α' και β' δημοτικού). Η εξέταση γίνεται κατά βάση στα οδοντιατρεία και όταν αυτό δεν είναι εφικτό, στις σχολικές μονάδες. Ταυτόχρονα, υλοποιείται πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας με τη μέθοδο της Βιωματικής και Συμμετοχικής Μάθησης στα νηπιαγωγεία και την β' δημοτικού, από νηπιαγωγούς και εκπαιδευτικούς.	X1 K1 O5
	2. Συναντήσεις με γονείς σε νηπιαγωγεία. Η συνάντηση ακολουθεί χρονικά την εξέταση των παιδιών και πραγματοποιείται στα νηπιαγωγεία.	X2 K1 O4
	3. Επισκέψεις σε παιδικούς σταθμούς. Στοχεύουν στην εξέταση παιδιών ηλικίας 3-5 ετών, στην ενημέρωση και συζήτηση με τους γονείς και γίνονται σε συνεργασία με τους ΟΤΑ.	X2 K1 O5
<b>ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ</b>	1. Εξασφάλιση εκπαιδευτών	X2 K2 O5
	2. Εξασφάλιση χώρων	X2 K2 O5
	3. Υποστήριξη μετακινήσεων	X2 K2 O5
	4. Δημιουργία εκπαιδευτικού υλικού	X2 K2 O5

**4. Αδρή σχηματική παρουσίαση του Συστήματος Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, σε σχέση με τις δομές και την λειτουργία τους**





## 5. Επιμέρους ζητήματα οργάνωσης, ανάπτυξης και αποδοτικής λειτουργίας των NOT

### α. Εφημέρευση

Ο τρόπος εφημέρευσης των NOT εξαρτάται άμεσα από την λειτουργία Μονάδων Υγείας του ΠΕΔΥ. Υπάρχουν πολλές ιδιαιτερότητες ανάλογα με την χωροταξική κατανομή των NOT π.χ. άλλο σύστημα ισχύει στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη και άλλο στην επαρχία (Α+Β+Γ ζώνη). Μία ρεαλιστική πρόταση είναι στην επαρχία να εφημερεύει, για κάθε νομό, το αντίστοιχο νοσοκομείο επικουρούμενο και από τους οδοντιάτρους του ΠΕΔΥ ή, αν ο νομός είναι μεγάλος και υπάρχει επαρκής αριθμός οδοντιάτρων, να εφημερεύει και ένα Κέντρο Υγείας. Σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη εκτός από τα νοσοκομεία να εφημερεύουν και Κέντρα Υγείας (κέντρα εφημερίας) που θα καλύπτουν μεγάλες περιοχές.

### β. Δραστηριότητες - Παραγωγικότητα

Σε όλα τα οδοντιατρεία του ΕΣΥ, πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια, πρέπει να ανατεθεί συγκεκριμένο έργο, όλα πρέπει να λειτουργούν με κοινά πρωτόκολλα, να τηρείται κοινού τύπου ιστορικό (φάκελος) των ασθενών, κατά προτίμηση ηλεκτρονικά, και να υπάρχει σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών (ετήσια υποβολή πεπραγμένων στην κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου, έλεγχος ποιότητας και παραγωγικότητας).

### γ. Χρεώσεις πράξεων

Να επιλυθεί το θέμα της χρέωσης ή μη των οδοντιατρικών πράξεων. Μπορεί να υπάρξουν τροποποιήσεις στην περιπτώσιολογία των υπάρχοντων ΚΕΝ ώστε να περιλαμβάνουν οδοντιατρικές πράξεις. Επίσης για τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων και για την πρωτοβάθμια και για την δευτεροβάθμια πρέπει να υπάρξει στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση πρόβλεψη για τις οδοντιατρικές πράξεις όπως υπάρχει για τις άλλες ιατρικές ειδικότητες π.χ. να μπορούν να συνταγογραφηθούν ηλεκτρονικά η εξαγωγή (απλή ή χειρουργική), η έμφραξη (απλή ή σύνθετη), η εξαγωγή ημιεγκλείστου, η χειρουργική αφαίρεση ογκιδίου από την στοματική κοιλότητα κ.λπ.

## δ. Συνταγογράφηση εξετάσεων

Να εμπλουτισθούν οι εξετάσεις που μπορούν να συνταγογραφούνται από τους οδοντιάτρους, του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα. Σήμερα π.χ. δεν μπορεί να συνταγογραφηθεί η βιοψία καθώς και εξετάσεις απαραίτητες για τον προεγχειρητικό έλεγχο ασθενών που υποβάλλονται σε Γενική Αναισθησία, όπως ΗΚΓ και επίπεδα φαρμάκων.

## ε. Εκπαίδευση - Επιμόρφωση - Ειδικότητα

Η αντιμετώπιση των ειδικών ασθενών (ενηλίκων και παιδιών) απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και επιβάλλει την εκπαίδευση των αντίστοιχων λειτουργών, για ουσιαστικούς και νομικούς λόγους. Ακρογωνιαίο λίθο της επιτυχίας της αναδιάρθρωσης των Δημόσιων Οδοντιατρικών Υπηρεσιών, αποτελεί η επιμόρφωση των υπηρετούντων σε όλο το σύστημα (ΠΕΔΥ και Νοσοκομεία), η οποία θα πρέπει να εξασφαλιστεί και να διενεργηθεί άμεσα. Προς τούτο θα μπορούσαν να συνεισφέρουν η Ελληνική εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (ΕΕΝΟ), η Ελληνική Παιδοδοντική Εταιρεία και τα Μεταπτυχιακά Τμήματα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και Παιδοδοντιατρικής.

Ειδικότερα για την Νοσοκομειακή Οδοντιατρική, το θέμα θα πρέπει να λυθεί οριστικά με την καθιέρωση της αντίστοιχης ειδικότητας. Σχετική εμπειριστατωμένη πρόταση για το περιεχόμενο και τον τρόπο λήψης της ειδικότητας αυτής, έχει επαναυποβάλλει πρόσφατα η ΕΕΝΟ στο ΚΕΣΥ.

## 6. Μελλοντικά βήματα

	Σεπτέμβριος	Οκτώβριος	Νοέμβριος	Δεκέμβριος	Ιανουάριος	Φεβρουάριος	Μάρτιος
Παρουσίαση πρότασης							
Ορισμός ΣΟΠ							
Στελέχωση υπηρεσιών στο ΥΥ							
Καταγραφή αναγκών ανά ΥΠΕ							
Σχεδιασμός και Οργάνωση προγράμματος κατάρτισης							
Κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού							
Προγράμματα σε σχολεία							

## Εισήγηση

Ανανέωση οδοντιατρικού εξοπλισμού							
Αποτίμηση δράσεων και προσαρμογές							Μάρτιος έως και Ιούνιος, 2017



# Καταστολή και γενική αναισθησία κατά την οδοντιατρική περίθαλψη ατόμων με αναπηρία στο ΕΣΥ

Μπεναβέλη Αναστασία<sup>1</sup>, Μαραγκού Φωτεινή<sup>2</sup>

Στο πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής περίθαλψης στο ΕΣΥ που καθορίστηκε με υπουργική απόφαση (Α3β/3984/26-3-1990) παρέχεται οδοντιατρική περίθαλψη σε ΑΜΕΑ από όλους τους νοσοκομειακούς οδοντιάτρους. Δεδομένου ότι 1) τα ΑΜΕΑ αποτελούν το 15-20% του πληθυσμού και 2) η οδοντιατρική φροντίδα των ΑΜΕΑ σε συνθήκες καταστολής ή γενικής αναισθησίας (Γ.Α.) προτείνεται να πραγματοποιείται σε πανεπιστημιακά κέντρα ή νοσοκομεία, γίνεται αντιληπτό ότι οι νοσοκομειακοί οδοντίατροι καλούνται να περιθάλψουν αυξημένο αριθμό ΑΜΕΑ.

Ο Οδοντίατρος παρέχει θεραπεία με βάση την αρχή της ελάχιστης παρέμβασης και της σχέσης όφελους-κινδύνου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ΑΜΕΑ αντιμετωπίζεται με τοπική αναισθησία χωρίς ή με καταστολή. Σε αυτή την περίπτωση ο Οδοντίατρος επιστρατεύει την ικανότητά του να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ΑΜΕΑ με ψυχολογικές τεχνικές, γιατί τα άτομα αυτά έχουν πολύ μεγάλη ανάγκη από προστασία και ασφάλεια. Καταστολή που βάσει νομοθεσίας μπορεί να εφαρμοστεί μόνο από Αναισθησιολόγο, πρακτικά χρησιμοποιείται σπάνια έως καθόλου. Σε ένα ποσοστό μη συνεργάσιμων (5%) ΑΜΕΑ η οδοντιατρική αντιμετώπιση επιτυγχάνεται μόνο με την μέθοδο της Γ.Α.

Η εφαρμογή μεθόδων καταστολής σε εξωτερικούς ασθενείς από εξειδικευμένους Νοσοκομειακούς Οδοντιάτρους και Αναισθησιολόγους-όπως συμβαίνει ήδη σε άλλες χώρες- πιθανά διευκολύνει την πρόσβαση των ΑΜΕΑ, κυρίως των μερικώς συνεργάσιμων, στις οδοντιατρικές υπηρεσίες του ΕΣΥ.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 9: 39-47, 2016

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ΑΜΕΑ<sup>1</sup> ταξινομούνται ανάλογα με το σωματικό, νοητικό, ψυχικό ή λειτουργικό τους πρόβλημα σε άτομα με

**Λέξεις κλειδιά:** Οδοντιατρική περίθαλψη στο Δημόσιο Νοσοκομείο, άτομα με αναπηρία, καταστολή, γενική αναισθησία.  
**Συντμήσεις:** γενική αναισθησία-Γ.Α., εγκεφαλική παράλυση-ΕΠ, νοητική υστέρηση-ΝΥ

<sup>1</sup>Επικουρικός Οδοντίατρος ΓΝΗ «Βενιζέλιο»

<sup>2</sup>Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος του ΓΝΗ «Βενιζέλιο»

**Ευχαριστίες:** Στους Νοσοκομειακούς Συναδέλφους των Οδοντιατρικών Τμημάτων-Μονάδων ΑμεΑ του ΓΝΘ Ιπποκράτειο, του ΓΝ Ασκληπιείου Βούλας, του Πανεπιστημιακού ΓΝ Ηρακλείου και του ΓΝΘ Γ. Γεννηματάς - Άγιος Δημήτριος για την βοήθειά τους.

χρόνιο ιατρικό πρόβλημα, με σωματική αναπηρία (εμποδιζόμενα άτομα), με συμπεριφεριολογικές διαταραχές, με συγγενή ή επίκτητα σύνδρομα ή προβλήματα στη στοματογναθοπροσωπική χώρα. Η ανάγκη καταστολής για οδοντιατρική περίθαλψη των ΑΜΕΑ στην Ελλάδα δεν έχει μελετηθεί συστηματικά. Ωστόσο μελέτη του 2001<sup>2</sup> σε 210 παιδιά με ανικανότητα διαφόρου βαθμού που φοιτούσαν σε ειδικά σχολεία του Λονδίνου έδειξε ότι το 67% χρειαζόταν οδοντιατρική θεραπεία και από το 52% των παιδιών που χρειαζόταν συνδυασμό θεραπευτικών διαδικασιών, το 64% μπορούσε να θεραπευτεί με υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας χωρίς καταστολή, ενώ το υπόλοιπο 36% απαιτούσε καταστολή (27%) ή Γ.Α. (9%).

## A. ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ

Το 2004 η Αμερικανική Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής ο-

ρίζει την καταστολή<sup>3</sup> ως το αποτέλεσμα της δράσης ενός ή περισσότερων φαρμάκων που προκαλούν μεταβολές στο ΚΝΣ<sup>4</sup>, στο επίπεδο των αισθήσεων, της κίνησης, του άγχους και άλλων ψυχολογικών παραμέτρων. Διακρίνεται σε: ελάχιστη καταστολή/αγχόλυση (τα αντανακλαστικά είναι ελαφρά επηρεασμένα), μέτρια (δεν απαιτείται υποβοήθηση της αναπνευστικής λειτουργίας), βαθιά (μερική ή ολική κατάργηση των αντανακλαστικών, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια με την αναπνοή), Γ.Α. (απώλεια των προστατευτικών αντανακλαστικών, χρειάζεται υποβοηθούμενη αναπνοή με θετική πίεση μέσω μάσκας ή ενδοτραχειακής διασωλήνωσης, απαιτείται παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς monitoring). Πρέπει να τονιστεί πως οποτεδήποτε προκαλείται φαρμακευτική απώλεια συνείδησης, όπως διαπιστώνεται από την απώλεια λεκτικής επικοινωνίας, αυτή είναι κατάστασις αναισθησίας με όλους τους συνακόλουθους κινδύνους<sup>5</sup>. Επίσης η καταστολή είναι μια συνεχής διαδικασία και οι ασθενείς μπορούν εύκολα να μεταπέσουν από το ένα στο επόμενο επίπεδο, για αυτό η αξιολόγηση του βαθμού καταστολής γίνεται σε συχνά χρονικά διαστήματα βασιζόμενη σε κλινικά κριτήρια. Το επιθυμητό επίπεδο καταστολής κατά τις οδοντιατρικές επεμβάσεις είναι μέχρι και μέτρια καταστολή. Καταστολή δεν πρέπει να χορηγείται χωρίς την άμεση επίβλεψη εκπαιδευμένου ιατρικού προσωπικού. Κατά την καταστολή και μέχρι την ανάνηψη του ασθενούς πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον δύο άτομα και να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης ενημέρωσης αναισθησιολόγου<sup>6,7</sup>.

Οι οδοντιατρικές επεμβάσεις δεν επιβαρύνουν την γενική υγεία του ασθενή<sup>8</sup>. Όμως η οδοντιατρική επίσκεψη είναι μια διαδικασία που προκαλεί συχνά στρες<sup>9</sup>. Νέοι και υγιείς ασθενείς επηρεάζονται ελάχιστα, όμως άλλοι όπως σπαστικοί ή παρκινσονικοί ασθενείς μπορεί να έχουν επιδείνωση της ιατρικής τους κατάστασης και η ικανότητά τους για συνεργασία να μειώνεται περισσότερο. Έμφραση κατά την καταστολή πρέπει να δίνεται στην ισχυρή ψυχολογική υποστήριξη και την απόσπαση της προσοχής από δυσάρεστα και εστίαση σε ευχάριστα γεγονότα ή καταστάσεις (μη φαρμακευτική βοήθεια). Τα ΑΜΕΑ πρέπει να προσεγγίζονται με ενδιαφέρον, σωστή συμπεριφορά και συμπάθεια, να αποφεύγεται η τυποποιημένη συμπεριφορά και να επιβραβεύεται η θετική στάση και συνεργασία<sup>10</sup>.

Η προκατασταλτική αγωγή από το σπίτι (premedication)<sup>9,11,12,13</sup> έχει αποδειχθεί αναξιόπιστη σχετικά με την ποιότητα, την ποσότητα και τον χρονικό προγραμματισμό (παρακολούθηση μόνο από το γονέα και εμπιστοσύνη ότι θα δοθεί η σωστή δόση στην σωστή ώρα) ειδικά σε παιδιά (< 12 ετών) και κυρίως βρέφη και παιδιά προσχολικής ηλικίας. Ωστόσο η μέθοδος αυτή βρίσκει εφαρμογή στο νοσοκομείο πριν την Γ.Α.<sup>14</sup> Μια μικρή δόση βενζοδιαζεπίνης διευκολύνει τον ύπνο την ημέρα πριν την θεραπεία ή βοηθάει την μεταφορά του αγχώδους ασθενούς κάτω από στενή επίβλεψη. Οι ασθενείς λαμβάνουν προ- και μετα-επεμβατικές οδηγίες. Η ASDA προτείνει για τα ΑΜΕΑ την χορήγηση προκατασταλτικής αγχολυτικής αγωγής<sup>15</sup>.

### **1. Βασικές απαιτήσεις για ιδεώδη κατασταλτική τεχνική** **Επαρκής αγχολυτική (και κατασταλτική) δράση<sup>9</sup>**

**Ασφάλεια** (μεγάλο θεραπευτικό εύρος με περιθώρια ασφάλειας<sup>9</sup>)

**Απλότητα και ευκολία χορήγησης:** ανώδυνη χορήγηση, ιδανικά ένα φάρμακο πρέπει να χρησιμοποιείται σε μια δόση που μπορεί να τιτλοποιηθεί μέχρι ένα τελικό σημείο που απέχει από την αναισθησία

**Βέλτιστη δράση:** Προβλέψιμη, γρήγορη έναρξη δράσης (< 15 λεπτά), προβλέψιμη και επαρκής διάρκεια δράσης, γρήγορη ανάνηψη για ασφαλή αναχώρηση με βάση προκαθορισμένα κριτήρια, απουσία παρενεργειών, έλεγχος των εκκρίσεων των σιαλογόνων και βλεννογόνων αδένων και του εμετού, εύκολη αντιστροφή σε περίπτωση ακούσιας υπερδοσολογίας με ειδικό αντίδοτο. Οι ασθενείς δεν πρέπει να βρίσκονται υπό φαρμακευτική επίδραση, όταν φτάνουν στο χώρο επέμβασης<sup>6,14,16</sup>.

**Αναλγησία:** χορηγείται και τοπική αναισθησία

**Αμνησία**

**Αποδοχή:** μη ερεθιστικό φάρμακο για ασθενείς και οδοντιάτρους

**Συμβατότητα:** με άλλα φάρμακα του ασθενή<sup>17</sup> που μπορεί να παρεμβληθούν στην απορρόφηση ή μεταβολισμό π.χ. φυτικά φάρμακα όπως εχινάκεια, βαλεριάνα, φάρμακα όπως ερυθρομυκίνη, σιμετιδίνη, αντιβίαια, σπασμολυτικά και κάποια ψυχοτρόπα. Ο κλινικός θα πρέπει να συμβουλευτεί διάφορες πηγές (κάποιοι φαρμακοποιοί, εγχειρίδια, βάσεις δεδομένων) για εξειδικευμένες πληροφορίες στις φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις.

**Έλεγχος συμπεριφοράς και όταν απαιτείται ακινησία**

**Κόστος**

**Το «ιδανικό» κατασταλτικό** για περιπατητικούς ασθενείς θα πρέπει να καταστέλει μόνο μερικά από τα ειδικά ανώτερα κέντρα του ΚΝΣ παρακάμπτοντας τον προμήκη μυελό. Το N<sub>2</sub>O-O<sub>2</sub> είναι το ασφαλέστερο και το πιο κοντά στο ιδανικό διαθέσιμο κατασταλτικό. Η ΕΦ μιδαζολάμη επίσης προσεγγίζει το ιδανικό<sup>9,18</sup>.

**Προϋποθέσεις σωστά οργανωμένου χώρου επέμβασης:** επαρκής χώρος για θεραπεία με monitoring και ανάνηψη του ασθενούς (η ελάχιστη βασική υποδομή και εξοπλισμός είναι ίδια με αυτά που απαιτούνται και για την Γ.Α.)<sup>6,9,11</sup>.

**Σχολαστικός σχεδιασμός θεραπείας:** οι λιγότερο ευχάριστες εργασίες (για τον ασθενή) γίνονται όλες στην αρχή της συνεδρίας και οι ευκολότερες στο τέλος.

### **2. Ενδείξεις**

**Ιατρικές**<sup>6,8,9,11,16,19-24</sup>

- Ιατρικές καταστάσεις που επηρεάζουν την ικανότητα συνεργασίας του ασθενούς. Η στοματική υγιεινή είναι συχνά δύσκολη και υπάρχει εκτεταμένη παθολογία.

- **Σπαστικές ανωμαλίες νευρών και μυών:** π.χ. σπαστικότητα, πολλαπλή σκλήρυνση, παρκινσονισμός, ελεγχόμενη επιληψία, χορεία Huntington. Ενδείκνυται η χρήση μυοχαλαρωτικών και αντιεπιληπτικών όπως οι βενζοδιαζεπίνες.

- **Μέτρια νοητική και ψυχιατρική ανωμαλία:** IQ > 54, σπάνια > 40-54

1. ΕΠ: Συνήθως στον σπαστικό τύπο η χρήση μυοχαλαρωτικών ή ηρεμιστικών φαρμάκων δεν βοηθά στη διάρκεια της οδοντιατρικής θεραπείας, στον αθεωσικό όπου η χρήση ηρεμιστικών ή μυοχαλαρωτικών φαρμάκων περιορίζει τις ακούσιες κινήσεις (ενδείκνυται η διαζεπάμη). Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την συνύπαρξη και τον βαθμό ΝΥ και αποφασίζεται το είδος και η δόση των φαρμάκων που θα χρησιμοποιηθούν σε συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό. Σε περίπτωση **συνύπαρξης επιληψίας καλά ρυθμισμένης** αποφεύγεται η χρήση ηρεμιστικών (παράγωγων της φαινοθειαζίνης), βαρβιτουρικών και μεγάλων δόσεων τοπικών αναισθητικών. Ακόμα και η διαζεπάμη μειώνει τη θεραπευτική δράση της διφαινυλδαμτοΐνης και μπορεί να προκαλέσει έκλυση επιληπτικών σπασμών (αν και οι βενζοδιαζεπίνες και τα βαρβιτουρικά χρησιμοποιούνται για αντιμετώπιση επιληπτικών σπασμών).
  2. Σύνδρομο Down καλού επιπέδου: Ειδικά προβλήματα των αεραγωγών είναι: 1. στενός ρινοφάρυγγας (στοματική αναπνοή), 2. μεγάλες αμυγδαλές και αδενοειδείς εκβλαστήσεις (αποφρακτική άπνοια ύπνου), 3. μακρογλωσσία και προεξοχή γλώσσας, 4. αστάθεια ατλαντοϊνιακής ένωσης. Οι δόσεις των οπιοειδών και των βαρβιτουρικών πρέπει να είναι μικρότερες, υπάρχει υπερευαισθησία των οφθαλμών στην ατροπίνη, η δόση των αντιχολινεργικών για ελάττωση των ρινοστοματοφαρυγγικών εκκρίσεων βλέννης πρέπει να είναι μεγάλη και πιθανόν απαιτείται χημειοπροφύλαξη λόγω συγγενών καρδιακών ανωμαλιών
  3. ΝΥ: χρειάζεται καταστολή για οδοντιατρική εξέταση και επέμβαση. Γενικά χορηγούνται μεγαλύτερες δόσεις ηρεμιστικών.
  4. Διαταραχές ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας, ήπιες μαθησιακές διαταραχές, ήπιες καταθλιπτικές και αγχώδεις νευρώσεις: χρειάζεται καταστολή για οδοντιατρική εξέταση και επέμβαση.
  5. Ανωμαλίες άνω και κάτω γνάθου: Σύνδρομο Treacher Collins, Goldenhar s, μικρογναθία (στα σύνδρομα Pierre Robin, Cri-du chat, DiGeorge, Treacher Collins, Turner, τρισωμία 13,18), μακρογλωσσία (στα σύνδρομα Beckwith-Wiedemann, Down, σε βλενοπολυσακχαρίδωση -Hurler και Hunter-, υποθυρεοειδισμό και ασθένειες αποθήκευσης κολλαγόνου), χηλαιο-υπερωισχιστία
- Ήπιες συστηματικές διαταραχές που επιδεινώνονται ή όχι από το στρες κατηγορίας ASA I και II, και κατηγορίας III, εφόσον είναι σε σταθερή κατάσταση: π.χ. στηθάγχη, ισχαιμική καρδιακή πάθηση, έμφραγμα μυοκαρδίου, ελεγχόμενη υπέρταση (ήπια ή μέτρια), αρρυθμίες (και ως συνέπεια άλλων προβλημάτων γενικής νόσου όπως νόσοι θυρεοειδούς, χρόνια πνευμονική νόσος, εγχείρηση ανοικτής καρδιάς, ιστορικό σημαντικής καρδιακής νόσου), συγγενείς καρδιακές ασθένειες (οι οποίες πρέπει να παρακολουθούνται για υποξαιμία, προβλήματα με τον φαρμακευτικό μεταβολισμό και φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις), σταθεροποιημένη μυοκαρδιοπάθεια (διατακτικού, υπερτροφικού και περιοριστι-

κού τύπου), ανεύρυσμα αιμοφόρων αγγείων, εγκεφαλικό επεισόδιο, πνευμονική υπέρταση, βρογχικό άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, πνευμονικό εμφύσημα, ήπιος διαβήτης, αναιμία λόγω ανεπάρκειας G6PD σε συνδυασμό με αιματοκρίτη <30%, σαρκοειδωση

#### **Κοινωνικο-ψυχολογικές**<sup>12, 25</sup>

- Απλός και αληθής φόβος για την Οδοντιατρική, ψυχοσυναισθηματική ανωριμότητα
- Παιδιά όλων των ηλικιών με σχετικά περιορισμένη ικανότητα να κατανοήσουν και επικοινωνήσουν
- Προτίμηση ασθενούς

#### **Οδοντιατρικές**<sup>12-14,16,23</sup>

- Επίμονη τάση λιποθυμίας στην θέα ή ήχο οδοντιατρικών εργαλείων
- Μέτρια δύσκολο, σύνθετο, ή/και χρονοβόρο χειρουργείο σχετικά εκτεταμένων θεραπευτικών αναγκών, π.χ. πολλαπλές εξαγωγές με οποιαδήποτε δυσκολία ή αφαίρεση εγκλείστων, ενδοδοντικές θεραπείες, χειρουργικός καθαρισμός οδοντο-δερματικού συριγγίου
- Τραύμα στο πρόσωπο και στο στόμα: κατάγματα ρινικών, ζυγωματικών, κάτω γνάθου αμφίπλευρα, άνω γνάθου ανάλογα με την έκτασή τους. Επίσης σε περίπτωση οξέος πόνου ή όταν συνυπάρχει με τραύμα
- Τρισμός ή επίμονη τάση εμέτου
- Ιδιοσυγκρασία στα τοπικά αναισθητικά
- Όταν προκύπτει όφελος από την αύξηση του χρόνου της συνεδρίας μειώνοντας τον αριθμό των επισκέψεων

#### **3. Σχετικές αντενδείξεις-Σημεία προσοχής-Περιορισμοί**<sup>6,9</sup>

- ηλικιωμένοι >70 χρονών ανάλογα με την γενική τους κατάσταση
- ιστορικό παρενεργειών κατά την αναισθησία συμπεριλαμβανομένης της δυσκολίας για διασωλήνωση της τραχείας (σε περίπτωση ανάγκης κατά την καταστολή)
- ιστορικό αλλεργίας σε οποιοδήποτε από τα φάρμακα που μπορεί να χρησιμοποιηθούν
- Ασυρόδευτοι ασθενείς ή ασθενείς για τους οποίους δεν είναι εγγυημένη η μετέπειτα φροντίδα για 24 ώρες. Η ανάνηψη από καταστολή σε συνεδρία μεγάλης διάρκειας μπορεί να είναι ελλιπής ακόμα και μετά από 30 λεπτά, ιδίως στην ΕΦ καταστολή (παραμένουσα δράση μεγάλης διάρκειας της διαζεπάμης, μιδαζολάμης, μεθοεξιτάλης, ναλμπουφίνης) και από του στόματος καταστολή με βενζοδιαζεπίνες.

#### **4. Επιπλοκές**<sup>4-7,17,26,27</sup>

- Ελαφρές επιπλοκές είναι: ναυτία, έμετος, ζάλη, βήχας, τρόμος και δυσφορία.
- Σοβαρές επιπλοκές είναι: καταστολή αναπνοής, παροδική άπνοια, απόφραξη αεραγωγού, υποαερισμός, υποξαιμία, υπερκαπνία, υπόταση, σε μη ανάταξη των προηγούμενων, βραδυκαρδία, καρδιακή ανακοπή, αρρυθμίες στην ΕΦ καταστολή, εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου εάν ο ασθενής περιέλθει σε βαθιά καταστολή ή Γ.Α., λαρυγγόσπασμος, βρογχόσπασμος, σπασμός γνάθου-θώρακα, παραισθήσεις, σπάνια επιληψία και αλλεργικές αντιδράσεις.
- Σύμφωνα με μελέτη η αναπνευστική καταστολή είναι η

πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια με συχνότητα 12/10.000 περιπτώσεις ΕΦ ενσυνείδητης καταστολής (αγχόλυση και μέτρια καταστολή). Το ποσοστό θνησιμότητας της ενσυνείδητης καταστολής υπολογίζεται σε 1:1.000.000. Ωστόσο η χορήγηση καταστολής με προποφόλη από μη αναισθησιολόγους υπολογίστηκε να έχει ποσοστό θνησιμότητας χαμηλότερο από αυτό της καταστολής με βενζοδιαζεπίνες, αλλά όχι υψηλότερο από αυτό της Γ.Α. χορηγούμενης από αναισθησιολόγο.

Η συντριπτική πλειοψηφία των επιπλοκών ανατάσσεται με συμπληρωματικό οξυγόνο, άνοιγμα του αεραγωγού, αναρρόφηση, σύστημα παροχής αέρα με μάσκα. Περιστασιακά χρειάζεται ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή λαρυγγική μάσκα με αεροθάλαμο. Πρόσθετο μέτρο επείγουσας αντιμετώπισης είναι η χρήση ενδοσοτικής βελόνας, όταν η γρήγορη ΕΦ προσπέλαση είναι αδύνατη.

### **B. ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ**

#### **1. Διαδικασία Γ.Α.** 4-6,16,21,28,29

Προεγχειρητικά γίνεται: λήψη ιστορικού, ενημέρωση και λήψη έγγραφης συναίνεσης για το είδος της αναισθησίας και το σχέδιο θεραπείας, επέκταση του προεγχειρητικού ελέγχου π.χ. έλεγχος επιπέδων αντιεπιληπτικών ή καρδιολογικών φαρμάκων, υπέρηχος καρδιάς κ.ά. Επίσης ελέγχεται και προγραμματίζεται η φαρμακευτική αγωγή.

Η Γ.Α. περιλαμβάνει τα εξής στάδια: της προνάρκωσης με χορήγηση επικουρικών φαρμάκων όπως αγχολυτικά (κυρίως βενζοδιαζεπίνες), οπιοειδή (μορφίνη, πεθιδίνη), αντιϊσταμινικά (δροπεριδόλη, τριμεπραζίνη, υδροξυζίνη), αντιεμετικά, αντιχολινεργικά (κυρίως σε νεογνά και μικρά παιδιά για ελάττωση των ρινοστοματοφαρυγγικών εκκρίσεων βλέννης και βρογχοδιαστολή: γλυκοπυρρόνιο, ατροπίνη, σκοπολαμίνη), της εισαγωγής με τη χορήγηση ΕΦ ή πτητικού αναισθητικού με προσωπίδα και μυοχαλαρωτικά για τη διασωλήνωση (αποπολυτικοί όπως σουκνυλοχολίνη και μη-αποπολυτικοί νευρομυϊκοί αποκλειστές όπως ατρακούριο), όπου γίνεται ενδοτραχειακή διασωλήνωση υπό άμεση όραση και επίτευξη Γ.Α. με ελεγχόμενο αερισμό (στις οδοντιατρικές επεμβάσεις πραγματοποιείται συνήθως ρινοτραχειακή διασωλήνωση) και το στάδιο συντήρησης με τη χορήγηση εισπνεόμενου ή /και ΕΦ αναισθητικού που μπορεί να συνοδεύεται με χρήση οπιοειδών (φεντανύλη). ΕΦ αναισθητικά είναι: ετομιδάτη (πρώτη επιλογή κατά πολλούς σε ασθενείς με βαριά γενική κατάσταση), θειοπεντάλη (βαρβιτουρικό), προποφόλη, μιδαζολάμη και κεταμίνη. Εισπνεόμενα γενικά αναισθητικά είναι: N<sub>2</sub>O (συμπληρώνεται με πτητικό ή ΕΦ παράγοντα) και πτητικά κυρίως ισοφλουράνιο, δεσφλουράνιο και σεβοφλουράνιο. Απαιτείται πωματισμός του λαιμού με γάζα για απομόνωση της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας και πρόφυλαξη από διαφυγή υγρών και λαμβάνεται μέριμνα για προστασία του αυχένα. Επίσης γίνεται τοπική αναισθησία για διενέργεια εξαγωγών. Τα αντιχολινεστερασικά χρησιμοποιούνται ως αντίδοτα των νευρομυϊκών αποκλειστών, η φλουμαζενίλη ως ανταγωνιστής των βενζο-

διαζεπινών και η ναλοξόνη των οπιοειδών. Μετά την αποσωλήνωση και την ανάνηψη στην αντίστοιχη αίθουσα χορηγείται 100% O<sub>2</sub> και ακολουθεί στενή παρακολούθηση. Καταγράφεται έκθεση της επέμβασης.

Μετεγχειρητικά προειδοποιούνται οι ασθενείς σχετικά με τον χειρισμό μηχανημάτων, την αναχώρησή τους, την κατανάλωση φαγητού, την κατανάλωση αλκοόλ και δίδονται οδηγίες για την αναλγησία και τον τρόπο επικοινωνίας σε περίπτωση ανάγκης.

### **2. Ενδείξεις**

#### **Ιατρικές**

- Ιατρικοί λόγοι που επηρεάζουν την συνεργασία καθιστώντας την πλήρως αδύνατη π.χ. σοβαρό ψυχιατρικό νόσημα (σχιζοφρένεια, διάφορες μανίες, κατάθλιψη, αυτισμός σοβαρού βαθμού), σοβαρή ΝΥ (IQ <40, συχνά <55 σε άνοια, σύνδρομα με σοβαρή ΝΥ και προβλήματα από άλλα συστήματα κυρίως καρδιαγγειακά: Down, Lentz, Aikardi, Dubovitz Marfan, Rubinstein Taybe, Cornelia de Lange) ή συνύπαρξη με επιληψία, ΕΠ (κυρίως η συνύπαρξη με ΝΥ), σπαστικότητα που δεν ελέγχεται, τετραπληγία, μυϊκή δυστροφία, νόσος Batten<sup>8,9,11,23a-23c,28</sup>

- Ιατρικοί λόγοι που επηρεάζουν την καταστολή:

- Τάξη κατά ASA: Σε πιο σοβαρές συστηματικές διαταραχές αυξάνεται ο κίνδυνος για τον ασθενή που καθίσταται "υψηλού κινδύνου" π.χ. καρδιοπαθείς (πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου, ωστόσο αναβάλλεται κάθε επέμβαση για ένα εξάμηνο αργότερα, με νόσο 3 αγγείων ή του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, με δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, με στηθάγχη σε ηρεμία, αλλά αρνητική δοκιμασία κόπωσης, σε βαλβιδοπάθεια), ασθενείς με σοβαρές αναπνευστικές παθήσεις (απαγορεύεται σε οξεία πνευμονική πάθηση), με μη καλά ελεγχόμενα νοσήματα (διαβήτης, υπέρταση, επιληψία)<sup>3,5,6,8,12</sup>.
- Αιμορραγικές ανωμαλίες: μη αναταγμένες για εξαγωγές, χειρουργική και πολυφοτομές, πολφεκτομές<sup>31</sup>
- Φαρμακευτική αγωγή: π.χ. υψηλές δόσεις ισχυρών αντικαταθλιπτικών και ηρεμιστικών μπορεί να αντιδράσουν απρόβλεπτα με τα φάρμακα καταστολής, σε γηριατρικούς ασθενείς (σχετική αντένδειξη καταστολής επειδή υπάρχει ο κίνδυνος φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων λόγω συνήθους πολυφαρμακίας στην ηλικία αυτή)
- Παχυσαρκία π.χ. ασθενής άνω των 80 kg και πολύ επιθετικός αντιμετωπίζεται με Γ.Α.<sup>19</sup>.

#### **Κοινωνικο-ψυχολογικές**

- Μη συνεργάσιμοι ασθενείς λόγω υπερβολικού φόβου (κυρίως <3 ετών ή ανώριμοι)

- Σε αποτυχία άλλων τεχνικών διαχείρισης

#### **Οδοντιατρικές**

- Επείγοντα προβλήματα όπως επεκτεινόμενη λοίμωξη που απειλεί τον αεραγωγό του ασθενούς, φλεγμονή του εδάφους του στόματος, ειδικά όταν η λοίμωξη είναι εμφανής πάνω και κάτω από τον γναθοϋοειδή μυ (λουδοβίκειος κυνάγχη), σοβαρό τραύμα, εξάρθρωμα κάτω γνάθου

- Ιδιαίτερα μεγάλης διάρκειας ή δύσκολη ή εκτεταμένη οδοντιατρική, ορθοδοντική, και γναθοπροσωπική επέμ-

βαση π.χ. εξαγωγές πολύ τερηδονισμένων δοντιών και στα τέσσερα τεταρτημόρια, πολλαπλές αποκαταστάσεις, λήψη ιστοτεμαχίων<sup>7,8,10,23στ</sup>

- Ιδιαίτερες καταστάσεις: αντένδειξη χορήγησης τοπικής αναισθησίας (αλλεργία), ανατομικές παραλλαγές, έντονο αντανακλαστικό εμέτου, ασθενείς σε καταστολή (ΜΕΘ)
- Ανεπαρκής εκπαίδευση και μέσα για καταστολή

### 3. Αντενδείξεις

- Σχετικές βάσει του αναισθησιολογικού ιστορικού σε συνδυασμό με το ιατρικό ιστορικό π.χ. ενεργείς ή ασταθείς καρδιακές παθήσεις, οξεία λοίμωξη αναπνευστικού, αναιμία όπως σε ομόζυγη δρεπανοκυτταρική αναιμία ή σε χημειοθεραπεία, μη ελεγχόμενοι νόσοι ενδοκρινών αδένων όπως του θυρεοειδούς (υπο- και υπερθυρεοειδισμός) και αρρυθμιστος διαβήτης, νοσηρή παχυσαρκία, κ.ά.
- Ειδικά η ρινοτραχειακή διασωλήνωση αντενδείκνυται επί κατάγματος ρινός, υποψία καταγμάτων της βάσης του κρανίου, παραρρινοκολπίτιδας ή μαστοειδίτιδας για την αποφυγή μεταφοράς μικροβίων στην τραχεία<sup>21</sup>, σε διαταραχές πήκτικότητας, σε υποψία επιγλωττίτιδας<sup>24</sup>. Σχετικές αντενδείξεις είναι οι μεγάλοι ρινικοί πολύποδες, ιστορικό επίσταξης, αιμάτωμα ή λοίμωξη στο άνω τμήμα του λαιμού.

### 4. Επιπλοκές-Νοσηρότητα

Τα γενικά αναισθητικά έχουν στενό θεραπευτικό περιθώριο ασφάλειας. Η δόση του φαρμάκου που προκαλεί την επιθυμητή δράση της ακινησίας, αναλγησίας, αμνησίας και ύπνου επίσης προκαλεί αναπνευστική καταστολή και άπνοια, υπόταση και καρδιαγγειακή κατάρρευση. **Μόνο κλινικοί που έχουν την ειδικότητα και την εκπαίδευση στη χρήση τέτοιων παραγόντων και έχουν επιδείξει εμπειρία στον χειρισμό του αεραγωγού και στην καρδιοαναπνευστική ανάνηψη θα πρέπει να χορηγούν Γ.Α. στους ασθενείς.** Έργο του οδοντιάτρου είναι η επιλογή των οδοντιατρικών ασθενών στους οποίους ενδείκνυται η οδοντιατρική θεραπεία με Γ.Α.

Η βαρύτητα των επιπλοκών κυμαίνεται από μικρή έως σημαντική όπως<sup>4,6,8,21,29,32</sup>:

- ναυτία, έμετος
- κακώσεις δοντιών και μαλακών ιστών του στόματος κατά την διασωλήνωση
- φαρυγγίτιδα, λαρυγγίτιδα, λαρυγγικό ή υπογλωττιδικό οίδημα, ανεπάρκεια του λάρυγγα, εξέλκωση του λάρυγγα με ή χωρίς ανάπτυξη κοκκίωνματος, τραχειίτιδα, στένωση τραχείας, παράλυση φωνητικών χορδών, παρεκτόπιση του αρυταινοειδούς χόνδρου
- επιπλοκές που αφορούν μόνο στη ρινοτραχειακή διασωλήνωση: επίσταξη, αποκόλληση των φαρυγγικών αμυγδαλών (αδενοειδείς εκβλαστήσεις), απόφραξη της ευσταχιανής σάλπιγγας, γναθιαία κολπίτιδα και μικροβιαία
- επιπλοκές από την τοποθέτηση του ασθενούς (βλάβη στα περιφερικά νεύρα)

- η σουκκινυλοχολίνη προκαλεί μυϊκό άλγος, άπνοια, σε ασθενείς με μυοπάθειες μπορεί να προκαλέσει ξαφνική υπερκαλιαιμία, καρδιακή ανακοπή. Ασθενείς με βαρεία μυασθένεια και μυασθενικά σύνδρομα παρουσιάζουν εξαιρετική ευαισθησία στα μη αποπολωτικά μυοχαλαρωτικά

- αναφυλακτική αντίδραση (1:10.000-1:20.000 συνήθως σε μυοχαλαρωτικά, latex, αναισθητικούς παράγοντες)
- βρογχόσπασμος από πιθανό ερεθισμό της τραχείας ή από αναφυλακτική αντίδραση σε φάρμακο
- λαρυγγόσπασμος με κίνδυνο απόφραξης των αεραγωγών.

- μεταβολές αρτηριακής πίεσης και καρδιακής συχνότητας: αντανακλαστική υπέρταση και ταχυκαρδία, υπόταση ή κυκλοφορικό collapsus, βραδυκαρδία π.χ. από αλοθάνιο ή σουκκινυλοχολίνη, αρρυθμίες, μειωμένη αιμάτωση των οργάνων

- καταστολή του αναπνευστικού: παράταση άπνοιας λόγω κεντρικής καταστολής από οπιοειδή και βαρβιτουρικά (τα οπιοειδή μειώνουν την ευαισθησία του αναπνευστικού στο CO<sub>2</sub> και καταργούν την ανταπόκριση στην υποξυγοναιμία μετεγχειρητικής περιόδου), λόγω παρατεταμένης επίδρασης των μυοχαλαρωτικών (μεταναισθητική άπνοια από σουκκινυλοχολίνη), λόγω διακοπής των αναπνευστικών κινήσεων εξαιτίας έντονων ερεθισμάτων ή καταστολής αντανακλαστικών, λόγω υποκαπνίας από υπεραερισμό κατά την Γ.Α., λόγω έντονης υπερχαπνίας,

- πνευμονίτιδα από εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου
- διεγχειρητική εγρήγορση
- εξελκώσεις κερατοειδούς ματιών, αν παραμείνουν ανοιχτά
- καταστολή του ΚΝΣ και αδυναμία ή καθυστέρηση ανάνηψης: ο βραδύς μεταβολισμός των ΕΦ αναισθητικών και των οπιοειδών για 24 τουλάχιστον ώρες προκαλεί υπνηλία, νοητική θόλωση, διέγερση (παραλήρημα) και ανησυχία. Άλλοι λόγοι είναι η υποξία του ΚΝΣ, υπερχαπνία, μεταβολικές διαταραχές, φάρμακα όπως η ατροπίνη και η σκοπολαμίνη (κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο).

- πνευμοθώρακας
- κακοήθης υπερπυρεξία με εκλυτικά αίτια τα ισχυρά πτητικά αναισθητικά ή νευροληπτικά φάρμακα ή την σουκκινυλοχολίνη
- υποξική εγκεφαλική βλάβη

Το ποσοστό θνησιμότητας της που οφείλεται στη Γ.Α. εκτιμάται σε 1:200.000 (κατά τα έτη 1963-72 υπολογιζόταν σε 1:502). Το ποσοστό υπολογίζεται σε 1:598.000 στην περίπτωση που δύο κλινικοί χορηγούν την Γ.Α. Η πιθανότητα θνησιμότητας είναι μικρή στους ασθενείς της κατηγορίας ASA I (1:600.000), ενώ στους ασθενείς κατηγορίας ASA II, III και IV αυξάνεται<sup>8,21,26</sup>.

### Γ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ Γ.Α.

Η χορήγηση καταστολής επιτρέπεται εντός χειρουργείου, εκτός χειρουργείου όπως για οδοντιατρικές επεμβάσεις και στη ΜΕΘ<sup>5</sup>. Η καταστολή για περιπατητικούς εξωτερικούς ασθενείς έχει το μεγάλο πλεονέκτημα ότι

δεν απαιτείται νοσηλεία και ο χρόνος ανάνηψης μετά την επέμβαση στο ιατρείο είναι μικρός.

Απλές ψυχολογικές τεχνικές με χρήση τοπικής αναισθησίας και την ταυτόχρονη υποστήριξη όταν χρειάζεται καταστολής μπορούν να ελέγξουν τον πόνο και την δυσκολία συνεργασίας που σχετίζεται με την οδοντιατρική πρακτική, συνήθως με ένα κόστος πολύ μικρότερο σε σχέση με αυτό της Γ.Α., κόστος που βαρύνει τον ασθενή ή /και το ασφαλιστικό ταμείο του<sup>14</sup>.

Πρόοδο αποτέλεσε η νομοθετική ρύθμιση (Ν. 4254/2014, ΦΕΚ Α 85/7-4-2014) σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν) και από τα Νοσοκομεία του ΕΣΥ. Η Μ.Η.Ν. είναι υγειονομική μονάδα η οποία παρέχει υπηρεσίες υγείας θεραπευτικής ή χειρουργικής φύσεως, για τις οποίες δεν απαιτείται γενική, ραχιαία ή επισκληρίδιος αναισθησία και γίνεται νοσηλεία χωρίς διανυκτέρευση. Η Μ.Η.Ν. μπορεί να είναι χειρουργικού τομέα, παθολογικού τομέα, οδοντιατρική, μεικτή όταν συνδυάζει δύο ή περισσότερες ιατρικές ειδικότητες (ΦΕΚ 1804/2-7-2014). Εκτιμάται ότι θα γίνει αποσυμφόρηση των δημόσιων Νοσοκομείων από πλήθος χειρουργικών περιστατικών κάποια Νοσοκομεία διαθέτουν μονάδες για τις λεγόμενες επεμβάσεις μιας ημέρας όπως τα Παιδών, όχι - αλλά και εξοικονόμηση πόρων από τη νοσηλεία.

Φαίνεται ότι οι γονείς αποδέχονται την Γ.Α. ως μέθοδο ελέγχου της συμπεριφοράς των παιδιών για οδοντιατρική περίθαλψη λιγότερο, όσο υψηλότερη είναι η κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους<sup>33</sup>.

### Δ. ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ Γ.Α. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΜΕΑ ΣΤΟ ΕΣΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ

#### Ελλάδα<sup>28,30,34,35</sup>

Στο ΦΕΚ 1044 (Τεύχος 2ο, 25-11-1997) αναφέρεται ότι «Η χορήγηση αναισθησίας είναι ιατρική πράξη, την τελική ευθύνη της οποίας έχει ο **υπεύθυνος αναισθησιολόγος...**», αναφέρεται η ελάχιστη βασική υποδομή και εξοπλισμός όπως παροχή οξυγόνου υπό πίεση, αναρρόφηση, απινιδωτής, τα απαραίτητα υλικά για Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση, τα απαραίτητα φάρμακα για υποστήριξη της αναπνοής και κυκλοφορίας, σφυγμικό οξύμετρο», ορίζονται οι προδιαγραφές Μονάδας Μετα Αναισθητικής Φροντίδας (ΜΜΑΦ) και οι Γενικές Αρχές σύμφωνα με τις οποίες κάθε ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε τεχνική αναισθησίας (γενική, περιτομική, τοπική ή καταστολή) πρέπει να παρακολουθείται και να υποστηρίζεται σε ειδικά οργανωμένο χώρο κοντά σε συγκρότημα χειρουργείων ή χώρο χορήγησης αναισθησίας ή μονάδα χρόνιου πόνου.

Σύμφωνα με το ΦΕΚ Α 70/10-4-2001 απαγορεύεται η χορήγηση Ν<sub>2</sub>Ο στα οδοντιατρεία ή πολυοδοντιατρεία. (Ωστόσο να σημειωθεί πως 1) πριν την απαγόρευση, η καταστολή με Ν<sub>2</sub>Ο-Ο<sub>2</sub> εφαρμόζονταν νόμιμα από οδοντίατρους και διδασκόνταν προπτυχιακά με επιδείξεις καταστολής σε ΑΜΕΑ και 2) το Συμβούλιο των Ευρωπαίων Οδοντιάτρων προτείνει ένα θεωρητικό διήμερο κύκλο μαθημάτων για τη χρήση του Ν<sub>2</sub>Ο στην Οδοντια-

τρική). Επίσης απαγορεύεται η εκτέλεση ιατρικών ή οδοντιατρικών πράξεων για τις οποίες απαιτείται γενική νάρκωση ή ραχιαία ή επισκληρίδιος αναισθησία σε ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Με βάση δεδομένα 13 ετών λειτουργίας του Οδοντιατρικού Τμήματος-Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ του ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας» η οδοντιατρική περίθαλψη των συνεργάσιμων ΑΜΕΑ γίνεται με διαρκώς αυξανόμενο ρυθμό στα εξωτερικά ιατρεία και αυτή των μη συνεργάσιμων ΑΜΕΑ γίνεται υπό Γ.Α. Οι δύο διαδικασίες (Γ.Α. και καταστολή στο χειρουργείο) έχουν το ίδιο κόστος (88€ το 2008, 557€ το 2015). Η αναμονή είναι μακρά και κατά περιόδους μπορεί να φτάνει έως και το ένα έτος. Παράλληλα πρέπει να σημειωθεί ο μεγάλος αριθμός χειρουργικών συνεδριών που είναι περίπου 130/έτος. Η ΝΥ ως μονοαναπηρία υπήρχε σε ποσοστό 30%, στις λοιπές περιπτώσεις αυτή συνυπήρχε με μια αναπηρία, κυρίως κινητική (28%)<sup>28</sup>.

#### Άλλες χώρες<sup>2,36,37</sup>

Στο ΕΣΥ του **Ηνωμένου Βασιλείου** από τις πρώτες δεκαετίες (1948) πραγματοποιούνταν εξαγωγές δοντιών σε ΑΜΕΑ. Από το 1980 και μετά παρέχεται πιο ολοκληρωμένη περίθαλψη. Εργάζονται οδοντίατροι εξειδικευμένοι στην περίθαλψη ΑΜΕΑ (Special Care Dentistry). Μεταπτυχιακή εκπαίδευση αποκλειστικά για ενσυνείδητη καταστολή διάρκειας συνήθως ενός χρόνου οδηγεί στην απόκτηση Dental Sedation Postgraduate Certificate. Υπάρχουν τα Dental Hospitals, δημόσιες οδοντιατρικές κλινικές, όπου γίνεται καταστολή και Γ.Α. Dental Hospitals υπάρχουν και σε άλλες χώρες όπως στην Αυστραλία. Το 2000 τα Υπουργεία Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου περιόρισαν την Γ.Α. για την Οδοντιατρική σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Έκαναν συστάσεις σχετικά με την ενσυνείδητη καταστολή, με αποτέλεσμα γενικά η ενσυνείδητη καταστολή να λάβει την θέση που είχε η Γ.Α. για τους αγχώδεις ασθενείς.

- Το 2013 συντάσσεται οδηγία από την Εταιρεία για την Προαγωγή της Αναισθησίας στην Οδοντιατρική (SAAD) για την ανάθεση στο ΕΣΥ της **Βρετανίας** υπηρεσιών οδοντιατρικής ενσυνείδητης καταστολής. Σύμφωνα με αυτήν τεχνικές καταστολής πρώτης βαθμίδας (Ν<sub>2</sub>Ο-Ο<sub>2</sub>, ΕΦ τιτλοποιημένη καταστολή με ένα φάρμακο, από το στόμα και ενδορρινικά) πρέπει να παρέχονται από ένα δίκτυο κέντρων, ενώ της δεύτερης βαθμίδας από μικρότερο αριθμό κλινικών (• οποιαδήποτε μορφή καταστολής για ηλικίες κάτω των 12 ετών εκτός του Ν<sub>2</sub>Ο-Ο<sub>2</sub>•βενζοδιαζεπίνη και άλλος παράγοντας ΕΦ π.χ. οπιοειδές, προποφόλη, κεταμίνη •προποφόλη μόνο ή σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνη, οπιοειδές, κεταμίνη •εισπνεόμενη εκτός Ν<sub>2</sub>Ο-Ο<sub>2</sub>•συνδυασμός ΕΦ και εισπνεόμενης εκτός Ν<sub>2</sub>Ο-Ο<sub>2</sub>). Το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) το 2010 κοστολόγησε τις θεραπευτικές συνεδρίες με καταστολή π.χ. £134 για 30 λεπτά με Ν<sub>2</sub>Ο-Ο<sub>2</sub>, £162 για 30 λεπτά με ΕΦ μιδαζολάμη<sup>38</sup>.
- Στη **Σκωτία** ομάδα εργασίας υπεύθυνη για την με-

λέτη της καταστολής συντάσσει αναφορά για την πρόοδο των οδοντιατρικών πρακτικών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που γίνονται με ενσυνείδητη καταστολή (2012)<sup>39</sup>.

Στη **Σουηδία** και γενικά στις Σκανδιναβικές χώρες η οδοντιατρική περίθαλψη των ΑΜΕΑ θεωρείται από τις πλέον προηγμένες. Η οδοντοθεραπεία τους μπορεί να γίνει υπό Γ.Α. ή καταστολή με N<sub>2</sub>O. Καταστολή χορηγείται από τον νοσοκομειακό οδοντίατρο μόνο αν κατέχει επίσημη μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

#### ΗΠΑ

Στα νοσοκομειακά οδοντιατρικά τμήματα γίνεται οδοντοθεραπεία με Γ.Α. ή με καταστολή. Απόφοιτοι μεταπτυχιακών προγραμμάτων Οδοντιατρικής Αναισθησιολογίας (όχι στην Ευρώπη) έχουν την ευθύνη χορήγησης Γ.Α. και καταστολής σε όλες τις κατηγορίες ασθενών για την οδοντιατρική τους θεραπεία<sup>40</sup>.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Καμία μέθοδος που προκαλεί καταστολή ή Γ.Α. δεν είναι η καλύτερη, κάθε φορά μία μέθοδος είναι εξατομικευμένα η καταλληλότερη επιλογή. Με βάση την αρχή της ελάχιστης παρέμβασης, την εκτίμηση που γίνεται στον ασθενή και των κλινικών αναγκών του πρέπει να χρησιμοποιείται η απλούστερη και ασφαλέστερη τεχνική που είναι πιθανόν να είναι αποτελεσματική.
- Η καταστολή για την αντιμετώπιση δύσκολων ασθενών υπό προϋποθέσεις είναι ασφαλής και αποτελεσματική στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φόβου και του πόνου.
- Στη Γ.Α. ο κίνδυνος για τον ασθενή αυξάνεται όσο περισσότερο επιβαρυνμένη είναι η υγεία του. Ωστόσο η Γ.Α. θεωρείται ασφαλής μέθοδος.
- Οι περισσότερες από τις ενδείξεις της καταστολής αναφέρονται στην ομάδα των ΑΜΕΑ.
- Πρέπει να μελετηθούν συστηματικά ειδικότερα στην ομάδα των ΑΜΕΑ: 1) βιολογικές παράμετροι της καταστολής όπως το ποσοστό των ασθενών που πράγματι θα ωφεληθούν, αν γίνεται οδοντιατρική περίθαλψη ΑΜΕΑ υπό Γ.Α. ενώ θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με καταστολή και σε ποιο ποσοστό, η χρησιμότητα της καταστολής στην ποιότητα και στον περιορισμό του χρόνου της οδοντιατρικής θεραπείας σε σχέση με την Γ.Α. και 2) πρακτικές παράμετροι της καταστολής που επηρεάζουν την εφαρμογή της στα Οδοντιατρικά Τμήματα του Ε.Σ.Υ. όπως η ύπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού, η στελέχωση σε προσωπικό και η εκπαίδευση και εμπειρία του στην χρήση καταστολής, η δυνατότητα εκπαίδευσής του, η ανάγκη αξιοποίησης Μ.Η.Ν., η ευκολία πρόσβασης σε οδοντιατρικές υπηρεσίες που πραγματοποιούνται σε εύλογο χρονικό διάστημα, η ύπαρξη κατάλληλου νομικού πλαισίου για την Οδοντιατρική Αναισθησιολογία, ώστε εξειδικευμένοι Νοσοκομειακοί Οδοντίατροι και Αναισθησιολόγοι να μπορούν να εφαρμόζουν μεθόδους καταστολής σε εξωτερικούς ασθενείς ΑΜΕΑ και να συμβάλλουν ουσιαστικά στην ισότιμη οδοντιατρική περίθαλψή τους.

#### SUMMARY

##### Sedation and general anaesthesia during dental treatment of patients with special health care needs at the National Health System

Benaveli Anastassia, Maragou Fotini

*hellenic hospital dentistry 9: 39-47, 2016*

*According to the regulation of the Secondary Dental Care at the Hellenic National Health System (NHS), the Hospital Dentist ministers to all patients with special health care needs (SHCN). Provided that 1)the rate of SHCN patients is 15-20% and 2)techniques of sedation and general anaesthesia (G.A.) are accomplished only at University Foundations or Hospitals, it becomes obvious that the demands for dental care at the NHS are increased.*

*Depending on the degree of cooperation of the SHCN patient and the dentistry principles of the minimum intervention and the relation of benefit and risk, the Dentist decides whether the dental treatment will be held using local anesthesia with or without sedation or G.A. with the Anesthesiologist being responsible for both techniques. This study analyzes these techniques, their indications, contraindications and side effects. Comparative advantages of sedation (conscious for dental operations, thus minimal and moderate) are the possibility of titration of the drug, a recovery time relatively shorter (rapid ambulation) and a mortality risk less than that of G.A. The most common side effect is respiratory depression.*

*According to data, SHCN who are totally (5%) or moderately unable for cooperation, almost always undergo G.A. for dental treatment. So far at the NHS of other countries, specialized Hospital Dentists to the choice and administration of these drugs provide dental treatment to outpatients with sedation, whenever this is indicated, especially to SHCN with compromised health conditions and moderate cooperation. In comparison with G.A., this is an alternative safer for these patients and cheaper.*

*The adoption of techniques of sedation to dental outpatients at the Hellenic NHS would accommodate the access of SHCN patients to these services. Further investigation is needed apropos of the rate of SHCN that will benefit, the role of these techniques to the quality of the provided dental services and to the elimination of operating time and other biological and practical parameters.*

**Key words:** dental care at National Health System; persons with special health care needs; sedation; general anaesthesia.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γκιζάνη Σ, Παπαγιαννούλη Λ: Άτομα με ειδικές ανάγκες: Κατηγορίες, στοματική υγεία, ιδιαιτερότητες οδοντιατρικής περίθαλψης. Σημειώσεις Παιδοδοντια-

- τρικής II, Αθήνα 2009: 122-135.
2. <http://www.intechopen.com/books/learning-disabilities/disability-and-oral-health>. Gallagher J, Scambler S. (2012).
  3. Εμμανουήλ Δ, Παπαγιαννούλη Λ: Έλεγχος της συμπεριφοράς με φαρμακολογικές τεχνικές. Σημειώσεις Παιδοδοντιατρικής II, Αθήνα 2009: 199-215.
  4. Page C, Curtis M, Sutter M, Walker M, Hoffman B: Φαρμακολογία, Π.Χ. Πασχαλίδης 2000: 396-397, 399-410.
  5. Ασκητοπούλου Ε: Γενικές αρχές Αναισθησιολογίας. 3η έκδοση. Ηράκλειο: Εκδόσεις Ανταίος Λίθο Α.Ε. 1997.
  6. Ασκητοπούλου Ε, Παπαϊωάννου Α: Εγχειρίδιο αναισθησιολογίας & περιεγχειρητικής φροντίδας. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, εκδόσεις Κάλλιπος, Αθήνα 2015.
  7. Τοπική αναίσθησία και ενδοφλέβια καταστολή στην Οδοντιατρική: 4ο κλινικό σεμινάριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο 2003: 67-82.
  8. Διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με γενική αναίσθησία: 1ο κλινικό σεμινάριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο 2000.
  9. Ryder W, Wright PA: Dental sedation. A review. Br Dent J, 1988, 165: 207-216.
  10. Φραγκίσκος Φ: Τοπική αναίσθησία και καταστολή-αναλγησία στην οδοντιατρική, Αθήνα 1995.
  11. Meechan J, Robb N, Seymour R: Pain and anxiety control for the conscious dental patient. Oxford University Press 1998.
  12. National Institutes of Health: Consensus development conference statement on anesthesia and sedation in the dental office. JADA, 1985, 111: 90-93.
  13. <http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/anesthesia-and-sedation#addl> (2012)
  14. Bjorn Jorgensen N, Hayden J: Sedation, local and general anesthesia in Dentistry. Lea&Febiger, Philadelphia 1972.
  15. <http://www.asdahq.org/> (2014)
  16. Yaster M, Krane E, Kaplan R, Coté C, Lappe D: Pediatric pain management and sedation handbook. Mosby 1997.
  17. [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/G\\_Sedation.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Sedation.pdf) (2011)
  18. <http://www.saad.org.uk/index.php/80-news-show/80-news-show/101-new-standards-for-conscious-sedation-2015> (2015)
  19. Κουβελάς Ν: Αντιμετώπιση ασθενών με νοητική υστέρηση στο οδοντιατρείο. Σημειώσεις Παιδοδοντίας II, Αθήνα 2004: 194-206.
  20. Κουβελάς Ν: Αντιμετώπιση ειδικών ασθενών με σωματική αναπηρία. Το κακοποιημένο παιδί. Παιδοδοντία I, Αθήνα 2005: 173-195.
  21. Μακρής Σ: Αναισθησιολογία εις την κλινικήν πράξιν, εκδόσεις Αλτιντζή, Θεσσαλονίκη 1979.
  22. Αποστολόπουλου Α: Προληπτική Οδοντιατρική, 2η έκδοση, εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα 2003.
  - 23α. Χαλμούκη Γ: Γενική αναίσθησία ή καταστολή για οδοντιατρικές επεμβάσεις σε μη συνεργάσιμα ΑμεΑ; 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (14-15/11/2015), Πρακτικά. Ελλ Νοσοκ Οδοντ 2015; 8: 20-21.
  - 23β. Μακρής Α, Γκλιάνης Ε, Μπιζίος Χ, Πολυμενοπούλου Ε, Κουτσομπάκη Α, Αοματζή Χ, Μελά Α: Αντιμετώπιση ασθενούς με νόσο του Batten. Η αναισθησιολογική όψη της οδοντοθεραπείας. 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (14-15/11/2015), Πρακτικά. Ελλ Νοσοκ Οδοντ 2015; 8: 36-37.
  - 23γ. Μπεναβέλη Α: Φάρμακα και τεχνικές καταστολής κατά την οδοντοθεραπεία. 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (14-15/11/2015), Πρακτικά. Ελλ Νοσοκ Οδοντ 2015; 8: 37.
  - 23δ. Γεωργιάδης Ν, Τσακμαλής ΠΝ: Προεγχειρητικές δυσκολίες και μετεγχειρητική φροντίδα οδοντιατρικών ασθενών ΑΜΕΑ υπό γενική αναίσθησία στο ΓΝ Σερρών. Παρουσίαση περιστατικών. 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (14-15/11/2015), Πρακτικά. Ελλ Νοσοκ Οδοντ 2015; 8: 38.
  - 23ε. Στεφανίδης Σ, Κερεζούδη Χ, Πατρικίου Α, Πεπερίδου Β: Οδοντοθεραπεία συνδρόμου Cornelia de Lange υπό γενική αναίσθησία. Αναφορά περιστατικού. 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (14-15/11/2015), Πρακτικά. Ελλ Νοσοκ Οδοντ 2015; 8: 38.
  - 23στ. Φραγκάκης Μ, Ζουριδάκη Θ, Μανιός Α, Πεπονάκη Ε, Μάστακα Α, Γραμμένος Γ, Συλλιγάρδος Π: Οδοντοδερματικό συρίγγιο πώγωνος: Παρουσίαση περιπτώσεως. 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (14-15/11/2015), Πρακτικά. Ελλ Νοσοκ Οδοντ 2015; 8: 45-6.
  24. Μπογοσιάν Ε: Οδοντιατρικός ασθενής με μυοκαρδιοπάθεια-πνευμονική υπέρταση, εκτίμηση-αντιμετώπιση. Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική 2008; 1: 77-82.
  25. [http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/RS\\_SedationRecord.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/RS_SedationRecord.pdf) (2016)
  26. Quarnstrom F: Sedation of phobic dental patients with an emphasis on the use of oral triazolam. <http://faculty.washington.edu/quarn/halcindex.html> (1992)
  27. Riphaus A: Consensus on approving propofol sedation by nonanesthesiologists. <http://www.medscape.com/viewarticle/720682> (2010)
  28. Ζερβού-Βάλβη Φ, Αντωνιάδου Α, Θανούλης Π, Ζουριδάκη Θ, Καραγεώργος Η: Οδοντιατρική περιθάλψη των ατόμων με αναπηρία στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ελλ Νοσ Οδοντ 2008; 1: 19-28.
  29. Εθνικό Συνταγολόγιο 2007, Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
  30. Διεγχειρητική παρακολούθηση και αντιμετώπιση monitoring- οδοντιατρικών ασθενών: 2ο Κλινικό Σεμινάριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, ΠΑΓΝΗ, Ηράκλειο 2001.
  31. Ουλής Κ: Ο ειδικός ασθενής και τα οδοντιατρικά του προβλήματα. Τρόποι και μέσα αντιμετώπισης. Παιδοδοντία I, Αθήνα 2005: 157-172.
  32. Stoelting R, Miller R: Βασικές αρχές αναισθησιολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1991: 178-83.
  33. Murphy M, Fields H, Machen J: Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. Pediatr. Dent., 1984, 6: 193-198.
  34. <http://anesthesia.gr/nomothesia/> (2012)
  35. <http://www.eoo.gr/el/diethni-themata/ced/396-psifisma-ced-gia-to-protokseidio-tou-azotou-stin-odontiatriki> (Μάιος 2012)
  36. <http://www.ucl.ac.uk/eastman/education/programmes/dental-sedation-and-pain-management-postgraduate-certificate> (2015)
  37. Φανδρίδης Ι: Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική στο εξωτερικό. Ελλ Νοσ Οδοντ 2009;2: 15-21.
  38. <http://www.saad.org.uk/index.php/80-news-show/80-news-show/93-guidance-for-commissioning-nhs>



england-dental-conscious-sedation-services-a-  
framework-tool (2013)  
39. [http://www.scottishdental.org/wp-  
content/uploads/2014/04/Sedation\\_Inspect\\_Rpt\\_v4\\_7-](http://www.scottishdental.org/wp-content/uploads/2014/04/Sedation_Inspect_Rpt_v4_7-)

12-12.pdf (2012)  
40. [https://www.dentistry.ucla.edu/learning/advanced-  
dental-anesthesiology](https://www.dentistry.ucla.edu/learning/advanced-dental-anesthesiology) (2015)

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**  
*Μπεναβέλη Αναστασία*  
*email: nabenaveli@yahoo.gr*



# Οστεοπόρωση και Οδοντίατρος

Γιαννοπούλου Αγγελική<sup>1</sup>, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα<sup>2</sup>

Η οστεοπόρωση αποτελεί ιατρικό πρόβλημα με τεράστια κοινωνικοοικονομική σημασία. Είναι μεταβολική πάθηση των οστών κατά την οποία παρατηρείται σταδιακή μείωση της πυκνότητας και υποβάθμιση της ποιότητας του οστού, που οδηγούν σε ελαττωμένη μηχανική αντοχή με συνέπεια επιρρέπεια στα κατάγματα ευθραυστότητας. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση σημαντικών παραμέτρων που πρέπει να γνωρίζει ο οδοντίατρος προκειμένου να αντιμετωπίζει ορθά τους ασθενείς με οστεοπόρωση.

Ποικίλες επιπτώσεις στο στοματογναθικό σύστημα έχουν συσχετισθεί με τη νόσο αυτή κάθε αυτή ή την φαρμακευτική θεραπεία της. Πάντως, οι ακριβείς επιπτώσεις της στο στοματογναθικό σύστημα αποτελούν μέχρι σήμερα πεδίο έρευνας. Η οστεοπόρωση πιστεύεται ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στην οστική απώλεια της γνάθου και συγκεκριμένα στην οστική απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας. Επίσης, φαίνεται να συνδέεται με την ανάπτυξη της περιοδοντικής νόσου. Στις ακτινογραφίες ρουτίνας (οπισθοφατνιακές, πανοραμική) παρατηρείται, επίσης, αραίωση των οστικών δοκίδων και λεπτύνση του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου.

Ο οδοντίατρος, συναξιολογώντας στοιχεία του ιστορικού καθώς και κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα, μπορεί να υποπτευθεί την ύπαρξη οστεοπόρωσης και να συμβάλει στην πρώιμη διάγνωση με την παραπομπή του ασθενούς για διερεύνηση στις αντίστοιχες ειδικότητες. Επί εγκατεστημένης οστεοπόρωσης ο οδοντίατρος στοχεύει στη διατήρηση υψηλής οστικής μάζας μέσω των προσπαθειών διατήρησης της φυσικής οδοντοφυΐας αλλά και των ενδεδειγμένων προσθετικών αποκαταστάσεων.

Ο οδοντίατρος πρέπει να γνωρίζει ότι η φαρμακευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης επηρεάζει το στοματογναθικό σύστημα ποικιλοτρόπως, ανάλογα με το είδος του σκευάσματος, την οδό και τη διάρκεια χορήγησης. Ορισμένα από τα σκευάσματα, κυρίως τα διφωσφονικά, έχουν συσχετιστεί με οστεονέκρωση γνάθων. Ο οδοντίατρος οφείλει να γνωρίζει τις πιθανές επιπλοκές έτσι ώστε να λαμβάνει τα ενδεικνυόμενα μέτρα προς διασφάλιση της υγείας του οστεοπορωτικού ασθενούς.

Συμπερασματικά, ο οδοντίατρος, έχοντας γνώση των επιπτώσεων στο στοματογναθικό σύστημα της οστεοπόρωσης και της φαρμακευτικής θεραπείας της, αφενός μεν μπορεί να συμβάλει στην πρώιμη διάγνωση της νόσου, αφετέρου δε να αντιμετωπίζει αυτούς τους ασθενείς με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 9: 49-65, 2016

**Λέξεις κλειδιά:** Οστεοπόρωση, στοματογναθικό σύστημα, επιπτώσεις οστεοπόρωσης, οστεονέκρωση, διφωσφονικά.

<sup>1</sup> Οδοντίατρος του Παραρτήματος Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Βούλας, Γενική Γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

<sup>2</sup> Συντονίστρια Διευθύντρια του Οδοντιατρικού τμήματος και της Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείου Βούλας», Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Δρ Οδοντ., MPhil Med.

**Προέλευση:**

Παράρτημα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Βούλας (Π.Α.Α.Π.Α.Βούλας), Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑμεΑ Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η οστεοπόρωση αποτελεί ιατρικό πρόβλημα με τεράστια κοινωνικοοικονομική σημασία. Είναι μεταβολική πάθηση των οστών που χαρακτηρίζεται από ελάττωση της οστικής πυκνότητας, της μηχανικής αντοχής του οστού, υποβάθμιση της μικροαρχιτεκτονικής του οστίτη ιστού, και συνεπαγόμενη ευαισθησία στα κατάγματα ευθραστότητας<sup>1,2</sup>.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση σημαντικών παραμέτρων που πρέπει να γνωρίζει ο οδοντίατρος προκειμένου να αντιμετωπίζει ορθά τους ασθενείς με τη νόσο αυτή.

**ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ**

Η βασική αιτία πρόκλησης οστεοπόρωσης είναι η δημιουργία ενός μακρόχρονου αρνητικού ισοζυγίου οστού<sup>3,4</sup>. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε αυξημένη οστεοκλαστική δραστηριότητα και σύγχρονη φυσιολογική οστεοβλαστική δράση (που κυρίως συμβαίνει στην οστεοπόρωση τύπου I) είτε σε φυσιολογική οστεοκλαστική δράση αλλά συγχρόνως μειωμένη οστεοβλαστική δραστηριότητα (που συμβαίνει κυρίως στην οστεοπόρωση τύπου II), ή ακόμη και στην συνύπαρξη των δύο αυτών καταστάσεων<sup>2</sup>.

**Αιτίες που προκαλούν οστεοπόρωση**

Στις γυναίκες, η οστεοπόρωση είναι πιο συχνά αποτέλεσμα του συνδυασμού της μετεμμηνοπαυσιακής έλλειψης οιστρογόνων και της ηλικιοεξαρτώμενης απώλειας οστικής μάζας<sup>5,6</sup>.

Στους άνδρες βιοχημικές και ιστολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η οστική παραγωγή μειώνεται με την γήρανση αλλά επίσης υπάρχουν και ενδείξεις ότι η οστική απορρόφηση αυξάνεται. Μειωμένα επίπεδα των ανδρογόνων μπορεί να προκαλέσουν οστεοπόρωση. Τα επίπεδα της τεστοστερόνης μειώνονται με την ηλικία. Μία απότομη πτώση της τεστοστερόνης είναι συγκρίσιμη με την πτώση των οιστρογόνων που βιώνουν οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση<sup>6</sup>. Η ανεπάρκεια οιστρογόνων μπορεί επίσης να είναι μία αιτία της οστεοπόρωσης στους άνδρες. Ο ρόλος των οιστρογόνων σε σχέση με την τεστοστερόνη έχει αναγνωρισθεί από πολλές επιδημιολογικές μελέτες και πρόσφατα δεδομένα ενισχύουν την άποψη ότι τα οιστρογόνα παίζουν σημαντικό ρόλο στην επίτευξη της κορυφαίας οστικής μάζας και τη διατήρησή της στην ενήλικη ζωή και στους άνδρες<sup>6,7</sup>. Τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι χαμηλά σε άνδρες με υπογοναδισμό, γεγονός που μπορεί να παίζει ρόλο στην απώλεια της οστικής μάζας<sup>6,7</sup>.

Ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης οστεοπόρωσης είναι η μειωμένη οστική πυκνότητα (Bone Mineral Density, BMD), δηλαδή η μειωμένη ποσότητα οστικής ανόργα-

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 1</b> <b>Κατάταξη Οστικής Πυκνότητας βάσει των οδηγιών Π.Ο.Υ.</b>	
<b>Κατάταξη οστικής πυκνότητας</b>	<b>Τιμές T- score</b>
Φυσιολογική	μέχρι ± 1
Οστεοπενία	Μεταξύ -1 και -2,5
<b>Οστεοπόρωση</b>	<b>-2,5 ή χαμηλότερα</b>
Προχωρημένη οστεοπόρωση	Κάτω του -2,5 Και ιστορικό κατάγματος

*WHO Technical Report Series No 843 Geneva: WHO 1994*

νης ουσίας ανά μονάδα προβαλλόμενης επιφάνειας οστού (g/cm<sup>2</sup>), που ωστόσο δεν έχει ακριβή προγνωστική αξία για την εμφάνιση καταγμάτων.

Τα αποτελέσματα της μέτρησης της οστικής πυκνότητας εκτιμώνται με τη χρήση των T-scores. Το T-score δηλώνει τις σταθερές αποκλίσεις (SD) μεταξύ της μετρούμενης τιμής οστικής πυκνότητας του ασθενούς και αυτής υγιούς νέου ενήλικα, ιδίου φύλου και εθνικότητας. Στον πίνακα 1 αναφέρονται οι βασικές κατηγορίες κατάταξης των ασθενών ανάλογα με το T-score, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>9</sup>.

Μέσα από μία σειρά μετα-αναλύσεων των τελευταίων ετών έχει προκύψει το συμπέρασμα ότι ο καταγματικός κίνδυνος επηρεάζεται και διαμορφώνεται από ένα πλήθος παραγόντων που επιδρούν ανεξάρτητα στην αντοχή του οστού. Διακρίνουμε έτσι κλινικούς παράγοντες κινδύνου, ακτινολογικούς (χαμηλή BMD), βιοχημικούς (μεταβολές στους βιοχημικούς δείκτες οστικής εναλλαγής)

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2</b> <b>Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της οστεοπόρωσης</b>
Ηλικία: μεγάλη
Φύλο: θήλυ
Ιστορικό κατάγματος ισχίου σε γονέα
Προηγούμενο κάταγμα ευθραυστότητας
Φυλή: καυκάσια
Χαμηλός δείκτης μάζας-σώματος (BMI)
Διατροφικές συνήθειες: χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου, υπερβολική κατανάλωση καφεΐνης, αλκοόλ
Κάπνισμα
Έλλειψη δραστηριοτήτων
Φαρμακευτική αγωγή: γλυκοκορτικοειδή, θυροξίνη, ηπαρίνη κ.α.
Παθήσεις: Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, Ατελής οστεογένεση, Φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (π.χ. Ελκώδης κολίτιδα και νόσος Crohn), Ενδοκρινικά νοσήματα (Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1, υπερθυρεοειδισμός, υπερπαραθυρεοειδισμός, υποφυσιακή ανεπάρκεια, υπερκορτιζολαμία), Ηπατική ανεπάρκεια, Σύνδρομο Turner, Νεοπλασμάτα και αιματολογικά νοσήματα (π.χ. πολλαπλό μυέλωμα), Μη θεραπευόμενος υπογοναδισμός σε άνδρες και γυναίκες
Μεταμόσχευση οργάνων
Διαμορφωμένος από: Οδηγίες Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Προσέγγισης της Οστεοπόρωσης. ΕΛΙΟΣ, 2012

και παθολογοανατομικούς (διαταραγμένη μικροαρχιτεκτονική οστίτη ιστού)<sup>10</sup>. Σημαντικοί κλινικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της οστεοπόρωσης είναι διάφορα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, κληρονομικά αίτια, παθογενετικοί μηχανισμοί, φαρμακευτικοί παράγοντες, έξεις, τρόπος ζωής, διατροφή<sup>11,12</sup> (Πίν. 2).

### Εκτίμηση καταγματικού κινδύνου

Όσοι περισσότεροι παράγοντες κινδύνου ληφθούν υπόψη στον τελικό υπολογισμό του καταγματικού κινδύνου για κάθε ασθενή, τόσο περισσότερες πληροφορίες παρέχονται για την κατάσταση του σκελετού του - καθώς προσεγγίζουμε περισσότερο το κομμάτι της ποιότητας του οστού - και τόσο ακριβέστερη και περισσότερο αξιόπιστη θα είναι η πρόβλεψη για πιθανή εκδήλωση μελλοντικού οστεοπορωτικού κατάγματος<sup>10</sup>.

Ο αλγόριθμος του FRAX (Fracture Risk Assessment Tool) είναι ένα εργαλείο που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο

ου. Ως παράγοντες κινδύνου προσδιορίζονται: η ηλικία, το φύλο, τα προηγούμενα οστεοπορωτικά κατάγματα, η BMD του ισχίου, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), η από του στόματος θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η δευτεροπαθής οστεοπόρωση, οι γονείς με κάταγμα ισχίου, το κάπνισμα, και το αλκοόλ. Η επεξεργασία των δεδομένων αυτών από το πρόγραμμα παρέχει μία εκτίμηση με τη μορφή ποσοστού επί τοις εκατό για τη δεκαετή πιθανότητα που εμφανίζει ο ασθενής να υποστεί κάταγμα ισχίου ή κάποιο άλλο μείζον οστεοπορωτικό κάταγμα<sup>10</sup>.

### ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΤΟΓΝΑΘΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Την τελευταία εικοσαετία πληθώρα μελετών έχουν γίνει προκειμένου να διερευνηθούν τη σχέση μεταξύ οστεοπόρωσης - οστικής απώλειας στο στοματογναθικό σύστημα και εκδηλώσεων γήρατος και να αξιολογήσουν κατά πόσο οι συνέπειες αυτών επηρεάζουν την καθημερινή οδοντιατρική πράξη.

Αυτή η συσχέτιση ή συνύπαρξη των δύο καταστάσεων θα μπορούσε να προκύψει είτε από αλληλεπίδραση της μίας στην αιτιολογία και στην παθογένεια της άλλης, είτε από κοινές περιβαλλοντικές και γενετικές παραμέτρους που ελέγχουν την εμφάνιση και την εξέλιξη και των δύο νόσων. Επιπλέον, τα συμπτώματα της προχωρημένης οστεοπόρωσης όπως η έλλειψη χειρωνακτικής δεξιάτητας, η κακουχία και οι νοσοκομειακές νοσηλείες, μπορούν να επηρεάσουν τη στοματική υγιεινή και το επίπεδο της οδοντιατρικής φροντίδας, καθιστώντας τους ασθενείς επιρρεπείς σε στοματικές νόσους.

### 1. ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΦΑΤΝΙΑΚΗΣ ΑΚΡΟΛΟΦΙΑΣ

Η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας ακολουθεί τους γενικούς κανόνες της εμβιομηχανικής του οστού<sup>13, 14</sup>, σύμφωνα με τους οποίους το οστό προσαρμόζεται στα φορτία τα οποία φέρει με τη διαδικασία της οστικής ανακατασκευής. Αν η φόρτιση μειωθεί, το οστό θα αποδυναμωθεί και έτσι θα έχει μικρότερο μεταβολικό κόστος συντήρησης, από την στιγμή που δεν θα υπάρχει ερέθισμα για την συνεχή αναδιοργάνωση για τη διατήρηση της οστικής μάζας. Η απώλεια των δοντιών οδηγεί σε μείωση των ασκουμένων μηχανικών φορτίσεων στο οστό της φατνιακής ακρολοφίας με συνέπεια την απορρόφηση αυτού<sup>15</sup>. Η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας αποτελεί παγκοσμίως μία χρόνια προοδευτική μη αντιστρεπτή παθολογική κατάσταση, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας. Διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι η οστική απορρόφηση των ακρολοφιών είναι συνεχής<sup>16</sup>. Ο ρυθμός της παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση μεταξύ των ατόμων των δύο φύλων<sup>17</sup> και είναι αυξημένος τον πρώτο χρόνο μετά την απώλεια των δοντιών, για να επιβραδυνθεί αργότερα διαρκώντας μέχρι και 25 χρόνια μετά την εξαγωγή των δοντιών<sup>18</sup>. Διακυμάνσεις εμφανίζονται και μεταξύ των α-

**Εικόνα 1:** Αλγόριθμος FRAX Ελληνική έκδοση. Προσπέλαση και υπολογισμός του FRAX μέσω διαδικτύου.

Οργανισμό Υγείας. Με αυτόν υπολογίζεται ο καταγματικός κίνδυνος με βάση τον συνδυασμό ανεξάρτητων κλινικών παραγόντων και άλλων μεταβλητών κινδύνου για οστεοπορωτικό κάταγμα, όπως είναι η ηλικία και η BMD. Ο αλγόριθμος μπορεί να προσπελαστεί μέσω διαδικτύου στην ηλεκτρονική διεύθυνση: <http://www.shef.ac.uk/FRAX> (εικ. 1). Έχει τυποποιηθεί για όσες χώρες διαθέτουν μία συγκεκριμένη βάση σχετικών επιδημιολογικών δεδομένων και εφαρμόζεται ξεχωριστά για κάθε μία από αυτές. Η Ελλάδα προστέθηκε πολύ πρόσφατα ανάμεσα σε αυτές. Με τη μέθοδο αυτή εκτιμάται η πιθανότητα που έχει ένα άτομο να υποστεί οστεοπορωτικό κάταγμα στα επόμενα 10 έτη της ζωής του. Βασίζεται σε ατομικά μοντέλα ασθενών στα οποία ενσωματώνονται οι κίνδυνοι που σχετίζονται τόσο με κλινικούς παράγοντες κινδύνου όσο και με την οστική πυκνότητα (BMD) στον αυχένα του μηριαίου

νατομικών περιοχών των γνάθων στο ίδιο άτομο<sup>17</sup>. Αποτελέσματα μελετών υποστηρίζουν ότι η οστική απορρόφηση είναι τετραπλάσια στην κάτω γνάθο<sup>19</sup>, πιθανόν για λόγους ανατομικούς και ιδιαίτερα έντονη πίσω από το γενειακό τρήμα<sup>20</sup>. Πιθανά αίτια για την ταχύτερη απορρόφηση πίσω από το γενειακό έχουν θεωρηθεί η ταχύτερη χρονικά απώλεια των πίσω δοντιών, το γεγονός ότι η πρόσθια περιοχή της κάτω γνάθου ανάμεσα στα γενειακά τρήματα αποτελείται κυρίως από συμπαγές οστό, το οποίο είναι μεταβολικά λιγότερο ενεργό και συνεπώς περισσότερο ανθεκτικό αλλά επίσης και ότι η περιοχή του γενείου είναι σημείο πρόσφυσης πολλών ομάδων μυών, η δε ασκούμενη μυϊκή φόρτιση δρα προστατευτικά στην οστική απορρόφηση<sup>21</sup>. Επίσης, παρατηρήθηκε σε ποσοστό 9% μεγαλύτερος ρυθμός απορρόφησης στην άνω γνάθο και σε ποσοστό 26% ίδιος ρυθμός απορρόφησης και στις δύο γνάθους<sup>22</sup>. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η σπογγώδης μορφή της άνω γνάθου είναι πιο ευάλωτη στην οστεοπόρωση σε σχέση με την κάτω<sup>23</sup>.

Αν και η απώλεια δοντιών πυροδοτεί την έναρξη της οστικής απορρόφησης, θα πρέπει να επισημανθεί ότι διάφοροι άλλοι παράγοντες (ανατομικοί, μηχανικοί, μεταβολικοί, φλεγμονώδεις, διατηρητικοί)<sup>24</sup> συμμετέχουν σε διάφορο βαθμό, καθορίζοντας τη μορφή και το μέγεθος του προβλήματος σε κάθε ασθενή. Στις περιοχές πρόσφυσης των μυών και εφόσον δεν υπάρχει έκπτωση της μηχανικής λειτουργίας η οστική πυκνότητα διατηρείται υψηλή. Επίσης επί οστεοπόρωσης των γνάθων σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του φαινομένου της απορρόφησης της φατνιακής ακρολοφίας έχει και το είδος της προσθετικής αποκατάστασης (βλ. κατωτέρω).

## 2. ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Είναι γνωστό ότι μια χρόνια φλεγμονώδης κατάσταση στον οργανισμό μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση διαμέσου διαφόρων μηχανισμών που δεν έχουν ακόμη διευκρινισθεί πλήρως. Αρκετές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες έχουν διενεργηθεί προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή συσχέτιση περιοδοντικής νόσου και οστεοπόρωσης. Η πλειονότητα αυτών των μελετών υποδηλώνει ότι οι ασθενείς με οστεοπόρωση έχουν αυξημένο επιπολασμό περιοδοντίτιδας, απώλειας δοντιών και απορρόφησης του φατνιακού οστού<sup>25, 26</sup>. Ωστόσο, λόγω της μεγάλης ανομοιογένειας στο σχεδιασμό των ερευνών, η βαρύτητα της συσχέτισης παραμένει ασαφής.

### Μηχανισμοί σύνδεσης

Έχουν προταθεί οι ακόλουθοι δυναμικοί μηχανισμοί σύνδεσης των δύο νόσων σε βιολογικό επίπεδο:

- Συστηματικοί παράγοντες του οστικού ανασχηματισμού (κυτοκίνες, φλεγμονώδεις μεσολαβητές) μπορεί να τροποποιήσουν την τοπική απόκριση των περιοδοντικών ιστών στη λοίμωξη<sup>27, 28</sup>.
- Συστηματική απώλεια της οστικής πυκνότητας στις γνάθους λόγω οστεοπόρωσης μπορεί να παρέχει ένα σύστημα ξενιστή που είναι ολοένα και πιο ευαίσθητο στη λοιμώδη καταστροφή του περιοδοντικού ιστού<sup>29</sup>.
- Επιπρόσθετοι παράγοντες κληρονομικοί, περιβαλλο-

ντικοί, συμπεριφορικοί, οι οποίοι είναι κοινοί και στις δύο παθολογικές καταστάσεις<sup>30</sup>.

### Συγκεκριμένα:

Η περιοδοντίτιδα είναι φλεγμονώδης νόσος των σπηρικών ιστών του δοντιού στην οποία εμπλέκονται αλληλεπιδράσεις μεταξύ των βιοϊστών που περιέχουν μικρόβια και άλλους μολυσματικούς παράγοντες και της ανοσοφλεγμονώδους απόκρισης του ξενιστή, οδηγώντας σε μεταβολές του συνδετικού ιστού και απορρόφηση του οστού<sup>31, 32</sup>. Η αποτελεσματικότητα της ανοσολογικής απόκρισης του ξενιστή εξαρτάται από αρκετούς εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες.

Η απώλεια οστού είναι ένα κεντρικό, κοινό χαρακτηριστικό της περιοδοντικής νόσου και της οστεοπόρωσης, τα δε αποτελέσματα και στις δύο είναι παρόμοια<sup>33</sup>.

Ο υποκείμενος μηχανισμός της αυξημένης οστικής απορρόφησης και στις δύο νόσους κατευθύνεται από συστηματική ή τοπική οστεοκλαστική δραστηριότητα και τις τοπικές επιδράσεις κυττάρων και κυτοκινών<sup>34-36</sup>. Η υπερβολική οστεοκλαστική δραστηριότητα είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό των χρόνιων φλεγμονωδών διεργασιών, όπως είναι η περιοδοντική νόσος.

### Το ρυθμιστικό μονοπάτι του οστικού μεταβολισμού RANKL-OPG-RANK

Ο κύριος παράγοντας που ελέγχει τη διαφοροποίηση των οστεοκλαστών είναι το σύστημα των κυτοκινών **RANK** (Receptor activator of NF-κB) και **RANKL** (Receptor Activator of Nuclear factor (NF) κB Ligand). Ο RANK ως μέλος της υπεροικογένειας του TNF (Tumor Necrosis Factor) υποδοχέα είναι μία διαμεμβρανική πρωτεΐνη τύπου I. Αποτελεί το σηματοδοτικό υποδοχέα του RANKL και η έκφρασή του ρυθμίζεται από φλεγμονώδεις κυτοκίνες και αυξητικούς παράγοντες του μικροπεριβάλλοντος του οστού<sup>37</sup>. Η κυτοκίνη RANKL είναι μία διαμεμβρανική πρωτεΐνη τύπου II και θεωρείται ουσιαστικός παράγοντας σχηματισμού οστεοκλαστών, όντας υπεύθυνη για τη μετατροπή των προ-οστεοκλαστών σε ώριμους οστεοκλάστες, για την ενεργοποίηση και την επιβίωσή τους, συντελώντας κατά αυτό τον τρόπο στη διαδικασία της οστικής απορρόφησης και της οστικής απώλειας.

Η αλληλεπίδραση του RANKL και του RANK συντονίζεται από την οστεοπροτεγερίνη (OPG), μέλος της οικογένειας των TNF υποδοχέων, που παράγεται από τους οστεοβλάστες καθώς και από τα ενδοθηλιακά και λεία μυϊκά κύτταρα των αγγείων. Η OPG ασκεί ρυθμιστικό ρόλο στην οστική μάζα μέσω αναστολής της διαφοροποίησης και ενεργοποίησης των οστεοκλαστών<sup>38</sup>. Διαμεσολαβεί και παρεμποδίζει την αλληλεπίδραση RANK/RANKL με τη δέσμευσή της στην κυτοκίνη RANKL<sup>39</sup>. Μελλοντικές θεραπευτικές επιλογές για την αντιμετώπιση της περιοδοντικής νόσου, είναι πιθανό να έχουν ως στόχο τους τη ρύθμιση του άξονα RANK-RANKL-OPG<sup>40</sup>.

### Ο ρόλος των οιστρογόνων στον οστικό μεταβολισμό

Τα οιστρογόνα (όπως και τα ανδρογόνα) ρυθμίζουν τον κύκλο εργασιών της αναδιαμόρφωσης των οστών άμεσα μέσω των επιπτώσεων επί των οστεοβλαστών και οστεο-

κλαστών και έμμεσα ρυθμίζοντας την παραγωγή των κυτοκινών.

### **Δράση των οιστρογόνων στα επίπεδα έκφρασης του RANKL**

Έχει διαπιστωθεί από μελέτες ότι ο RANKL επάγει την οστεοκλαστογένεση απουσία των κυττάρων του στρώματος. Τα οιστρογόνα καταστέλλουν τη δράση του RANKL με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η διαφοροποίηση των πρόδρομων μορφών των οστεοκλαστών προς ώριμους οστεοκλάστες<sup>41</sup>. Οι Eghbali-Fatourech και συν. έδειξαν ότι η αύξηση της RANKL είναι ένας σημαντικός μεσολαβητής για την υποβάθμιση του οστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες<sup>42</sup>.

### **Δράση των οιστρογόνων στην έκφραση της OPG**

Η ανεπάρκεια των οιστρογόνων ελαττώνει την έκφραση της OPG<sup>43</sup>.

### **Δράση των οιστρογόνων στην έκφραση προφλεγμονωδών κυτοκινών, αυξητικών παραγόντων**

Η απουσία οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση προκαλεί αυξημένη παραγωγή αιμοποιητικών αυξητικών παραγόντων όπως του αποικιακού διεγερτικού παράγοντα των μακροφάγων (macrophage colony-stimulating factor, M-CSF), των προφλεγμονωδών κυτοκινών ιντερλευκίνης-1 (IL-1)<sup>44</sup> και ιντερλευκίνης-6 (IL-6) καθώς και του παράγοντα νέκρωσης των όγκων (TNF) από τα κύτταρα του στρώματος, τα μονοκύτταρα και τα κύτταρα του λεμφικού ιστού. Η αυξημένη έκφραση αυτών των παραγόντων είναι πιθανό να διεγείρει τη διαφοροποίηση των πρόδρομων μυελοειδών κυττάρων προς οστεοκλάστες<sup>45</sup>.

Η ιντερλευκίνη-6 (IL-6) είναι μία προφλεγμονώδης κυτοκίνη της οποίας οι τιμές αυξάνουν σε φλεγμονώδεις καταστάσεις. Είναι ένας ισχυρός μεσολαβητής των φλεγμονωδών διαδικασιών, και μπορεί να εμπλέκεται στην παθογένεια τόσο της περιοδοντίτιδας όσο και της οστεοπόρωσης, εξαιτίας των αυξημένων επιπέδων IL-6 που σχετίζονται με την ηλικία<sup>46-48</sup>. Μετά την εμμηνόπαυση, τα επίπεδα IL-6 είναι αυξημένα, ακόμη και σε απουσία φλεγμονής. Πάντως, μελέτες σε πειραματόζωα έχουν δείξει ότι η διαφοροποίηση των επιπέδων IL-6 δεν είναι ο βασικός μηχανισμός μέσω του οποίου η έλλειψη οιστρογόνων προκαλεί την οστική απώλεια<sup>49</sup>.

Επίσης, έχει αναφερθεί ότι όταν υπάρχει λοίμωξη με Gram-αρνητικά μικρόβια, η έλλειψη οιστρογόνων εμφανίζει συνεργική επίδραση στον οστικό μεταβολισμό με τους λιποπολυσακχαρίτες, οδηγώντας σε αυξημένη οστική απορρόφηση σε θηλυκά ποντίκια<sup>50</sup>.

Επιπλέον, οι χαμηλές συγκεντρώσεις οιστραδιόλης και προγεστερόνης προτάθηκαν ως παράγοντες κινδύνου για την περιοδοντίτιδα, αφού κάτω από αυτές τις συνθήκες τα μονοκύτταρα ανταποκρίνονται άμεσα στην επίδραση των μικροβιακών λιποπολυσακχαριτών με αυξημένη παραγωγή IL-1α και IL-1β<sup>51</sup>.

### **Ο ρόλος άλλων συστηματικών παραγόντων στον οστικό μεταβολισμό**

Τα γλυκοκορτικοειδή συμβάλλουν και αυτά στην ανάπτυξη

ξη οστεοπόρωσης επάγοντας την απόπτωση των οστεοβλαστών. Η παραθορμόνη προκαλεί ενεργοποίηση των οστεοκλαστών και έντονη οστική απορρόφηση. Αντίθετη δράση έχει η καλσιτονίνη η οποία αναστέλλει την δραστηριότητα των οστεοκλαστών<sup>52</sup>.

### **Κοινοί παράγοντες κινδύνου και στις δύο νόσους**

- Η προχωρημένη ηλικία<sup>53</sup>
- Το οικογενειακό ιστορικό<sup>29</sup>
- Η έλλειψη οιστρογόνων στις γυναίκες, που αυξάνει τον κίνδυνο τόσο για στοματική όσο και για συστηματική οστεοπενία<sup>54</sup>
- Το κάπνισμα<sup>29, 54</sup>

### **Διασταύρωση συγχρονικών και διαχρονικών μελετών**

Πολλές μελέτες έχουν αναφερθεί σε συσχέτιση μεταξύ οστεοπόρωσης και περιοδοντικής νόσου και σε συσχέτιση μεταξύ χαμηλής οστικής πυκνότητας και απώλειας φατνιακού οστού και δοντιών<sup>26, 29, 48, 55</sup>. Υπάρχουν, όμως, και μελέτες που δεν βρήκαν συσχέτιση αλλά αυτές εκπονήθηκαν γενικά σε νεότερους πληθυσμούς<sup>29</sup>. Παράλληλα, ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι η οστεοπόρωση δεν είναι ένας αιτιώδης παράγοντας στην ανάπτυξη μέτριας ως σοβαρής χρόνιας περιοδοντίτιδας<sup>56</sup>.

Οι περισσότερες διαθέσιμες μελέτες είναι συγχρονικές και συνεπώς, δεν μπορεί να εκτιμηθεί η χρονική συσχέτιση μεταξύ περιοδοντίτιδας και οστεοπόρωσης.

Τα αντιφατικά αυτά ευρήματα ενδεχομένως οφείλονται και σε περιορισμούς αυτών των μελετών, όπως ο μικρός αριθμός δείγματος, το γεγονός ότι δεν έχουν ληφθεί επαρκώς υπόψη επιβαρυντικοί παράγοντες όπως το κάπνισμα και η χρήση ορμονών μετά την εμμηνόπαυση ούτε η περιοδοντική θεραπεία<sup>29</sup>. Έτσι, προς το παρόν οι συσχετισμοί μεταξύ οστεοπόρωσης και περιοδοντικής νόσου θεωρούνται ως μη επαρκώς τεκμηριωμένοι και απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την τεκμηρίωση αιτιώδους σχέσης μεταξύ των δύο νόσων.

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ**

### **1. ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Τα οστεοπορωτικά άτομα στην πλειοψηφία τους το αγνοούν. Μέχρι τώρα, η διάγνωση γίνεται, κυρίως, με τη μέτρηση της οστικής πυκνότητας (Dual X-ray absorptiometry, DXA), όμως το υψηλό κόστος της εξέτασης και η περιορισμένη πρόσβαση σε αυτήν οδήγησε στην αναζήτηση μιας εύκολης μεθόδου, με σκοπό τη διάγνωση της οστεοπόρωσης σε πρώιμο στάδιο.

Μελέτες υποστηρίζουν ότι ο οδοντίατρος έχει σήμερα τη δυνατότητα να εντοπίσει άτομα που πιθανόν πάσχουν από οστεοπόρωση και το αγνοούν, και να τα παραπέμψει για περαιτέρω εργαστηριακές εξετάσεις και διάγνωση από τον αρμόδιο ιατρό. Μπορεί να υποπτευθεί την οστεοπόρωση πριν την ανάπτυξη κατάγματος και να διερευνήσει κατά πόσο αυτή επηρεάζει το στοματογναθικό σύστημα. Από μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η χρήση κλινικών ερωτηματολογίων που προσπαθούν να εντοπίσουν εκείνους που έχουν ισχυρούς παράγοντες κινδύνου για τη νόσο συμβάλλει στη διάγνωση της οστεοπόρωσης κα-

θώς επίσης συμβάλλει η ανάλυση της αραίωσης δοκιδίων συστημάτων του σπογγώδους οστού και η λέπτυνση του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου που συχνά παρατηρούνται στις πανοραμικές ακτινογραφίες<sup>57</sup>.

Όπως κάθε διάγνωση, έτσι και η διάγνωση της οστεοπόρωσης των γνάθων, προκύπτει μετά τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, την κλινική εξέταση και τους απαιτούμενους ακτινογραφικούς και λοιπούς εργαστηριακούς ελέγχους.

### Ιστορικό

Η λήψη και η ενδελεχής μελέτη ενός λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού έχει βασική θέση, καθώς πιστεύεται ότι κατευθύνει προς την ορθή διάγνωση. Επιπλέον για την ανίχνευση της νόσου έχουν αναπτυχθεί ειδικά ερωτηματολόγια τα οποία έχουν βασισθεί στα συμπτώματα της οστεοπόρωσης.

Μεταξύ των ερωτηματολογίων που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται:

- Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Οστεοπόρωση (Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis. QUALEFFO). Αφορά σε άτομα με εγκατεστημένη οστεοπόρωση και ακόμη περισσότερο σε άτομα που έχουν στο ιστορικό τους ένα κάταγμα σπονδυλικής στήλης λόγω οστεοπόρωσης. Αποτελείται από 7 ομάδες ερωτήσεων.
- Το ερωτηματολόγιο της Μεσογειακής Μελέτης για την Οστεοπόρωση (Mediterranean Osteoporosis Study. MEDOS). Αφορά σε άτομα με εγκατεστημένη οστεοπόρωση που διατρέχουν κίνδυνο κατάγματος του ισχίου λόγω οστεοπόρωσης. Αποτελείται από 19 ομάδες ερωτήσεων<sup>58</sup>.

### Κλινική εξέταση

Ούλα ερυθματώδη, γυαλιστερά που ματώνουν εύκολα, αυξημένα ποσοστά οδοντικής τερηδόνας, περιοδοντίτιδα, εύσειστα δόντια, απώλεια μεγάλου αριθμού δοντιών, απορροφημένες φατνιακές ακρολοφίες που δεν μπορούν να ανεχθούν τεχνητές οδοντοστοιχίες και μια γενική δυσανεξία που συνδυάζεται με αλλοιωμένη γεύση θεωρείται ότι μπορούν να είναι συμπτώματα οστεοπόρωσης των γνάθων<sup>59-61</sup>.

### Ακτινογραφικά ευρήματα

Η διάγνωση της οστεοπόρωσης των γνάθων απαιτεί να προσδιοριστεί η οστική πυκνότητα (BMD), η περιεκτικότητα σε ανόργανα άλατα (BMC) και η μικροαρχιτεκτονική δομή των οστών των γνάθων, χρησιμοποιώντας ειδικά κατασκευασμένους σαρωτές των οστών των γνάθων και την ανάπτυξη μιας αντίστοιχης σειράς των φυσιολογικών τιμών BMC / BMD για τους νέους ενήλικες σε σχέση με το φύλο, όπως και σε άλλες περιοχές του σκελετού<sup>60</sup>.

Τα τελευταία χρόνια, όμως, η ιδέα της εκμετάλλευσης των πολλών και συχνών ακτινογραφιών που λαμβάνονται καθημερινά στην οδοντιατρική πράξη, κερδίζει έδαφος. Καθώς η πλειονότητα των ακτινογραφιών αυτών πραγματοποιούνται στα ιατρεία σε άτομα προχωρημένης ηλικίας και το κόστος τους συγκριτικά με άλλες μεθόδους

είναι ιδιαίτερα χαμηλό, αποτελούν ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο στην προσπάθεια για τη μελέτη της δομής των οστών των γνάθων καθώς ακόμη και για την πρώιμη διάγνωση των μεταβολικών τους νόσων. Στόχος είναι να δίνεται η δυνατότητα μέσα από οδοντιατρικές πανοραμικές και περιακρορριζικές ακτινογραφίες να εντοπίζονται ασθενείς με χαμηλή οστική πυκνότητα, άτομα δηλαδή υποψήφια για εκδήλωση της οστεοπόρωσης<sup>62-65, 66</sup>. Πρόσφατες έρευνες αναδεικνύουν τη μεγάλη συμβολή που μπορεί να έχει ο οδοντίατρος στον εντοπισμό ατόμων με αρχόμενο στάδιο οστεοπόρωσης, παρατηρώντας μόνο το σπογγώδες οστό (ποιότητα) στη περιοχή των προγομφίων των γνάθων και το συμπαγές πέταλο (ποσότητα) της κάτω γνάθου στις οδοντιατρικές ακτινογραφίες (περιακρορριζική και πανοραμική).

Η ακτινογραφική εκτίμηση του φατνιακού δοκιδώδους μπορεί να αποτελέσει έναν κλινικό δείκτη της BMD<sup>67-69</sup>.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες η κάτω γνάθος έχει πυκνότερο και παχύτερο συμπαγές πέταλο από την άνω. Το συμπαγές πέταλο και των δύο γνάθων τείνει προς τα πίσω να γίνει λεπτότερο και περισσότερο πορώδες. Το σπογγώδες οστό είναι πυκνότερο στην κάτω από ό,τι στην άνω γνάθο, όπως και στις πρόσθιες περιοχές συγκριτικά με τις οπίσθιες, αν και έχει παρατηρηθεί μεγάλο εύρος αποκλίσεων.

Η οστεοπόρωση στην πανοραμική ακτινογραφία απεικονίζεται ως λέπτυνση του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου και μία γενικευμένη αραίωση του σπογγώδους οστού των γνάθων. Το κάτω γναθιαίο συμπαγές πέταλο μπορεί να δείχνει αλλαγές που κυμαίνονται από:

- Φυσιολογικές, όταν τα ενδοστικά συμπαγή όρια είναι ομαλά και οξυαίχμα στις δύο πλευρές
- Μέτρια ή προχωρημένη διάβρωση του κάτω συμπαγούς πετάλου
- Σοβαρή διάβρωση και παρουσία ενδοστικών φλοιωδών υπολειμμάτων και πόρωση του κάτω γναθιαίου συμπαγούς πετάλου<sup>63</sup>.

Μία από τις πρώτες μελέτες συσχέτισης της οστεοπόρωσης με μειωμένη οστική πυκνότητα των γνάθων ήταν από τους Groen και συν. το 1960<sup>70</sup>.

Αρκετοί ερευνητές κατέδειξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δεικτών του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου στις πανοραμικές ακτινογραφίες και της οστικής πυκνότητας του σκελετού γενικά, όπως στην σπονδυλική στήλη και στο μηριαίο, των βιοχημικών δεικτών του οστικού μεταβολισμού και του κινδύνου οστεοπορωτικών καταγμάτων<sup>71</sup>. Σημειώτεον ότι οι βασικές περιοχές των πανοραμικών ακτινογραφιών που αξιολογούνται για την συσχέτιση με την οστεοπόρωση, είναι το κατώτερο μέρος του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου (μια περιοχή του συμπαγούς οστού κατά μήκος του κάτω χείλους της κάτω γνάθου) και το δοκιδώδες οστό αμέσως πάνω από αυτό<sup>72</sup>.

Οι αρχικές μελέτες βασίσθηκαν στην οπτική παρατήρηση/αξιολόγηση από οδοντιάτρους, του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου σε πανοραμικές ακτινογραφίες ασθενών διαγνωσμένων με οστεοπόρωση (κατόπιν μέτρησης της οστικής πυκνότητας της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και του αυχένα του μηριαίου ο-



στού). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι η πανοραμική ακτινογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην κλινική οδοντιατρική πράξη για τον εντοπισμό μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με χαμηλή οστική πυκνότητα γνάθων που χρειάζεται να υποβληθούν σε περαιτέρω έλεγχο<sup>62, 73, 74</sup>. Ωστόσο, χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη διεξαγωγή της μέτρησης<sup>75</sup>. Διαπιστώθηκε ότι η επαναλαμβανόμενη οπτική παρατήρηση από οδοντιάτρους δεν είχε πάντα τα ίδια αποτελέσματα και για να έχει αξία η μέτρηση πρέπει να πραγματοποιείται αυτομάτως με ανάλυση υπολογιστή<sup>75</sup>.

Άλλες μελέτες χρησιμοποίησαν τον ηλεκτρονικό υπολογιστή για την αυτόματη μέτρηση του ύψους του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου στην περιοχή του γενειοακού τρήματος σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Το ύψος του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου, προσφέρεται ένα απλό, μετρήσιμο χαρακτηριστικό, το οποίο, κατ' αρχήν, παρέχει ένα ποσοτικό χαρακτηριστικό που μπορεί να συγκριθεί με την οστική πυκνότητα. Αυτό πρέπει να μετρηθεί προσεκτικά σε μια σταθερή θέση. Δεδομένου ότι υπάρχουν λίγα σταθερά απεικονιζόμενα σημεία στην πανοραμική ακτινογραφία, επιλέχθηκε το γενειοακό τρήμα. Αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι τέτοια αυτόματη μέτρηση με τον υπολογιστή μπορεί να είναι χρήσιμη για τον εντοπισμό μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με υποψία χαμηλής σκελετικής οστικής πυκνότητας<sup>76</sup>.

Με βάση αυτά τα δεδομένα, λοιπόν, για τον εντοπισμό ασθενών υποψήφιων για την εμφάνιση οστεοπόρωσης, αναπτύχθηκαν διάφορα λογισμικά. Ανάλογα με το προτεινόμενο λογισμικό τα ακτινολογικά ευρήματα σε περιοχές στόχους του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου αξιολογούνται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με άλλες μεταβλητές κινδύνου.

Στα πλαίσια μίας πολυκεντρικής μελέτης για τη διερεύνηση των διαφόρων πτυχών της σχέσης μεταξύ οδοντιατρικών ακτινογραφιών και του κινδύνου εμφάνισης οστεοπόρωσης, αναπτύχθηκε το έργο OSTEODENT. Στις έρευνες συμμετείχαν πέντε Ευρωπαϊκά Πανεπιστημικά Ιδρύματα. Το Πανεπιστήμιο του Manchester στη Βρετανία, που είχε και τον συντονισμό του προγράμματος, το Πανεπιστήμιο της Leuven στο Βέλγιο, το Πανεπιστήμιο του Malmo στη Σουηδία, το Πανεπιστήμιο του Πανεπιστήμιο του Amsterdam, στην Ολλανδία, καθώς και η Κλινική Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, υπό τη διεύθυνση του Καθηγητή κ. Κ. Τσιχλάκη. Υπεύθυνη της ερευνητικής ομάδας από ελληνικής πλευράς ήταν η Καθηγήτρια κ. Κ. Καραγιάννη.

Η ανάπτυξη του λογισμικού βασίστηκε στα δεδομένα ερευνών που έχουν δείξει ότι: Η οστική πυκνότητα στην κάτω γνάθο σχετίζεται με την οστική πυκνότητα στη σπονδυλική στήλη, στην κεφαλή του μηριαίου οστού και στον βραχίονα. Το ύψος του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου φαίνεται να σχετίζεται με αλλαγές της οστικής πυκνότητας του υπόλοιπου σκελετού. Το πάχος του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου φαίνεται να μειώνεται σε άτομα με οστεοπόρωση. Παρατηρείται συχνότερα διάβρωση του έσω ορίου του συμπαγούς πετάλου σε ασθενείς με οστεοπόρωση σε σύγκριση με μη οστεο-

πορωτικά άτομα<sup>77</sup>.

Ως δείκτης OSTEODENT ορίστηκε μία προβλεπόμενη πιθανότητα οστεοπόρωσης που προέρχεται από συνδυασμό αυτοματοποιημένης ανάλυσης μιας οδοντιατρικής πανοραμικής ακτινογραφίας και κλινικής πληροφορίας<sup>78</sup>. Στα πλαίσια των διαφόρων σχετικών μελετών βρέθηκε ότι η αυτοματοποιημένη μέτρηση του εύρους του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου σε πανοραμικές ακτινογραφίες μπορεί να διαγνώσει οστεοπόρωση του σκελετού με καλή διαγνωστική ικανότητα και επαναληψιμότητα<sup>79</sup>. Επίσης, ότι ο δείκτης OSTEODENT έχει αξία στην πρόβλεψη του κινδύνου κατάγματος του ισχίου, ωστόσο περαιτέρω έρευνα απαιτείται προκειμένου να επιβεβαιωθεί αυτό το εύρημα και να εξεταστεί τη σκοπιμότητα χρήσης της στην πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα<sup>78</sup>.

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι οι οδοντίατροι έχουν ρόλο στην ανεύρεση και παραπομπή ασθενών με υψηλό κίνδυνο για ανάπτυξη οστεοπόρωσης. Μελέτες μάλιστα αναφέρουν ότι κατά την αξιολόγηση των πανοραμικών ακτινογραφιών, πρέπει να παραπέμπονται για περαιτέρω διερεύνηση οστεοπόρωσης, μόνον οι ασθενείς των οποίων το εύρος του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου είναι <3mm<sup>80, 81</sup>. Η δε διαγνωστική ικανότητα για οστεοπόρωση σε νέες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες βρέθηκε να αυξάνει όταν σε συνδυασμό με το test του εύρους του συμπαγούς πετάλου της κάτω γνάθου χρησιμοποιηθεί και το test OSIRIS (OSIRIS: osteoporosis index of risk, με βάση παράγοντες όπως ηλικία, βάρος σώματος, ορμονική θεραπεία οστεοπόρωσης και ιστορικό καταγμάτων οστών)<sup>81, 82</sup>.

Μελέτες έχουν αξιολογήσει επίσης την διαγνωστική ακρίβεια στην ανίχνευση της εμφάνισης οστεοπόρωσης μέσω των ενδοστοματικών περιακρορριζικών ακτινογραφιών στην άνω και κάτω γνάθο στη περιοχή των προγομφίων. Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας του ισχίου και της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης που ακολούθησε έδειξε ότι η περιακρορριζική ακτινογραφία στην περιοχή των προγομφίων μπορεί επίσης να αποτελεί μέθοδο ανίχνευσης γυναικών με κίνδυνο εκδήλωσης οστεοπόρωσης<sup>83, 84</sup>.

Συνοψίζοντας, ο οδοντίατρος στην καθ' ημέραν κλινική πράξη μπορεί με τη μελέτη των περιακρορριζικών και των πανοραμικών ακτινογραφιών και τη συνεκτίμηση του ιστορικού να θέσει βάσιμα την υποψία ύπαρξης οστεοπόρωσης και να παραπέμψει τον ασθενή του για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

## 2. ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι οστεοπορωτικοί ασθενείς συχνά έχουν σημαντικές οδοντιατρικές ανάγκες και η πτωχή στοματική υγεία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη συστηματική τους υγεία. Είναι επιβεβλημένο οι οδοντίατροι να γνωρίζουν τα συμπτώματα και τις ανάγκες οδοντιατρικής περιθαλψης των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από οστεοπόρωση ή είναι ήδη οστεοπορωτικοί ασθενείς.

Στους οδοντιατρικούς ασθενείς, όταν ανιχνεύονται πα-

ράγοντες κινδύνου, αλλά και σ' αυτούς που έχουν ήδη εκδηλα κλινικά εγκατεστημένο το νόσημα και δεν το γνωρίζουν, προτείνεται έλεγχος (κλινικός και παρακλινικός) και παραπομπή στον ορθοπαιδικό για την τελική διάγνωση και αντιμετώπιση στην οποία πιθανώς συμπεριλαμβάνεται και ενίσχυση της πρόσληψης Ca με την διατροφή. Από την πλευρά της οδοντιατρικής περίθαλψης, η σχολαστική στοματική υγιεινή και η διατήρηση των δοντιών είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση υψηλής οστικής μάζας και την απρόσκοπτη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Επιπλέον η διατήρηση της φυσικής οδοντοφυΐας βοηθά την καλύτερη διατροφή τους<sup>85</sup>. Αντιθέτως, πτωχή στοματική υγεία σε αυτόν τον πληθυσμό μπορεί να συμβάλλει σε αυξημένη θνησιμότητα και μειωμένη ποιότητα ζωής<sup>86</sup>. Άνθρωποι με χρόνιες διαταραχές και πτωχή στοματική υγιεινή έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης περιστασιακών λοιμώξεων όπως πνευμονία<sup>87</sup> καθώς και ανάπτυξης ξηροστομίας προκαλούμενης από φάρμακα<sup>88</sup>.

Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας, συνιστάται η συχνή κατανάλωση νερού, τεχνητά υποκατάστατα σιέλου, τσίχλες χωρίς ζάχαρη, δισκία ξυλιτόλης<sup>89,91</sup>, χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας και γέλης για την πρόληψη της τερηδόνας<sup>90</sup> καθώς και στοματοπλύσεις με διαλύματα χλωρεξιδίνης για τη μείωση της πλάκας και την πρόληψη της τερηδόνας ρίζας<sup>89</sup>.

Η σχολαστική εκτίμηση της προσθετικής αποκατάστασης που ενδείκνυται σε εξατομικευμένο επίπεδο είναι επιβεβλημένη στοχεύοντας στη διατήρηση της οστικής μάζας πρωτίστως και στην εξάλειψη χρόνιων ερεθισμών των υποκείμενων ιστών και των αλλαγών των βλεννογόνων της στοματικής κοιλότητας που παρατηρούνται στους οστεοπορωτικούς ασθενείς<sup>89</sup>. Η μέτρηση της BMC / BMD κρίνεται επίσης σκόπιμο να γίνεται σε νωδούς οστεοπορωτικούς ασθενείς<sup>92</sup>.

Η τοποθέτηση ολικών οδοντοστοιχιών συμβάλλει στην ταχύτερη απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις κακής κατασκευής ή πολύχρονης χρήσης<sup>92</sup>, με ταχύτερη απορρόφηση του οστού της κάτω γνάθου για τους λόγους που ήδη έχουν αναφερθεί, αλλά και επειδή οι δυνάμεις φόρτισης που ασκούνται κατά τη μάσηση κατανέμονται και στην σκληρή υπερώα<sup>22</sup>.

Ιδιαίτερα επιβαρυντικός είναι ο συνδυασμός μερικής οδοντοστοιχίας κάτω γνάθου ελευθέρων άκρων και ολικής άνω γνάθου. Τα κάτω πρόσθια δόντια ασκούν συνεχή τραυματική φόρτιση της άνω φατνιακής ακρολοφίας με συνέπεια την αυξημένη απορρόφηση της άνω φατνιακής ακρολοφίας αντίστοιχα στην πρόσθια περιοχή<sup>93</sup>.

Η χρήση οστεονσωματούμενων εμφυτευμάτων συμβάλλει στη διατήρηση της ακεραιότητας της φατνιακής ακρολοφίας, λόγω των θετικών φορτίων που σχετίζονται με τις επιπτώσεις τους στη γνάθο, αλλά διαδραματίζουν ακριβώς αντίθετο ρόλο στο οστό της αντίθετης γνάθου<sup>92</sup>. Όπως έχει αποδειχθεί ερευνητικά, η ποιότητα και η ποσότητα του οστού αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην πρόγνωση της οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων. Τροποποιημένοι βιολογικοί παράγοντες, καθώς και μεταβολές των μηχανοβιολογικών παραγόντων αλλά

και μεταβολές στη μικροαρχιτεκτονική του οστεοπορωτικού οστού, είναι δυνατόν να εμπλέκονται στον κίνδυνο αποτυχίας των εμφυτευμάτων σε οστεοπορωτικούς ασθενείς<sup>94</sup>. Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η οστεοπόρωση φαίνεται ότι εμπλέκεται στο μηχανισμό επούλωσης του οστού μετά την τοποθέτηση εμφυτεύματος, χωρίς να αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων και ότι η περίοδος επούλωσης που απαιτείται για οστεοενσωμάτωση των εμφυτευμάτων σε οστεοπορωτικούς ασθενείς είναι μεγαλύτερη. Η νόσος μεταβάλλει τις μηχανοβιολογικές ιδιότητες του οστού και ως εκ τούτου πιθανόν να επηρεάζει την αρχική σταθερότητα του εμφυτεύματος<sup>95</sup>.

Επειδή οι κλινικές μελέτες σχετικά είναι περιορισμένες και με αντιφατικά αποτελέσματα, η εκτίμηση της επιτυχίας και παραμονής των εμφυτευμάτων σε οστεοπορωτικούς ασθενείς, είναι ένας τομέας που προσφέρεται για περαιτέρω έρευνα<sup>95</sup>.

### **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

Η φαρμακευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης επηρεάζει το στοματογναθικό σύστημα ποικιλοτρόπως, ανάλογα με το είδος του σκευάσματος, την οδό, τη διάρκεια χορήγησης και διάφορους άλλους παράγοντες. Ορθοπαιδικοί και γναθοπροσωπικοί χειρουργοί που επεμβαίνουν σε ασθενείς υπό φαρμακευτική αγωγή με διφωσφονικά για μεγάλες χρονικές περιόδους, αναφέρουν ότι το οστό υφίσταται δραστικές αλλαγές και μετατρέπεται σταδιακά σε πυκνό, συμπαγές, λιγότερο αγγειοβριθές και συχνά οστεοπετρωτικό<sup>96</sup>.

Θεραπευτικά σχήματα τα οποία έχουν αποδειχθεί χρήσιμα στη διαχείριση της οστεοπόρωσης και πιθανόν να εμψυχώνουν κινδύνους για ορισμένες οδοντιατρικές θεραπείες είναι<sup>11, 97-101</sup>:

1. **Διφωσφονικά:** Τα διφωσφονικά είναι μη ορμονικοί παράγοντες, συνθετικά παράγωγα, ανάλογα του πυροφωσφορικού οξέος και χαρακτηρίζονται χημικά από μία δομή φώσφορος-άνθρακας-φώσφορος (P-C-P) και δύο πλευρικές αλυσίδες προσαρτημένες στο άτομο του άνθρακα. Τα φάρμακα αυτά εμφανίζουν μεγάλη χημική συγγένεια με το ασβέστιο, έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρώνονται εκλεκτικά στο οστό και επηρεάζουν την αναδιαμόρφωσή του<sup>102</sup>. Τα διφωσφονικά διακρίνονται σε μη αζωτούχα και σε αζωτούχα σκευάσματα (NBPs). Τα NBPs περιέχουν μία αζωτούχο ομάδα στο μόριό τους και θεωρούνται πιο δραστικά, μεταβολίζονται βραδέως και έχουν τη δυνατότητα να αθροίζονται μέσα στο οστό<sup>103</sup>. Χορηγούνται per os και ενδοφλεβίως.

2. **Παραθορμόνη,** ανασυνδυασμένη ανθρώπινη [(rhPTH) preotact]: Οι φυσιολογικές δράσεις της παραθορμόνης (parathyroid hormone) περιλαμβάνουν διέγερση της οστικής παραγωγής με άμεσες επιδράσεις στα κύτταρα οστικής παραγωγής (οστεοβλάστες) αυξάνοντας εμμέσως την εντερική απορρόφηση του ασβεστίου και αυξάνοντας τη σωληναριακή επαναπορρόφηση του ασβεστίου και την απέκκριση φωσφορικών από τους νεφρούς.

Χορηγείται υποδορίως.

**3. Τεριπαρατιδίη** (Forsteo, rhPTH (Recombinant Human Parathyroid Hormone 1-34): Οστεοπαραγωγικός παράγοντας, είναι ανασυνδυασμένη ανθρώπινη παραθορμόνη. Η τεριπαρατιδίη, που αποτελείται από τα πρώτα 34 αμινοτελικά αμινοξέα (PTH 1-34), τα οποία αποτελούν και το δραστικό μέρος της παραθορμόνης, όταν χορηγείται μία φορά την ημέρα, αντί καταβολικής, έχει αναβολική δράση. Έχει άμεση δράση στους οστεοβλάστες, αυξάνοντας τον αριθμό τους και ελαττώνοντας την απόπτωσή τους αυξάνει και παρατείνει τη δραστηριότητά τους. Χορηγείται υποδορίως.

**4. Δενοσουμάμπη** (Denosumab Prolia 60mg): Ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα με μεγάλη συγγένεια και ειδικότητα με τον υποδοχέα RANKL προλαμβάνοντας την ενεργοποίηση του υποδοχέα του, του RANK, στην επιφάνεια των πρόδρομων οστεοκλαστών και των οστεοκλαστών. Η παρεμπόδιση της αλληλεπίδρασης RANKL/RANK αναστέλλει τον σχηματισμό, τη λειτουργία και την επιβίωση των οστεοκλαστών, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο την οστική απορρόφηση τόσο στα συμπαγή όσο και στα σπογγώδη οστά. Παράγεται με τροποποίηση του γενετικού κώδικα του κινέζικου hamster. Χορηγείται υποδορίως άπαξ κάθε 6 μήνες σε δόση 60mg.

**5. Ραλοξιφένη** (Evista 60 mg): Δρα στους οιστρογονικούς υποδοχείς ιστών. Ως ένας εκλεκτικός ρυθμιστής των οιστρογονικών υποδοχέων, έχει δράση είτε εκλεκτικού αγωνιστού είτε εκλεκτικού ανταγωνιστού στους ιστούς που ανταποκρίνονται στα οιστρογόνα. Δρα ως ένας αγωνιστής στα οστά και μερικώς στο μεταβολισμό της χοληστερόλης (μειώνει την ολική και την LDL-χοληστερόλη), αλλά δεν δρα στον υποθάλαμο, στην μήτρα ή στους μαστικούς αδένες. Συμβάλλει στη διατήρηση της οστικής πυκνότητας (σε κλινικές μελέτες με ασθενείς με οστεοπόρωση φαίνεται να συμβάλλει στην παραγωγή νέου οστού σε γυναίκες και άνδρες). Χορηγείται per os.

**6. Βαζεδοξιφένη** (bazedoxifene): Ανήκει στην κατηγορία ουσιών που είναι γνωστές ως εκλεκτικοί ρυθμιστές των υποδοχέων οιστρογόνων (SERMs). Η βαζεδοξιφένη δρα τόσο ως αγωνιστής υποδοχέων οιστρογόνων όσο και ως ανταγωνιστής υποδοχέων οιστρογόνων, ανάλογα με το κύτταρο και τον τύπο του ιστού και τα γονίδια - στόχους. Η βαζεδοξιφένη μειώνει την οστική απορρόφηση και τα επίπεδα των βιοχημικών δεικτών του οστικού μεταβολισμού στα προεμμηνοπαυσιακά επίπεδα. Οι δράσεις αυτές στην οστική αναδόμηση οδηγούν σε αύξηση της οστικής πυκνότητας (BMD), η οποία, με τη σειρά της, συμβάλλει στην μείωση του κινδύνου καταγμάτων. Χορηγείται per os.

**7. Ρανελικό στρόντιο** (strontium ranelate): Αυξάνει τον οστικό σχηματισμό σε καλλιέργειες οστίτη ιστού, καθώς επίσης και την αντιγραφή των πρόδρομων οστεοβλαστών και τη σύνθεση κολλαγόνου σε καλλιέργειες οστικών κυττάρων και μειώνει την λύση και αφομοίωση των οστών μειώνοντας τη δράση διαφοροποίησης και οστικής λύσης και αφομοίωσης των οστεοκλαστών. Χορηγείται per os.

Ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι γνώστης των πιθανών παρενεργειών αυτών των φαρμάκων στο στοματογεννη-

κό σύστημα, να ακολουθεί την κατάλληλη οδοντιατρική φροντίδα και να ενημερώνει τον ασθενή για τους κινδύνους ανάπτυξης στοματικών επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν από την χρήση τους. Ερωτήματα σχετικά με την αναγκαιότητα διακοπής της θεραπείας πρέπει να απαντηθούν από τον θεράποντα ιατρό ειδικότητας.

## ΠΙΘΑΝΕΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ:

### 1. Εξαγωγές δοντιών - μικρές χειρουργικές επεμβάσεις

Ως παρενέργεια από την χορήγηση φαρμάκων με αντιοστεοκλαστική δράση έχει περιγραφεί εξαιρετικά καθυστερημένη και κακή επούλωση του φατνιακού οστού<sup>104</sup> μετά από σχετικά μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, με ορατά ακτινογραφικά ενδοφατνιακά πέταλα. Κρίνεται σκόπιμη η ενημέρωση του ασθενούς για την πιθανότητα εμφάνισης πολύ σοβαρότερων ανεπιθύμητων παρενεργειών, όπως οστεονέκρωση<sup>105</sup>.

### Οστεονέκρωση γνάθων

Η χρήση διφωσφονικών και ορισμένων άλλων φαρμάκων που χορηγούνται για την θεραπεία της οστεοπόρωσης / οστεοπενίας έχουν συσχετιστεί με ένα μικρό κίνδυνο ανάπτυξης οστεονέκρωσης γνάθου<sup>98</sup>, που συμβαίνει αυθόρμητα ή αφ' ότου ο ασθενής έχει υποβληθεί σε οδοντιατρική επέμβαση<sup>106, 107</sup>. Αν και οι ακριβείς μηχανισμοί παραμένουν ασαφείς, πιστεύεται ότι η παρατεταμένη θεραπεία με αυτά τα φάρμακα μπορεί να προκαλέσει υπερβολική καταστολή της οστικής αναδιαμόρφωσης, η οποία οδηγεί σε μείωση του κανονικού ρυθμού επισκευής των οστών και ως εκ τούτου ευνοεί τη συσσώρευση μικροκακώσεων στο σκελετό με επακόλουθο την εμφάνιση των περιοχών με οστεονέκρωση<sup>108</sup>.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της βιβλιογραφίας το όφελος που προκύπτει από τη θεραπεία για την οστεοπόρωση αντισταθμίζει τον χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης οστεονέκρωσης της γνάθου.

**Παράγοντες κινδύνου:** Ο κίνδυνος ανάπτυξης οστεονέκρωσης σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για οστεοπόρωση εξαρτάται από το είδος του σκευάσματος, την οδό και τη χρονική διάρκεια χορήγησης, τοπικούς και ανατομικούς παράγοντες, ύπαρξη συγχρόνως άλλης στοματικής ή γενικής νόσου, δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενούς, παράλληλη χορήγηση και άλλων φαρμάκων (κορτικοστεροειδή, χημικοθεραπευτικά), χρήση καπνού, ύπαρξη γενετικών παραγόντων (μονονουκλεοτιδικό πολυμορφισμοί SNPs)<sup>98, 109</sup>.

**Κλινική εικόνα - Διαφορική διάγνωση:** Η βλάβη είναι συνήθως προϊούσα και ακολουθεί νέκρωση του υπερκείμενου βλεννογόνου, αποκάλυψη ενδοστοματικά νεκρωτικού οστού που δεν επουλώνεται για περισσότερο από 8 εβδομάδες, διάφορου μεγέθους από 1-2 mm έως αρκετά cm. Πιθανή είναι η ύπαρξη ενδοστοματικών ή εξωστοματικών συριγγίων<sup>109</sup>. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την οστεοακτινονέκρωση, την οστεομυελίτιδα, τις πρωτοπαθείς ή τις μεταστατικές καρκινικές βλάβες και την πολλαπλή οστεϊνοοστική δυσπλασία (florid cemento-osseous dysplasia).

Η Έκθεση (position paper) της Αμερικανικής Εταιρείας



**Εικόνα 2:** Οστεονέκρωση στην περιοχή τραυματισμού από ολική οδοντοστοιχία σε ασθενή ηλικίας 75 ετών, που λάμβανε επί 2,5 έτη διφωσφονικά *per os* για οστεοπόρωση και έπασχε από αρρύθμιστο σακχαρώδη διαβήτη.

Στοματικών και Γναθοπροσωπικών Χειρουργών *American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS)* ορίζει τρεις προϋποθέσεις για τη διάγνωση της οστεονέκρωσης από αντιοστεοκλαστικά φάρμακα : (α) χρήση αντιοστεοκλαστικών φαρμάκων παλαιότερα ή σύγχρονα, (β) αποκάλυψη οστού για διάστημα >8 εβδομάδων και (γ) απουσία ιστορικού ακτινοβόλησης των γνάθων ή προφανής μεταστατική νόσος στις γνάθους<sup>109</sup> (εικ. 2).

### **Μέτρα πρόληψης οστεονέκρωσης γνάθων και διαχείρισης των ασθενών**

Η χορήγηση αντιοστεοκλαστικών φαρμάκων για την θεραπεία της οστεοπόρωσης απαιτεί μία διεπιστημονική προσέγγιση. Αυτή η προσέγγιση θα πρέπει να περιλαμβάνει συνεργασία θεράποντος ιατρού για την οστεοπόρωση με τον οδοντίατρο. Μελέτες υποστηρίζουν ότι η έγκαιρη διάγνωση και έναρξη της κατάλληλης οδοντιατρικής θεραπείας μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης οστεονέκρωσης της γνάθου και παράλληλα οι ασθενείς απολαμβάνουν τα οφέλη από την άριστη στοματική υγεία<sup>110</sup>. Κρίνεται απαραίτητη επίσης η ενημέρωση του ασθενούς για πιθανή επιπλοκή και εμφάνιση οστεονέκρωσης της γνάθου, γεγονός που συμβαίνει, όμως, σε ποσοστά ιδιαίτερα χαμηλά<sup>109</sup>.

### **Στρατηγικές διαχείρισης πριν από την έναρξη της αγωγής:**

Πρέπει να γίνεται πλήρης κλινικός και ακτινογραφικός οδοντοστοματολογικός έλεγχος<sup>109</sup> και αντιμετώπιση σύμφωνα με το πρωτόκολλο των ασθενών που πρόκειται να ακτινοβοληθούν<sup>111</sup>. Σε ασθενείς που πρόκειται να λάβουν ενδοφλέβια διφωσφονικά, εφόσον οι συστηματικές συνθήκες το επιτρέπουν οι εξαγωγές πρέπει να γίνονται 14-21 ημέρες πριν την έναρξη της θεραπείας ή γενικά τότε ώστε να απομένει επαρκές χρονικό διάστημα για οστική επούλωση μέχρι την έναρξη της θεραπείας<sup>112</sup>. Σημαντικό είναι να γίνει διδασκαλία σωστής στοματικής υγιεινής και εκμάθηση των ασθενών για αναγνώριση τυχόν συμπτωμάτων οστεονέκρωσης, με σκοπό να αναφερθούν εγκαίρως<sup>113</sup>. Αυτή η φροντίδα στοματικής υγείας πρέπει να συνεχιστεί επ' αόριστον<sup>114</sup>. Μελέτες έδειξαν σχεδόν τριπλάσια μείωση της συχνότητας εμφάνισης της οστεονέκρω-

σης σε ασθενείς όταν έχει προηγηθεί της έναρξης θεραπείας με αντιοστεοκλαστικά φάρμακα η εφαρμογή προληπτικών μέτρων από τον οδοντίατρο<sup>115</sup>.

### **Στρατηγικές διαχείρισης κατά τη διάρκεια της θεραπείας:**

Η διακοπή της θεραπείας για διαδικασίες οι οποίες περιλαμβάνουν οστική βλάβη σε ασθενείς που λαμβάνουν *per os* διφωσφονικά ή δenosουμάμπη (*denosumab*) υπήρξε πεδίο συνεχούς διαμάχης. Επίσης και η χρήση οστικών βιοχημικών δεικτών για την αξιολόγηση εμφάνισης δυσμενών επιπτώσεων, δεν έχει επιβεβαιωθεί<sup>116-118</sup> και δεν συνιστάται<sup>109</sup>, αν και υποστηρίζεται η εξακολούθηση της έρευνας σχετικά (C-τελοπεπτιδιο/δείκτης οστεόλυσης, και αμινοτελικό πεπτιδιο προκολλαγόνου I/δείκτης οστεοπαραγωγής)<sup>109, 115, 119, 120</sup>.

Σήμερα δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι η διακοπή της θεραπείας με διφωσφονικά μεταβάλλει τον κίνδυνο οστεονέκρωσης της γνάθου σε ασθενείς μετά από εξαγωγή δοντιού. Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για να υποστηρίξουν τα οφέλη από την διακοπή του φαρμάκου και ιδιαίτερα όσον αφορά την διακοπή του σε ασθενείς με παρατεταμένο ιστορικό έκθεσης (> 4 ετών)<sup>109</sup>.

Οι Damm και Jones υποστηρίζουν ότι η πλήρης κατανόηση α. της οστικής ανακατασκευής και β. της φαρμακοκινητικής των αζωτούχων διφωσφονικών (NBP) που χρησιμοποιούνται ως θεραπευτική αγωγή κατά της οστεοπόρωσης, θα μπορούσε να είναι χρήσιμη για την ανάπτυξη μιας στρατηγικής διαχείρισης ασθενών που πρόκειται να χειρουργηθούν στις γνάθους και λαμβάνουν θεραπεία με διφωσφονικά<sup>121</sup>. Έλαβαν λοιπόν υπόψη ότι το 50% των αζωτούχων διφωσφονικών (NBP) συνδέεται στα οστά και το υπόλοιπο χωρίς να μεταβολισθεί αποβάλλεται από τα νεφρά. Επίσης ότι η κύρια αποθήκη του φαρμάκου είναι οι οστεοκλάστες που έχουν διάρκεια ζωής 2 εβδομάδες. Ως εκ τούτου, τα επίπεδα των διφωσφονικών θα είναι εξαιρετικά χαμηλά 2 μήνες μετά την *per os* λήψη της τελευταίας δόσης. Συνεπώς μια περίοδος 2 μηνών διακοπής του φαρμάκου θα πρέπει να είναι επαρκής πριν από την χειρουργική διαδικασία. Επιπλέον με αυτά τα δεδομένα η συνιστώμενη μετεγχειρητική περίοδος χωρίς διφωσφονικά θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 4 ως 8 μήνες για περισσότερη ασφάλεια. Ωστόσο, ένας ασθενής με οστεοπόρωση δεν μπορεί μείνει χωρίς θεραπεία για 8 μήνες, μέχρι δηλαδή την ολοκλήρωση της επούλωσης των οστών. Οι Damm και Jones πρότειναν ασφαλείς εναλλακτικές λύσεις με την τροποποίηση της αντιαπορροφητικής αγωγής. Προτεινόμενα σκευάσματα αντικατάστασης των διφωσφονικών πάντα σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό είναι η δenosουμάμπη (*Prolia*), η τεριπαρατιδή. Παρόλα αυτά και οι Damm και Jones επισημαίνουν ότι η στρατηγική διαχείρισης που περιγράφεται στην μελέτη τους βασίζεται σε θεραπευτική υπόθεση, και δεν θα πρέπει να θεωρείται εγκεκριμένη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς χωρίς περαιτέρω έρευνα<sup>121</sup>. Επί του παρόντος, η AAOMS θεωρεί κατάλληλη τη διαδικασία διακοπής των φαρμάκων, όπως αναφέρθηκε από Damm και Jones για ασθενείς "σε κίνδυνο" με ιστορικό παρατεταμένης έκθεσης (> 4 ετών). Ο κίνδυνος όμως από τη μακροχρόνια *per os* θεραπεία με

διφωσφονικά εξακολουθεί να είναι πεδίο έρευνας<sup>109</sup>. Για πιθανή διάγνωση οστεονέκρωσης σε «πρώιμο στάδιο» προτείνεται συχνός οδοντιατρικός έλεγχος και λήψη πανοραμικής ακτινογραφίας κάθε 6-12 μήνες για πιθανά ακτινογραφικά ευρήματα οστεονέκρωσης<sup>122</sup>.

Σε ασυμπτωματικούς ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά per os για λιγότερο από 4 χρόνια και δεν έχουν κλινικούς παράγοντες κινδύνου, δεν απαιτείται καμία τροποποίηση ή καθυστέρηση σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση<sup>123</sup>. Στους ασθενείς που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία αν έχουν λάβει ταυτόχρονα κορτικοστεροειδή ή αντιαγγειογόνα φάρμακα, εφόσον οι συστηματικές συνθήκες το επιτρέπουν, προτείνεται να διακόψουν την αγωγή με τα διφωσφονικά για τουλάχιστον δύο μήνες πριν από την χειρουργική επέμβαση. Η επανέναρξη της αγωγής με τα διφωσφονικά θα πρέπει να ξεκινήσει μετά την οστική επούλωση<sup>109, 124</sup>.

Η διαχείριση των ασθενών που λαμβάνουν ενδοφλέβια διφωσφονικά δεν αναθεωρήθηκε στην Έκθεση AAOMS

2014. Σχετικές προτάσεις έχουν δοθεί στην Έκθεση AAOMS 2009<sup>112</sup> και περιγράφονται παρακάτω.

Κατά τη διάρκεια της αγωγής με ενδοφλέβια χορήγηση διφωσφονικών αντενδείκνυται οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση ή περιοδοντική θεραπεία (εκτός από την αποτρύγωση) ή ορθοδοντική θεραπεία<sup>101, 112</sup>. Επιτρέπονται η τοπική αναισθησία, εμφράξεις, υπερουλική παρασκευή δοντιών και προσθετική αποκατάσταση αυτών, ατραυματική ενδοδοντική θεραπεία<sup>101, 112</sup>. Σε αναγκαία εξαγωγή δοντιού κατά τη διάρκεια της αγωγής προτείνεται η κάλυψη του ασθενούς με ισχυρή αντιβίωση, η διενέργεια της επέμβασης κατά το δυνατόν ατραυματικά, η χρήση μετεγχειρητικά αντιμικροβιακών διαλυμάτων χλωρεξιδίνης και η στενή παρακολούθηση του ασθενούς<sup>101, 111, 125</sup>.

Προληπτικά σε όλες τις ανωτέρω κατηγορίες ασθενών με κίνδυνο ανάπτυξης οστεονέκρωσης προτείνεται η πλήρης σύγκλιση του χειρουργικού πεδίου, που μειώνει αποτελεσματικά αυτόν τον κίνδυνο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**  
**Στάδια και Στρατηγικές Θεραπείας Ασθενών με Οστεονέκρωση**

ΣΤΑΔΙΟ	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
Κατηγορία ασθενών που βρίσκονται σε κίνδυνο (ιστορικό θεραπείας per os ή ενδοφλέβια με διφωσφονικά)	Δεν παρατηρείται εμφανές νεκρωτικό οστό	Ενημέρωση των ασθενών, για πιθανό κίνδυνο ανάπτυξης οστεονέκρωσης, εκμάθηση για αναγνώριση τυχόν συμπτωμάτων. Καμία θεραπεία. Περιοδικός έλεγχος.
<b>0</b> Προστέθηκε με την Έκθεση AAOMS 2009. Ασθενείς που έχουν εκτεθεί σε αντιαπορροφητικό παράγοντα	Κλινικά δεν παρατηρείται νεκρό εκτεθειμένο οστό. Υπάρχουν μη ειδικά κλινικά ευρήματα (κινητικότητα των δοντιών μη σχετιζόμενη με χρόνια περιοδοντική νόσο, περιακρορριζικό ή περιοδοντικό συρίγγιο που δεν σχετίζεται με νέκρωση του πολφού που έχει προκληθεί από τερηδόνα, τραύμα ή αποκαταστάσεις), ακτινολογικές αλλοιώσεις και τα συμπτώματα. Ακτινογραφικά ευρήματα: απώλεια φατνιακού οστού, αλλαγές στο δοκιδώδες, περιοχές με οστεοσκλήρυνση του φατνιακού οστού, πύκνωση του περιοδοντικού συνδέσμου, πιθανές ενδείξεις της νόσου.	Συμπτωματική θεραπεία. Συντηρητική διαχείριση τοπικών παραγόντων (τερηδόνα, περιοδοντική νόσος). Συστηματική διαχείριση (αναλγητικά για το χρόνιο πόνο, έλεγχο της φλεγμονής με αντιβιοτικά). Στενή παρακολούθηση για πιθανή εξέλιξη σε ανώτερο στάδιο, όταν υπάρχουν ακτινογραφικές ενδείξεις.
<b>I</b>	Εκτεθειμένο νεκρωτικό οστό, σε ασθενείς που είναι ασυμπτωματικοί και δεν έχουν ενδείξεις φλεγμονής, πιθανά ακτινογραφικά ευρήματα, όπως αναφέρονται στο στάδιο 0.	Χρήση αντισηπτικού στοματοπλύματος καθημερινά (χλωρεξιδίνη 0,12%). Παρακολούθηση ανά 3 μήνες. Εκπαίδευση ασθενούς και επανεξέταση των ενδείξεων για την συνέχιση της θεραπείας με διφωσφονικά. Δεν είναι απαραίτητη η άμεση χειρουργική θεραπεία.
<b>II</b>	Στην κλινική εικόνα του I σταδίου προστίθεται η λοίμωξη του βλεννογόνου/ιστών και πόνος. Πιθανά ακτινογραφικά ευρήματα όπως αναφέρονται στο στάδιο 0.	Συμπτωματική θεραπεία με από του στόματος αντιβιοτικά για 2 εβδομάδες ή μέχρι να ελεγχθεί η λοίμωξη και ο πόνος. Χρήση αντισηπτικού στοματοπλύματος. Καλλιέργεια των μικροβίων προκειμένου να προσαρμοσθεί αναλόγως το αντιβιοτικό σχήμα. Απομάκρυνση των νεκρών ιστών για την ανακούφιση του ερεθισμού των μαλακών ιστών και τον έλεγχο των λοιμώξεων
<b>III</b>	Εκτεθειμένο και νεκρωτικό οστό, που μπορεί να επεκτείνεται μέχρι το κάτω χείλος της κάτω γνάθου, το ζυγωματικό τόξο ή το ιγμόρειο της άνω γνάθου. Εξωστοματικά συρίγγια, επικοινωνία με ιγμόρειο ή ρινική. Παθολογικό κάταγμα ή οστεόλυση. Έντονος πόνος.	Χρήση αντισηπτικού στοματοπλύματος καθημερινά. Αντιβιοτική θεραπεία και έλεγχο του πόνου. Χειρουργικός καθαρισμός ή ακόμη και εκτομή της γνάθου. Κάλυψη της εκτεθειμένης περιοχής με νάρθηκα
<b>Ανεξάρτητα σταδίου</b>		Αφαίρεση ευκίνητων οστικών απολυμάτων, εξαγωγή των συμπτωματικών δοντιών που βρίσκονται σε υπόστρωμα οστεονέκρωσης.

Διαμορφωμένος βάσει των κατευθυντηρίων γραμμών της Έκθεσης AAOMS -2014

### **Αντιμετώπιση ασθενών με οστεονέκρωση:**

Σκοπός είναι η αναστολή της επέκτασης, η αποδρομή της φλεγμονής και η ανακούφιση των ασθενών από τον πόνο<sup>101, 109, 126</sup>. Σύμφωνα με την AAOMS, η οστεονέκρωση από διφωσφονικά, αφού σταδιοποιηθεί, αντιμετωπίζεται ανάλογα με τη σοβαρότητά της και η θεραπεία είναι κυρίως συντηρητική και συμπτωματική. Δεν υπάρχει ενιαία αποδεκτό πρωτόκολλο. Μετά από τη δημοσίευση της Έκθεσης AAOMS 2009<sup>112</sup> υπήρξαν αρκετές αναφορές για επιτυχή έκβαση της θεραπείας για όλα τα στάδια της οστεονέκρωσης των γνάθων (MRONJ)<sup>127, 128</sup>, ακολουθώντας μία μη επιθετική θεραπευτική προσέγγιση εκτός των περιπτώσεων οστεονέκρωσης σταδίου III της νόσου ή των περιπτώσεων εκείνων για την εξάλειψη των γενεσιουργών αιτιών χειρουργικά<sup>129, 130</sup>. Το τρέχον σύστημα ταξινόμησης της οστεονέκρωσης γνάθου (ONJ) περιλαμβάνει τα στάδια 0-III. Στο στάδιο 0 κλινικά δεν παρατηρείται νεκρό εκτεθειμένο οστό, γεγονός που καθιστά δύσκολη την εντόπιση, σε αντίθεση με τα επόμενα στάδια. Ακτινολογικά και ιστολογικά ευρήματα επιβεβαιώνουν την ύπαρξη οστεονέκρωσης σταδίου 0<sup>131</sup>. **Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι η οστεονέκρωση των γνάθων συνδέεται με ποικίλα φάρμακα πλέον των διφωσφονικών<sup>98, 131</sup> καθώς επίσης ότι οι οδοντικές εξαγωγές δεν αποτελούν το αίτιο της οστεονέκρωσης των γνάθων<sup>132</sup>. Σε ασθενείς με οστεονέκρωση σταδίου 0 κρίθηκε αναγκαία η εξαγωγή δοντιών και χειρουργικού καθαρισμού του οστού, λόγω του κινδύνου μόλυνσης και δυνητικά αυξημένης επέκτασης της οστεονέκρωσης γνάθου.** Η χειρουργική παρέμβαση έγινε μετά τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής για την οστεοπόρωση για 2 μήνες και κάλυψη του ασθενούς με αντιβίωση<sup>133</sup>. Στον πίνακα 3 αναφέρονται τα στάδια και οι στρατηγικές θεραπείας ασθενών με οστεονέκρωση, σύμφωνα με στοιχεία της Έκθεσης AAOMS -2014.

### **2. Οδοντικά εμφυτεύματα**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ο κίνδυνος των διφωσφονικών για την ανάπτυξη οστεονέκρωσης και την αποτυχία οστεοενσωμάτωσης εμφυτεύματος σε ασθενείς που τα λαμβάνουν από του στόματος μπορεί να είναι χαμηλός. Κρίνεται όμως σκόπιμο ακόμα και ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά per os για λιγότερο από 4 χρόνια και δεν έχουν κλινικούς παράγοντες κινδύνου, να ενημερώνονται για πιθανή μακροπρόθεσμη αποτυχία του εμφυτεύματος και κίνδυνο εμφάνισης οστεονέκρωσης, που είναι όμως χαμηλός, εφόσον συνεχίζουν να λαμβάνουν αντιοστεοκλαστική αγωγή. Οι ανησυχίες αυτές βασίζονται σε πρόσφατες μελέτες που έχουν δείξει μακροχρόνια εξασθενημένη σταθερότητα του εμφυτεύματος. Επιπλέον προτείνεται να ενημερωθεί ο ιατρός που έχει χορηγήσει την αγωγή για την παρακολούθηση του ασθενούς και να ληφθεί υπόψη η δυνατότητα εναλλακτικής δοσολογίας του διφωσφονικού, ή διακοπή του φαρμάκου, ή μία εναλλακτική λύση θεραπείας<sup>109, 134</sup>. Ακόμα περισσότερο δεν μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η χειρουργική επέμβαση για την τοποθέτηση εμφυτεύματος είναι ασφαλής σε ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλέβια διφωσφονικά. Σύμφωνα

με τις κατευθυντήριες γραμμές του AAOMS, μέχρι σήμερα κάθε είδους χειρουργική διαδικασία στο φατνιακό οστό σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με ενδοφλέβια χορήγηση διφωσφονικών αντενδείκνυται<sup>112, 135</sup>. Θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να εξεταστεί στο μέλλον ποια η τύχη των εμφυτευμάτων σε ασθενείς που εμφάνισαν οστεοπόρωση μετά την τοποθέτησή τους<sup>136</sup>.

### **3. Ορθοδοντική και διφωσφονικά**

Ορισμένες παράμετροι του ορθοδοντικού σχεδίου θεραπείας, είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη οστεονέκρωσης, όπως η εξαγωγή. Εκτός από τα επιθυμητά αποτελέσματα επί του μεταβολισμού των οστών, τα διφωσφονικά μπορεί να καθυστερήσουν την ανατολή των δοντιών και να αναστείλουν ή εμποδίσουν την ορθοδοντική μετακίνηση των δοντιών. Παρ' όλα αυτά, μελέτες περιπτώσεων δείχνουν ότι η ορθοδοντική θεραπεία είναι εφικτή παρά τη χρήση των διφωσφονικών. Ωστόσο, συνιστάται να αποφεύγεται η ορθοδοντική θεραπεία, εκτός αν αυτό είναι απολύτως ενδεικνυόμενο<sup>137</sup>.

### **4. Λοιπές επιπτώσεις από διφωσφονικά**

Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ως παρενέργειες από την χορήγηση διφωσφονικών αγκυλώσεις των αρθρώσεων κροταφογναθικής, χωρίς να έχει εντοπισθεί κάποιος άλλος προφανής αιτιολογικός παράγοντας<sup>138</sup>.

Η μη χειρουργική ενδοδοντική θεραπεία είναι σχετικά ασφαλής όταν λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης οστεονέκρωσης<sup>139</sup>.

Η γνώση των επιπτώσεων από την χορήγηση διφωσφονικών σε παιδιά είναι περιορισμένη. Υπάρχουν δύο κύριες δυνητικές επιπλοκές: η πιθανότητα οστεονέκρωσης και η καθυστέρηση ανατολής των δοντιών. Οι δυνητικές επιπτώσεις στην ορθοδοντική μετακίνηση των δοντιών παρουσιάζουν επίσης ενδιαφέρον<sup>140</sup>.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ποικίλες επιπτώσεις στο στοματογναθικό σύστημα έχουν συσχετισθεί με την οστεοπόρωση αυτή κάθε αυτή ή την φαρμακευτική θεραπεία της.

Ο οδοντίατρος έχει τη δυνατότητα:

- Να υποπτευθεί την οστεοπόρωση πριν την ανάπτυξη κατάγματος και να παραπέμψει τους ασθενείς αυτούς για περαιτέρω εργαστηριακές εξετάσεις και διάγνωση από τον αρμόδιο ιατρό.

- Να διερευνήσει κατά πόσο η οστεοπόρωση έχει επηρεάσει το στοματογναθικό σύστημα του ασθενούς και να καταρτίσει το κατάλληλο σχέδιο θεραπείας

Οι ασθενείς που λαμβάνουν παρεντερικά χορηγούμενα φάρμακα για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα οδοντιατρικών ασθενών, στους οποίους υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις δεν αντενδείκνυται το μεγαλύτερο μέρος των οδοντιατρικών πράξεων.

Ο οδοντίατρος, έχοντας γνώση αυτών, αφενός μεν μπορεί να συμβάλλει στην πρώιμη διάγνωση της νόσου, αφετέρου δε να αντιμετωπίζει αυτούς τους ασθενείς με αποτελεσματικότητα και ασφάλεια.

## SUMMARY

## Osteoporosis and the dentist

Giannopoulou Angeliki, Zervou-Valvi Flora

*hellenic hospital dentistry 9: 49-65, 2016*

*Osteoporosis is a metabolic bone disorder in which there is a gradual decrease in density and quality of bone, resulting in reduced mechanical strength provoking susceptibility to brittle fracture, a medical problem of enormous socio-economic importance.*

*The aim of this study is to present significant parameters that the dentist must bear in mind in order to follow the right management strategies.*

*Osteoporosis affects stomatognathic system in various ways. It is believed to play a crucial role in bone loss in the jaw, in particular in bone resorption of the alveolar ridge. Also, it seems to be associated with the development of periodontal disease.*

*The dentist coevaluating patient history and clinical and radiographic findings may suspect the existence of osteoporosis and contribute to its early diagnosis. In established osteoporosis he must try to maintain high jaw bone mass via efforts for keeping natural dentition and making appropriate restorations.*

*Drug therapy of osteoporosis also affects stomatognathic system in ways depending on the type of formulation, route and duration of administration. Some compositions, particularly bisphosphonates, have been associated with osteonecrosis of the jaw. The dentist must be aware of the possible complications in order to take the appropriate measures.*

*In conclusion it should be noted that the dentist having knowledge of osteoporosis and its therapy effects on stomatognathic system may contribute to the early diagnosis of disease, and treat such patients appropriately.*

**Key words:** *Osteoporosis; stomatognathic system; osteoporosis effects; osteonecrosis; bisphosphonates.*

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anonymous: Consensus development conference: Diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. *Am J Med* 1993; 94: 646-650.
2. Λυρίτης Γ: Οστεοπόρωση. Μεταβολικά νοσήματα των οστών. 4η έκδοση. Αθήνα. Υλονομή. 1991: 79-123.
3. Pogoda P, Priemel M, Rueger JM, Amling M: Bone remodeling: new aspects of a key process that controls skeletal maintenance and repair. *Osteoporos Int* 2005; 16 Suppl 2: S18-S24.
4. Beil FT, Seitz S, Priemel M, Barvencik F, von Domarus C, Rueger JM et al: Pathophysiology and pathomorphology of osteoporosis. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2008; 34(6): 527-534.
5. Pogoda P, Priemel M, Schilling AF, Gebauer M, Catal-Lehnen P, Barvencik F et al: Mouse models in skeletal physiology and osteoporosis: experiences and data on 14.839 cases from the Hamburg Mouse Archives. *J Bone Miner Metab* 2005; (23): 97-102.
6. Binkley N: Osteoporosis in men. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2006; 50(4): 764-74.
7. Riggs BL, Melton LJ, Robb RA, Camp JJ, Atkinson EJ, McDaniel L et al: A population based assessment of rates of bone loss at multiple skeletal sites: evidence for substantial trabecular bone loss in young adult women and men. *J Bone Miner Res* 2008; 23: 205-214.
8. Κατευθυντήριες γραμμές για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της Οστεοπόρωσης στην Ελλάδα. 2013. Ελληνικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης. [http://heliost.gr/images/ESWTERIKOTEXT/MONOGRAFIA\\_14\\_corrected.pdf](http://heliost.gr/images/ESWTERIKOTEXT/MONOGRAFIA_14_corrected.pdf) όπως εμφανίζεται στις 2/11/2014.
9. WHO Technical Report Series No 843. WHO. Geneva: s.n., 1994. <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=10&codcch=843> όπως εμφανίζεται στις 1/10/14.
10. Οδηγίες Διαγνωστικής και Θεραπευτικής Προσέγγισης της Οστεοπόρωσης. Ελληνικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (ΕΛΙΟΣ). 2012. [http://heliost.gr/images/PROTOCOLS/2012\\_protocol\\_osteoporosis.pdf](http://heliost.gr/images/PROTOCOLS/2012_protocol_osteoporosis.pdf) όπως εμφανίζεται στις 1/10/2014
11. Στεφανόπουλος Δ, Ρίζου Σ, Λυρίτης Γ: Πρόβλεψη καταματικού κινδύνου σε οστεοπορωτικούς ασθενείς. Αθήνα. Ελληνικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (ΕΛΙΟΣ), 2012. [http://heliost.gr/images/ESWTERIKOTEXT/MONOGRAFIA\\_13.pdf](http://heliost.gr/images/ESWTERIKOTEXT/MONOGRAFIA_13.pdf) όπως εμφανίζεται στις 1/10/2014:
12. Chau DL, Edelman SV: Osteoporosis and diabetes. *Clin Diabetes* 2002; 20 (3):153-157.
13. Wolff J: The Law of Bone Remodeling. (translation of the German 1892 edition), Berlin Heidelberg: New York, Springer: 1986.
14. Harold M: A 2003 update of bone physiology and Wolff's Law for clinicians. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1503848> *5 Angle Orthod* 2004; (74)1: 3-15.
15. Atwood DA: Reduction of Residual Ridges: A Major Oral Disease Entity. *J Prosthet Dent* 1971; 26: 266-79.
16. Καρκαζής Η, Λαμπαδάκης Ι: Απορρόφηση των φατνιακών ακρολοφιών κατά τη χρήση ολικών οδοντοστοιχιών. Κεφαλομετρική μελέτη διάρκειας 2 ετών. *Ελλ Στομ Χρον* 1993; (37): 21-28.
17. Atwood DA: Reduction of residual ridges in the partially edentulous patient. Reduction of residual ridges in the partially edentulous patient. *Dent Clin North Am* 1973; 17: 747-54.
18. Tallgren A: The continuing reduction of alveolar residual ridges in complete dentures wearers: a mixed longitudinal study covering 25 years. *J Prosthet Dent* 1972; 27: 120-32.
19. Roberts WE, Simmons KE, Garetto LP, DeCastro RA: Bone physiology and metabolism in dental implantology: risk factors for osteoporosis and other metabolic bone diseases. *Implant Dent* 1992; 1: 11-21.
20. Winter CM, Woelfel JB, Igarashi T: Five-year changes in the edentulous mandible as determined on oblique cephalometric radiographs. *J Dent Res* 1974; (53): 1455-1467.
21. Jonasson G, Kiliaridis S: The association between the masseter muscle, the mandibular alveolar bone mass and thickness in dentate women. *Arch Oral Biol* 2004; (49)12: 1001-1006.
22. Douglas A, Willard C: Clinical, cephalometric, and densitometric study of reduction of residual ridges.

- J Prosthet Dent 1971; (26)3: 280-295.
23. von Wowern N, Kollerup G: Symptomatic osteoporosis a risk factor for residual ridge reduction of the jaws. J Prosthet Dent 1992; (67): 656-660.
  24. Kingsmill VJ: Post-extraction remodelling of the adult mandible. Crit Rev Oral Biol Med 1999; 10(3): 384-404.
  25. Tezal M, Wactawski-Wende J, Grossi SG, Ho AW, Dunford R, Genco RJ: The relationship between bone mineral density and periodontitis in postmenopausal women. J Periodontol 2000; 1492-1498.
  26. Payne JB, Reinhardt RA, Nummikoski PV, Patil KD: Longitudinal alveolar bone loss in postmenopausal osteoporotic/osteopenic women. Osteoporos Int 1999; (10): 34-40.
  27. Mundy GR: Cellular and molecular regulation of bone turnover. Bone 1999; 24(5): 35-38.
  28. Gümüş P, Buduneli E, Biyikoglu B, Aksu K, Saraç F, Buduneli N, et al: Gingival crevicular fluid and serum levels of APRIL, BAFF and TNF-alpha in rheumatoid arthritis and osteoporosis patients with periodontal disease. Arch Oral Biol 2013; 58(10): 1302-1308.
  29. Wactawski-Wende J: Periodontal diseases and osteoporosis: Association and mechanisms. Ann Periodontol 2001; 6(1): 197-208.
  30. Darcey J, Devlin H, Lai D, Walsh T, Southern H, Marjanovic E, et al: An observational study to assess the association between osteoporosis and periodontal disease. Br Dent J 2013; 215(12): 617-621.
  31. Kornman KS: Mapping the pathogenesis of periodontitis: a new look. J Periodontol 2008; (79): 1560-1568.
  32. Van Dyke, Thomas E: The management of inflammation in periodontal disease. J Periodontol 2008; 79(8): 1601-1608.
  33. Δερέκα Ξ: Συσχέτιση μεταξύ οστεοπόρωσης και περιοδοντίτιδας. Περιοδοντολογικά Ανάλεκτα 2009; 20:115-133.
  34. Chesnut III, Charles H: The relationship between skeletal and oral bone mineral density: an overview. Ann Periodontol 2001; 6(1): 193-196.
  35. Krall EA: The periodontal-systemic connection: implications for treatment of patients with osteoporosis and periodontal disease. Ann Periodontol 2001; 6(1): 209-213.
  36. Amar S, Han X: The impact of periodontal infection on systemic diseases. Med Sci Monit 2003; (9): RA291-9.
  37. Yun TJ, Tallquist MD, Aicher A, Rafferty KL, Marshall AJ, Moon JJ, et al: Osteoprotegerin, a crucial regulator of bone metabolism, also regulates B cell development and function. J Immunol 2001; 166: 1482-1491.
  38. Cochran D. L: Inflammation and bone loss in periodontal disease. J Periodontol 2008; 79: 1569-1576.
  39. Bell NH: RANK ligand and the regulation of skeletal remodelling. J Clin Invest 2003; 111: 1120-1122.
  40. Cochran DL: Inflammation and bone loss in periodontal disease. J Periodontol 2008; 79(8): 1569-76.
  41. Liu BU, Wu PW, Bringham R, Wang JT: Estrogen inhibition of PTH-stimulated osteoclast formation and attachment in vitro: involvement of both PKA and PKC. Endocrinology 2002; 143 (2): 627-635.
  42. Eghbali-Fatourehchi G, Khosla S, Sanyal A, Boyle WJ, Lacey DL, Riggs BL: Role of RANK ligand in mediating increased bone resorption in early postmenopausal women. J Clin Invest 2003; 111: 1120-1122.
  43. Saika M., Inoue D, Kido S, Matsumoto T: 17beta-estradiol stimulates expression of osteoprotegerin by a mouse stromal cell line, ST-2, via estrogen receptor-alpha. Endocrinology 2001; 142: 2205-2212.
  44. Kitazawa R, Kimble R B, Vannice J L, Kung V T, Pacifici R: Interleukin-1 receptor antagonist and tumor necrosis factor binding protein decrease osteoclast formation and bone resorption in ovariectomized mice. J Clin Invest 1994; (94)6: 2397-2406.
  45. Bismar H, Diel I, Ziegler R, Pfeilschifter J: Increased cytokine secretion by human bone marrow cells after menopause or discontinuation of estrogen replacement. J Clin Endocrinol Metab 1995; (80)11: 3351-3355.
  46. Ershier W, William B., Wen H. Sun, Neil Binkley: The role of interleukin-6 in certain age-related diseases. Drugs & Aging 1994; (5)5: 358-365.
  47. Bonafè M, Olivieri F, Cavallone L, Giovagnetti S, Mayegiani F, Cardelli M et al: A gender-dependent genetic predisposition to produce high levels of IL-6 is detrimental for longevity. Eur J Immunol 2001; (31)8: 2357-2361.
  48. Gümüş P, Buduneli E, Biyikoglu B, Aksu K, Saraç F, Nile C et al: Gingival crevicular fluid, serum levels of receptor activator of nuclear factor-κB ligand, osteoprotegerin, and interleukin-17 in patients with rheumatoid arthritis and osteoporosis and with periodontal disease. J Periodontol 2013; 84(11): 1627-37.
  49. Keller ET, Binkley NC, Stebler BA, Hall DM, Johnston GM, Zhang J et al: Ovariectomy does not induce osteopenia through interleukin-6 in rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). Bone 2000; (26): 55-62.
  50. Fujita S, Kikuchi T, Sobue T, Suzuki M, Koide M, Noguchi T: Lipopolysaccharide-mediated enhancement of bone metabolism in estrogen-deficient mice. J Periodontol 2008; (79): 2173-2181.
  51. Morishita M, Miyagi M, Iwamoto Y: Effects of sex hormones on production of interleukin-1 by human peripheral monocytes. J Periodontol 1999; (70): 757-760.
  52. Medh RD, Thompson EB: Hormonal regulation of physiological cell turnover and apoptosis. Cell Tissue Res 2000; 301 (1): 101 - 24.
  53. Jeffcoat MK, Chestnut CH: 3rd Systemic osteoporosis and oral bone loss: evidence shows increased risk factors. J Am Dent Assoc 1993; 124: 49-56.
  54. Chesnut CH: The relationship between skeletal and oral bone mineral density: An overview. Ann Periodontol 2001; 6(1): 193-196.
  55. Pepelassi E, Nicopoulou-Karayianni K, Archontopoulou AD, Mitsea A, Kavadella A, Tsiklakis K et al: The relationship between osteoporosis and periodontitis in women aged 45-70 years. Oral Diseases 2012; 18: 353-359.
  56. Darcey J, Devlin H, Lai D, Walsh T, Southern H, Marjanovic E et al: An observational study to assess the association between osteoporosis and periodontal disease. Dent J 2013; 215(12): 617-21.
  57. Devlin H: Identification of the risk for osteoporosis in dental patients. Dent Clin North Am 2012; 56(4): 847-861.
  58. Kanis J, Johnell O, Gullberg B, Allander E, Eilffors L, Ranstam J et al: Risk factors for hip fracture in men from Southern Europe: the MEDOS study. Osteoporos Int 1999; 9: 45-54.
  59. Friendlander A.H: The physiology, medical management and oral implicationw of menopause. JADA 2002; 133 (1): 73-81.
  60. Von Wowern N: General and oral aspects of osteoporosis- a review. Clin Oral Invest 2001; (5): 71-82.
  61. Geurs N C: Osteoporosis and periodontal disease. Periodontology 2000 2007; 44 (1): 29-43.
  62. Nakamoto T, Taguchi A, Ohtsuka M, Suei Y, Fujita M,



- Tanimoto K et al: Dental panoramic radiograph as a tool to detect postmenopausal women with low bone mineral density: untrained general dental practitioners diagnostic performance. *Osteoporos Int* 2003; 14(8): 659-664.
63. Taguchi A, Ohtsuka M, Tsuda M, Nakamoto T, Kodama I, Inagaki K, et al : Risk of vertebral osteoporosis in postmenopausal women with alterations of the mandible. *Dentomaxillofac Radiol* 2007; 36(3): 143-148.
  64. Kavitha MS, Asano A, Taguchi A, Kurita T, Sanada M: Diagnosis of osteoporosis from dental panoramic radiographs using the support vector machine method in a computer-aided system. *BMC Med Imaging* 2012; 16(12): 1.
  65. Muramatsu C, Matsumoto T, Hayashi T, Hara T, Katsumata A, Zhou X, et al: Automated measurement of mandibular cortical width on dental panoramic radiographs. *Int J Comput Assist Radiol Surg* 2013; 8 (6): 877-85.
  66. Taguchi A, Tsuda M, Ohtsuka M, Kodama I, Sanada M, Nakamoto T et al: Use of dental panoramic radiographs in identifying younger postmenopausal women with osteoporosis. *Osteoporos Int* 2006; (17)3: 387-394.
  67. Jonasson G, Bankvall G, Kiliaridis S: Estimation of skeletal bone mineral density by means of the trabecular pattern of the alveolar bone, its interdental thickness, and the bone mass of the mandible. *Oral Surg* 2001; 92(3): 346-619.
  68. Pothuau L, Carceller P, Hans D: Correlations between grey-level variations in 2D projection images (TBS) and 3D microarchitecture: applications in the study of human trabecular bone microarchitecture. *Bone* 2008;42(4): 775-87.
  69. Roberts MG, Graham J, Devlin H: Image Texture in Dental Panoramic Radiographs as a Potential Biomarker of Osteoporosis. *IEEE T Bio-Med Eng* 2013; 60(9): 2384-92.
  70. Groen J, Duyvensz F, Halsted JA: Diffuse alveolar atrophy of the jaw (non-inflammatory form of paradental disease) and pre-senile osteoporosis. *Gerontol Clin* 1960; 2: 68-86.
  71. Taguchi A: Triage screening for osteoporosis in dental clinics using panoramic radiographs-A Review. *Oral Dis* 2010; 16:316-27.
  72. Graham J: Detecting low bone mineral density from dental radiographs: a mini-review. *Clin Cases. Miner Bone Metab* 2015; 12(2): 178-182.
  73. Lee K, Taguchi A, Ishii K, Suei Y, Fujita M, Nakamoto T et al: Visual assessment of the mandibular cortex on panoramic radiographs to identify postmenopausal women with low bone mineral densities? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 226-231.
  74. Geary S, Selvi F, Chuang SK, August M: Identifying dental panoramic radiograph features for the screening of low bone mass in postmenopausal women. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015; 44(3): 395-9.
  75. Devlin CV, Horner K, Devlin H: Variability in measurement of radiomorphometric indices by general dental practitioners. *Dentomaxillofac Rad* 2001; 30(2): 120-5.
  76. Arifin AZ, Asano A, Taguchi A, Nakamoto T, Ohtsuka M, Tsuda M, et al: Computer-aided system for measuring the mandibular cortical width on dental panoramic radiographs in identifying postmenopausal women with low bone mineral density. *Osteoporos Int* 2006; 17: 753-759.
  77. Οδοντιατρική διάγνωση της Οστεοπόρωσης! 2007. Εφημερίδα «ΤΟ ΒΗΜΑ» <http://www.tovima.gr/science/article/?aid=179806> όπως εμφανίζεται στις 2/11/2014
  78. Horner K, Allen P, Graham J, Jacobs R, Boonen S, Pavitt S et al: The relationship between the OSTEODENT index and hip fracture risk assessment using FRAX. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2010; 110(2): 243-9.
  79. Devlin H, Allen PD, Graham J, Jacobs R, Karayianni K, Lindh C et al: Automated osteoporosis risk assessment by dentists: a new pathway to diagnosis. *Bone* 2007; 40(4): 835-42.
  80. Devlin H, Karayianni K, Mitsea A, Jacobs R, Lindh C, van der Stelt P, et al: Diagnosing osteoporosis by using dental panoramic radiographs: the OSTEODENT project. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology* 2007; 104(6): 821-828.
  81. Devlin H, Allen P, Graham J, Jacobs R, Nicopoulou-Karayianni K, Lindh C et al: The role of the dental surgeon in detecting osteoporosis: the OSTEODENT study. *Br Dent J* 2008; 204(10): E16-E16.
  82. Karayianni K, Horner K, Mitsea A, Berkas L, Mastoris M, Jacobs R et al: Accuracy in osteoporosis diagnosis of a combination of mandibular cortical width measurement on dental panoramic radiographs and a clinical risk index (OSIRIS): the OSTEODENT project. *Bone* 2007; 40(1): 223-9.
  83. Lindh C, Horner K, Jonasson G, Olsson P, Rohlin M, Jacobs R et al: The use of visual assessment of dental radiographs for identifying women at risk of having osteoporosis: the OSTEODENT project. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106: 285-93.
  84. Nackaerts O, Jacobs R, Devlin H, Pavitt S, Bleyen E, Yan B et al: Osteoporosis detection using intraoral densitometry. *Dentomaxillofac Radiol* 2008; 37(5): 282-7.
  85. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(2): 81-92.
  86. Meurman JH, Hamalainen P: Oral health and morbidity: implications of oral infections on the elderly. *Gerodontology* 2006; 23(1): 3-16.
  87. Scannapieco FA, Mylotte JM: Relationships between periodontal diseases and bacterial pneumonia. *J Periodonto* 1996; 67(10): 1114-1122.
  88. Sumi Y, Miura H, Nagaya M, Michiwaki Y, Uematsu H: Colonisation on the tongue surface by respiratory pathogens in residents of a nursing home: a pilot study. *Gerodontology* 2006; 23(1)55-59.
  89. Portillo GM: Oral manifestations and dental treatment in menopause. *Med Oral* 2002; 7: 31-5.
  90. Lopez BC, Perez MG Soriano YJ: Dental considerations in pregnancy and menopause. *J Clin Exp Dent* 2011; 3: 35-44.
  91. Agha-Hosseini F, Mirzaii-Dizgah I, Moghaddam PP, Akrad ZT: Stimulated whole salivary flow rate and composition in menopausal women with oral dryness feeling. *Oral Dis* 2007; 13(3): 320-3.
  92. Von Wowern N: General and oral aspects of osteoporosis- a review. General and oral aspects of osteoporosis- a review. *Clin Oral Invest* 2001; (5): 71-82.
  93. Ellisworth K: Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *J Prosthet Dent* 2003; (90)3: 213-219.
  94. Hohlweg-Majert B, Schmelzeisen SR, Pfeiffer SBM, Schneider E: Significance of osteoporosis in craniomaxillofacial surgery: a review of the literature. *Osteoporos Int* 2006; 17: 167-179.
  95. Καραγιάννης Α, Μητσέα Α, Νικολοπούλου Καραγιάννη Κ: Αποτελεί η μετεμμηνοπαυσιακή οστεοπόρωση παρά-

- γοντα κινδύνου για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων? Στοματολογία 2006; 63(1): 3-17.
96. Κάρτσου Β, Seamanduras Α, Κοο Σ, Ζάβρας Α: Επιπτώσεις της χρήσης διφωσφονικών στην οδοντιατρική. Περιοδοντολογικά Ανάλεκτα 2009; 20: (9)1-15.
  97. Neuprez Α, Rompen Ε, Crielaard JM, Reginster JY: Teriparatide therapy for denosumab-induced osteonecrosis of the jaw in a male osteoporotic patient. Calcif Tissue Int 2014; 95(1): 94-6.
  98. Surgeons, American Association of Oral and Maxillofacial. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw 2014 Update. [http://www.aaoms.org/docs/govt\\_affairs/advocacy\\_white\\_papers/mronj\\_position\\_paper.pdf](http://www.aaoms.org/docs/govt_affairs/advocacy_white_papers/mronj_position_paper.pdf) όπως εμφανίζεται στις 14/10/2014.
  99. Κυργίδης Α, Αντωνιάδης Κ: Οστεονέκρωση των γνάθων από διφωσφονικά: ανασκόπηση των νεώτερων δεδομένων και προτεινόμενα πρωτόκολλα αντιμετώπισης βασισμένα σε τεκμηρίωση. Αρχ Ελλ Στομ Γναθοπροσωπ Χειρ 2009; 1: 3-14.
  100. Ηλιάδης Α, Ναλμπάντης Δ, Νταμπαράκης Ν: Τα διφωσφονικά στη θεραπεία της οστεοπόρωσης. Στομα 2011; 39: 133-142.
  101. Νικητάκης Ν, Καμπέρος Γ, Σκλαβούνου Α: Οστεονέκρωση των γνάθων προκαλούμενη από διφωσφονικά. Πρόληψη και αντιμετώπιση. Αρχ Ελλ Ιατρ 2009; 26(5): 583-592.
  102. Woodward JK, Coleman RE, Hoken I: Preclinical evidence for the effect of bisphosphonates and cytotoxic drugs on tumor cell invasion. Anti-Cancer Drugs 2005; 16: 11-9.
  103. Marx RE: Pamidronate (Aredia) and Zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 2003; 61: 1115-7.
  104. Shetty K, Bouquot J: Residual (ghost) sockets in bisphosphonate use: evidence of poor healing and slow bone turnover. Gen Dent 2009; 57: 130-135.
  105. Aguirre JI, Altman MK, Vanegas SM, Franz SE, Bassit AC, Wronski TJ: Effects of alendronate on bone healing after tooth extraction in rats. Oral Diseases 2010; 16(7): 674-685.
  106. Migliorati CA, Mattos K, Palazzolo MJ: How patients' lack of knowledge about oral bisphosphonates can interfere with medical and dental care. J Am Dent Assoc 2010; 141(5):562-6.
  107. Chamizo C E, Gallego F A, Loza S E, Herrero O A, Rosario MP: Systematic literature review of bisphosphonates and osteonecrosis of the jaw in patients with osteoporosis. Reumatol Clin 2013; 9(3): 172-7.
  108. Ruggiero S, Gralow J, Marx RE, Hoff AO, Schubert MM, Huryh JM et al: Practical Guidelines for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Osteonecrosis of the Jaw in Patients With Cancer. J Oncol Pract 2006; 2: 7-14.
  109. Tsao C, Darby I, Ebeling PR, Walsh K, O'Brien-Simpson N, Reynolds E et al: Oral health risk factors for bisphosphonate-associated jaw osteonecrosis. J Oral Maxillofac Surg 2013; 71(8): 1360-6.
  110. Patel V, McLeod NM, Rogers SN, Brennan PA: Bisphosphonate osteonecrosis of the jaw: a literature review of UK policies versus international policies on bisphosphonates, risk factors and prevention. Br J Oral Maxillofac Surg 2011; 49: 251-7.
  111. Μελακόπουλος Ι, Πατρίκιου Α: Αντιμετώπιση από τον οδοντίατρο ασθενών που παίρνουν διφωσφονικά. Στοματολογία 2008; 65(1): 3-12.
  112. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw 2009, [https://www.aub.edu.lb/fm/cmop/downloads/bonj\\_aaoms\\_statement.pdf](https://www.aub.edu.lb/fm/cmop/downloads/bonj_aaoms_statement.pdf), όπως εμφανίζεται στις 10/10/2014
  113. Ηλιάδης Α, Ναλμπάντης Δ, Νταμπαράκης Ν: Τα διφωσφονικά στη θεραπεία της οστεοπόρωσης. Στομα 2011; 39:133-142.
  114. Hellstein JW, Adler RA, Edwards B, Jacobsen PL, Kalmar JR, Koka S et al: Managing the care of patients receiving antiresorptive therapy for prevention and treatment of osteoporosis: executive summary of recommendations from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc 2011; 142(11): 1243-51.
  115. Dimopoulos MA, Kastritis E, Bamia C, Melakopoulos I, Gika D, Roussou M, et al: Reduction of osteonecrosis of the jaw (ONJ) after implementation of preventive measures in patients with multiple myeloma treated with zoledronic acid. Ann Oncol 2009; 20: 117-20.
  116. Kunchur R, Need A, Hughes T, Goss A: Clinical investigation of C-terminal cross-linking telopeptide test in prevention and management of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws. J Oral Maxillofac Surg 2009; 67: 1167-1173.
  117. Bagan JV, Jiménez Y, Gómez D, Sirera R, Poveda R, Scully C: Collagen telopeptide (serum CTX) and its relationship with the size and number of lesions in osteonecrosis of the jaws in cancer patients on intravenous bisphosphonates. Oral Oncol 2008; 44: 1088-9.
  118. Fleisher KE, Welch G, Kottal S, Craig RG, Saxena D, Glickman RS: Predicting risk for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: CTX versus radiographic markers. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2010; 110: 509-16.
  119. Kunchur R, Need A, Hughes T, Goss A: Clinical investigation of C-terminal cross-linking telopeptide test in prevention and management of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaws. J Oral Maxillofac Surg 2009; 67: 1167-1173.
  120. Migliorati C, Saunders D, Conlon M, Ingstad H, Vaagen P: Assessing the association between bisphosphonate exposure and delayed mucosal healing after tooth extraction. J Am Dent Assoc 2013; 144: 406-14.
  121. Damm DD, Jones DM: Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a potential alternative to drug holidays. Gen Dent 2013; 61: 33-8.
  122. Rosella D, Papi P, Giardino R, Cicalini E, Piccoli L, Pompa G: Medication-related osteonecrosis of the jaw: Clinical and practical guidelines. J Int Soc Prev Community Dent 2016; 6(2): 97-104.
  123. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B et al: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw 2014 Update. J Oral Maxillofac Surg 2014; (72) 10: 1938-1956.
  124. Fliedel R, Tröltzsch M, Kühnisch J, Ehrenfeld M, Otto S: Treatment strategies and outcomes of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ) with characterization of patients: a systematic review. Int J Oral Maxillofac Surg 2015; 44(5): 568-585.
  125. Khosla S, Burr D, Cauley J, Dempster DW, Ebeling PT, Felsenberg et al: Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: Report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. J Bone Miner Res 2007; 22: 1479-1491.
  126. Migliorati CA, Schubert MM, Peterson DE, Seneda LM: Bisphosphonate-associated osteonecrosis of mandibular

- and maxillary bone: An emerging oral complication of supportive cancer therapy. *Cancer* 2005; 104: 83-93.
127. Ferlito S, Puzzo S, Palermo F, Verzi P: Treatment of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: presentation of a protocol and an observational longitudinal study of an Italian series of cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2012; 50:425-9
128. Wutzl A, Biedermann E, Wanschitz F: Treatment results of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. *Head Neck* 2008; 30: 1224-30.
129. Graziani F, Vescovi P, Campisi G, Favia G, Gabriele M, Gaeta GM et al: Resective surgical approach shows a high performance in the management of advanced cases of bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws: a retrospective survey of 347 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70(11): 2501-7.
130. Stockmann P, Vairaktaris E, Wehrhan F, SEISS M, Schwarz S, Spriewald B et al.: Osteotomy and primary wound closure in bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: a prospective clinical study with 12 months follow-up. *Support Care Cancer* 2010; 18: 449-60.
131. Nicolatou-Galitis O, Galiti D, Moschogianni M, Sachanas S, Edwards BJ, Migliorati CA et al: Osteonecrosis of the jaw in a patient with acute myeloid leukemia, who received azacitidine. *J Cancer Metasta Treat* 2016; 2: 220-3.
132. Nicolatou-Galitis O, Razis E, Galiti D, Galitis E, Labropoulos S, Tsimpidakis A et al. Periodontal disease preceding osteonecrosis of the jaw (ONJ) in cancer patients receiving antiresorptives alone or combined with targeted therapies: report of 5 cases and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio* 2015; 120: 699-706.
133. Aghaloo TL, Dry SM, Mallaya S, Tetradis S: Stage 0 Osteonecrosis of the Jaw (ONJ) in a Patient on Denosumab. *J Oral Maxillofac Surg* 2014; 72(4): 7027-16.
134. Kim I, Ki H, Lee W, Kim H, Park JB: The effect of systemically administered bisphosphonates on bony healing after tooth extraction and osseointegration of dental implants in the rabbit maxilla. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2013; 28(5): 1194-200.
135. Ferlito S, Liardo C, Puzzo S: Bisphosphonates and dental implants: a case report and a brief review of literature. *Minerva Stomatol* 2011; 60(1-2): 75-81.
136. Mulligan R, Sobel S: Osteoporosis: diagnostic testing, interpretation and correlations with oral health - implications for dentistry. *Dent Clin North Am* 2005; 49: 463-484.
137. Poelmans S, Carels CE: The impact of bisphosphonates on orthodontic treatment. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2012; 119 (4): 186-90.
138. Hammarfjord O, Stassen LF: Bisphosphonate therapy and ankylosis of the temporomandibular joint: is there a relationship. A case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2014; 118(3): e68-70.
139. Moinzadeh AT, Shemesh H, Neiryneck NA, Aubert C, Wesselink PR: Bisphosphonates and their clinical implications in endodontic therapy. *Int Endod J* 2013; 46(5): 391-8.
140. Bhatt RN, Hibbert SA, Munns CF: The use of bisphosphonates in children: review of the literature and guidelines for dental management. *Aust Dent J* 2014; 59(1): 9-19.

**Διεύθυνση για επικοινωνία:***Αγγελική Γιαννοπούλου**Δημοκρίτου 6, Τ.Κ. 10671, Αθήνα**τηλ. 6936982333**email: a.tsironi@yahoo.gr*



# Οικονομική κρίση και δικαίωμα στην υγεία. Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

## Μπογοσιάν Ευαγγελία

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της έννοιας του δικαιώματος στην υγεία, ως συνταγματικού, ατομικού και κοινωνικού δικαιώματος, των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτό την περίοδο 2010-2014, καθώς και της προσέγγισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για την προστασία των δικαιωμάτων σε περιόδους κρίσεων.

Στη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων πλήττονται τα ανθρώπινα δικαιώματα και ειδικότερα το δικαίωμα στην υγεία. Ιδιαίτερα πλήττονται τα δικαιώματα των αδύναμων και ευπαθών κοινωνικά ομάδων.

Στη χώρα μας η παρούσα οικονομική κρίση έπληξε το σύστημα υγείας και επιδείνωσε την υγεία των ανθρώπων. Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν επηρέασαν τη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών με μακροπρόθεσμες συνέπειες, προκάλεσαν αύξηση όλων των δεικτών παιδικής θνησιμότητας, αύξηση των ψυχικών παθήσεων και ιδιαίτερα της κατάθλιψης και αύξηση των αυτοκτονιών. Οδήγησαν σε αύξηση των λοιμωδών νοσημάτων. Μείωσαν τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, τηναποδεκτότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και έπληξαν την υγεία ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα.

Η προσέγγιση της κρίσης από τη σκοπιά των ανθρωπίνων δικαιωμάτων προσπαθώντας να ενσωματώσει τους κανόνες και τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη διαδικασία εφαρμογής κοινωνικο-οικονομικών πολιτικών υποστηρίζει την άποψη ότι, ακόμα και σε συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας, οι προσπάθειες αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης πρέπει να έχουν στο επίκεντρο τους την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 9: 67-80, 2016

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων αφενός μεν αυξάνονται οι ανάγκες των ανθρώπων για υπηρεσίες υγείας, λόγω της ανεργίας, της μείωσης των εισοδημάτων, της αύξησης των χρεών και αφετέρου δυσκολεύεται η πρόσβαση τους σε αυτές λόγω της πίεσης που δέχονται τα συστήματα υγείας από τη μείωση της χρηματοδότησης. Από τις κρίσεις του προηγούμενου αιώνα είναι διαπιστωμένο ότι οι οικονομικές κρίσεις πλήττουν

**Λέξεις κλειδιά:** οικονομική κρίση, ανθρώπινα δικαιώματα, δικαίωμα στην υγεία, κοινωνικό κράτος, προσέγγιση ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Διευθύντρια Οδοντιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, MA in Bioethics

Ίδρυμα προέλευσης: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου.

την υγεία. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται και από την πρόσφατη οικονομική κρίση. Οι κρίσεις επηρεάζουν τα συστήματα υγείας λόγω της δημοσιονομικής πίεσης και του περιορισμού των πόρων προς αυτά, ακριβώς τη στιγμή που οι άνθρωποι προσπαθούν να στηριχτούν στις δημόσια χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας<sup>1-4</sup>. Πρωτίστως πλήττονται οι αδύναμοι και οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Ο τρόπος αντιμετώπισης των κρίσεων, οι πολιτικές χρηματοδότησης για την υγεία και τα μέτρα κοινωνικής προστασίας που εφαρμόζονται, είναι ζωτικής σημασίας για την αύξηση της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας, μπορεί να επιδεινώσουν ή να αμβλύνουν την απειλή που συνιστά η οικονομική κρίση για την υγεία και μπορεί να μετριάσουν τις δυσμενείς συνέπειες της ιδιαίτερα στις πιο ευάλωτες ομάδες<sup>5-7</sup>. Οι οικονομικές κρίσεις αυξάνουν τη συχνότητα των ψυχικών νοσημάτων και των αυτοκτονιών και γενικότερα τη νοσηρότητα και θνητότητα του πληθυσμού που επηρεάζουν. Έτσι σε περιόδους κρίσεων παρατηρείται αύ-

ξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, από λοιμώξεις του αναπνευστικού, ηπατικά νοσήματα αυτοκτονίες και ανθρωποκτονίες. Επίσης αυξάνεται η βρεφική θνησιμότητα<sup>8-13</sup>. Στις θετικές επιδράσεις στην υγεία στη διάρκεια οικονομικών κρίσεων, έχουν καταγραφεί η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων, λόγω μείωσης των μετακινήσεων, καθώς και η ελάττωση επιβλαβών συνηθειών για την υγεία, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών<sup>6, 14</sup>.

Την περίοδο 2010-2014 εφαρμόστηκε στην Ελλάδα ένα πρόγραμμα περικοπών στον τομέα της υγείας, με σκοπό τη ραγδαία και δραστική περικοπή των δαπανών από το 9% στο 6% του ΑΕΠ<sup>4, 15</sup>. Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 26% από το 2009 έως το 2011 και το προσωπικό τους μειώθηκε, παρά την αύξηση στη ζήτηση υπηρεσιών την ίδια περίοδο<sup>16</sup>, με αποτέλεσμα την αύξηση του φόρτου εργασίας του προσωπικού τους, του χρόνου αναμονής των ασθενών και του κινδύνου ανάπτυξης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων<sup>17</sup>. Οι πολιτικές μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης (από 4.37 δις το 2010 σε 2.88 το 2012 και 2 δις το 2014) που εφαρμόστηκαν, σε συνδυασμό με την οικονομική δυσχέρεια και τη μείωση των εισοδημάτων, μείωσαν την πρόσβαση στο φάρμακο<sup>15</sup>.

Με την αύξηση προηγούμενων χρεώσεων και τη δημιουργία νέων, σημαντικό μέρος του κόστους των υπηρεσιών υγείας μετατοπίστηκε στους ασθενείς, προκαλώντας μείωση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας. Το κόστος εξέτασης στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων αυξήθηκε από 3 σε 5 ευρώ το 2011, η εισφορά για βασικά φάρμακα αυξήθηκε, προστέθηκε η χρέωση 1 ευρώ ανά συνταγή, ενώ αυξήθηκε η χρέωση της τηλεφωνικής κλήσης για προγραμματισμό ραντεβού<sup>16</sup>.

Η αύξηση της ανεργίας, το υψηλό ποσοστό ανασφάλιστης εργασίας<sup>18</sup> και το μεγάλο ποσοστό ελεύθερων επαγγελματιών που λόγω αδυναμίας πληρωμής των ασφαλιστικών τους ταμείων έχασαν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα, είχαν ως συνέπεια ο αριθμός των ανασφάλιστων, που απώλεσαν το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας να φτάσει στα 2.500.000<sup>19</sup>. Μεγάλος αριθμός ανθρώπων ανέφερε ότι δεν ικανοποιεί βασικές ιατρικές του ανάγκες το 2011 σε σχέση με 2007. Οι άνθρωποι ανέφεραν αδυναμία να πληρώσουν για την ιατρική τους φροντίδα, ή να έχουν πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας<sup>15</sup>. Σύμφωνα με τους Γιατρούς του Κόσμου, είναι σταθερά αυξανόμενος ο αριθμός των Ελλήνων πολιτών που καταφεύγει στα ιατρεία τους για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα<sup>20</sup>.

Τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας για τους χρήστες ουσιών υπέστησαν μεγάλες περικοπές, με αποτέλεσμα τη δραματική αύξηση των νέων κρουσμάτων HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών (από 15 το 2009 σε 484 το 2012)<sup>4</sup>, ενώ επανεμφανίστηκε η ελονοσία σε ορισμένες περιοχές της χώρας, για πρώτη φορά μετά από 40 χρόνια<sup>4, 5</sup>.

Η κατάσταση που δημιουργήθηκε οδήγησε σε μαζική μετανάστευση επιστημόνων υγείας σε άλλες χώρες. Πρόκειται για μετανάστευση υψηλά εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού, για την εκπαίδευση του οποί-

ου δαπανήθηκαν σημαντικοί δημόσιοι πόροι<sup>16</sup>.

Στο παραπάνω αναφερόμενο πλαίσιο, την περίοδο 2010-2014 επιδεινώθηκε η υγεία των Ελλήνων. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυξήθηκαν τα ποσοστά μείζονος κατάθλιψης από 3,3% το 2008 σε 8,2% το 2011. Ευρήματα μελέτης αναφέρουν αύξηση κατά 36% του αριθμού των ανθρώπων που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν το 2011 σε σχέση με το 2009, με αυξημένες πιθανότητες για εκείνους που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες<sup>21</sup>. Σύμφωνα με άλλη μελέτη οι θάνατοι από αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί σημαντικά μεταξύ 2007 και 2011. Αξίζει να σημειωθεί η στατιστικά σημαντική αύξηση των θανάτων που αντιστοιχούσε στην εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων λιτότητας<sup>22</sup>, καθώς και το γεγονός ότι πάνω από το 60% των αυτοχειρών ήταν άνεργοι<sup>23</sup>. Άλλη μελέτη καταλήγει ότι οι πολιτικές λιτότητας, η υψηλή ανεργία και η αρνητική ανάπτυξη προκαλούν σημαντική αύξηση των ποσοστών αυτοκτονίας στην Ελλάδα. Τα μέτρα λιτότητας έχουν μεγαλύτερη επίδραση στους άνδρες και στις ηλικίες 45-89 ετών, όπου αυξάνονται σημαντικά τα ποσοστά αυτοκτονίας<sup>4, 24</sup>.

Η σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών της Ελλάδας επηρεάστηκε από την κρίση. Το 2012 ο ΟΗΕ με αναφορά του τόνισε ότι: «Το δικαίωμα στην υγεία και η πρόσβαση στην υγεία δεν είναι σεβαστά για τα παιδιά στην Ελλάδα»<sup>25</sup>. Η κοινωνικοοικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά την ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων, αφενός εξασθενώντας τους παράγοντες που την προστατεύουν και αφετέρου αυξάνοντας τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών<sup>26</sup>.

Μεταξύ 2008 και 2010 καταγράφηκε αύξηση 19% του αριθμού των βρεφών με χαμηλό βάρος γέννησης. Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας ανέφερε αύξηση των θνησιγενών βρεφών κατά 21% μεταξύ 2008 και 2011, που αποδόθηκε σε μειωμένη πρόσβαση των γυναικών σε υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας. Η επί μακρόν πτώση της βρεφικής θνησιμότητας έχει αντιστραφεί, αυξανόμενο κατά 43% μεταξύ 2008 και 2010, με αύξηση τόσο στους νεογνικούς, όσο και στους μετανεογνικούς θανάτους<sup>15</sup>. Από το 2012 σημειώνεται αύξηση και στους τρεις δείκτες παιδικής θνησιμότητας (νεογνικής, βρεφικής και παιδικής) και για πρώτη φορά μετά το 1931 σημειώνεται αρνητικοποίηση του δείκτη γεννήσεων-θανάτων<sup>23</sup>.

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της έννοιας του δικαιώματος στην υγεία, ως συνταγματικού, ατομικού και κοινωνικού δικαιώματος, των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σε αυτό την περίοδο 2010-2014, καθώς και της προσέγγισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για την προστασία των δικαιωμάτων σε περιόδους κρίσεων.

### **H ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ**

Ως θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα ορίζονται τα δικαιώματα που έχουν κατακτηθεί ιστορικά ή/και αποτυπώνονται στα θετικά συντάγματα.

Τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα διακρίνονται:

- στα ατομικά ή αστικού χαρακτήρα δικαιώματα, όπως

το δικαίωμα στη ζωή, στην προσωπική ασφάλεια και στην ιδιοκτησία. Τα ιστορικά πρωτότοκα ατομικά δικαιώματα συνδέονται με τις αξίες του πολιτικού φιλελευθερισμού.

- στα πολιτικά δικαιώματα, όπως το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι και
- στα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτιστικά δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην εργασία, το δικαίωμα στην τροφή, και στη στέγη, το δικαίωμα στην υγεία, το δικαίωμα στην εκπαίδευση και στον πολιτισμό. Τα κοινωνικά δικαιώματα σχετίζονται με τις κοινωνικές και εργατικές διεκδικήσεις.

Τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου κατονομάζονται ως τέτοια στο βαθμό που ανάγονται σε αξιώσεις σύμφυτες με την αυτονομία του ανθρώπου. Κάθε ομάδα δικαιωμάτων ευνοεί διαφορετική πλευρά της ανθρώπινης αυτονομίας, την ιδιωτική-ατομική, τη δημόσια-πολιτική, και την οικονομική-κοινωνική αντίστοιχα. Αποδεχόμενοι ότι η διάκριση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ανταποκρίνεται στην κατανόηση της ανθρώπινης αυτονομίας, γίνεται κατανοητό ότι η βάση τους αποτελεί και το λόγο αλληλοεξάρτησής τους<sup>27</sup>.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι, δικαιώματα εγγενή για όλους τους ανθρώπους, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, τον τόπο διαμονής, το φύλο, το χρώμα, τη θρησκεία, τη γλώσσα, ή οποιαδήποτε άλλη κατάσταση. Τα δικαιούνται όλοι οι άνθρωποι εξίσου, χωρίς διακρίσεις. Είναι αλληλένδετα, αλληλοεξαρτώμενα και αδιαίρετα. Εκφράζονται και εγγυώνται από το νόμο, με τις μορφές των Συνθηκών, του διεθνούς εθιμικού δικαίου, των γενικών αρχών και άλλων πηγών του διεθνούς δικαίου. Το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα προβλέπει την υποχρέωση των κυβερνήσεων να ενεργούν με συγκεκριμένους τρόπους με σκοπό την προώθηση και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ατόμων και των ομάδων, καθώς και να απέχουν από ενέργειες και πρακτικές που θα τα παραβιάζουν<sup>28</sup>.

Η αρχή της *καθολικότητας* αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του διεθνούς δικαίου για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η αρχή αυτή, όπως διατυπώθηκε με έμφαση για πρώτη φορά στην Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου το 1948<sup>29</sup>, επαναλαμβάνεται σε πολλές διεθνείς συμβάσεις, διακηρύξεις και ψηφίσματα για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η παγκόσμια διάσκεψη της Βιέννης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα το 1993<sup>30</sup> σημείωσε ότι, είναι καθήκον των κρατών να προωθούν και να προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες, ανεξάρτητα από τα πολιτικά, οικονομικά και πολιτιστικά τους συστήματα.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι *αναπαλλοτρίωτα*. Δεν μπορεί να αφαιρεθούν, εκτός από ειδικές περιπτώσεις και σύμφωνα με την προβλεπόμενη από το νόμο διαδικασία. Για παράδειγμα, το δικαίωμα στην ελευθερία μπορεί να περιοριστεί μόνον εάν ένα άτομο έχει βρεθεί ένοχο για κάποιο έγκλημα από το δικαστήριο, σύμφωνα με το νόμο<sup>28</sup>.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι *αδιαίρετα, αλληλένδετα και αλληλοεξαρτώμενα*. Αυτό ισχύει τόσο για τα ατομικά

και πολιτικά δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στη ζωή, την ισότητα ενώπιον του νόμου και της ελευθερίας της έκφρασης, όσο για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα, όπως τα δικαιώματα στην εργασία, την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση, την εκπαίδευση, καθώς και για τα συλλογικά δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην ανάπτυξη και στην αυτοδιάθεση. Το γεγονός ότι κάθε ομάδα δικαιωμάτων υποστηρίζει μια πλευρά της ανθρώπινης αυτονομίας, υποστηρίζει την αμοιβαία εμπέδωση των δικαιωμάτων, που ενδυναμώνει και καθιστά πληρέστερη την ενιαία αυτονομία. Και αντιστρόφως η εξασθένηση μιας ομάδας δικαιωμάτων καθιστά αδύναμες και τις άλλες, εξασθενώντας την ίδια την ανθρώπινη αυτονομία συνολικά. Οι ενότητες των δικαιωμάτων συναντώνται στο κοινό αξιακό υπόβαθρο της ίσης αυτονομίας (ατομικής, πολιτικής και κοινωνικής) με αποτέλεσμα η πρόοδος ενός δικαιώματος να διευκολύνει την εξέλιξη των άλλων, ενώ η στέρηση ενός δικαιώματος να επηρεάζει αρνητικά και τα άλλα<sup>27</sup>.

Η *αρχή της μη διάκρισης* είναι μια οριζόντια αρχή που διατρέχει το διεθνές δίκαιο για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η αρχή είναι παρούσα σε όλες τις μεγάλες συνθήκες για τα ανθρώπινα δικαιώματα, ισχύει για όλους και για όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ελευθερίες και απαγορεύει τις διακρίσεις εξαιτίας του φύλου, της φυλής, του χρώματος ή άλλων διαφορών. Η αρχή της απαγόρευσης των διακρίσεων συμπληρώνεται από την *αρχή της ισότητας*, όπως ορίζεται στο 1<sup>ο</sup> άρθρο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου<sup>29</sup>.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα συνεπάγονται δικαιώματα και υποχρεώσεις. Τα κράτη αναλαμβάνουν υποχρεώσεις και καθήκοντα βάσει του διεθνούς δικαίου να σέβονται, να προστατεύουν και να εκπληρώνουν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η *υποχρέωση σεβασμού* σημαίνει ότι τα κράτη πρέπει να απέχουν από την παρεμπόδιση ή περιορισμό της απόλαυσης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η *υποχρέωση προστασίας* απαιτεί από τα κράτη να προστατεύουν τα άτομα και τις ομάδες από παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η *υποχρέωση εκπλήρωσης* σημαίνει ότι τα κράτη πρέπει να λαμβάνουν θετικά μέτρα για να διευκολύνουν την απόλαυση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Σε ατομικό επίπεδο, οι άνθρωποι απολαμβάνοντας τα ανθρώπινα δικαιώματα τους, έχουν την υποχρέωση σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των συνανθρώπων τους<sup>28</sup>.

Ο πρώτος χάρτης ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον κόσμο είναι καταγεγραμμένος σε ένα κύλινδρο από ψημένο πηλό στην Ακκαδική γλώσσα με σφηνοειδή γραφή. Καταγράφηκε το 539 π.Χ., από το βασιλιά Κύρο, πρώτο βασιλιά της αρχαίας Περσίας, μετά την κατάκτηση της Βαβυλώνας από τα στρατεύματά του. Οι ενέργειές του μετά την κατάληψη της Βαβυλώνας αποτέλεσαν μεγάλη πρόοδο για την ανθρωπότητα, καθώς ελευθέρωσε τους σκλάβους, διακήρυξε ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν τη θρησκεία τους και εδραίωσε τη φυλετική ισότητα. Οι αποφάσεις του καταγράφηκαν σε κύλινδρο από πηλό, γνωστό ως κύλινδρο του Κύρου. Το αρχαίο αυτό αρχείο, έχει μεταφραστεί και στις έξι επί-

σημες γλώσσες του ΟΗΕ και οι διατάξεις του μοιάζουν με τα τέσσερα πρώτα άρθρα της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων<sup>31</sup>. Η έννοια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν υπήρχε στην αρχαία Ελλάδα. Αξίζει πάντως να αναφερθεί ότι ο Αριστοτέλης χρησιμοποιεί τη λέξη «δίκαιον» για να υποδείξει πως μια κοινωνία είναι σωστά οργανωμένη και ότι έχει σωστά δομημένες ανθρώπινες σχέσεις<sup>32</sup>. Στην αρχαία Ρώμη προέκυψε η έννοια του «φυσικού νόμου», καθώς παρατήρησαν ότι οι άνθρωποι τείνουν να ακολουθούν συγκεκριμένους άγραφους νόμους στη ζωή τους και το Ρωμαϊκό δίκαιο βασιζόταν σε ορθολογικές ιδέες που προέκυπταν από τη φύση των πραγμάτων. Πολύ αργότερα στα δικαιώματα του ατόμου αναφέρονται η Μάγκνα Κάρτα (1215), η Αναφορά Δικαίου (1628), το Σύνταγμα των ΗΠΑ (1787), η Γαλλική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη (1789) και η Διακήρυξη Δικαιωμάτων των ΗΠΑ (1791). Τα κείμενα αυτά είναι οι γραπτοί πρόγονοι πολλών από τα σημερινά έγγραφα περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων<sup>3</sup>. Κατά το Διαφωτισμό φιλόσοφοι όπως ο Τζον Λοκαναφέρονταν στα φυσικά δικαιώματα που ήταν προάγγελοι των ανθρωπίνων δικαιωμάτων<sup>33</sup>.

Το κίνημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων πυροδοτήθηκε μετά το πέρας του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ως αποτέλεσμα των θηριωδιών του Ολοκαυτώματος και κλιμακώθηκε με την υιοθέτηση της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στο Παρίσι από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών, το 1948<sup>29</sup>. Η Διακήρυξη του 1948 αποτέλεσε ένα παγκόσμιο πρότυπο, χωρίς όμως νομική ισχύ. Επόμενος στόχος της Επιτροπής του ΟΗΕ για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, ήταν η δημιουργία ενός διεθνούς νομικού πλαισίου και η εδραίωση μηχανισμού για την εφαρμογή και τη χρήση της. Η προσπάθεια αυτή οδήγησε το 1966 στη δημιουργία δύο βασικών συμφώνων, του Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα<sup>34</sup> (International Covenant Civil and Political Rights-ICCPR) και του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα<sup>35</sup> (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights - ICESCR). Τα Σύμφωνα αυτά, τέθηκαν σε ισχύ το 1976 και αποτελούν την κύρια νομικά δεσμευτική συνθήκη προστασίας των δικαιωμάτων αυτών, ενώ έχουν επικυρωθεί από 166 χώρες, μεταξύ των οποίων και τα κράτη-μέλη της ΕΕ. Μαζί με την Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα αποτελούν το «Διεθνές Σύμφωνο των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων». Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα αναφέρεται στο δικαίωμα στη ζωή, στο δικαίωμα της ελευθερίας του λόγου, της θρησκευτικής ελευθερίας και το δικαίωμα ψήφου. Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα αναφέρεται στα δικαιώματα στην εργασία, στην τροφή, στην εκπαίδευση, στην υγεία και στη στέγη. Και τα δύο Σύμφωνα διακηρύσσουν αυτά τα δικαιώματα για όλους τους ανθρώπους και απαγορεύουν τις διακρίσεις<sup>36</sup>. Τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα αναγνωρίζονται από πλήθος διεθνών, ευρωπαϊκών και εθνικών συνθηκών και είναι κατο-

χωρωμένα στα συντάγματα πολλών χωρών και της Ελλάδας. Η Ελλάδα επικύρωσε το ICESCR το 1985<sup>37</sup>. Παρά τη δεσμευτική ισχύ των παραπάνω διεθνών συμβάσεων εξακολουθεί να υπάρχει ένας προβληματισμός σχετικά με τα κοινωνικά δικαιώματα. Τα κοινωνικά δικαιώματα αναφέρονται στη μέριμνα και προστασία από το κράτος βασικών αγαθών. Θεσπίζουν καθήκοντα του κράτους απέναντι στους πολίτες και αποβλέπουν στην προώθηση από το κράτος σκοπών που ενδιαφέρουν ευρύτερες κοινωνικές ομάδες, με αντίστοιχη οικονομική στήριξη. Όμως δεν υπόκεινται σε εξαναγκασμό, γεγονός που τα καθιστά ρευστά και αμφίβολα. Η συμπεριληψη τους στα ανθρώπινα δικαιώματα έχει υπάρξει πηγή αμφισβητήσεων και διαμάχης. Πολλοί υποστηρίζουν πως αποτελούν περισσότερο επιθυμητούς στόχους και επιδιώξεις παρά αληθινά δικαιώματα<sup>38</sup>. Υποστηρίζουν ότι πρόκειται για «ατελή» δικαιώματα, καθώς δεν μπορεί κάποιος να προσφύγει σε δικαστήριο για να τα διεκδικήσει, αφού έτσι θα ήταν αδύνατος κάθε προγραμματισμός των κρατικών δαπανών. Ωστόσο μέχρι τώρα θεωρούνταν ότι αν το κράτος έχει αποφασίσει την υλοποίηση μιας σχετικής κοινωνικής πολιτικής, τότε μια μελλοντική υπαναχώρησή του δυσκολεύεται σημαντικά ή και αποκλείεται<sup>32</sup>.

Παρόλο λοιπόν, που τα κοινωνικά δικαιώματα καταγράφονται στο σύνταγμα ως επιταγές και έχουν διακηρυχθεί και θεσμοποιηθεί από σειρά εθνικών νομοθετημάτων και διεθνών συνθηκών και συμβάσεων, συχνά αντιμετωπίζονται με καχυποψία. Το κρίσιμο ερώτημα που τίθεται είναι, κατά πόσον πρέπει να ενσωματώνονται στο θετικό δίκαιο μιας χώρας ή αν αυτό έχει ήδη γίνει, αν πρέπει να γίνονται σεβαστά. Κατά την αντίληψη αυτή, η ιδιοσυστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων εμποδίζει την καθολικότητα, την εντέλεια ή τη βιωσιμότητα της πλήρους κατοχύρωσής τους. Το χαρακτηριστικό που ευθύνεται γι' αυτό είναι η υλική και οικονομική τους φύση. Συχνά τα κοινωνικά δικαιώματα γίνονται αντιληπτά ως προσδοκίες των δικαιούχων, που εξαρτώνται από τους πόρους της οικονομίας και θεωρείται πως τα χαρακτηρίζει κανονιστική ατέλεια, έλλειψη αγωγιμότητας και αυστηρή δημοσιονομική εξάρτηση<sup>27</sup>.

Αυτή η αντίληψη έχει και αντίλογο, σύμφωνα με τον οποίο ο αλληλένδετος χαρακτήρας των δικαιωμάτων και η υποστήριξη από όλα της ανθρώπινης αυτονομίας δεν δικαιολογεί καμιά κανονιστική μειονεξία, ατέλεια ή ιεράρχηση αναμεταξύ τους. Και παρότι είναι βέβαιο ότι η ικανοποίηση των κοινωνικών δικαιωμάτων απαιτεί τη διάθεση πόρων και ότι είναι αδύνατο να αγνοηθούν οι εκάστοτε δημοσιονομικές συνθήκες για την εκπλήρωσή τους, ωστόσο και η ικανοποίηση των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων συχνά απαιτεί πόρους, που ποτέ δεν θεωρούνται εμπόδιο για την εκπλήρωσή τους<sup>27</sup>.

Η ίδια αντίληψη επικαλούμενη την έννοια της βιοτικής ασφάλειας, που είναι η δικαιολογητική ιδέα που υποστηρίζει το κοινωνικό κράτος και υλική διάσταση της ανθρώπινης αυτονομίας, υποστηρίζει ότι στα κοινωνικά όπως και στα ατομικά δικαιώματα, υφίστανται όρια και ένας απρόσβλητος πυρήνας. Πυρήνας του κοινωνικού δικαιώματος είναι η βιοτική ασφάλεια καθενός και όριο



η βιοτική ασφάλεια όλων. Τα κοινωνικά δικαιώματα διακυβεύονται στον πυρήνα τους και προσβάλλονται σοβαρά, όταν ο βαθμός της υλοποίησής τους υπολείπεται ενός ελάχιστου κανονιστικού πυρήνα βιοτικής ασφάλειας και υλικής αξιοπρέπειας. Διακυβεύονται στον πυρήνα τους όταν η απαξίωση τους δοκιμάζει την ίδια τη βιωσιμότητα και την αξιοπρέπεια του ατόμου<sup>27</sup>.

### Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΜΑ

Επίκεντρο του Συντάγματος είναι ο άνθρωπος. Η αξία του ανθρώπου θεωρείται υπέρτατη στο σύστημα αξιών που κατοχυρώνει το συνταγματικό κείμενο και η μόνη που νοείται ως αυτοσκοπός. Η αξία του ανθρώπου δεν διαβαθμίζεται. Σύμφωνα με το Σύνταγμα όλοι οι άνθρωποι είναι ελεύθεροι και ίσοι μεταξύ τους. Επειδή η αξία του ανθρώπου έχει αυτό το βάρος, η κρατική εξουσία σταματά εκεί που αρχίζουν τα θεμελιώδη δικαιώματα του. Οι αξίες της δημόσιας υγείας, της οικογένειας, του περιβάλλοντος κλπ αποτελούν μέσα για την άμεση ή έμμεση εξυπηρέτηση της αξίας του ανθρώπου<sup>28</sup>.

Το δικαίωμα στην υγεία και η συνταγματική επιταγή της προστασίας του αναφέρεται στις παρακάτω συνταγματικές διατάξεις:

- «Καθένας έχει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας», άρθρο 5, & 5.
- «Τα βασιανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει», άρθρο 7, & 2.
- «Πολύτεχνες οικογένειες, ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, θύματα πολέμου, χήρες και ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το κράτος» άρθρο 21, & 2.
- «Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων» άρθρο 21, & 3.

Με τις συνταγματικές διατάξεις η προστασία της υγείας κατοχυρώνεται ως συνταγματικό αγαθό. Το Σύνταγμα προστατεύει την ανθρώπινη υγεία γιατί είναι προϋπόθεση για την απόλαυση άλλων συνταγματικών δικαιωμάτων. Η προστασία της συνδέεται με την προστασία της αξίας του ανθρώπου και το απαραβίαστό της. Η υγεία προστατεύεται από το Σύνταγμα ως *ατομικό* και ως *κοινωνικό δικαίωμα*. Η υγεία του ατόμου και του πληθυσμού μιας χώρας επηρεάζονται από παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο, αλλά και από σειρά παραγόντων που οριοθετούνται πέρα και έξω από αυτό. Το κράτος με τους νόμους, τις υγειονομικές διατάξεις και την πολιτική που ασκεί παρεμβαίνει στην προστασία της υγείας. Η προστασία της υγείας αποτελεί μια από τις βασικές πολιτειακές επιδιώξεις του σύγχρονου κράτους<sup>29</sup>. Αναφερόμενοι στην προστασία της υγείας αναφερόμαστε στην προστασία της υγείας του ατόμου (δη-

λαδή την πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και στο φάρμακο, την προστασία της παιδικής και βρεφικής υγείας, την πρόσβαση σε υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής), αλλά και στη δημόσια υγεία για την προστασία της οποίας το κράτος οφείλει να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα.

Το ερώτημα που τίθεται είναι στις σημερινές συνθήκες, με δεδομένη την κακή οικονομική κατάσταση της χώρας, το αυξημένο κόστος της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, αλλά και την κατασπατάληση πόρων των προηγούμενων και όχι μόνον χρόνων, αν εξακολουθεί να υφίσταται δικαίωμα προστασίας της υγείας των πολιτών στη χώρα μας και αν εξακολουθεί να υφίσταται υποχρέωση της πολιτείας να το προστατεύσει. Βεβαίως το σύνταγμα δεν ορίζει ακριβώς σε ποιο βαθμό το δικαίωμα στην υγεία προστατεύεται. Το θέμα αφήνεται στον κοινό νομοθέτη που καθορίζει το πλαίσιο προστασίας της υγείας με βάση τις οικονομικές δυνατότητες, αλλά και τις πολιτικές και ιδεολογικές αρχές που καθορίζουν τις πολιτικές αποφάσεις. Ωστόσο, σύμφωνα με τη συνταγματική διάταξη, είναι σαφής η υποχρέωση της πολιτείας να λάβει μέτρα για την προστασία της υγείας των πολιτών<sup>30</sup>.

### Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

Η προστασία της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα θεσπίζεται από το άρθρο 21 §3 του Συντάγματος. «*Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών*». Το άρθρο αυτό σε συνδυασμό με το άρθρο 2 §1 του συντάγματος «*Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της πολιτείας*» και το άρθρο 5 §2 σύμφωνα με την οποία «*Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής...*», ορίζουν το δικαίωμα στην υγεία ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου ευρισκόμενου στην Ελληνική επικράτεια. Αντικείμενο του δικαιώματος είναι η πρόληψη, η περιθάλψη, η αποκατάσταση και η προαγωγή θετικών συμπεριφορών υγείας. Επομένως στο κοινωνικό δικαίωμα της υγείας αντιστοιχίζεται η κρατική υποχρέωση λήψης μέτρων για την προστασία του, όπως το αντικείμενο του τα περιγράφει<sup>40</sup>. Οι συνταγματικές διατάξεις θεσπίζουν ευθέως την υποχρέωση της πολιτείας για τη λήψη θετικών μέτρων για την προστασία της ζωής και της υγείας των πολιτών, οι οποίοι έχουν το δικαίωμα, με βάση σχετική γνωμοδότηση του ΣτΕ να απαιτήσουν από την πολιτεία την πραγμάτωση της υποχρέωσης αυτής<sup>41</sup>. Η πολιτεία επομένως υποχρεούται στην έκδοση νόμων που να εξειδικεύουν και να κατοχυρώνουν το συνταγματικό δικαίωμα στη ζωή και την προστασία της υγείας των πολιτών και στην εφαρμογή μέτρων για την οργάνωση ενός συστήματος παροχής υγείας<sup>42</sup>.

Το Σύνταγμα προβλέπει υποχρέωση του κράτους προς τα άτομα με ψυχική ή σωματική αναπηρία. Υποχρέωση που θεσπίζεται με το άρθρο 21, §2 «...*όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή ψυχική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το Κράτος*». Επίσης με το άρθρο 21, §6 σύμφωνα με το οποίο «*Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δι-*

καίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας» κατοχυρώνοντας το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία να απολαμβάνουν ειδικά μέτρα προστασίας από τη διοίκηση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι από τη στιγμή που, σύμφωνα με το Σύνταγμα, έχουν εκδοθεί εκτελεστικοί νόμοι σχετικοί με την προστασία της υγείας, τυχόν κατάργηση ή έμμεση αναίρεση τους κινείται στην κατεύθυνση μη εφαρμογής των συνταγματικών διατάξεων. Επομένως δεν θα είναι συνταγματικός ο νεώτερος εκτελεστικός νόμος που θα καταργήσει ή έστω θα αποψιλώσει διατάξεις του προγενέστερου νόμου που θα είχε ενεργοποιήσει τον πυρήνα του δικαιώματος. Με αυτή την έννοια είναι δυνατόν να θεωρηθεί το κοινωνικό δικαίωμα προστασίας της υγείας κεκτημένο δικαίωμα<sup>39</sup>.

### Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ

Στην τελευταία αναθεώρηση του Συντάγματος στο άρθρο 5 προστέθηκε η παράγραφος 5, σύμφωνα με την οποία «Καθένας έχει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας». Με την προσθήκη αυτή το δικαίωμα για προστασία της υγείας ρητά εισάγεται στα ατομικά δικαιώματα<sup>40</sup>. Το ατομικό δικαίωμα στην υγεία είναι αμυντικού περιεχομένου. Αξιώνει την αποχή του κράτους ή οποιουδήποτε δημόσιου ή κρατικού φορέα από συμπεριφορά ή πρακτικές που μπορεί να προσβάλλουν τη σωματική και ψυχική ευεξία ή από οποιαδήποτε ενέργεια που περιορίζει την ευχέρεια αυτοκαθορισμού του ατόμου<sup>42</sup>.

Η προστασία της υγείας ως ατομικού δικαιώματος συνδέεται με την προστασία της ανθρώπινης αξίας και προσωπικότητας και τη δυνατότητα συμμετοχής στην κοινωνική, πολιτική και οικονομική ζωή του τόπου και απόλαυσης της ζωής, σύμφωνα με τα άρθρα 2 §1 και 5 §1 και 2 του Συντάγματος. Το δικαίωμα στην υγεία είναι προϋπόθεση της ζωής και κατά συνέπεια προϋπόθεση του αυτοπροσδιορισμού και της αυτονομίας του ανθρώπου. Χωρίς υγεία δεν νοείται αυτοκαθορισμός και αυτονομία του ατόμου. Η απώλεια σωματικής και ψυχικής νοητικής υγείας μπορεί να οδηγήσει σε προσωρινή ή μόνιμη αντικειμενοποίηση του ατόμου και απώλεια της αυτονομίας του. Η συνταγματική προστασία της υγείας επομένως δεν είναι απλά προστασία της καλής βιολογικής υπόστασης του ατόμου, αλλά προστασία των όρων της αυτόνομης ύπαρξής του. Είναι προϋπόθεση αυτοκαθορισμού του ατόμου και συμμετοχής του στην κοινωνική λειτουργία και δραστηριότητα, αλλά και στη δημοκρατική διαδικασία ως πολίτη<sup>40</sup>.

### Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ

Από το τέλος του 19ου έγινε μια ιδεολογική, κοινωνική και πολιτική μεταστροφή στις κρατούσες αντιλήψεις, με αποτέλεσμα ο 20ος αιώνας να είναι ο αιώνας της αναδιανομής των εισοδημάτων, της κοινωνικής ασφάλισης και της εγκαθίδρυσης του κοινωνικού κράτους, που

επέφεραν εντυπωσιακή μείωση των ανισοτήτων<sup>43</sup>.

Το ευρωπαϊκό κοινωνικό κράτος θεμελιώθηκε στη διάρκεια του 20ου αιώνα και εδραιώθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Σημείο κορύφωσης στη διαδικασία καθιέρωσης της ισότητας-αναδιανομής ήταν το 1945. Η νίκη ενάντια στο ναζισμό απαξίωσε οριστικά τη διαστρέβλωση της ισότητας ως αποκλειούσας ομοιογένειας και ενίσχυσε το σχέδιο μιας συμπεριληπτικής ισότητας-αναδιανομής, ως κεντρικό στοιχείο του δημοκρατικού πνεύματος. Η κοινή προσπάθεια και οι θυσίες στον πόλεμο ενίσχυσαν το αίσθημα αλληλεγγύης. Από το 1942 ο William Beveridge έδινε τον τόνο. Διατυπώνοντας το περίγραμμα της Νέας Μεγάλης Βρετανίας μετά τον πόλεμο, θεωρούσε την προστασία από τους κοινωνικούς κινδύνους και την αναδιανομή των εισοδημάτων ως τις δυο συμπληρωματικές πτυχές της δράσης που έπρεπε να αναληφθεί. Ταυτόχρονα ανήγαγε τη μείωση των ανισοτήτων σε κεντρικό άξονα της οικονομικής πολιτικής. Παρόμοιο κλίμα επικρατούσε και στη Γαλλία, όπου στην εισήγηση ενός συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αναφερόταν ότι, το πνεύμα της αλληλεγγύης της αντίστασης έπρεπε να μεταφραστεί σε μια αναδιανομή εισοδήματος, που θα αφαιρούσε από το εισόδημα των προνομιούχων ατόμων τα αναγκαία ποσά για να συμπληρώνονται οι πόροι εκείνων που βρίσκονταν σε μειονεκτική θέση. Οι θεσμοί που εγκαθιδρύονται από το 1950 έως το 1970 αποτελούν εξέλιξη και τελειοποίηση του πνεύματος του 1945. Με τις μεταρρυθμίσεις αυτές το βιοτικό επίπεδο των μαζών δεν εξαρτάται πλέον από την αμοιβή της εργασίας τους, αλλά συνδέεται με το κοινωνικό εισόδημα που λαμβάνουν ως πολίτες μέσω των μηχανισμών του κοινωνικού κράτους πρόνοιας. Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο το κοινωνικό κράτος στην Ευρώπη είχε ως αποτέλεσμα τη σταδιακή μείωση των ανισοτήτων<sup>43</sup>. Σκοπός του κοινωνικού κράτους ήταν η βελτίωση της καθημερινής ζωής των ανθρώπων μέσω της θεσμοθέτησης ενός πλαισίου παροχής κοινωνικών δικαιωμάτων στους τομείς της παιδείας, της υγείας, της ασφάλισης, της κατοικίας, γενικότερα στους τομείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Με τη μετεξέλιξη του Ευρωπαϊκού κράτους σε κοινωνικό μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο, αναπτύχθηκε έντονα η δημόσια ευθύνη στους τομείς των κοινωνικών δικαιωμάτων<sup>44</sup>. Το κράτος πρόνοιας αποτέλεσε ένα δημοκρατικό, κοινωνικό συμβιβασμό στη μεταπολεμική Ευρώπη<sup>45</sup>.

Το ευρωπαϊκό κοινωνικό κράτος αποτέλεσε για αρκετές δεκαετίες ένα πρότυπο, στον ένα ή στον άλλο βαθμό υλοποιημένο ή έστω επιθυμητό, για τις καπιταλιστικές κοινωνίες όλου του πλανήτη. Με τις διάφορες παραλλαγές του, υλοποιούσε ή υποσχόταν να υλοποιήσει μια κοινωνία με σταθερή απασχόληση, χαμηλή ανεργία, συνταξιοδοτικά δικαιώματα για όλους, δικαίωμα στην εκπαίδευση και στην περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Η πραγμάτωση με παραλλαγές, αλλά ακόμα και η προοπτική μιας τέτοιας κοινωνικής οργάνωσης, του έδωσε περίοπτη θέση τόσο στα μάτια των πολιτών των Ευρωπαϊκών κρατών όσο και όλων των ανθρώπων του πλανήτη. Το ευρωπαϊκό κοινωνικό κράτος σε αρκετά σημεία υπερέφερε και έναντι του αντίστοιχου προ-

τύπου του «υπαρκτού σοσιαλισμού», παρότι το δεύτερο ήταν πιο γενικευμένο, ως πιο αποδοτικό και όχι εξισωτικό στην αντίληψη του<sup>46</sup>.

Οι αντιλήψεις αυτές άρχισαν να διαφοροποιούνται τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα. Την περίοδο αυτή σημειώθηκε μια ιστορική ρήξη με τη μακροχρόνια τάση μείωσης των ανισοτήτων, με μια παράλληλη διάχυτη νομιμοποίησή τους. Ρήξη με πνευματικές, ηθικές και ανθρωπολογικές, πέραν από τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές, διαστάσεις. Κατάρρευση των προηγούμενων αντιλήψεων περί δικαίου και αδικού, κλονισμός της ιδέας της δημοκρατίας, όπως νοηματοδοτήθηκε από τη νεωτερική επανάσταση, κρίση της ιδέας της ισότητας. Επικράτηση νέων απόψεων για τη φορολογία και την αναδιανομή εισοδήματος, που έχουν καταστήσει παντού εύθραυστα τα κράτη πρόνοιας. Η σελίδα γύρισε ξανά και γύρισε ένα αιώνα πίσω. Γύρισε πίσω από τη σελίδα μιας αντίληψης περί κοινωνικής δικαιοσύνης, που θεμελιώθηκε σε αναδιανεμητικούς μηχανισμούς και διαμορφώθηκε έτσι από τα τέλη του 19ου αιώνα. Στην ανατροπή αυτή έπαιξαν σημαντικό ρόλο σοβαροί ιστορικοί παράγοντες, όπως η κατάρρευση των «σοσιαλιστικών κρατών» και η λήξη των μεγάλων δοκιμασιών του Β' Παγκόσμιου Πολέμου, που είχαν δώσει σάρκα και οστά σε ένα ενισχυμένο αίσθημα αλληλεγγύης<sup>43</sup>.

Οι αντιλήψεις για τη φορολογία διαφοροποιήθηκαν, ενώ καλλιεργήθηκε η άνοδος μιας ιδεολογίας που αντιπαρέθετε την αποτελεσματικότητα της αγοράς στις δομικές δυσλειτουργίες του κράτους. Μετατοπίστηκε το αίσθημα του κοινωνικού χρέους και διαβρώθηκε η αντίληψη ότι αυτό πρέπει να εκπληρωθεί. Αμβλύθηκε το κοινωνικό αίσθημα της αλληλεγγύης από μια αποσπασματοποίηση της δυστυχίας. Η φτώχεια αποδίδεται στην οκνηρία, ενώ αρχίζουν να κυριαρχούν αντιλήψεις ότι το κράτος συντηρεί τους τεμπέληδες μέσω της κοινωνικής πολιτικής του. Παρά τις πιθανές στρεβλώσεις του παρελθόντος, όλα αυτά συνιστούν θεμελιώδεις πνευματικές και πολιτισμικές ανατροπές που προετοιμάζουν και καθιστούν επιτρεπτές και αποδεκτές τις αλλαγές που πρόκειται να έλθουν<sup>43</sup>.

Η υπεροχή του κοινωνικού κράτους στα μάτια των ευρωπαϊκών κοινωνιών και η βεβαιότητα για το παρόν και το μέλλον του, πιθανότατα δημιούργησε ένα εφησυχασμό για τη συνέχιση της ύπαρξης των κοινωνικών κατακτήσεων, με ταυτόχρονη προσδοκία επέκτασής τους. Είναι πιθανόν ότι ο εφησυχασμός αυτός, σε συνδυασμό με την υποτίμηση των συνεπειών της κατάρρευσης του «υπαρκτού σοσιαλισμού», που λειτουργούσε ως αντίπαλο δέος, είναι κάποιες από τις αιτίες που η σταδιακή, αλλά συστηματική, υποχώρηση του κοινωνικού κράτους τα τελευταία 35 με 40 χρόνια, στο σύνολο του αναπτυσσόμενου αλλά και του αναπτυσσόμενου κόσμου, δεν θεωρήθηκε ότι αποτελεί απειλή για την ύπαρξή του ή ένδειξη αλλαγής υποδείγματος από το σύστημα και δεν οδήγησε στη δημιουργία μιας νέας στρατηγικής για τη διαφύλαξη του συστήματος εγγύησης των κοινωνικών δικαιωμάτων ή για την ανάγκη εξεύρεσης νέου οράματος<sup>46</sup>.

## ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα οι πολιτικές του κοινωνικού κράτους άρχισαν να εφαρμόζονται τη δεκαετία του 1970 και μετά, όταν άρχισε η υποχώρησή του στην υπόλοιπη Ευρώπη. Στην πραγματικότητα, η χώρα δεν είχε ποτέ κοινωνικό κράτος, όπως αυτό εννοούνταν στις ευρωπαϊκές χώρες. Αυτό που δημιουργήθηκε ήταν ένα ατελές και υπανάπτυκτο κοινωνικό κράτος και αυτό είναι που σήμερα δέχεται επίθεση. Το ρόλο του κοινωνικού κράτους πάντα συμπλήρωνε η οικογένεια, μοντέλο που χαρακτηρίζει και τις άλλες νότιες χώρες της ΕΕ. Η οικογένεια λειτουργεί ως μηχανισμός συνάθροισης και ανακατανομής πόρων, συμβάλλοντας στην αναδιανομή και στην αλληλεγγύη ανάμεσα στα μέλη της. Έτσι διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και λειτουργεί ως ένα βαθμό συμπληρωματικά με το κράτος<sup>47</sup>.

Στο Σύνταγμα της χώρας η αρχή του κοινωνικού κράτους κατοχυρώνεται ρητά, με την αναθεώρηση του 2001. Η αρχή του κοινωνικού κράτους, όπως κατοχυρώνεται στο ισχύον Σύνταγμα στο άρθρο 25 §1, αποτελεί μια από τις λεγόμενες βάσεις του πολιτεύματος.

## ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΡΑΤΟΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ (2010-2014)

Η παρούσα οικονομική κρίση ξέσπασε την περίοδο κυριαρχίας των αντιλήψεων απονομιμοποίησης του κοινωνικού κράτους. Η οικονομική κρίση και οι πολιτικές για την αντιμετώπισή της οδήγησαν, μετά και από δεκαετίες, στην εγκατάλειψη κάθε αναπτυξιακής και κοινωνικής πολιτικής και αντικατάστασή τους από αυστηρή δημοσιονομική και εισοδηματική πειθαρχία, με ιδιωτικοποιήσεις και αποκαθήλωση του κοινωνικού κράτους. Στα χρόνια της κρίσης οι κοινωνικές δαπάνες θεωρήθηκαν καταναλωτικές δαπάνες και επιβλήθηκε η μείωσή τους προς όφελος των παραγωγικών δαπανών. Στο πλαίσιο αυτού του μείγματος κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής και της απελευθέρωσης και της κυριαρχίας των αγορών, το κοινωνικό κράτος θεωρήθηκε ότι είναι παραγωγός δαπανών, που επιβάλλεται να ελεγχθούν και να μειωθούν. Η αντίληψη αυτή έρχεται σε αντίθεση με την άποψη ότι οι κοινωνικές δαπάνες αποτελούν θεσμό μεταφοράς πόρων από γενεά σε γενεά, όπως γίνεται με τις ασφαλιστικές εισφορές, αλλά και ενδογενεακής ανακατανομής εισοδήματος και άμβλυνσης των κοινωνικών ανισοτήτων. Αναίρεται έτσι ο αναδιανεμητικός ρόλος που έχει προσδώσει η οικονομική πολιτική στο κοινωνικό κράτος<sup>47</sup>.

Οι παραπάνω αντιλήψεις και οι πολιτικές που συνεπάγονται έλαβαν καταστροφικές διαστάσεις στη χώρα μας, όπου πάντα το κοινωνικό κράτος ήταν ανεπαρκές, το σύστημα κοινωνικής προστασίας κατακερματισμένο, με περιορισμένες ποιοτικά και ποσοτικά παροχές, με ελλιπή χρηματοδότηση και στήριξη από τα φορολογικά έσοδα, με δεδομένες τις ανισότητες που πάντα το χαρακτήριζαν. Επρόκειτο για ένα κατ' επίφαση μόνον κοινωνικό κράτος, μακριά από το κοινωνικό κράτος της κα-

θολικότητας, της αναδιανομής του εισοδήματος, των ποιοτικών υπηρεσιών, της λειτουργικότητας, του εκτεταμένου δικτύου ασφάλειας και της από-εμπορευματοποίησης των δημόσιων αγαθών. Είναι γνωστή σε όλους η ανεπάρκεια του ελληνικού κοινωνικού κράτους σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες της κοινωνίας. Η οικονομική κρίση με την ύφεση και ανεργία που τη συνόδευσε στέρησε το κοινωνικό κράτος από σημαντικούς πόρους με αποτέλεσμα τη χειροτέρευση της κοινωνικής του αποτελεσματικότητας και την απόσυρσή του από την παροχή υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης και κοινωνικής προστασίας προς όφελος της εμπορευματοποίησής τους και του ιδιωτικού τομέα<sup>47</sup>.

Στην Ελλάδα από το 2010 σημειώνεται μια σταθερή υποχώρηση του κοινωνικού κράτους, που σφράγισε την κατάσταση στη δημόσια υγεία με άμεσα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην υγεία των πολιτών. Όπως επισημαίνει ο Συνήγορος του Πολίτη στην ετήσια έκθεση του για το 2011 «Η πρωτοφανής οικονομική κρίση εξαλείφει τις βεβαιότητες που μας συνόδευσαν, τουλάχιστον κατά τη μεταπολιτευτική περίοδο. Οι πολίτες αμφιβάλουν για το κατά πόσο το κράτος και η διοίκηση μπορούν να τους στηρίξουν. Οι κρατικές παρεμβάσεις στον τομέα κοινωνικής πολιτικής συρρικνώνονται ή αποκλείονται λόγω έλλειψης πόρων και των πολιτικών της πρωτοφανούς λιτότητας, ενώ επιτείνονται τα φαινόμενα που απαιτούν την ανταπόκριση του κοινωνικού κράτους»<sup>48</sup>. Το προηγούμενο σύστημα υγείας με προβλήματα υπαρκτά και γνωστά σε όλους, για τα οποία ήταν δεδομένη η ανοχή το προηγούμενο διάστημα, μπήκε στο στόχαστρο. Προβλήματα που για χρόνια δεν αντιμετωπιζόνταν μεγεθύνθηκαν, δαιμονοποιήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν ως άλλοθι για να γίνουν αλλαγές, που κεντρικό τους περιεχόμενο είχαν τη δραστική περικοπή των δαπανών και όχι την αντιμετώπισή τους. Ένα προϋπάρχον σύστημα (ΙΚΑ, ΕΟΠΥΥ) καταλύθηκε δημιουργώντας κενό για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ ο διάδοχος του (ΠΕΔΥ) παρέχει σημαντικά μειωμένες ποσοτικά και ποιοτικά υπηρεσίες. Οι παρεμβάσεις αυτές σε συνδυασμό με τη μείωση του προσωπικού και της χρηματοδότησης στα Κέντρα Υγείας και τα Νοσοκομεία επιδείνωσαν δραματικά μια ήδη προβληματική κατάσταση. Το δικαίωμα στην υγεία βρέθηκε στο στόχαστρο μιας πολιτικής με αποκλειστικό στόχο την περιστολή των δημοσιονομικών δαπανών, αδιάφορης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

### **ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ (2010-2014)**

Η προστασία του δικαιώματος στην υγεία από τις διεθνείς και ευρωπαϊκές συμβάσεις, στο πλαίσιο της προστασίας των Οικονομικών, Κοινωνικών και Πολιτιστικών δικαιωμάτων περιλαμβάνει μια δέσμη αξιώσεων από την πολιτεία να διασφαλίζει μια σειρά αλληλένδετων και θεμελιωδών στοιχείων για την πραγμάτωση του δικαιώματος, όπως διαθεσιμότητα, πρόσβαση, αποδεκτότητα και ποιότητα (availability- accessibility -acceptability - quality). Σύμφωνα με τις διεθνείς και ευρωπαϊκές συμ-

βάσεις το κράτος οφείλει να λαμβάνει μέτρα στο μέγιστο των διαθέσιμων πόρων του ώστε να διασφαλίζει την πραγμάτωση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων με όλα τα κατάλληλα μέσα. Οφείλει να εγγυάται τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα, χωρίς διακρίσεις οποιασδήποτε μορφής. Να σέβεται, να προστατεύει και να εκπληρώνει τα ανθρωπίνια δικαιώματα. Η επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα του ΟΗΕ έχει διατυπώσει την άποψη ότι τα κράτη υπόκεινται σε ένα ελάχιστο πυρήνα υποχρεώσεων. «Να διασφαλίζουν την ικανοποίηση τουλάχιστον των ελαχίστων απαραίτητων επιπέδων καθενός από τα δικαιώματα». Σύμφωνα με τα παραπάνω και σε ότι αφορά στην υγεία «ένα κράτος εντός του οποίου ένας σημαντικός αριθμός ατόμων στερείται τη βασική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αποτυγχάνει να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το Σύμφωνο»<sup>37</sup>.

Σε αυτό το πλαίσιο η Διεθνής Ομοσπονδία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Fédération Internationale des Droits de l'Homme-FIDH) σε συνεργασία με την Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΛΕΔΑ-ΗΛΗΡ) πραγματοποίησε έρευνα για τις επιπτώσεις της κρίσης στα ανθρωπίνια δικαιώματα στην Ελλάδα, κρίνοντας ότι η Ελλάδα είναι η ευρωπαϊκή χώρα που χτυπήθηκε σκληρότερα από την κρίση, με εμφανείς τις συνέπειες και στην οποία η μετάβαση πραγματοποιήθηκε σε συντομότερο διάστημα. Σχετικά με τις επιπτώσεις της κρίσης στο δικαίωμα στην υγεία τα συμπεράσματα της FIDH ήταν:

*Ως προς τη διαθεσιμότητα:*

Η εφαρμογή περικοπών στις δαπάνες για την υγεία (πτώση στο 5,9% του ΑΕΠ σε συνδυασμό με τη μείωση του ΑΕΠ), είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της διαθεσιμότητας της υγειονομικής περίθαλψης, σε μια περίοδο που οι ανάγκες ακριβώς λόγω της οικονομικής κρίσης αυξάνονταν. Γεγονός που εκφράστηκε με μείωση των κλινών, μείωση του προσωπικού που κλήθηκε να αντιμετωπίσει μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, με αποτέλεσμα την αύξηση του εργασιακού στρες, μείωση των προγραμμάτων δρόμου με συνέπεια την αύξηση των λοιμωδών νοσημάτων, έξαρση μολυσματικών ασθενειών που είχαν εκλείψει, μείωση των κονδυλίων για την ψυχική υγεία σε μια περίοδο αύξησης των ψυχικών παθήσεων, της συχνότητας της κατάθλιψης και των αυτοκτονιών. Οι περικοπές αυτές επηρέασαν άτομα από όλα τα κοινωνικά στρώματα με μεγαλύτερο αντίκτυπο στις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες<sup>37</sup>.

*Ως προς την προσβασιμότητα:*

Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι να δυσκολεύεται η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Η έννοια της προσβασιμότητας περιλαμβάνει την απαγόρευση των διακρίσεων, τη φυσική προσβασιμότητα, την οικονομική προσβασιμότητα και την προσβασιμότητα στην πληροφόρηση. Με βάση τα στοιχεία η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει επιδεινωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η επιδείνωση αφορά όλα τα μέρη του πληθυσμού. Αφορά ανθρώπους που έχασαν την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω της κρίσης, ανθρώπους

που ενώ έχουν ασφαλιστική κάλυψη δεν έχουν τα χρήματα που χρειάζονται για την κάλυψη του επιπλέον κόστους υγείας που έχει μετακυλιθεί τους ασθενείς, ανθρώπους που αδυνατούν να καλύψουν το κόστος αναζήτησης ιατρικών υπηρεσιών μακριά από τον τόπο διαμονής τους, που καθυστερούν να προγραμματιστούν στα δημόσια νοσοκομεία λόγω αύξησης των λιστών αναμονής. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η αύξηση των αυτοαναφερόμενων ακάλυπτων αναγκών από τους ασθενείς<sup>37</sup>.

*Ως προς την αποδεκτότητα και την ποιότητα:*

«Όλες οι εγκαταστάσεις, τα αγαθά και οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να σέβονται την ιατρική δεοντολογία και να είναι πολιτισμικά κατάλληλες, δηλαδή να σέβονται τον πολιτισμό των ατόμων, των μειονοτήτων, των λαών και των κοινοτήτων, να δείχνουν ευαισθησία ως προς τις απαιτήσεις της ισότητας των φύλων και του κύκλου ζωής, και να είναι σχεδιασμένες με τρόπο που σέβεται το ιατρικό απόρρητο και βελτιώνει την κατάσταση της υγείας των εμπλεκόμενων ατόμων». «Πέρα από το να είναι πολιτισμικά αποδεκτές, οι εγκαταστάσεις για την υγεία, τα αγαθά και οι υπηρεσίες οφείλουν επίσης να είναι επιστημονικά και ιατρικά κατάλληλες και καλής ποιότητας. Αυτό απαιτεί, *inter alia*, ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, επιστημονικά εγκεκριμένα και μη ληγμένα φάρμακα και νοσοκομειακό εξοπλισμό, ασφαλές και πόσιμο νερό, επαρκείς εγκαταστάσεις υγιεινής»<sup>49</sup>.

Σύμφωνα με την FIDH η μείωση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας έχουν συνέπειες στην αποδεκτότητα και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η έκθεση επισημαίνει την επιδείνωση των συνθηκών εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την αύξηση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, την αύξηση του φόρτου εργασίας με συνέπεια την αύξηση του άγχους και της έντασης, τη μείωση του εισοδήματος των εργαζομένων και το πρόβλημα που προκύπτει στο παρόν, αλλά και μελλοντικά, από τη συνεχιζόμενη «διαρροή εγκεφάλων» που πλήττει τη χώρα. Επίσης κατέγραψε τη δυσχέρεια πολλών ασθενών να έχουν τα απαραίτητα φάρμακα και εξετάσεις. Το γεγονός ότι πολλοί από αυτούς καταλήγουν να χρειάζονται νοσηλεία, λόγω επιδείνωσης του ιατρικού τους προβλήματος, καταδεικνύει ότι με τις πολιτικές αυτές όχι μόνο υποβαθμίζεται το δικαίωμα των ανθρώπων στην υγεία αλλά, είναι και οικονομικά ατελέσφορες, καθώς η επείγουσα περίθαλψη κοστίζει περισσότερο από την επαρκή, τακτική θεραπεία. Ακόμα οι χρόνοι αναμονής έχουν αυξηθεί, ενώ το σύστημα υγείας καλείται με λιγότερους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους να εξυπηρετήσει περισσότερους ασθενείς. Αυτή είναι μια μετάβαση που δύσκολα μπορεί να επιτευχθεί και που επιδείνωσε την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης της χώρας.

Η FIDH χρησιμοποιεί στην αξιολόγηση της τα κριτήρια του Γραφείου της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τη συμμόρφωση, κατά την επιβολή μέτρων λιτότητας, με τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, προκειμένου τα κράτη να λαμβάνουν υπόψη το πλαίσιο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα κριτήρια αυτά καθορίζουν τι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την πρόληψη των παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κατά την εφαρμογή της λιτότητας ή περιοριστικών μέτρων. Σύμφωνα με αυτά:

1. Τα μέτρα λιτότητας πρέπει να ανταποκρίνονται αυστηρά σε ένα επιτακτικό συμφέρον του κράτους.

2. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η αναγκαιότητα, το εύλογο, η προσωρινότητα και η αναλογικότητα των μέτρων λιτότητας.

3. Να μην υπάρχει άλλη εφικτή εναλλακτική λύση ή ελαφρότερο περιοριστικό μέτρο που θα μπορούσε να ανταποκριθεί στο επιτακτικό συμφέρον του κράτους.

4. Τα μέτρα δεν πρέπει να εισάγουν διακρίσεις.

5. Βασική συνιστώσα των μέτρων πρέπει να αποτελεί η προστασία ενός ελάχιστου πυρήνα κάθε δικαιώματος.

6. Να υπάρχει ουσιαστική συμμετοχή των ομάδων και των προσώπων που επηρεάζονται στον καθορισμό των μέτρων και στην εκτίμηση των προϋποθέσεων<sup>50</sup>.

Αποτελεί γενική εκτίμηση ότι η προσβολή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων θεωρήθηκε ως αναγκαίο κακό και παράπλευρη απώλεια των πολιτικών της λιτότητας. Στην πραγματικότητα δεν υπήρξε ενδιαφέρον για την προστασία τους και ο περιορισμός τους, αν δεν παραγνωρίσθηκε εντελώς, τουλάχιστον υποτιμήθηκε. Σύμφωνα με την έκθεση της FIDH τα μέτρα στην Ελλάδα ανταποκρίνονται σε ένα επιτακτικό συμφέρον του κράτους. Ωστόσο η χώρα έχει αποτύχει να αποδείξει ότι στο πλαίσιο αυτό αξιοποίησε πλήρως τους μέγιστους διαθέσιμους πόρους της προκειμένου να αποφύγει παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Επίσης τα μέτρα λιτότητας οδήγησαν σε ουσιαστική επιδείνωση της άσκησης των δικαιωμάτων κατεξοχήν στους οικονομικά πιο ευάλωτους και επομένως θεωρείται ότι η χώρα δεν συμμορφώνεται με το πρώτο κριτήριο.

Σε σχέση με το δεύτερο κριτήριο τα εφαρμοζόμενα μέτρα κρίθηκαν ως αδικαιολόγητα και δυσανάλογα, ιδιαίτερα όσον αφορά στον αντίκτυπο τους στις ήδη περιθωριοποιημένες και ευπαθείς ομάδες. Διαπίστωση που επιβεβαιώνεται και από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο<sup>51</sup>. Επίσης δεν είναι χρονικά περιορισμένα, καθώς έχουν μάλλον διαρθρωτικό χαρακτήρα και δεν αποτελούν μια προσωρινή λύση σε μια προσωρινή κρίση, όπως απαιτεί το δικαίωμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ως προς το τρίτο κριτήριο θεωρείται ότι η Ελλάδα έχει αποτύχει να εξετάσει όλες τις εφικτές εναλλακτικές λύσεις ή ελαφρότερα μέτρα για να αντιμετωπίσει την κρίση. Τα μέτρα εισάγουν διακρίσεις, καθώς πλήττουν περισσότερο τις πιο ευπαθείς ομάδες (τέταρτο κριτήριο). Σχετικά με το πέμπτο κριτήριο η επιτροπή έκρινε ότι τα επίπεδα προστασίας των δικαιωμάτων όπως ορίζονται από το ICESCR έχουν μειωθεί εξαιτίας των μέτρων λιτότητας που υιοθέτησε η Ελλάδα και ιδιαίτερως αυτών που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, των γυναικών, των παιδιών, των φτωχών, των ατόμων με ειδικές ανάγκες, των ανέργων, των τσιγγάνων, των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο. Τέλος σε σχέση με το έκτο κριτήριο, δεν έχει διασφαλιστεί η συμμετοχή των ενδιαφερομένων προσώπων ή ομάδων στην εξέταση των προτεινόμενων

μενων μέτρων. Η επιτροπή κατέληξε ότι τα μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα απέτυχαν να διασφαλίσουν την εκπλήρωση των ελάχιστων βασικών υποχρεώσεων της χώρας για την προστασία βασικών δικαιωμάτων, όπως το δικαίωμα στην υγεία<sup>37</sup>. Οι διαπιστώσεις της έκθεσης ενισχύονται από την απόφαση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σύμφωνα με την οποία τα μέτρα λιτότητας στον τομέα της υγείας συνιστούν παραβίαση των κοινωνικών δικαιωμάτων που διασφαλίζονται από το ICESCR και τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη<sup>51</sup>.

### **Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι η αντίληψη που προσπαθεί να ενσωματώσει τους κανόνες, τις αρχές, τα πρότυπα και τους στόχους του διεθνούς συστήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη διαδικασία της ανάπτυξης και εφαρμογής κοινωνικο-οικονομικών πολιτικών. Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχει κανονιστική και πρακτική διάσταση. Πρόκειται για πλαίσιο αντιλήψεων για την πορεία της ανθρώπινης ανάπτυξης, που κανονιστικά βασίζεται στους διεθνείς κανόνες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στην πράξη στοχεύει στην προστασία και προαγωγή τους. Επιδιώκει να αναλύσει τις ανισότητες που βρίσκονται στην καρδιά των προβλημάτων ανάπτυξης και να επανορθώσει πρακτικές διακρίσεων και άδικες κατανομές ισχύος που εμποδίζουν την πρόοδο της ανάπτυξης. Με άλλα λόγια, η προσέγγιση βάσει των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ισχυρίζεται ότι ο κύριος στόχος της ανάπτυξης θα πρέπει να είναι η εκπλήρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Πρόκειται για μια ηθικά και νομικά σωστή προσέγγιση, που οδηγεί σε καλύτερα και πιο βιώσιμα αποτελέσματα για την ανθρώπινη εξέλιξη και ανάπτυξη<sup>52</sup>.

Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (άρθρο 12) αναγνωρίζει το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία<sup>53</sup>. Ως δικαίωμα στην υγεία δεν ορίζεται το δικαίωμα να είναι κάποιος υγιής, αφού δεν είναι δυνατόν κάποιος να έχει τέλεια υγεία για πάντα. Το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνει ελευθερίες και δικαιώματα. Ελευθερίες, όπως το δικαίωμα ελέγχου της υγείας και του σώματος, την προστασία απέναντι σε θεραπείες χωρίς συγκατάθεση και δικαιώματα, όπως η ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το δικαίωμα στην υγεία χωρίς αποκλεισμούς σημαίνει όχι μόνο έγκαιρη και κατάλληλη φροντίδα υγείας, αλλά επίσης αναφέρεται σε όλους τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας που το καθορίζουν και το υποστηρίζουν. Επίσης αναφέρεται στη συμμετοχή των ανθρώπων στις αποφάσεις που λαμβάνονται για την υγεία σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχει θεσπίσει τα κριτήρια της διαθεσιμότητας, της προσβασιμότητας, της αποδεκτότητας και της ποιότητας για τη συμφωνία των κοινωνικών πολιτικών με τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων<sup>53</sup>.

Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στέκεται

απέναντι στα επιχειρήματα για την ανάγκη περιορισμού των δικαιωμάτων λόγω έλλειψης πόρων. Καθώς συχνά τα κράτη επικαλούνται οικονομικές δυσκολίες και ιδιαίτερα την περίοδο αυτή δυσχέρεια και έλλειψη πόρων εξαιτίας της παρατεταμένης ύφεσης, η Επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτικά Δικαιώματα του ΟΗΕ «υποστηρίζει με έμφαση ότι ακόμα και όταν οι διαθέσιμοι πόροι είναι αποδεδειγμένα ανεπαρκείς, η υποχρέωση παραμένει για ένα συμβαλλόμενο κράτος να προσπαθεί να εξασφαλίσει την ευρύτερη δυνατή απόλαυση των σχετικών δικαιωμάτων υπό τις κρατούσες συνθήκες. Επιπλέον, οι υποχρεώσεις για την παρακολούθηση του βαθμού υλοποίησης, ή μη υλοποίησης, των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων και για την ανάπτυξη στρατηγικών και τα προγραμμάτων για την προώθησή τους, δεν εξαλείφονται με κανένα τρόπο ως αποτέλεσμα του περιορισμών των πόρων». Επίσης η Επιτροπή σημειώνει ότι «ακόμα και σε περιόδους σοβαρού περιορισμού των πόρων, που οφείλονται είτε σε διαδικασίες ρύθμισης είτε σε οικονομική ύφεση ή σε άλλους παράγοντες τα αδύναμα μέλη της κοινωνίας μπορεί και πρέπει να προστατεύονται με την υιοθέτηση σχετικά χαμηλού κόστους στοχευμένων προγραμμάτων»<sup>54</sup>.

Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υποστηρίζει ότι ένα κράτος παραβιάζει τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, όταν ασκεί μια πολιτική ή πρακτική, η οποία με πράξεις ή παραλείψεις, παραβιάζει ή αγνοεί υποχρεώσεις που απορρέουν από το Σύμφωνο<sup>55</sup>. Από το Σύμφωνο απορρέουν το καθήκον του σεβασμού, της προστασίας και της ικανοποίησης και εξασφάλισης πρόσβασης στα δικαιώματα και ιδιαίτερα εκείνων που μόνοι τους δεν μπορούν να τα έχουν<sup>55</sup>.

Η προσέγγιση της κρίσης από τη σκοπιά των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αμφισβητεί την άποψη των οικονομολόγων, που συχνά παρουσιάζουν την κρίση ως φυσική καταστροφή, ανεξάρτητη από ανθρώπινες ενέργειες και πολιτικές που ακολουθήθηκαν. Αμφισβητεί την αντίληψη για την παντοδυναμία και την υπερφυσική διάσταση που αποδίδεται στις «αγορές», ως κάτι πέρα κι έξω από την ανθρώπινη δραστηριότητα. Τοποθετώντας τα πράγματα στις φυσικές-πραγματικές τους διαστάσεις υποστηρίζει ότι οι αιτίες της κρίσης εδράζονται σε ανθρώπινες αποφάσεις και πολιτικές, εφαρμοζόμενες από κυβερνητικούς και ισχυρούς οικονομικούς παράγοντες και δεν οφείλονται στη δράση φυσικών δυνάμεων ή δυνάμεων έξω από τον ανθρώπινο έλεγχο<sup>56</sup>.

Υποστηρίζει την άποψη ότι οι προσπάθειες αντιμετώπισης μιας οικονομικής κρίσης πρέπει να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται έχοντας στο επίκεντρό τους την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Μεταφέροντας την αντίληψη αυτή στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, αντιτίθεται στην ανάσχεση των Οικονομικών, Κοινωνικών και Πολιτιστικών Δικαιωμάτων που προκάλεσαν οι πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης στην Ελλάδα. Αντιτίθεται στην άποψη ότι, παρότι πρόκειται για δικαιώματα που κατοχυρώνονται από το Σύνταγμα και διεθνείς συνθήκες που δεσμεύουν νομικά τη χώρα, έπρεπε να περιοριστούν προς όφελος του γενικού συμ-

φέροντος, που ήταν ο περιορισμός του δημοσιονομικού ελλείμματος και η έξοδος της χώρας από την κρίση. Αντιτίθεται στην άποψη ότι οι καταστροφικές επιπτώσεις της κρίσης για τις ανθρώπινες ζωές, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια των ανθρώπων είναι τραγικές, αλλά αναπόφευκτες συνέπειες των απρόβλεπτων και ανεξέλεγκτων δυνάμεων της αγοράς. Σε αυτό το επιχείρημα στηρίχθηκε η δραματική μείωση των κοινωνικών δαπανών και των δαπανών στην υγεία με τις συνέπειες που έχουν ήδη αναφερθεί. Απαντά αρνητικά στο ερώτημα που τίθεται σχετικά με το αν η παρούσα δημοσιονομική συγκυρία στη χώρα αποτελεί ένα επαρκώς νομιμοποιημένο λόγο για τον περιορισμό δικαιωμάτων ιστορικά και νομικά κατοχυρωμένων<sup>57</sup>. Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τονίζει ότι οι συνέπειες της κρίσης στα ανθρώπινα δικαιώματα δεν είναι αναπόφευκτες και δεν πρέπει να γίνουν αποδεκτές. Απαιτεί λογοδοσία των υπευθύνων για τις αποφάσεις που προκάλεσαν την κρίση και για τις πολιτικές που έπληξαν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Απαιτεί αποφάσεις που δεν θα προκαλούν νέες και θα ελαχιστοποιούν τις ήδη προκληθείσες αρνητικές συνέπειες των εφαρμοζόμενων πολιτικών και θα ενισχύουν τους ανθρώπους που πλήττονται να απαιτούν σεβασμό για τα δικαιώματά τους<sup>56</sup>. Υποστηρίζει ότι υπάρχει ένας ελάχιστος κανονιστικός πυρήνας για τα κοινωνικά δικαιώματα ο οποίος πρέπει να παραμείνει άθικτος από τα όποια εφαρμοζόμενα μέτρα. Η υποχώρηση πίσω από τον πυρήνα αυτό δεν σημαίνει απλά παραβίαση «κεκτημένων δικαιωμάτων», αλλά παραβίαση θεμελιωδών κανόνων επιβίωσης μιας πολιτικής κοινότητας και συμβίωσης σε αυτήν με ασφάλεια. Το όριο αυτό είναι η μη παραβίαση του ελάχιστου ορίου ουσιαστικής αυτονομίας και αξιοπρέπειας των πολιτών της χώρας<sup>57</sup>.

Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υποστηρίζει τον αλληλένδετο και αδιαίρετο χαρακτήρα των δικαιωμάτων, που τελούν σε σχέση αλληλοθεμελίωσης. Η αποδυνάμωση μιας ομάδας δικαιωμάτων αδυνατίζει και τις άλλες. Δεν νοείται σύγχρονη, δημοκρατική χώρα, χωρίς ένα επαρκές επίπεδο προστασίας όλων των δικαιωμάτων. Υποστηρίζει ότι, σε μια χώρα που πλήττονται τα κοινωνικά δικαιώματα, τελικώς πλήττονται και τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα. Γιατί δεν είναι δυνατόν να ανθεί η δημοκρατία, όταν το δικαίωμα στην εργασία, στην υγεία και στην παιδεία, ιδιαίτερα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων, υποβαθμίζεται συνεχώς<sup>57</sup>.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ανθρώπινα δικαιώματα διαχρονικά και παγκόσμια αποτελούν αποτέλεσμα του αγώνα των ανθρώπων. Από το 18ο αιώνα και μετά τα Συντάγματα των κρατών, οι παγκόσμιες διακηρύξεις, οι συνθήκες και οι συμβάσεις που τα κατοχυρώνουν υπογράφηκαν μετά από σκληρούς αγώνες και πολύ πόνο που συσσωρεύτηκε στην ανθρωπότητα. Η τάση, τις τελευταίες δεκαετίες, είναι αν όχι η ευθεία αμφισβήτηση, τουλάχιστον η παράκαμψη και ο παροπλισμός τους.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα πλήττονται στη διάρκεια

των οικονομικών κρίσεων. Αυτό ισχύει και για το δικαίωμα στην υγεία. Στη χώρα μας η οικονομική κρίση και οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν υποβάθμισαν το σύστημα υγείας της χώρας και χειροτέρεψαν την υγεία των ανθρώπων και ιδιαίτερα των πλέον αδύναμων και ευπαθών κοινωνικά ομάδων.

Έπληξαν το δικαίωμα στην υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου η χώρα απέτυχε να συμμορφωθεί με τα κριτήρια του Γραφείου της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τα ανθρώπινα δικαιώματα, καθώς δεν έλαβε τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη των παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κατά την εφαρμογή μέτρων λιτότητας. Κατά τη λήψη των μέτρων δεν λήφθηκε πρόνοια για την προστασία ενός ελάχιστου πυρήνα του δικαιώματος στην υγεία.

Έπληξαν το δικαίωμα στην υγεία ως ατομικό δικαίωμα. Με δεδομένο τον αλληλένδετο χαρακτήρα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και το γεγονός ότι κάθε δικαίωμα και κάθε ομάδα δικαιωμάτων υποστηρίζει διαφορετική πλευρά της ανθρώπινης αυτονομίας, έπληξαν τελικά τη δυνατότητα αυτοπροσδιορισμού και αυτονομίας του ανθρώπου, προϋποθέσεις συμμετοχής του στην κοινωνική λειτουργία και δραστηριότητα, αλλά και στη δημοκρατική διαδικασία ως πολίτη.

Οι πολιτικές αυτές έλαβαν χώρα σε ένα πλαίσιο, πέραν των δεδομένων οικονομικών δυσχερειών, απονομιμοποίησης του ευρωπαϊκού κοινωνικού κράτους, που συντελείται τις τελευταίες δεκαετίες. Απονομιμοποίησης που οφείλεται στις μεγάλες πολιτικές και οικονομικές ανατροπές που συντελέστηκαν, αλλά και στη ρήξη με τις κοινωνικές, ιδεολογικές, πνευματικές και ηθικές απόψεις που κυριάρχησαν στην Ευρώπη στο μεγαλύτερο μέρος του προηγούμενου αιώνα.

Οι υποχωρήσεις στα κοινωνικά δικαιώματα σε περιόδους κρίσεων δικαιολογούνται συχνά από την άποψη που υποστηρίζει ότι η ιδιοσυστασία τους εμποδίζει την καθολικότητα, την εντέλεια και τη βιωσιμότητα της κατοχύρωσής τους, εξαιτίας της υλικής-οικονομικής τους φύσης. Η άποψη αυτή υποστηρίζει ομοίως ότι, το δικαίωμα στην υγεία, ως κοινωνικό δικαίωμα, δεν είναι πάντα εφικτό να είναι σεβαστό, παρά τη συνταγματική κατοχύρωση του.

Θέση στην οποία αντιπαράθεται η άποψη ότι, ο αλληλένδετος χαρακτήρας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η υποστήριξη από όλα της ανθρώπινης αυτονομίας δεν δικαιολογεί καμία κανονιστική μειονεξία, ατέλεια ή ιεράρχηση μεταξύ των δικαιωμάτων. Οι ενόπτητες των δικαιωμάτων συναντώνται στο κοινό αξιακό υπόβαθρο της ίσης αυτονομίας (ατομικής, πολιτικής και κοινωνικής) με αποτέλεσμα η πρόοδος ενός δικαιώματος να διευκολύνει την εξέλιξη των άλλων, ενώ η στέρηση ενός δικαιώματος να επηρεάζει αρνητικά και τα άλλα.

Σε ό,τι αφορά στην αναγκαιότητα χρήσης πόρων για την ικανοποίηση των κοινωνικών δικαιωμάτων, επισημαίνεται ότι και η ικανοποίηση των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων συχνά απαιτεί πόρους, που όμως ποτέ δεν θεωρούνται εμπόδια για την εκπλήρωσή

τους και επικαλείται το δικαίωμα της βιοτικής αυτοτέλειας, δικαιολογητικής ιδέας του κοινωνικού κράτους και αναγκαίας συνθήκης για την άσκηση της αυτονομίας. Υποστηρίζεται ότι τα κοινωνικά δικαιώματα διακυβεύονται στον πυρήνα τους και προσβάλλονται σοβαρά, όταν ο βαθμός της υλοποίησης τους υπολείπεται ενός ελάχιστου κανονιστικού πυρήνα βιοτικής αυτοτέλειας και υλικής αξιοπρέπειας. Διακυβεύονται στον πυρήνα τους, όταν η απαξίωση τους δοκιμάζει την ίδια τη βιωσιμότητα και την αξιοπρέπεια του ατόμου.

Η προσέγγιση της κρίσης από τη σκοπιά των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αντιπαράκειται στην άποψη ότι η υποχώρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι ένα αναγκαίο κακό και παράπλευρη απώλεια σε συνθήκες κρίσης. Αμφισβητεί την άποψη των οικονομολόγων που αντιμετωπίζουν την κρίση ως φυσική καταστροφή, ανεξάρτητη από ανθρώπινες ενέργειες και πολιτικές.

Υποστηρίζει ότι, κάθε κράτος, ακόμα και σε συνθήκες κρίσης, εξακολουθεί να έχει την υποχρέωση να εξασφαλίζει τη μεγαλύτερη δυνατή απόλαυση των δικαιωμάτων των πολιτών του. Ότι οι υποχρεώσεις του κράτους δεν εξαλείφονται ως αποτέλεσμα του περιορισμού των πόρων και ότι ακόμα και σε περιόδους σοβαρού περιορισμού των πόρων, τα αδύναμα μέλη της κοινωνίας μπορεί και πρέπει να προστατεύονται με την υιοθέτηση σχετικά χαμηλού κόστους στοχευμένων προγραμμάτων. Υποστηρίζει την άποψη ότι, οι προσπάθειες αντιμετώπισης μιας οικονομικής κρίσης πρέπει να σχεδιάζονται και να υλοποιούνται έχοντας στο επίκεντρο τους την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Υποστηρίζει το δικαίωμα στην υγεία χωρίς αποκλεισμούς.

Η προσέγγιση της κρίσης από τη σκοπιά των ανθρωπίνων δικαιωμάτων απαιτεί αποφάσεις που δεν θα προκαλούν νέες και θα ελαχιστοποιούν τις ήδη προκληθείσες αρνητικές συνέπειες των εφαρμοζόμενων πολιτικών. Υποστηρίζει ότι υπάρχει ένας ελάχιστος κανονιστικός πυρήνας για τα κοινωνικά δικαιώματα ο οποίος πρέπει να παραμείνει άθικτος από τα όποια εφαρμοζόμενα μέτρα. Αυτός είναι η μη παραβίαση του ελάχιστου ορίου ουσιαστικής αυτονομίας και αξιοπρέπειας των πολιτών της χώρας.

Η προσέγγιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων υποστηρίζει τον αλληλένδετο και αδιαίρετο χαρακτήρα των δικαιωμάτων, που τελούν σε σχέση αλληλοθεμελίωσης. Η αποδυνάμωση μιας ομάδας δικαιωμάτων αδυνατεί και τις άλλες. Δεν νοείται σύγχρονη, δημοκρατική χώρα, χωρίς ένα επαρκές επίπεδο προστασίας όλων των δικαιωμάτων. Υποστηρίζει ότι, σε μια χώρα που πλήττονται τα κοινωνικά δικαιώματα, τελικώς πλήττονται και τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα. Γιατί δεν είναι δυνατόν να ανθεί η δημοκρατία, όταν το δικαίωμα στην εργασία, στην υγεία και στην παιδεία, ιδιαίτερα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων, υποβαθμίζεται συνεχώς.

## SUMMARY

### Economic crisis and the right to health. The human rights approach

Bogosian Evangelia

*hellenic hospital dentistry 9: 67-80, 2016*

*The aim of this paper is to present the concept of the right to health as a constitutional, individual and social right, the impact of the economic crisis on the years 2010-2014, and the human rights approach for the protection of rights in times of crisis.*

*It is well known that during the financial crisis the human rights and especially the right to health are affected. Particularly are affected the rights of the weak and vulnerable social groups. The problems of health system have increased the same time that social demands of public health services have increased due to the crisis.*

*Economic crisis in Greece has hit the health system and worsened the health of people. The implemented policies have affected the physical and mental health of children with long-term consequences, have increased all child mortality rates, mental disorders especially depression and have increased the suicide rates. They have led to an increase in infectious diseases. They have reduced availability, accessibility, acceptability and quality of health services, affecting health as a personal and social right.*

*The human rights approach of the crisis is trying to incorporate the rules and principles of human rights in the socio-economic policies implementation even in conditions of economic difficulties. The human rights approach may be another approach to the policy during the crisis. It has the view that efforts to address the economic crisis must also focus on the protection of human rights. It ensures the thesis that challenges posed by the economic crisis should be addressed whilst respecting, protecting and promoting human rights.*

**Key words:** economic crisis; human rights; right to health; welfare state; human rights approach.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β: Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010; 27(5): 834-840. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf> (πρόσβαση 12/12/2014).
2. Καραϊσκού Α, Μαλλιάρου Μ, Σαράφης Π: Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2012; 4 (2): 49-54.
3. WHO: The financial crisis and global health: report of a high-level consultation. World Health Organization, Geneva. Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/topics/financial\\_crisis/financialcrisis\\_re](http://www.who.int/topics/financial_crisis/financialcrisis_re)



- port\_200902.pdf (πρόσβαση 12/12/2014).
4. Στάκλερ Ν, Μπασού Σ: Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πώς η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία. Αθήνα. Ψυχολογία. 2014; 40-48, 143-171.
  5. WHO. Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies: Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al: Policy Summary. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implication for policy. 2014; 1, 39-41.
  6. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M: The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet* 2009; 374: 315-323.
  7. Stuckler D, Basu S, Suhrcke D, Cutts A, McKee M: The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *UlsterMedJ* 2008; 78: 142-145.
  8. Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, Karageorgopoulos DE: Economic crises and mortality: a review of the literature. *IntJClinPract* 2009; 63: 1128-1135.
  9. Γιωτάκος Ο: Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία *Ψυχιατρική* 2010; 21(3): 195-204.
  10. Μπούρας Γ, Λύκουρας Λ: Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος* 2011; 48: 54-61.
  11. Ευθυμίου Κ, Αργαλιά Ε, Κασκαμπά Ε, Μακρή Α: Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; *Εγκέφαλος* 2013; 50: 22-30.
  12. Quaglio G, Karapiperis T, Woensel LV, Arnold E, McDaid D: Austerity and health in Europe. *Health Policy* 2013; 113: 13-19.
  13. Stuckler D, Meissner C, Fishback P, Basu S, McKee M: Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations 1929-1937. *J Epidemiol Commun Health* 2012; 66: 410-419.
  14. WHO. European Observatory on Health Systems and Policies: Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al: Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe. Impact and Implication for Policy. England. Open University Press. 2015; 2, 139, 150.
  15. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D: Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014; 383: 748-753.
  16. WHO Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies: Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experience. Edited by Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al: *United Kingdom* 2015: 136, 133.
  17. Karahalios Y: Basic hygiene at risk in debt-stricken Greek hospitals. *Reuters* 4/12/2012. Διαθέσιμο στο: <http://www.reuters.com/article/us-greece-austerity-disease-idUSBRE8B30NR20121204> (πρόσβαση στις 20/10/2015).
  18. ΙΝΕ ΓΣΕΕ: Η Ελληνική εργασία και η απασχόληση. Ετήσια έκθεση. 2014: 322.
  19. Ευθυμιάδου Δ: Κοντά στα 2.500.000 οι ανασφάλιστοι. *Ελευθεροτυπία* 24 Απριλίου 2014. Διαθέσιμο στο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=427147> (πρόσβαση 18/3/2015).
  20. Ντρέπομαι που βλέπω Έλληνες να πεινάνε, λέει ο Ν. Κανάκης από τους Γιατρούς του Κόσμου. *In.gr*. Διαθέσιμο στο: <http://news.in.gr/greece/article/?aid=1231136803> (πρόσβαση 18/3/2015).
  21. Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis CN: Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *The Lancet* 2011; 378: 1459.
  22. Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, Tzougas J, Kranioti EF, Theodorakis PN, et al: The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJOpen*, 2015. Διαθέσιμο στο: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/1/e005619> (πρόσβαση στις 30/3/2015).
  23. [http://webtv.ert.gr/katigories/enimerosi/24sep2015-onert/EKPOMPIH ME BHXO Για KIA 24/09/2015 onert εκπομπή](http://webtv.ert.gr/katigories/enimerosi/24sep2015-onert/EKPOMPIH ME BHXO Gia KIA 24/09/2015 onert εκπομπή) (πρόσβαση 2/10/2015).
  24. Antonakakis N, Collins A: The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy. *SocSci Med* 2014; 112: 39-50.
  25. ΟΗΕ: Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού. 2012. Διαθέσιμο στο: <http://www.synigoros.gr/resources/kataliktikes-paratiriseis-oh-2012.pdf> (πρόσβαση 20/3/2015).
  26. Αναγνωστόπουλος ΚΑ, Σουμάκη Ε: Οι επιπτώσεις της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. *Ψυχιατρική* 2012; 23(1): 13-14.
  27. Μήτας Σ: Η αλληλεγγύη ως θεμελιώδης αρχή δικαίου. *Διδακτορική διατριβή Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης* 2013: 178-181, 183.
  28. United Nations Human Rights: What are human rights? Διαθέσιμο στο: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx> (πρόσβαση στις 22/11/2015).
  29. ΟΗΕ: Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα. 1948. Διαθέσιμο στο: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=grk> (πρόσβαση στις 28/10/2014).
  30. Vienna Declaration and programme of Action 1993. Διαθέσιμο στο: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Vienna.aspx> (πρόσβαση στις 10/05/2015).
  31. Ενωμένοι για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Μια σύντομη ιστορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Διαθέσιμο στο: <http://gr.humanrights.com/what-are-human-rights/brief-history/cyrus-cylinder.html> (πρόσβαση στις 21/8/15).
  32. Stanford Encyclopedia of Philosophy. Human Rights. 2003. Διαθέσιμο στο: <http://plato.stanford.edu/entries/rights-human/> (πρόσβαση στις 15/10/2014).
  33. Wikipedia: Ανθρώπινα δικαιώματα. Διαθέσιμο στο: [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CE%B8%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%B9%CE%BD%CE%B1\\_%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B9%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CE%B8%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%B9%CE%BD%CE%B1_%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B9%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1) (πρόσβαση στις 15/10/2014).
  34. ΟΗΕ: Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα. Διαθέσιμο στο: [https://www.unhcr.org/el/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26230&Itemid=33](https://www.unhcr.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26230&Itemid=33) (πρόσβαση στις 15/10/2014).
  35. ΟΗΕ: Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα. Διαθέσιμο στο: [https://www.unhcr.org/el/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26231&Itemid=33](https://www.unhcr.org/el/index.php?option=com_content&view=article&id=26231&Itemid=33) (πρόσβαση στις 15/10/2014).
  36. Ενωμένοι για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Διεθνείς νόμοι για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Διαθέσιμο στο: <http://www.humanrights.com/el/what-are-human-rights/international-human-rights-law-continued.html> (πρόσβαση στις 23/8/2015).
  37. FIDH/HLHR: Υποβαθμίζοντας τα δικαιώματα: Το κόστος

- της λιτότητας στην Ελλάδα. 2015: 30-37, 73-76. Διαθέσιμο στο:  
[https://www.fidh.org/IMG/pdf/report\\_greece\\_human\\_rights\\_in\\_greek.pdf](https://www.fidh.org/IMG/pdf/report_greece_human_rights_in_greek.pdf) (πρόσβαση στις 15/6/2015).
38. Παπαχρίστος Θ, Βιδάλης Τ: Σύντομος οδηγός στο δίκαιο για μη νομικούς. Αθήνα. Αντ. Ν. Σάκκουλα. 2009.
39. Βασιλόπουλος Α: Το δικαίωμα προστασίας της υγείας. Διοικητική ενημέρωση. 2008; 46: 84-94. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.special-edition.gr/pdf\\_dioik\\_enim/pdf\\_de\\_46/VASILOPOULOS.pdf](http://www.special-edition.gr/pdf_dioik_enim/pdf_de_46/VASILOPOULOS.pdf) (πρόσβαση 29/10/2014).
40. Μάλλιος Ε: Το ανθρώπινο γονιδίωμα. Γενετική έρευνα και προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2002: 203, 205-206.
41. ΣτΕ 400/1986, ΤοΣ 1986: 433-439.
42. Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φ: Η μεταθανάτια αφαίρεση οργάνων: η μη άρνηση ως συναίνεση; Στο: Βιοηθική και Ανθρώπινα Δικαιώματα Πρακτικά Ημερίδας. Αθήνα. Σάκκουλας. 2010: 54.
43. Rosanvallon P: Η κοινωνία των ίσων. Αθήνα. Πόλις. 2014: 17-19, 185, 221-234, 236-242.
44. Βερναρδάκης Χ: Το κοινωνικό κράτος στη Δυτική Ευρώπη. Βασικές σημειώσεις παραδόσεων του μαθήματος. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.vernardakis.gr/uplmed/100\\_notes%20koinonikokratos.pdf](http://www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratos.pdf) (πρόσβαση στις 5/4/2015).
45. Χάμπερμας Γ: αυτονομία και αλληλεγγύη. Αθήνα. Ύψιλον. 1987: 56.
46. Λινάρδος- Ρυλιμόν Π: Από το κράτος πρόνοιας στο κράτος φιλανθρωπίας. Η Αυγή 13/4/2013. Διαθέσιμο στο:  
[http://avgi-anagnoseis.blogspot.gr/2013/04/blog-post\\_3367.html](http://avgi-anagnoseis.blogspot.gr/2013/04/blog-post_3367.html) (πρόσβαση στις 5/4/2015).
47. Ρομπόλης ΣΓ: Οικονομική Κρίση και Κοινωνικό Κράτος. Κοινωνική Πολιτική. 2013; 1. Διαθέσιμο στο:  
[http://eekp.gr/wp-content/uploads/2013/08/vol1\\_paper3.pdf](http://eekp.gr/wp-content/uploads/2013/08/vol1_paper3.pdf). (πρόσβαση στις 28/10/2014).
48. Συνήγορος του πολίτη: Καταρρέει το κοινωνικό κράτος. Έκθεση κόλαφος. TVXS. 2012. Διαθέσιμο στο:  
<http://tvxs.gr/news/ellada/synigoros-toy-politi-katarreei-koinoniko-kratos> (πρόσβαση στις 28/10/2014).
49. Committee on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment No. 14, 2000, παρ. 12(c). Στο:
- FIDH/HLHR Υποβαθμίζοντας τα δικαιώματα: Το κόστος της λιτότητας στην Ελλάδα 2015, σ. 48.
50. Office of the High Commissioner for Human Rights: Report on Austerity Measures and Economic and Social Rights, submitted pursuant to UN General Assembly resolution 48/141, 2012. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/RightsCrisis/E-2013-82\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/RightsCrisis/E-2013-82_en.pdf) (πρόσβαση στις 15/10/15).
51. European Parliament: Resolution on Employment and social aspects of the role and operations of the Troika (ECB, Commission and IMF) with regard to euro area programme countries, 2014. Διαθέσιμο στο:  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2014-0240+0+DOC+XML+V0//EN> (πρόσβαση στις 15/6/2015).
52. Defending Dignity. A Manual for National Human Rights Institutions on Monitoring Economic, Social and Cultural Rights p.11. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.cesr.org/downloads/Defending\\_Dignity\\_ESCR\\_Manual\\_for\\_NHRIs.pdf](http://www.cesr.org/downloads/Defending_Dignity_ESCR_Manual_for_NHRIs.pdf) (πρόσβαση στις 15/10/15).
53. Amnesty International: Human rights for human dignity: A primer on economic, social and cultural rights (second edition). 2014, p. 65 Διαθέσιμο στο:  
<https://www.amnesty.org/en/documents/POL34/001/2014/en/> (πρόσβαση στις 15/10/15).
54. CESCR: General Comment No. 3. The Nature of States Parties Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant) Διαθέσιμο στο: <http://www.refworld.org/docid/4538838e10.html> (πρόσβαση 24/10/15).
55. UN: Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights. Doc.E/C.12/2000/13, para. 11, Διαθέσιμο στο: <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/6b748989d76d2bb8c125699700500e17?Opendocument> (πρόσβαση στις 5/5/15).
56. Center for Economic and Social Rights: Human Rights and the Global Economic Crisis. 2009. Διαθέσιμο στο:  
<http://www.cesr.org/downloads/CESR-Human%20Rights%20and%20the%20Global%20Economic%20Crisis.pdf> (πρόσβαση στις 15/5/15).
57. Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου: Υπάρχει ένα όριο αξιοπρεπούς διαβίωσης που δεν «κουρεύεται». Διαθέσιμο στο:  
<http://www.hlhr.gr/index.php?MDL=pages&SiteID=646> (πρόσβαση στις 15/5/15).

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**  
Μπογοσιάν Ευαγγελία  
Στεργιογιάννη 45,  
TK 71305 Ηράκλειο  
Τηλέφωνα: 2810 392473 και  
2810 392475  
email: [evbogosian@gmail.com](mailto:evbogosian@gmail.com)

## Ιογενείς Ηπατίτιδες και Οδοντιατρική Θεραπεία

Ζουμπουλάκης Μιχαήλ<sup>1</sup>, Καλαμπαλίκη Αγγελική<sup>2</sup>, Φωτουλάκη Μαρία<sup>3</sup>,  
Καρακελίδου Αναστασία<sup>4</sup>, Καρακινάρης Γεώργιος<sup>5</sup>, Ζουλούμης Λάμπρος<sup>6</sup>

Ιογενής ηπατίτιδα είναι η διάχυτη φλεγμονή και νέκρωση του ηπατικού παρεγχύματος που οφείλεται στους ιούς HAV, HBV, HCV, HDV, HEV, HGV, TTV και SEN. Η σχέση των ιών HGV, TTV και SEN με την ανάπτυξη ηπατίτιδας δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα. Οι ηπατίτιδες A και E προκαλούν επιδημική αυτοπεριοριζόμενη ηπατίτιδα και μεταδίδονται μέσω της κοπρανο-στοματικής οδού, ενώ οι ηπατίτιδες B και C κυρίως μέσω της παρεντερικής οδού. Οι δύο τελευταίες μορφές ηπατίτιδας πρέπει να ευαισθητοποιούν τον οδοντίατρο, γιατί τα οδοντιατρικά εργαλεία, οι μολυσμένες βελόνες και τα χειρουργικά εργαλεία μπορούν να μεταφέρουν τον ιό, με συνέπεια να αποτελεί επαγγελματικό κίνδυνο για τους οδοντίατρους. Ανάλογα με το χρόνο παραμονής του ιού στον ανθρώπινο οργανισμό, η ηπατίτιδα διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Εάν επιμένει για περισσότερο από 6 μήνες χαρακτηρίζεται ως χρόνια και μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση και καρκίνο του ήπατος. Ασθενείς με δυσλειτουργία ήπατος μπορεί να εμφανίσουν στοματικές εκδηλώσεις υπό τη μορφή ουλορραγιών, πετεχειών, εκχυμώσεων, χειλίτιδας, ατροφικής γλώσσας, ομαλού λειχήνα, ξηροστομίας, σιαλαδενίτιδας, συνδρόμου Sjögren. Η οδοντιατρική θεραπεία πρέπει να προσαρμοστεί στις ανάγκες των χρόνιων ηπατικών ασθενών, καθώς εμφανίζουν διαταραχές κυρίως στην πήξη του αίματος τους και στον μεταβολισμό των φαρμάκων. Απαραίτητη είναι η λήψη μέτρων προφύλαξης από την μετάδοση των ιών στον χώρο του οδοντιατρείου και η γνώση του ειδικού πρωτοκόλλου αντιμετώπισης επαγγελματικής έκθεσης στον HBV και HCV.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 9: 81-92, 2016

**Λέξεις κλειδιά:** ιογενείς ηπατίτιδα, οδοντιατρική θεραπεία, μετάδοση, προφύλαξη.

<sup>1</sup>Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

<sup>2</sup>Προπτυχιακή Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

<sup>3</sup>Αναπληρ. Καθηγήτρια, Παιδογαστρεντερολογική μονάδα Δ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ.

<sup>4</sup>Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

<sup>5</sup>Στοματικός και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Α.Π.Θ.

<sup>6</sup>Καθηγητής, Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ.

**Ίδρυμα προέλευσης:** ΠΜΣ Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

Η εργασία έχει ανακοινωθεί ως ελεύθερη ανακοίνωση στο 5ο Παλλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ήπαρ είναι ζωτικό όργανο του ανθρώπινου οργανισμού και έχει ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών στο οποίο περιλαμβάνεται η αποτοξίνωση-αποδόμηση, η σύνθεση πρωτεϊνών και η παραγωγή βιοχημικών ουσιών απαραίτητων για την πέψη των τροφών. Είναι υπεύθυνο μεταξύ άλλων για την σύνθεση των πρωτεϊνών του πλάσματος (παράγοντες πήξης I / ινωδογόνο, II / προθρομβίνη, V, VII, IX, X και XI, την πρωτεΐνη C, S και αντιθρομβίνη, αλβουμίνη, ορμόνες και αυξητικοί παράγοντες)<sup>1,3</sup>, και την παραγωγή, έκκριση χολής<sup>1,3</sup>. Επίσης άλλες λειτουργίες του είναι η αποθήκευση γλυκογόνου, βιταμίνης A (απόθεμα για 1-2 χρόνια), βιταμίνης D (για 1-4 μήνες), βιταμίνης B12 (για 1-3 χρόνια), σιδήρου και χαλκού<sup>2,3</sup>, η αποδόμηση τοξικών ουσιών, ερυθροκυττάρων, ινσουλίνης και άλλων ορμονών, όπως και η μετατροπή της αμμωνίας σε ουρία<sup>1,3</sup>. Τέλος συμμετέχει στην διατήρηση της

θερμοκρασίας του σώματος σε υψηλά επίπεδα<sup>1</sup>. Σύμφωνα με τα παραπάνω, οποιαδήποτε δυσλειτουργία του ήπατος μπορεί να επιφέρει από ήπιες έως σοβαρές βλάβες στη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού με τελική κατάληξη ακόμα και στο θάνατο.

Ως ηπατίτιδα αναφέρεται η διάχυτη φλεγμονή του ηπατικού παρεγχύματος που μπορεί να είναι αποτέλεσμα λοιμώξεων (ιοί, βακτήρια, μύκητες, παράσιτα) ή άλλων παραγόντων (αλκοόλ, φάρμακα, τοξίνες)<sup>3,4</sup>. Η πιο συχνή αιτία της ηπατίτιδας είναι η ιογενής λοίμωξη<sup>5</sup>.

Οι οδοντίατροι πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί κατά την αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από ιογενείς ηπατίτιδες αφενός λόγω των κλινικών συμπτωμάτων τους που μπορεί να παρατηρηθούν στη στοματική κοιλότητα και αφετέρου λόγω της αυξημένης πιθανότητας μετάδοσης της νόσου. Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρουν ότι συγκεκριμένες ειδικότητες όπως παθολόγοι, οδοντίατροι, νοσηλεύτριες/τριες, προσωπικό μικροβιολογικών εργαστηρίων και κέντρων αιμοκάθαρσης βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο μόλυνσης από τους ιούς HBV και HCV, ενώ έχει υπολογιστεί ότι τα ποσοστά μολυσμένου προσωπικού νοσοκομείων από τους παραπάνω ιούς είναι 14,4% και 1,4% αντίστοιχα<sup>2</sup>.

Μέχρι σήμερα οι ιοί που ευθύνονται για την ιογενή ηπατίτιδα είναι οι HAV, HBV, HCV, HDV, HEV4, HGV<sup>2,3</sup>, TTV και SEN6. Ωστόσο η σχέση των HGV, TTV και SEN με την ανάπτυξη ηπατίτιδας δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα<sup>6</sup>. Οι ηπατίτιδες A και E προκαλούν επιδημική αυτοπεριοριζόμενη ηπατίτιδα και μεταδίδονται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού, σε αντίθεση με τις ηπατίτιδες B και C που μεταδίδονται κυρίως μέσω της παρεντερικής οδού. Έτσι οι δύο τελευταίες αποτελούν μεγαλύτερο κίνδυνο κατά την οδοντιατρική πράξη, η οποία σχετίζεται άμεσα με αίμα, στοματικά υγρά, βελόνες και αιχμηρά εργαλεία που μπορεί να είναι μολυσμένα<sup>2-4,6</sup>.

Ανάλογα με το χρόνο παραμονής του ιού στον ανθρώπινο οργανισμό, η ηπατίτιδα διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Η οξεία ηπατίτιδα χαρακτηρίζεται από έντονη αδυναμία, διαταραχές στην όρεξη, ναυτία, εμέτους, μυαλγίες, αρθραλγίες, κεφαλαλγίες, πυρετό, ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν ίκτερο, σκοτεινόχρωμα ούρα και αποχρωματισμό κοπράνων<sup>3,5,7,8</sup>. Σε ποσοστό μικρότερο του 1% μπορεί να εμφανισθεί με πολύ βαριά μορφή, η οποία ονομάζεται κεραυνοβόλος οξεία ηπατίτιδα (70-80% θνησιμότητα). Εάν η ηπατίτιδα επιμένει για περισσότερο από 6 μήνες χαρακτηρίζεται ως χρόνια. Η χρόνια ηπατίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε κίρρωση και καρκίνο του ήπατος<sup>3,5,7,8</sup>.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να ευαισθητοποιήσει τους οδοντιάτρους στις στοματικές εκδηλώσεις της ιογενούς ηπατίτιδας, να παρουσιάσει τη διάγνωση και τον τρόπο αντιμετώπισης, να αναφέρει τα μέτρα πρόληψης μετάδοσης και να παραθέσει τα επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα και τον κόσμο σήμερα.

### ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α

Η ηπατίτιδα Α προκαλείται από τον ιό της ηπατίτιδας Α

(Hepatitis A Virus, HAV), έναν μικρό σφαιρικό χωρίς έλυτρο RNA ιό, με διάμετρο 27 nm. Ανήκει στην οικογένεια των πικορναϊών (Picornaviridae) στο γένος των Ηπατοϊών<sup>3,9,10</sup> και απομονώθηκε για πρώτη φορά το 1979<sup>11</sup>.

Η νόσος έχει ενδημικό χαρακτήρα σε ορισμένες περιοχές του πλανήτη (Αφρική, Ινδία)<sup>11</sup>, καθώς η μετάδοσή του ιού ευνοείται από τις κακές συνθήκες διαβίωσης και την κατανάλωση μολυσμένου νερού και τροφίμων<sup>4,9,11</sup>. Η επίπτωση της βρίσκεται στο 1,1%<sup>3</sup>. Το 2010 η συνολική δηλούμενη επίπτωση στην Ευρώπη ήταν 2,6 κρούσματα ανά 100.000 πληθυσμού<sup>11</sup>.

Ο ιός είναι έντονα μολυσματικός και μεταδίδεται δια της γαστρεντερικής οδού με την κατανάλωση μολυσμένης τροφής ή νερού, με σεξουαλική επαφή με μολυσμένο άτομο και σπανίως με το αίμα (χρησιμοποίηση συριγγών σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών)<sup>3,4,7,9-11</sup>. Ως ομάδες υψηλού κινδύνου αναφέρονται τα άτομα που ταξιδεύουν σε αναπτυσσόμενες χώρες, παιδιά σε παιδικούς σταθμούς, ομοφυλόφιλοι, τοξικομανείς, αιμορροφιλικό, προσωπικό ιδρυμάτων<sup>3,4,11</sup>.

Η περίοδος μετάδοσης ξεκινάει δύο εβδομάδες πριν την έναρξη των συμπτωμάτων και διαρκεί έως και μία εβδομάδα μετά την εκδήλωσή τους. Η μεταδοτικότητα ελαττώνεται σημαντικά μετά την εκδήλωση του ίκτερου, αφού δεν αποβάλλεται πλέον ο ιός στα κόπρανα. Στα βρέφη και στα μικρά παιδιά η περίοδος μεταδοτικότητας μπορεί να διαρκέσει μεγαλύτερο διάστημα (έως και 6 μήνες)<sup>11</sup>.

Η νόσος έχει ήπια συμπτωματολογία στα παιδιά, ενώ στους ενήλικες κυριαρχεί ο ίκτερος και η γενική κακουχία. Ο χρόνος επώασης κυμαίνεται μεταξύ 2-6 εβδομάδων<sup>3,4,7,9,11,12</sup>. Η συμπτωματολογία ξεκινάει με την πρόδρομη φάση που έχει διάρκεια 2-7 ημέρες και παρατηρούνται αίσθημα κακουχίας, αδυναμία χαμηλός πυρετός, ναυτία, έμετος, ανορεξία, κεφαλαλγία, κοιλιακά ενοχλήματα. Την πρόδρομη φάση διαδέχεται η ικτερική φάση που διαρκεί 1-2 εβδομάδες και χαρακτηρίζεται από ίκτερο, κνησμό, σκοτεινόχρωμα ούρα, ανοιχτόχρωμα κόπρανα<sup>9</sup>. Η νόσος είναι ιδιαίτερα συχνή στα παιδιά, τα οποία ωστόσο δε παρουσιάζουν συνήθως συμπτώματα, με αποτέλεσμα να μη γίνεται γνωστή η έκθεσή τους στον ιό<sup>9</sup>. Το 15% των συμπτωματικών ασθενών παρουσιάζουν παρατεταμένη ή υποτροπιάζουσα νόσο μέχρι και για ένα χρόνο, ωστόσο ο HAV δεν προκαλεί χρόνια ηπατίτιδα<sup>4,9</sup>. Η θνησιμότητά της κυμαίνεται από 0,1-0,3%<sup>13</sup>.

Για τη διάγνωση του HAV σε άτομα με ύποπτα συμπτώματα, απαραίτητη είναι η εργαστηριακή ανεύρεση ειδικών αντισωμάτων (IgM anti-HAV) έναντι του ιού. Τα IgG αντισώματα έναντι του HAV παραμένουν εφόρου ζωής και αποτελούν δείκτες ανοσίας<sup>3,4,9,10,12,14</sup>. Η εργαστηριακή εξέταση της ηπατικής λειτουργίας με έλεγχο των τρανσαμινασών (SGPT, SGOT) βοηθάει στην διάγνωση και στην εκτίμηση της κατάστασης του ήπατος<sup>5</sup>. Η ανίχνευση του αντιγόνου και του νουκλεϊκού οξέος του ιού στα κόπρανα των ασθενών (HAV RNA PCR) αποδεικνύουν επίσης την ύπαρξη της νόσου<sup>13</sup>.

Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να βελτιωθούν με ξεκούραση, και σωστή διατροφή<sup>6,9</sup>.

Σε περίπτωση ύπαρξης σοβαρών συμπτωμάτων (επίμονοι έμετοι, επιπλοκές) ή υποψίας κεραυνοβόλου ηπατίτιδας απαραίτητη είναι η εισαγωγή στο νοσοκομείο<sup>14</sup>. Η πρόληψη της ηπατίτιδας Α επιτυγχάνεται με την τήρηση των κανόνων υγιεινής<sup>4,9,11</sup>, τον εμβολιασμό (2 δόσεων >95% προστασία)<sup>3,4,9,11</sup> και σε περίπτωση έκθεσης στον ιό χορηγείται προληπτικά ειδική ανοσοσφαιρίνη. Ο ιός καταστρέφεται στους 100ο για 15 λεπτά ή στους 60ο για 30 λεπτά, όπως επίσης και με τα προϊόντα χλωρίου, τη φορμαλδεΰδη και τη γλουταραλδεΰδη, ενώ οι οργανικοί διαλύτες (φαινόλες-αιθέρας) δεν έχουν αποτέλεσμα<sup>9</sup>. Στην Ελλάδα, ο εμβολιασμός κατά της ηπατίτιδας Α είναι υποχρεωτικός για όλα τα υγιή παιδιά άνω του ενός έτους με εμβολιαστικό σχήμα δύο δόσεων και επιλεκτικά στους ενήλικες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, σύμφωνα με τις Υ1/Γ.Π.οικ.14020220/12/2011 και Υ1/Γ.Π.οικ.14095821/12/2011-Υπουργείο Υγείας<sup>11</sup>. Σε περίπτωση έκθεσης στον ιό η προφύλαξη που συστήνεται είναι η εξής: σε βρέφη (<12 μηνών) προτείνεται χορήγηση ειδικής ανοσοσφαιρίνης IG 0,02 ml/kg. Σε εκτεθειμένους ηλικίας 12μηνών έως 40 ετών μπορεί να χορηγηθεί το εμβόλιο, ενώ σε >40 ετών χορηγείται IG 0,02 ml/kg ή και το εμβόλιο εάν η IG δεν είναι διαθέσιμη. Τέλος σε ασθενείς όλων των ηλικιών που είναι ανοσοκατεσταλμένοι ή έχουν χρόνια ηπατική νόσο συστήνεται η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης IG 0,02 ml/kg<sup>10,11</sup>.

## ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β

Ο ιός της ηπατίτιδας Β είναι ένας μικρός DNA ιός με περίβλημα<sup>2,7,9,12</sup>, μέλος της οικογένειας *Hepadnaviridae*<sup>2,4,6,9,15</sup>. Το σωματίδιο του ονομάζεται σωματίο Dane και έχει διάμετρο 42nm<sup>2,5,7,9,12</sup>. Εκτός από το εν μέρει δίκλωνο DNA του, περιλαμβάνει την πρωτεϊνική κινάση και πολυμεράση και την προσκολλημένη στο γονιδίωμα πρωτεΐνη P, τα οποία περιβάλλονται από το πυρηνικό αντιγόνο HBcAg<sup>2,4-7,12</sup>, ενώ αναφέρεται και το αντιγόνο HBeAg το οποίο αποτελεί την “υγρή” μορφή του HBcAg<sup>6</sup>. Το περίβλημα του ιού περιέχει το επιφανειακό αντιγόνο HBsAg<sup>2,4,6,7,15-17</sup>, το οποίο ανακαλύφθηκε από τον Blumberg και τους συνεργάτες του το 1968<sup>7,17</sup>. Ο ιός πολλαπλασιάζεται κυρίως μέσα στα ηπατικά κύτταρα<sup>4,6,15</sup>, ενώ έχει αναφερθεί και ο πολλαπλασιασμός του στα μονοκύτταρα του περιφερικού αίματος<sup>6</sup>, όπως και στα βλαστοκύτταρα στο πάγκρεας, στο σπλήνα και στο μυελό των οστών<sup>4</sup>. Η αναπαραγωγή του ιού αποκαλύπτεται είτε με μέτρηση του HBeAg ή του HBV-DNA στον ορό<sup>4,6</sup>. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) οι χρόνιοι φορείς της HBV ανέρχονται στα 240 εκατομμύρια, ενώ οι θάνατοι ανά έτος από τον ιό φτάνουν τους 780.000<sup>18</sup>. Η επίπτωση της Ηπατίτιδας Β στην Ελλάδα έχει πτωτική πορεία ενώ οι χρόνιοι φορείς ανέρχονται στους 300.000<sup>9</sup>. Ο HBV υπάρχει στο αίμα και τις σωματικές εκκρίσεις των μολυσμένων ατόμων, (μολυσμένο αίμα, σπέρμα, κολλιακές και εμμηνορροιακές εκκρίσεις, σίελο και αμνιακό υγρό)<sup>5,9</sup>. Πιο συγκεκριμένα η μετάδοσή του πραγματοποιείται με τη σεξουαλική επαφή με άτομο που έχει μολυνθεί όπως και κατά τον τοκετό από τη μολυσμένη

μητέρα στο νεογνό (κάθετη μετάδοση). Καθώς ο HBV επιβιώνει σε ξηρό αίμα τουλάχιστον για 7 ημέρες<sup>3,8,12,19</sup>, μπορεί να μεταδοθεί με την κοινή χρήση συριγγών μεταξύ χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών ουσιών<sup>2-4,6,8,9,12,15,17</sup> και προσωπικών αντικειμένων (ξυραφάκια, οδοντόβουρτσα, νυχοκόπτες). Άλλοι τρόποι μετάδοσης μετά από τρύπημα με μολυσμένη βελόνα ή αιχμηρό αντικείμενο (π.χ συνήθης τρόπος μετάδοσης σε προσωπικό νοσοκομείου ή κατά την εκτέλεση δερματοστιξίας)<sup>2-4,6,8,9,12,17</sup>, ή άμεση επαφή με επιφάνεια βλεννογόνου (οφθαλμοί)<sup>3</sup> και τέλος μέσω μετάγγισης αίματος ή παραγώγων του (εξαιρετικά σπάνια πια λόγω του συστηματικού ελέγχου στις αιμοδοσίες από το 1992)<sup>2,4,6,8,9,12,17</sup>. Στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν οι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, ομοφυλόφιλοι, ετερόφυλα άτομα με πολλαπλούς συντρόφους, αιμορροφιλικοί, αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς<sup>2,4</sup>.

Ο ιός προσβάλλει κυρίως το ήπαρ και σε μικρότερο βαθμό τους νεφρούς και το πάγκρεας. Η προσκόλληση του στα ηπατοκύτταρα επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των γλυκοπρωτεϊνών (L,M και S) του HBsAg. Στη συνέχεια ο ιός διεισδύει στο ηπατοκύτταρο, μέσω του οποίου αναπαράγεται τρεις μέρες μετά τη μόλυνση (Murray 2012). Κατά τον ιικό πολλαπλασιασμό παράγεται η πρωτεΐνη e (HBeAg) που εκκρίνεται στον ορό<sup>7,12</sup>. Ανάλογα με την ανοσοαπάντηση του οργανισμού στη λοίμωξη, μπορεί να προκληθεί οξεία ή χρόνια νόσος. Εάν η T κυτταρική απάντηση είναι ανεπαρκής, η οξεία νόσος μεταπίπτει σε χρόνια<sup>5</sup>.

Μελέτες αναφέρουν ότι ο χρόνος επώασης είναι 1-6 μήνες<sup>9</sup>, ενώ σύμφωνα με άλλες μελέτες 2-6 μήνες<sup>3,6</sup> ή και 1-5 μήνες<sup>2,4</sup>. Συνήθως η νόσος είναι ασυμπτωματική σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%<sup>9</sup> ενώ σύμφωνα με άλλους μελετητές σε ποσοστό 30%<sup>6</sup>. Συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε ποσοστό 30-50%<sup>2,20,21</sup>. Τα πρόδρομα συμπτώματα συνήθως είναι δυσφορία, αδιαθεσία, κακουχία και ανορεξία και διαρκούν 1-2 εβδομάδες<sup>2,6,9</sup>. Κατά την οξεία φάση τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πυρετό, ναυτία, αρθραλγίες, δερματικά εξανθήματα, ηπατομεγαλία, σκοτεινόχρωμα ούρα, αποχρωματισμό κοπράνων και ίκτερο<sup>2,6,9,20,21</sup>. Βαρύτερα συμπτώματα όπως ασκίτης και αιμορραγίες, αποτελούν ενδείξεις σοβαρότερης ηπατικής βλάβης (κεραυνοβόλος ηπατίτιδα), η οποία εμφανίζεται σε ποσοστό 0,5-1%<sup>21</sup>. Στη χρόνια φάση καταλήγει το 30-90% των παιδιών και λιγότερο του 5% των ενηλίκων<sup>2,4,21,22</sup>. Μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να χαρακτηρίζεται από εύκολη κόπωση, άγχος, ανορεξία και κακουχία<sup>19</sup>. Η χρόνια φάση έχει ως κατάληξη την κίρρωση του ήπατος και τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο<sup>2,3,9</sup>. Ο Π.Ο.Υ αναφέρει ότι τα χρονίως μολυσμένα άτομα αποτελούν την κύρια πηγή διάδοσης του ιού και κινδυνεύουν από ηπατική ανεπάρκεια, κίρρωση σε ποσοστό μεγαλύτερο του 20% και ηπατοκυτταρικό καρκίνο σε ποσοστό μεταξύ 60-80%<sup>19</sup>. Κατά την περίοδο επώασης αρχικά στο αίμα εμφανίζεται το HBsAg ενώ ακολουθούν οι δείκτες πολλαπλασιασμού του ιού HBeAg και HBV-DNA. Οι δείκτες πολλαπλασιασμού φτάνουν στο υψηλότερο επίπεδο τους κατά την έναρξη των συμπτωμάτων<sup>4,9</sup>. Η ανίχνευση HBsAg

ή HBeAg ή HBV DNA και η μη ανίχνευση anti-HBc IgM (αρνητικό) ή η ανίχνευση HBsAg ή HBeAg ή HBV DNA σε δύο μετρήσεις με μεσοδιάστημα τουλάχιστον έξι μηνών, αποδεικνύει τη χρονιότητα της νόσου<sup>4,8,9</sup>.

Η διάγνωση της νόσου πραγματοποιείται με τον συνδυασμό της κλινικής εικόνας, των βιοχημικών εξετάσεων (AST,ALT,αλκαλική φωσφατάση) και την ανίχνευση του ορολογικού δείκτη HBsAg. Άλλοι δείκτες (HBcAg, HBeAg, Anti-HBc, Anti-HBe) έχουν κυρίως προγνωστική αξία. Το Anti-HBs εμφανίζεται κατά την περίοδο ανάνηψης και είναι δείκτης ανοσίας<sup>4,6,9,15</sup>.

Η πρόληψη της μόλυνσης από τον HBV επιτυγχάνεται με την εφαρμογή μέτρων/ δράσεων που σχετίζονται με τον έλεγχο της διασποράς του ιού, όπως αποφυγή άμεσης επαφής με αίμα και σωματικά υγρά ατόμων που πάσχουν από ηπατίτιδα Β, εμβολιασμό και άμεση χορήγηση ειδικής ανοσοσφαιρίνης (HBIG) μετά από έκθεση στον ιό<sup>4,6,9</sup>. Το εμβόλιο έναντι της ηπατίτιδας Β είναι το πρώτο εμβόλιο το οποίο συμβάλλει στην πρόληψη ενός σοβαρού καρκίνου (ηπατοκυτταρικού). Χρησιμοποιείται από το 1982 και χορηγείται σε 3 δόσεις (0, 1 και σε 6 μήνες)<sup>7,8,22,23</sup>. Συντίθεται από το επιφανειακό αντιγόνο του HBV (HBsAg) που παλαιότερα προερχόταν από πλάσμα θετικών HBsAg δωτών ενώ σήμερα από ανασυνδυασμένο DNA<sup>6,7,19,23</sup> και παρέχει 90% προστασία εφόρου ζωής<sup>6,15</sup>. Προτείνεται επίσης ο ορολογικός έλεγχος αντισωμάτων να γίνεται ανά 5 χρόνια και επαναληπτική δόση του εμβολίου σε περιπτώσεις που το anti-HBs είναι κάτω από 10 IU/ml<sup>6</sup>. Εκτός από τις ομάδες αυξημένου κινδύνου, ο εμβολιασμός είναι απαραίτητος σε βρέφη και παιδιά<sup>4,7,8,23</sup>. Σε περίπτωση έκθεσης στον HBV, ειδική ανοσοσφαιρίνη HBIG πρέπει να χορηγηθεί άμεσα<sup>4,9</sup> (εντός 48 ωρών από την έκθεση)<sup>19</sup>. Η προστασία της διαρκεί μόνο 3 με 6 μήνες<sup>19</sup>.

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία κατά την οξεία φάση της ηπατίτιδας Β διότι στις περισσότερες περιπτώσεις επέρχεται αυτοίση. Συστήνεται ξεκούραση, δίαιτα αυξημένης πρόσληψης υδατανθράκων και αποφυγή ηπατοτοξικών παραγόντων (αλκοόλ). Στους ασθενείς κατά τη χρόνια φάση της νόσου, μετά από αξιολόγηση, χορηγούνται Λαμιβουδίνη ή/και Ιντερφερόνη-α για 1-3 χρόνια<sup>4,6,9,19</sup>.

### ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ C

Ο ιός της ηπατίτιδας C (HCV), αν και δεν έχει ακόμα απεικονιστεί με σαφήνεια<sup>4,9,24</sup>, είναι ένας μονόκλωνος με περιβλημια θετικούς RNA ιός<sup>4,5,9,25</sup>. Απομονώθηκε το 1989 από έναν χιμπατζή που είχε μολυνθεί με αίμα ανθρώπου, ο οποίος έπασχε από NANBH (non A non B hepatitis)<sup>24,26,27</sup>. Ανήκει στην οικογένεια Flaviridae και συγκεκριμένα στο γένος Hepacivirus<sup>2,6,9,28,29</sup>. Το γονιδίωμα του κωδικοποιεί 10 πρωτεΐνες εκ των οποίων οι δύο είναι οι γλυκοπρωτεΐνες E1 και E2<sup>24</sup>. Τα γονίδια των γλυκοπρωτεϊνών αυτών περιλαμβάνουν υπερμεταβλητές περιοχές στις οποίες οφείλονται και οι εκτεταμένες μεταλλάξεις που προκύπτουν. Εξαιτίας αυτής της ευμεταβλητότητας, ο HCV έχει την ικανότητα να διαφεύγει από την ανοσολογική ανίχνευση του ξενιστή. Κατά συνέπεια, οι

περισσότεροι από τους πάσχοντες από ηπατίτιδα C αναπτύσσουν χρόνια νόσο<sup>5,30,31</sup>.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, οι χρόνιοι φορείς της HCV προσδιορίζονται στα 130-150 εκατομμύρια, ενώ οι θάνατοι ανά έτος από τον ιό αναφέρονται στους 500.000<sup>18</sup>. Η επίπτωση της ηπατίτιδας C στην Ελλάδα έχει πτωτική πορεία ενώ οι χρόνιοι φορείς προσδιορίζονται στους 150.000<sup>8</sup>.

Ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται μέσω σεξουαλικής επαφής με άτομο που έχει μολυνθεί από τον HCV<sup>3,4,7,9,25,28,29,32,34</sup>. Η μετάδοση είναι σπάνια σε άτομα με σταθερούς ερωτικούς συντρόφους (1%), αλλά αυξάνει σε άτομα με πολλαπλούς ερωτικούς συντρόφους (15%-20%)<sup>4</sup> κατά τη διάρκεια οξείας νόσησης και σε συνύπαρξη ερπητικής λοίμωξης των γεννητικών οργάνων<sup>35</sup>. Ακόμα μεταδίδεται κατά τον τοκετό από μολυσμένη μητέρα σε παιδί (κάθετη μετάδοση)<sup>3,4,28,29,34</sup>. Η περιγεννητική μετάδοση είναι δυνατή αλλά σχετικά σπάνια (2-5%)<sup>4</sup>. Η πιθανότητα αυξάνει σημαντικά (30%) όταν η μητέρα έχει και συν-λοίμωξη με τον ιό HIV ή της ηπατίτιδας Β. Παρόλο που ο ιός δε μεταδίδεται με τον θηλασμό, μητέρες με HCV θα πρέπει να σταματούν σε περίπτωση που υπάρχουν λύσεις της συνέχειας του δέρματος στις θηλές<sup>28</sup>. Μετάδοση μπορεί να συμβεί με την κοινή χρήση συριγγών μεταξύ χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών<sup>2,4,9,25,28,29</sup> (50-70% των χρηστών μολύνονται με τον ιό της ηπατίτιδας C μέσα στα πρώτα 5 χρόνια από την έναρξη χρήσης)<sup>4</sup>, καθώς και την κοινή χρήση προσωπικών αντικειμένων (ξυραφάκια, οδοντόβουρτσα, νυχοκόπτες)<sup>22,29</sup>. Μπορεί επιπλέον να μεταδοθεί με τρύπημα από μολυσμένη βελόνα ή αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. συνήθης τρόπος μετάδοσης σε προσωπικό νοσοκομείου ή κατά την εκτέλεση δερματοστιξίας)<sup>2,3,9,28,29,34</sup> και με μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του (εξαιρετικά σπάνια πια λόγω του συστηματικού ελέγχου στις αιμοδοσίες)<sup>2,3,9,28,29</sup>. Ως ομάδες υψηλού κινδύνου αναφέρονται οι χρήστες ενδοφλέβιων ουσιών, ομοφυλόφιλοι, ετερόφυλα άτομα με πολλαπλούς συντρόφους, αιμορροφιλικοί, αιμοκαθιρόμενοι ασθενείς<sup>3,4,6</sup>. Περίπου το 10% των περιπτώσεων δεν συσχετίζεται με κάποιου είδους έκθεση στον HCV4, ενώ δε μεταδίδεται μέσω της τροφής ή του νερού, μαγειρικών σκευών ή τουαλετών, αγκαλιάς, φτερνίσματος ή βήχα<sup>7,8,32</sup>.

Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι ο χρόνος επώασης κυμαίνεται από 2 εβδομάδες έως 6 μήνες<sup>36</sup>, ενώ σύμφωνα με άλλους συγγραφείς από 2-5 μήνες<sup>6</sup>, ή από 2 εβδομάδες έως 4 μήνες<sup>4,9</sup>. Η οξεία φάση της ηπατίτιδας C είναι στην πλειονότητα της ασυμπτωματική<sup>2,3,9</sup> (80%)<sup>6,26,30</sup> ενώ λύεται μόνο στο 10-35% των περιπτώσεων<sup>7</sup>. Σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων, οι ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία, κακουχία, ναυτία, εμέτους, κοιλιακό πόνο, πυρετό, σκουρόχρωμα ούρα, αποχρωματισμό κοπράνων και ίκτερο<sup>2,28,30</sup>. Η κλινική αυτή εικόνα παρόλο που είναι παρόμοια με αυτή της οξείας ηπατίτιδας Β, είναι μικρότερης έντασης και διάρκειας<sup>2,6,28,30</sup>. Παράταση των συμπτωμάτων χωρίς καμία βελτίωση για περισσότερο από 6 μήνες αποδεικνύει τη χρονιότητα της νόσου<sup>2,22,30</sup>. Η χρόνια φάση της νόσου συνήθως έχει ελάχιστα συμπτώματα και βραδεία εξέλιξη (εντός 2 δεκαε-

τιών), με αποτέλεσμα οι περισσότεροι ασθενείς να προσέρχονται για θεραπεία πολύ αργότερα από την εγκατάσταση της λοίμωξης<sup>3,9</sup>. Ακόμα οι ηπατικές διαταραχές έχουν μεγάλο εύρος εκδηλώσεων που κυμαίνεται από μια ήπια ηπατίτιδα έως κίρρωση και καρκίνο του ήπατος και τέλος σε ανεπάρκεια του σε ποσοστό 10% των ατόμων με HCV<sup>2,9</sup>. Το ποσοστό των χρόνιων φορέων ανέρχεται στο 70-90%<sup>3,4,9,22,30</sup> ενώ σύμφωνα με άλλους συγγραφείς στο 75-85%<sup>6</sup>. Ένα 10% θα αναπτύξει επίμονη ιαίμα με κατά τα άλλα φυσιολογικές τιμές ηπατικών δοκιμασιών<sup>9</sup>. Μια συστηματική βλάβη που προκαλείται τεκμηριωμένα από τον HCV, είναι η κρουσφαιριναιμία<sup>3,4,9,24</sup>, η οποία χαρακτηρίζεται από αδυναμία, πόνο στις αρθρώσεις και πορφύρα, ενώ μπορεί να εξελιχθεί σε Β-κυτταρικό non-Hodgkin λέμφωμα και μεμβρανοπλασσιαστική σπειραματονεφρίτιδα. Άλλες διαταραχές που αναφέρονται, είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η περιφερική νευροπάθεια και η βραδεία δερματική πορφύρα<sup>3,24</sup>. Η χρόνια ηπατική βλάβη και φλεγμονή δεν προκαλείται από τον ίδιο τον ιό, αλλά αποτελεί ανοσοαπάντηση του ασθενούς<sup>37</sup>. Η βλάβη αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε κίρρωση, σε ποσοστό 20%. Ωστόσο, η κίρρωση είναι εμφανής τουλάχιστον 20 χρόνια μετά τη μόλυνση<sup>9,26,30,32</sup>. Ο HCV αποτελεί την πρώτη αιτία πρόκλησης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος<sup>6,9</sup> (1-5% των χρόνιων πασχόντων) ενώ σπάνια διαγιγνώσκεται σε ασθενείς που δεν έπασχαν από κίρρωση<sup>22,30</sup>. Το 25% των κίρρωτικών ασθενών θα αναπτύξει ηπατική ανεπάρκεια<sup>9</sup> ενώ λιγότερο του 3% θα πεθάνει από τη νόσο. Έχει παρατηρηθεί συλλοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας G (HGV) σε ποσοστό 15%, ενώ συχνή είναι η συλλοίμωξη και με τον HBV<sup>6</sup>. Εργαστηριακή ανίχνευση νουκλεϊνικού οξέος του ιού της ηπατίτιδας C (HCV-RNA) ή virus core-antigen ηπατίτιδας C (HCV-core) σε ορό/πλάσμα σε δύο δείγματα, τα οποία έχουν ληφθεί τουλάχιστον με διαφορά 12 μηνών, αποδεικνύει τη χρονιότητα της νόσου<sup>8,32</sup>. Ο ορολογικός δείκτης με την μεγαλύτερη σημασία στην διάγνωση της λοίμωξης είναι η ανεύρεση ειδικού αντισώματος έναντι του ιού (anti-HCV). Κατά την οξεία φάση πολλές φορές δεν μπορεί να εντοπιστεί, ενώ κατά την χρόνια φάση υπάρχει πάντα<sup>9</sup>. Κατά την ιική αντιγραφή, τα επίπεδα των ενζύμων του ήπατος, αμινοτρανσφεράση της αλανίνης (ALT) και ασπαρτική αμινοτρανσφεράση (AST), αυξάνονται<sup>31</sup>. Σε αυτή τη φάση το anti-HCV είναι πολύ ειδικό για τη νόσο. Ωστόσο σε περιπτώσεις φυσιολογικών τιμών ηπατικών ενζύμων εκτός από την ανίχνευση του anti-HCV η νόσος θα πρέπει να επιβεβαιωθεί με ανοσοσύτωση ή με αναζήτηση του RNA του ιού. Το RNA του ιού εντοπίζεται ακόμα για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και για τη ρύθμιση των θεραπευτικών σχημάτων<sup>4,6,9</sup>. Ο HCV μπορεί να προληφθεί μόνο με αποφυγή της επαφής με αυτόν μέσω της εφαρμογής μέτρων προφύλαξης. Λόγω της ετερογένειας του ιού, αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει διαθέσιμο εμβόλιο<sup>3,4,6,9</sup>. Η προφύλαξη πριν ή μετά την έκθεση στον ιό με ανοσοσφαιρίνη δεν θεωρείται αποτελεσματική<sup>9</sup>.

Η θεραπεία της χρόνιας ηπατίτιδας C περιλαμβάνει την χορήγηση ιντερφερόνης παρατεταμένης δράσης σε συνδυασμό με ριμπαβιρίνη από το στόμα<sup>4,6,9</sup>. Απόρροια

αυτού του φαρμακευτικού σχήματος είναι η οριστική εκκρίωση του ιού σε ποσοστό 40-55%<sup>3,4,6,9</sup>. Το παραπάνω σχήμα έχει καλύτερη ανταπόκριση στους γονότυπους 2 και 3, με το ποσοστό ίασης σε δωδεκάμηνη χορήγηση να φθάνει το 80%<sup>9</sup>. Σε πρόσφατη μελέτη αναφέρεται το θεραπευτικό σχήμα της Μποσεπρεβίρης και Τελαπρεβίρης με Ιντερφερόνη-α και Ριμπαβιρίνη για τους γονότυπους 1 και 2, με ποσοστό ίασης 66-82% με 6-12μηνη χορήγηση, ενώ το σχήμα Ομπιτασβίρη, Παριταπρεβίρη, Ριτοναβίρη και Ντασαμπουβίρη για τον γονότυπο 1 φτάνει το πολύ υψηλό ποσοστό του 97-99% ίασης με 3 μήνες διάρκεια θεραπείας<sup>38</sup>.

## ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ D

Είναι ένας μονόκλωνος RNA ιός και το γονιδίωμα του αποτελείται από 1700 νουκλεοτίδια. Ο πυρήνας του ιού της ηπατίτιδας D (HDV) αποτελείται από το αντιγόνο δέλτα (HDAg) και το περίβλημά του από το αντιγόνο επιφανείας του ιού της ηπατίτιδας Β (HbsAg)<sup>4,5,9,12,39</sup>. Τα σωματίδια του ιού έχουν διάμετρο 35-37 nm<sup>4,9</sup>.

Λοίμωξη από τον HDV πραγματοποιείται μόνο σε ασθενείς που έχουν προσβληθεί από τον HBV. Έτσι η επιδημιολογία του HDV είναι παρόμοια με του HBV<sup>4,9,39</sup>.

Μεταδίδεται παρεντερικά μέσω επαφής με μολυσμένο αίμα, σπέρμα και κοιλικές εκκρίσεις και την κοινή χρήση συριγγών μεταξύ χρηστών ενδοφλεβίων ναρκωτικών. Η μετάδοση μπορεί να συμβεί είτε με ταυτόχρονη λοίμωξη (συλλοίμωξη) είτε με επιμόλυνση με τον HDV σε ασθενή που είναι ήδη HBV θετικός (υπερλοίμωξη)<sup>5,9,12,20</sup>. Η περίοδος επώασης δεν έχει προσδιοριστεί ακριβώς λόγω εξάρτησης του HDV από την παρουσία του HBV<sup>9</sup>. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου είναι ίδιες με αυτές της HBV<sup>6</sup>.

Η συλλοίμωξη είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη και έχει παρόμοια βαρύτητα με την οξεία ηπατίτιδα Β<sup>5,9,12,20</sup>. Σε περιπτώσεις βαριάς οξείας φάσης ή δικόρυφης αύξησης ηπατικών ενζύμων ή κεραυνοβόλου ηπατίτιδας θα πρέπει να εγείρονται υποψίες συλλοίμωξης<sup>9</sup>. Η υπερλοίμωξη οδηγεί σε επιδείνωση της σταθερής χρόνιας ηπατίτιδας Β<sup>5,9,12,20</sup>. Το ποσοστό της κεραυνοβόλου ηπατίτιδας αυξάνει και χαρακτηρίζεται από υψηλή θνησιμότητα, ενώ η κίρρωση σε υπερλοίμωξη προσεγγίζει το 70-80%<sup>4,6</sup>.

Η διάγνωση της οξείας συλλοίμωξης είναι δύσκολη διότι τα αντισώματα κατά του αντιγόνου D (anti-HDV IgM και IgG) καθυστερούν ή δεν είναι ανιχνεύσιμα. Η διάγνωση της υπερλοίμωξης είναι πιο εύκολη διότι είναι παρόντα τα anti-HDV<sup>4,9</sup>.

Η πρόληψη γίνεται έμμεσα με το εμβόλιο κατά του HBV και εφαρμογής των μέτρων προφύλαξης<sup>4,6,9</sup>. Ως θεραπεία συστήνεται η ιντερφερόνη-α σε μεγάλες δόσεις και χρονικά διαστήματα<sup>6,9</sup>.

## ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ E

Η ηπατίτιδα E είναι μια αυτοπεριοριζόμενη ιογενής οξεία φλεγμονώδης και νεκρωτική νόσος του ήπατος. Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας E (HEV) ο οποίος με-

ταδίδεται με τα κόπρανα. Ο HEV ανήκει στην οικογένεια Caliciviridae. Το γονιδιώμά του αποτελείται από μονόκλωνο πολυαδενικό RNA θετικής αντιστοιχίας με τα σωματίδιά του να είναι σφαιρικά, χωρίς έλυτρο και με διάμετρο 32-34 nm<sup>5,9,12,20</sup>. Ο ιός της ηπατίτιδας E είναι η πιο σημαντική αιτία πρόκλησης οξείας ηπατίτιδας στις αναπτυσσόμενες χώρες<sup>7,40</sup> καθώς διασπείρεται μέσω μολυσμένου νερού<sup>5,9,40</sup>. Η νόσος είναι επιδημική, όπου τα περισσότερα κρούσματα καταγράφονται σε νεαρούς ενήλικες μετά την εποχή των βροχών. Η θνητότητα των ασθενών αγγίζει το 1-2% ενώ σε έγκυες γυναίκες αναπτυσσόμενων περιοχών το 20%<sup>5,9</sup> κυρίως όταν βρίσκονται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης<sup>12,40</sup>. Αποτελέσματα επιδημιολογικής έρευνας στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ότι η ύπαρξη οικόσιτων ζώων και η κατανάλωση κρέατος από την περιοχή του ήπατος και άλλων οργάνων περισσότερες από μία φορές το μήνα, σχετίζονται με αυξημένα περιστατικά ηπατίτιδας E40. Μεταδίδεται μέσω της κοπρανοστοματικής οδού, με την κατανάλωση μολυσμένου νερού<sup>9</sup>, και έχει παρόμοια συμπτώματα και πορεία με την ηπατίτιδα A<sup>5,9,12,20</sup>. Ο χρόνος επώασης είναι περίπου 6 εβδομάδες<sup>9</sup>. Η διάγνωση γίνεται με την ανίχνευση στον ορό ειδικών αντισωμάτων έναντι του ιού (anti-HEV IgM, IgG). Η πρόληψη γίνεται με την τήρηση μέτρων υγιεινής (βρασμός πόσιμου νερού) ενώ δεν υπάρχει ειδική θεραπεία<sup>4,9</sup>.

### ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ G - TRANSFUSION-TRANSMITTED VIRUS (TTV) - ΙΟΣ SEN

Ο ιός της ηπατίτιδας G ανακαλύφθηκε το 1995-96 από δύο διαφορετικούς ερευνητές. Έχει 30% γονοτυπική ομοιότητα με τον HCV και μεταδίδεται παρεντερικά μέσω μεταγγίσεων, με την σεξουαλική επαφή και περιγεννητικά. Ο ιός βρίσκεται στο αίμα, το σάλιο και το σπέρμα όλων όσοι έχουν μολυνθεί από τον ιό<sup>7,9,12</sup>. Ο TT ιός ανακαλύφθηκε το 1997 στην Ιαπωνία. Είναι ένας DNA ιός και ανήκει στην ομάδα των παρβοϊών<sup>12</sup>. Μεταδίδεται παρεντερικά και περιγεννητικά με αυξημένο επιπολασμό σε μεταγγιζόμενα άτομα (αιμοροφιλικοί, αιμοκαθαφιρόμενοι) χωρίς να προκαλεί οξεία ή χρόνια, διαπιστωμένη βιοχημικά και ιστολογικά, ηπατοκυτταρική βλάβη<sup>7,9,12,29</sup>. Συχνά επιμολύνει παιδιά με ηπατίτιδα B και C, χωρίς να αλλάζει την πορεία των συγκεκριμένων λοιμώξεων<sup>7</sup>. Ο ιός SEN ανακαλύφθηκε το 2002 και είναι ένας DNA ιός γονοτυπικά όμοιος με τον TTV. Διακρίνεται σε δύο τύπους, τον SEN-D και τον SEN-H και μεταδίδεται επίσης μέσω της παρεντερικής και της περιγεννητικής οδού<sup>7,9</sup>. Ο επιπολασμός των παραπάνω λοιμώξεων, όπως και ο βαθμός συμμετοχής τους στις περιπτώσεις κρυπτογενούς ηπατίτιδας και κίρρωσης παραμένει άγνωστος, ενώ ειδική θεραπεία δεν υπάρχει<sup>4,9</sup>. Στον πίνακα 1 αναφέρονται επιγραμματικά τα στοιχεία των ιογενών ηπατίτιδων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Ιογενείς Ηπατίτιδες <sup>3-12,17,20,22-24,26,27,29,32,33,38,39</sup>					
	HAV	HBV	HCV	HDV	HEV
Οικογένεια	Picornaviridae	Hepadnaviridae	Flaviridae		Caliciviridae
Γονιδίωμα	RNA	DNA	RNA	RNA	RNA
Μετάδοση	Κοπρανο-στοματική	Παρεντερική, Περιγεννητική, Σεξουαλική επαφή	Παρεντερική, Περιγεννητική, Σεξουαλική επαφή	Παρεντερική Σεξουαλική επαφή	Κοπρανο-στοματική
Περίοδος επώασης	2-6 εβδομάδες	1-6 μήνες ή 2-6 μήνες ή 1-5 μήνες	2εβδ. - 6μήνες ή 2-5 μήνες ή 2-4 μήνες	Απροσδιόριστη	6 εβδομάδες
Χρονιότητα	Όχι	Ναι	Ναι	Ναι	Όχι
Θνησιμότητα	0,1%-0,3%	2%, 30% (με HDV)	3%		1%-2% 10%-20% (έγκυες γυναίκες)
Εργαστηριακή διάγνωση	anti-HAV HAV RNA	HBsAg, HBcAg, HBeAg, Anti-HBc, Anti-HBe, Anti-HBs	anti-HCV, HCV-RNA	anti-HDV	anti-HEV
Πρόληψη	Εμβόλιο Χορήγηση IG Τήρηση κανόνων υγιεινής	Εμβόλιο Χορήγηση HBIG Μέτρα προφύλαξης	Μέτρα προφύλαξης	Εμβόλιο HBV Μέτρα προφύλαξης	Τήρηση κανόνων υγιεινής
Αυτοϊαση	Αυτοϊαση	Οξεία φάση: όμοια με HAV Χρόνια φάση: Λαμβουδίνη ή/και Ιντερφερόνη-α	Οξεία φάση: όμοια με HAV Χρόνια φάση: Ριμπαβιρίνη Ιντερφερόνη-α ή Μποσεπρεβίρη Τελαπρεβίρη Ιντερφερόνη-α Ριμπαβιρίνη ή Ομπιτασβίρη Παριταπρεβίρη Ριτοναβίρη Ντασαμπουβίρη	Ιντερφερόνη-α σε μεγάλες δόσεις	Αυτοϊαση



**ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ**

Ως συχνότερα ευρήματα από τη στοματική κοιλότητα ατόμων που πάσχουν από ιογενείς ηπατίτιδες<sup>2</sup> και κυρίως με τον HCV<sup>3,6</sup> αναφέρονται ο ομαλός λειχήνας, το σύνδρομο Sjögren, οι σιαλαδενίτιδες, η ξηροστομία<sup>2,3</sup> και κάποιες μορφές καρκίνου<sup>2,4</sup>. Η δυσλειτουργία του ήπατος, και η θρομβοκυτοπενία, εκδηλώνεται στη στοματική κοιλότητα υπό μορφή αιμορραγικών διαταραχών όπως πρόκληση ουλορραγιών, πετέχειων και εκχυμώσεων<sup>2,4,6,41</sup>. Ακόμα έχει αναφερθεί συχνή εμφάνιση ουλίτιδας, περιοδοντίτιδας, βλεννογόνιου ίκτερου, περιστοματικών εξανθημάτων, χειλίτιδας, ατροφικής γλωσσίτιδας και βρυγμού των οδόντων<sup>3</sup>.

Ο ομαλός λειχήνας ανευρίσκεται σε μεγάλο ποσοστό φορέων της ηπατίτιδας Β και C<sup>2,34</sup>. Χώρες της Μεσογείου (Ιταλία, Γαλλία, Ισπανία, Αίγυπτος) και η Ιαπωνία εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά συσχέτισης της ηπατίτιδας C και του ομαλού λειχήνα<sup>3,26,34,42</sup>. Ο μηχανισμός συσχέτισης τους δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί και οι απόψεις δίστανται<sup>25</sup>. Ιταλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η δερματοβλεννογόνια αυτή νόσος σε HCV ασθενείς συσχετίζεται με διαφορετικά αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (HLA-DR6), που θεωρούνται προδιαθεσικός παράγοντας, από αυτά του ιδιοπαθή ομαλού λειχήνα<sup>26,42,43</sup>. Εκδήλωση της του ομαλού λειχήνα μπορεί να παρατηρηθεί και ύστερα από την χορήγηση ιντερφερόνης άλφα σε χρόνιους HCV ασθενείς πιθανότατα λόγω της διέγερσης του αυτοάνοσου μηχανισμού τους<sup>7,12,25,26,34</sup>. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες του εμβολίου κατά της ηπατίτιδας Β συμπεριλαμβάνει και την εμφάνιση του ομαλού λειχήνα<sup>42</sup>.

Ο ιός της ηπατίτιδας C προσβάλλει τους σιελογόνους αδένες, με άγνωστο ακόμη μηχανισμό, προκαλώντας ξηροστομία, σιαλαδενίτιδα και σύνδρομο Sjögren<sup>2,3,41</sup>. Η μειωμένη ροή του σάλιου με τη σειρά της αυξάνει τον τερηδονικό κίνδυνο, ευθύνεται για το αίσθημα καύσου, την καντιντίαση, τη δυσκολία στη μάσηση και στην ομιλία, την αλλαγή της γεύσης και τη χαλίτωση<sup>2,25,28,41</sup>.

**ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΗΠΑΤΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ**

Το ήπαρ είναι υπεύθυνο για τον μεταβολισμό, τη σύνθεση, την αποδόμηση, τη μετατροπή, την έκκριση και την αποθήκευση ουσιών όπως γλυκόζη, βιταμίνες A, D, B<sub>12</sub>, σίδηρο και χαλκό<sup>1,3</sup>. Έτσι οποιαδήποτε δυσλειτουργία του ήπατος μπορεί να επιφέρει από ήπιες έως σοβαρές βλάβες στη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού<sup>2,3,22</sup>. Οι διαταραχές των παραπάνω λειτουργιών σε ασθενείς που πάσχουν από ιογενείς ηπατίτιδες, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για οποιαδήποτε οδοντιατρική εργασία λόγω αυξημένου κινδύνου αιμορραγιών, φαρμακευτικής ευαισθησίας και μετάδοσης του ιού<sup>2-4,6</sup>. Επιπροσθέτως, σε ασθενείς σοβαρής ηπατικής νόσου τελικού σταδίου, εκτός των παραπάνω, θα πρέπει να ελέγχεται η αρτηριακή πίεση<sup>4</sup> και να χορηγείται αγωγή με αντιβιοτικά λόγω αυξημένης πιθανότητας λοιμώξεων<sup>3,4</sup>. Έτσι η λήψη λεπτομερούς ιστορικού (ιστορικό νόσου, άλλες παθήσεις, φαρμακευτική αγωγή), η κλινική εξέταση, η επικοινωνία-συζήτηση με τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς (επιβεβαίωση του ιστορικού, σωστής θεραπείας, πορείας νόσου, πιθανή τροποποίηση σχεδίου θεραπείας) και τέλος ο εργαστηριακός έλεγχος του αίματος (γενική εξέταση αίματος, πηκτικός μηχανισμός, βιοχημικές εξετάσεις) επιβάλλονται πριν την οποιαδήποτε θεραπευτική πράξη<sup>2-4,6</sup>. Η επεξήγηση στον ασθενή των κινδύνων της οδοντιατρικής θεραπείας, όπως και η συγκατάθεσή του για αυτήν, δεν θα πρέπει να αμελούνται<sup>2,3</sup>.

Σε ασθενείς με ιογενή ηπατίτιδα η οδοντιατρική θεραπεία τροποποιείται ανάλογα με το στάδιο της νόσου που βρίσκεται ο ασθενής. Τα στάδια είναι 5 στον αριθμό<sup>4</sup> και αναφέρονται στον πίνακα 2.

Λόγω των αιμορραγικών τάσεων ασθενών με ηπατική νόσο 3,6 κυρίως τελευταίου σταδίου<sup>4</sup>, τα τραύματα σε χειρουργικές επεμβάσεις θα πρέπει να ελαχιστοποιούνται<sup>3</sup>. Η αιμορραγία προκαλείται από έλλειψη παραγόντων πήξης του αίματος και θρομβοκυτοπενία<sup>2,3,31</sup>. Για βελτιστοποίηση της αιμόστασης, εκτός από καλή συρραφή και πωματισμό του τραύματος με γάζες, μπορούν

να χρησιμοποιηθούν αιμοστατικοί παράγοντες (οξειδωμένη και αναγεννημένη κυτταρίνη, σπόγγιο ζελατίνης)<sup>2,3</sup> καθώς και αντι-ινωδολυτικοί παράγοντες (τρανεξαμικό οξύ)<sup>2,3,28</sup>. Μετάγγιση αίματος ή παραγών του (νωπό πλάσμα, αιμοπετάλια κ.α), όπως και παρεντερική χορήγηση βιταμίνης K, αναφέρονται σε περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου μετεγχειρητικής αιμορραγίας<sup>2-4,6,28</sup>. Σε ασθενείς με φυσιολογικές εργαστηριακές τιμές πηκτικού μηχανισμού και αίματος, οι χειρουργικές επεμβάσεις πραγματοποιούνται χωρίς τροποποιήσεις<sup>6</sup>.

Ανάλογα με την σοβαρότητα της νόσου και της επέμβασης αναφέρεται η χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής λόγω μειωμένης ανοσολογικής αντίδρασης των συγκεκριμένων ασθενών<sup>2,4</sup>.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2</b> <b>Στάδια Ηπατίτιδας και Οδοντιατρική Θεραπεία<sup>2,3,4,6</sup></b>	
Ασθενείς με:	Οδοντιατρική θεραπεία:
Ενεργό ηπατίτιδα	Μόνο το επείγον με: απομόνωση χώρου, εφαρμογή μέτρων προφύλαξης, ελαχιστοποίηση εκνεφώματος, αποφυγή φαρμάκων (ηπατικός μεταβολισμός), έλεγχος πηκτικού μηχανισμού (χειρουργικές επεμβάσεις)
Σημεία και συμπτώματα ηπατίτιδας	Ίδια με την ενεργό ηπατίτιδα Παραπομπή για διάγνωση
Ιστορικό ηπατίτιδας	Αναλυτικό ιστορικό νόσου Πρόσφατος εργαστηριακός έλεγχος (πηκτικός μηχανισμός, ηπατικά ένζυμα, anti-HCV, HBsAg)
Υψηλό κίνδυνο νόσησης	Πρόσφατος εργαστηριακός έλεγχος
Χρόνια ηπατίτιδα (φορείς)	Εφαρμογή μέτρων προφύλαξης, έλεγχος πηκτικού μηχανισμού, έλεγχος λειτουργίας ήπατος, επικοινωνία με θεράποντα ιατρό (επιβεβαίωση ιστορικού, συζήτηση σχεδίου θεραπείας)

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3</b> <b>Φάρμακα που μεταβολίζονται στο ήπαρ<sup>2-4,6,22,28,31</sup></b>
<b>1. Τοπικά αναισθητικά</b>
Λιδοκαΐνη Μεπιβακαΐνη Πριλοκαΐνη Μπουπιβακαΐνη
<b>2. Αναλγητικά</b>
Ασπιρίνη Ακεταμινοφένη Ιβουπροφένη Κωδεΐνη Μεπεριδΐνη
<b>3. Ηρεμιστικά</b>
Βενζοδιαζεπίνες Βαρβιτουρικά
<b>4. Αντιβιοτικά -Αντιμυκητιασικά</b>
Αμπικιλλΐνη Τετρακυκλΐνη Μετρονιδαζόλη Ερυθρομυκΐνη Κλινδαμυκΐνη Βανκομυκΐνη Κετοκοναζόλη Φλουκοναζόλη

Όπως επισημάνθηκε παραπάνω, στους ασθενείς με ηπατική νόσο, εξαιτίας των πιθανών διαταραχών στο μεταβολισμό των φαρμάκων, η χορήγησή τους πρέπει να είναι προσεκτική. Αν και πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην οδοντιατρική μεταβολίζονται στο ήπαρ (βλέπε πίνακα 3), σε ασθενείς με πλήρη ανάρρωση από ιογενή ηπατίτιδα χωρίς διαταραχές στο ήπαρ και φυσιολογικές βιοχημικές εξετάσεις δεν είναι απαραίτητο να τροποποιηθεί η χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή<sup>2-4</sup>. Ωστόσο, σε περιπτώσεις χρόνιας ενεργούς ηπατίτιδας ή φορέα με διαταραχές ηπατικής λειτουργίας (προχωρημένου σταδίου νόσος)<sup>2-4</sup>, ανάλογα το βαθμό στις δοκιμασίες CPT (Child-Pugh-Turcotte) και MELD (Model of End-Stage Liver Disease)<sup>4</sup> τα φάρμακα που μεταβολίζονται στο ήπαρ (βλέπε πίνακα 3) θα πρέπει να μη χορηγούνται ή να χορηγούνται σε μειωμένες δόσεις σύμφωνα πάντα με τη γνώμη του θεράποντα ιατρού του κάθε ασθενούς<sup>2-4</sup>.

Πιο συγκεκριμένα η ερυθρομυκΐνη, η μετρονιδαζόλη, οι τετρακυκλίνες<sup>2,3,6,22,28,31</sup> και οι αμινογλυκοσίδες<sup>2,3,6</sup> λόγω πιθανής ηπατοτοξικότητας πρέπει να αποφεύγονται<sup>2,3,6,22,28,31</sup> ενώ γενικά οι β-λακταμάσες μπορούν να χορηγηθούν χωρίς προβλήματα<sup>2,3,6</sup>. Κατά τη χορήγηση κλινδαμυκΐνης θα πρέπει να γίνει τροποποίηση της δόσης<sup>3,6</sup>.

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη λόγω του κινδύνου γαστρεντερικής αιμορραγίας και γαστρίτιδας, που συνήθως σχετίζονται με ηπατική νόσο, αλλά και της ηπατοτοξικής δράσης τους σε επιβαρυσμένους ασθενείς, θα πρέπει να αποφεύγονται<sup>2-4,6,28</sup>. Αντίθετα, η παρακεταμόλη μπορεί να χορηγηθεί σε μειωμένες δόσεις<sup>3,4,6</sup>. Όσον αφορά τα ηρεμιστικά, η δοσολογία των βενζοδιαζεπίνων

θα πρέπει να είναι μειωμένη και το διάστημα μεταξύ των δόσεων να επιμηκυνθεί, ενώ τα οποιοειδή αντενδείκνυται<sup>3,28</sup>.

Τα τοπικά αναισθητικά είναι γενικά ασφαλή όταν η ολική δοσολογία δεν υπερβαίνει τα 7 mg/kg, σε συνδυασμό με επινεφρίνη<sup>2,3,28</sup>, για άλλους μέχρι 3 αμπούλες λιδοκαΐνης 2%<sup>4</sup> ενώ άλλοι συνιστούν την αποφυγή της και την χρήση αρτικαΐνης ή πριλοκαΐνης<sup>6</sup>.

#### ΤΡΟΠΟΙ ΜΕΤΑΔΟΣΗΣ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Η πιθανότητα μετάδοσης των HAV, HEV, HGV, TTV και SEN στο χώρο του οδοντιατρείου κρίνεται ελάχιστη έως μηδαμινή<sup>6</sup>. Μετάδοση του HDV έχει αναφερθεί<sup>6</sup>. Η λοίμωξη από τον HBV και τον HCV μπορεί να επιτευχθεί είτε με την άμεση επαφή με μολυσμένο αίμα και σωματικά υγρά είτε με την έμμεση επαφή με μολυσμένα εργαλεία και επιφάνειες<sup>3,4,44</sup>. Ο HBV παρουσιάζει τη μεγαλύτερη πιθανότητα μετάδοσης μετά από τραυματισμό με αιχμηρό αντικείμενο (6-30%)<sup>4,6</sup>. Η παρουσία του HBsAg αυξάνει κατά 10 φορές τον κίνδυνο μετάδοσης<sup>4</sup> ενώ αναφέρεται ότι ποσότητα 0,000001ml HBsAg μπορεί να μεταδώσει τη νόσο<sup>6</sup>. Ακόμα ο HBV αντέχει σε ξηρό αίμα τουλάχιστον για 7 ημέρες<sup>4</sup>. Η πιθανότητα μετάδοσης του HCV μετά από τραυματισμό με αιχμηρό αντικείμενο κυμαίνεται μεταξύ 2-10%<sup>4,6</sup>. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ο ιός μπορεί να επιβιώσει εκτός ξενιστή αρκετά (5 ημέρες έως και 3 εβδομάδες)<sup>2,3,36</sup>.

Μολυσμένο αίμα, σάλιο και ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις μπορεί να μεταφέρουν τη λοίμωξη. Ασθενείς που έπασχαν από ηπατίτιδα C είχαν υψηλότερα επίπεδα HCV RNA (77%) στην ουλοδοντική σχισμή, παρά στο σάλιο τους<sup>2,22,44</sup>. Το σάλιο, όπως και τα υπόλοιπα υγρά του σώματος, για να θεωρηθούν μολυσματικά πρέπει να περιέχουν μικρή ποσότητα αίματος<sup>16,29,31</sup>. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι περιοδοντική νόσος, αυξημένος δείκτης αιμορραγίας και κακή στοματική υγιεινή αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης της ηπατίτιδας<sup>2,22,44</sup>. Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρουν ότι υπάρχει πιθανότητα μη παρεντερικής μετάδοσης του ιού HBV με το σάλιο, μόνο σε περιπτώσεις πολύ κοντινής επαφής<sup>6</sup>. Σύμφωνα με άλλες αναφορές η πιθανότητα μετάδοσης των ιών HCV και HBV με το σάλιο είναι πολύ μικρή<sup>4</sup>.

Ο διαδερμικός τραυματισμός από βελόνες, μικροεργαλεία ενδοδοντίας, εργαλεία αποτρίγωσης και ριζικής απόξεσης και άλλα αιχμηρά οδοντιατρικά εργαλεία, είναι ο πιο συχνός<sup>2,44</sup>. Ωστόσο, δε θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής των οδοντιάτρων και η πιθανότητα μόλυνσης των βλεννογόνων μετά από έκθεση στον λοιμογόνο παράγοντα<sup>44,45</sup>. Ακόμα έχει αναφερθεί μετάδοση HBV και HCV μετά από δάγκωμα<sup>6</sup>.

Νοσοκομειακοί οδοντίατροι, χειρουργοί στόματος, περιοδοντολόγοι και ενδοδοντολόγοι εμφανίζουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα λοίμωξης λόγω τραυματισμού από βελόνα<sup>2,6,22,33,44</sup>. Οδοντίατροι με ενεργό ηπατίτιδα θα πρέπει να συνεχίσουν την οδοντιατρική εργασία μόνο μετά την πλήρη θεραπεία τους, λόγω πιθανότητας μετάδοσής της στους ασθενείς<sup>6</sup>.

Οδοντιατρικές συσκευές με καταιονισμό νερού (υπέρη-

χοι, χειρολαβές υψηλών ταχυτήτων) σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα μόλυνσης του αέρα και των γύρω επιφανειών μέσω της εκτόξευσης σταγονιδίων<sup>45</sup>. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι επιφάνειες του οδοντιατρείου να αποτελούν δεξαμενές μόλυνσης από τους ιούς της ηπατίτιδας. Ορισμένοι αναφέρουν την παραμονή των ιών HBV, HCV σε επιφάνειες του οδοντιατρείου αρκετές μέρες μετά τη θεραπεία ασθενών με ιογενή ηπατίτιδα<sup>2,3</sup>. Όσον αφορά την εισπνοή αυτών των σταγονιδίων, θεωρείται εξαιρετικά απίθανο ιικά μόρια να εναποτεθούν σε περιοχές της αναπνευστικής οδού που να επιτρέπουν την είσοδο στην αιματική κυκλοφορία<sup>45</sup>.

### ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Για την προστασία του ίδιου, του προσωπικού του οδοντιατρείου αλλά και των ασθενών από τη μετάδοση της ιογενούς ηπατίτιδας ο οδοντίατρος οφείλει να ακολουθήσει τις παρακάτω οδηγίες<sup>6,22,23,44-47</sup>:

- Χρησιμοποίηση από τον οδοντίατρο και το βοηθητικό προσωπικό προστατευτικού εξοπλισμού, όπως γάντια, καλύμματα κεφαλής, μάσκες, γυαλιά, προσωπίδες, ολόσωμη ιατρική μπλούζα. Συστήνεται η χρήση διπλών γαντιών σε άτομα με επιβεβαιωμένη ηπατίτιδα, η αλλαγή τους σε κάθε ασθενή, όπως επίσης και σε περίπτωση τρυπήματός τους. Τα γυαλιά ή οι προσωπίδες θα πρέπει να έχουν ευρύ πλευρικό σκέλος για πλήρη κάλυψη των οφθαλμών, να ξεπλένονται και να απολυμαίνονται. Οι μάσκες θα πρέπει να κατακρατούν μικροοργανισμούς διαμέτρου έως 1μm και σε ποσοστό 95%, να εφαρμόζουν πλήρως στην επιφάνεια του προσώπου και εάν υγρανθούν να απορρίπτονται και να αντικαθίστανται αμέσως.
- Σχολαστικό πλύσιμο των χεριών με νερό και σαπούνι και χρήση αντιμικροβιακών ή αντισηπτικών διαλυμάτων.
- Στοματόπλυση του ασθενούς πριν από κάθε επέμβαση με αντισηπτικό στοματικό διάλυμα και χρήση ισχυρής χειρουργικής αναρρόφησης όπως και απομονωτήρα όπου ενδείκνυται.
- Ιδιαίτερη προσοχή με την διαχείριση αιχμηρών εργαλείων κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής πράξης, όπως και κατά τον καθαρισμό και την απολύμανσή τους. Βελόνες και ράμματα θα πρέπει να απορρίπτονται αμέσως μετά τη χρήση τους σε ειδικά δοχεία.
- Απολύμανση των εργαλείων ξεχωριστά από τα υπόλοιπα και αποστείρωσή τους.
- Προτείνεται η αποφυγή επαφής κοινόχρηστων εργαλείων και υλικών που δεν αποστειρώνονται, με τα ίδια γάντια που έρχονται σε επαφή με τη στοματική κοιλότητα του ασθενή.
- Κάλυψη των επιφανειών της οδοντιατρικής έδρας (φως, ταμπλέτα, κουμπιά, χερούλια) με προστατευτικές μεμβράνες και άριστη απολύμανση όλων των επιφανειών.
- Οποιοσδήποτε εργασίες που θα πρέπει να αποσταλούν στον οδοντοτεχνίτη πρέπει να ξεπλένονται με άφθονο νερό, να απολυμαίνονται σύμφωνα με τις

προδιαγραφές των υλικών και να τοποθετούνται σε ειδικά σακουλάκια ή κουτιά.

- Προγραμματισμός ως τελευταίο ραντεβού της ημέρας.
- Εμβολιασμός όλου του προσωπικού.

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

Σε περίπτωση έκθεσης σε μολυσματικό υλικό του οδοντιάτρου ή του προσωπικού του οδοντιατρείου μέσω αιχμηρού αντικειμένου ή μέσω επαφής με τους βλεννογόνους (μάτια), πρέπει να ακολουθηθούν τα παρακάτω 4 βήματα<sup>48</sup>:

- Άμεση φροντίδα του σημείου έκθεσης. Σχολαστικό πλύσιμο με άφθονο νερό και σαπούνι<sup>2,3,48</sup> χωρίς έντονο τρίψιμο στην περιοχή καθώς ο ιός μπορεί να διεισδύσει σε βαθύτερους ιστούς. Η πίεση με σκοπό την πρόκληση αιμορραγίας στο σημείο τραυματισμού πιθανόν να βοηθάει στην εξαγωγή μέρους του εισερχόμενου μολυσματικού υλικού<sup>2,3</sup>. Χρήση αντισηπτικού με καθιερωμένη αποτελεσματικότητα έναντι του ιού (ιωδιούχου ή χλωριούχου σκευάσματος)<sup>2,3,44</sup>. Σε περίπτωση μόλυνσης των ματιών, ξεπλυμα με άφθονο νερό και φυσιολογικό ορό<sup>28,44,48</sup>.
- Εκτίμηση του κινδύνου μετάδοσης με βάση τον τύπο της έκθεσης (διαδερμικός, έκθεση βλεννογόνων, δέρμα με συνυπάρχουσα δερματίτιδα ή λύση της συνεχείας του), τον τύπο του βιολογικού υγρού (αίμα, υγρά που περιέχουν ορατό αίμα) και τη μολυσματικότητα του ασθενή<sup>44,48</sup>. Θα πρέπει να πραγματοποιηθεί έλεγχος για HBsAg και anti-HCV. Σε περίπτωση θετικού αποτελέσματος απαιτείται περαιτέρω έρευνα για ύπαρξη HCV RNA, όπως και σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος σε ανοσοκατασταμένους ή HIV ή με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή μεταμοσχευμένους ασθενείς, καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα. Εάν ο ασθενής αρνείται να εξετασθεί εκτιμάται η μολυσματικότητά του από το ιστορικό του (νοσήματα, κλινικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά υψηλού κινδύνου όσον αφορά τη μεταδοτικότητα της ηπατίτι-

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**  
**Ασθενείς υψηλού κινδύνου<sup>4</sup>**

Κίνδυνος λόγω επαγγέλματος
Εργαζόμενοι στον τομέα υγείας
Εργαζόμενοι στη δημόσια ασφάλεια
Εργαζόμενοι και επισκέπτες σε κλινικές για άτομα με αναπτυξιακές ανάγκες
Ασθενείς με αιμοκάθαρση
Αποδέκτες συγκεκριμένων προϊόντων αίματος
Υιοθετημένα άτομα, από χώρες όπου η HBV είναι ενδημική
Διεθνείς ταξιδιώτες
Χρήστες παράνομων ναρκωτικών
Ομοφυλόφιλοι και αμφιφυλόφιλοι
Ετεροφυλόφιλοι

δας (πίνακας 4). Εργαστηριακή ανάλυση του μέσου έκθεσης (βελόνα, αιχμηρό εργαλείο) δε συνιστάται. Τέλος ο κίνδυνος μετάδοσης αξιολογείται σε σχέση με την ευαισθησία του εκτεθέντος (οδοντιάτρου ή προσωπικού οδοντιατρείου), το ιστορικό του εμβολιασμού του και ως προς την αντισωματική ανταπόκριση έναντι του ιού<sup>44,48</sup>.

- Χορήγηση προφύλαξης όσο το δυνατόν γρηγορότερα (εντός 24 ωρών) μετά από έκθεση. Ωστόσο σε περίπτωση εμβολιασμού και αποδεδειγμένης ανταπόκρισης του έναντι της ηπατίτιδας Β (anti-HBsAg  $\geq$  10 IU/L), δεν απαιτείται καμία ενέργεια. Εάν δεν υπάρχει ανταπόκριση στον εμβολιασμό (anti-HBsAg < 10 IU/L) και ο ασθενής είναι θετικός στον έλεγχο για HBV ή δεν δέχεται να ελεγχθεί ή η πηγή έκθεσης είναι άγνωστη (τρύπημα από βελόνα σε απορρίμμα-τα), χορηγείται άμεση υπεράνοση γ-σφαιρίνη (HBIG) και αρχίζει ο δεύτερος κύκλος εμβολιασμού. Μη ανταπόκριση και στο δεύτερο κύκλο εμβολιασμού αντιμετωπίζεται με χορήγηση δεύτερης δόσης HBIG, 1 μήνα μετά την πρώτη δόση. Σε περίπτωση οδοντιάτρου ή προσωπικού μη εμβολιασμένου και ασθενή HBV θετικού, προτείνεται η άμεση λήψη HBIG και να ακολουθείται επιταχυνόμενο σχήμα εμβολιασμού (0, 1, 2 και 12 μήνες). Όταν η έκθεση λάβει χώρα πριν ολοκληρωθεί το σχήμα εμβολιασμού, απαιτείται επίσης άμεση χορήγηση HBIG και συνέχιση της διαδικασίας εμβολιασμού<sup>48</sup>.
- Παρακολούθηση. Στην ενδεχόμενη HBV λοίμωξη συστήνεται έλεγχος για HBsAg 6 μήνες μετά την έκθεση, anti-HBsAg 1-2 μήνες μετά την τελευταία δόση του εμβολίου εάν χορηγήθηκε μόνο εμβόλιο, ενώ σε αποδεδειγμένη ανοσία ή λήψη HBIG για προφύλαξη, δεν απαιτείται παρακολούθηση<sup>48</sup>.

Επειδή δεν υπάρχει προφύλαξη ή εμβόλιο για HCV λοίμωξη, το προηγούμενο βήμα παραλείπεται αλλά ο εκτεθειμένος ελέγχεται για anti-HCV και ALT στους 4-6 μήνες και για HCV RNA στις 6 εβδομάδες. Επί θετικού αποτελέσματος, παραπέμπεται σε ειδικό ιατρό για πιθανή έναρξη θεραπείας<sup>4,23,48</sup>.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ιογενείς ηπατίτιδες αφορούν άμεσα τον οδοντίατρο λόγω των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων που παρατηρούνται στη στοματική κοιλότητα των ασθενών αυτών, την ιδιαίτερη διαχειρισή τους κατά την οδοντιατρική θεραπεία και ακόμα την αυξημένη πιθανότητα μετάδοσή τους στο χώρο του οδοντιατρείου. Η αποφυγή της οδοντιατρικής περιθάλψης σε αυτούς τους ασθενείς, αδιαμφισβήτητα δεν αποτελεί λύση. Αντίθετα απαιτούνται ειδικές γνώσεις για την αντιμετώπιση των νοσούντων, που με την σωστή εφαρμογή τους δημιουργείται ένα ασφαλές περιβάλλον τόσο για το προσωπικό και τον οδοντίατρο όσο και για όλους τους ασθενείς. Έτσι, η καλή στοματική υγιεινή, η γνώση των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων της νόσου, η λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, η επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό, όπου απαιτείται, και τέλος η εφαρμογή των προλη-

πτικών μέτρων προστατεύουν τόσο τον ασθενή όσο και το περιβάλλον του.

### ABSTRACT

#### Viral Hepatitis and Dental Treatment

Zoumpoulakis Michail, Kalabaliki Angelica, Fotoulaki Maria, Karakelidou Anastasia, Karakinaris Georgios, Zouloumis Lambros

*hellenic hospital dentistry 9: 81-92, 2016*

*Viral hepatitis is a liver inflammation which is caused by 8 viruses: HAV, HBV, HCV, HDV, HEV, HGV, TTV and SEN. The connection between HGV, TTV, SEN and hepatitis still remains unclear. Hepatitis A and C are responsible for epidemic self-limited hepatitis and are transmitted via oral-fecal route, while HBV and HCV are transmitted via the parenteral route. Hepatitis can be classified as acute or chronic. Patients with chronic hepatitis can develop chronic liver disease, cirrhosis or hepatocellular carcinoma. In patients with acute hepatitis, emergency treatment should only be considered. Chronic hepatitis provokes alterations in patient's blood coagulation factors and in the metabolism of certain drug substances. Bloody operations should be carefully performed and accompanied by antibiotic prophylaxis due to the diminished immune competence. Antibiotics, analgesics, sedatives and local anesthetics should be administered controllably. Liver dysfunction is reflected in oral cavity in the form of gingival bleeding, petechiae, cheilitis, atrophic tongue, xerostomia, lichen planus and Sjögrens syndrome. In dentistry hepatitis B and C are also associated with a high risk of viral contagion. HBV and HCV are able to remain on surfaces at room temperature for over 7 and 5 days respectively. Blood, saliva, gingival crevicular fluid and nasopharyngeal secretions are vectors of infection. Needles and other sharp instruments are highly expected to cause percutaneous injuries. Dentists have to be very careful and take precautions against hepatitis infection so that they can protect not only themselves but the other patients too. In case of blood contact between the dentist and the patient with or without a hepatitis history, specific instructions must be followed. Avoiding dental care in these patients undoubtedly isn't a solution. The knowledge of the clinical signs and symptoms of the disease, a detailed medical history, communication with the attending physician, when is appropriated, and implementation of preventive measures, protect both the patient and those around him.*

**Key words:** viral hepatitis; dental treatment; transmission; protection.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Άγιος ΑΕ: Περιγραφική και Εφαρμοσμένη Ανατομική Β. Τα σπλάχνα. 1η έκδοση. Θεσσαλονίκη. University Studio Press. 1997: 208.
2. Setia S, Gambhir RS, Kapoor V: Hepatitis B and C infection: Clinical implications in dental practice. *Eur J Gen Dent* 2013; 2(1): 13-9.
3. Cruz-Pamplona M, Margaix-Muñoz M, Sarrión-Pérez MG: Dental considerations in patients with liver disease. *J Clin Exp Dent* 2011; 3(2): 127-34.
4. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: *Dental Management of the Medically Compromised Patient*. 8th edition. St. Louis. Mosby, an imprint of Elsevier Inc. 2013: 144-62.
5. Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA: *Medical Microbiology*. 6th edition. Philadelphia. Mosby Elsevier. 2012: 683-697.
6. Scully C, Dios PD, Kumar N: *Special Care in Dentistry, Handbook of Oral Health Care*. 1st edition. Philadelphia. Churchill Livingstone. 2007: 204-14.
7. Θεοδωράκη Μ, Σταμούλης Γ, Σταματάκης Μ: Ηπατίτιδα Β και επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Πτυχιακή εργασία Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής. Ηράκλειο 2005.
8. Αγγελιοπούλου Μ, Βώρου Ρ, Κουκουριτάκης Φ, Μέλλου Κ, Πατουχέας Τ, Ρουμελιώτη Β και συν.: Ιογενείς ηπατίτιδες Αρ13. Αθήνα. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. 2012: 2-43.
9. Haaheim LR, Pattison JR, Whitley RJ: *A practical guide to clinical virology*. 2nd edition. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, England. John Wiley and Sons Ltd. 2002: 183-218.
10. World health organization: Hepatitis A. 2000. [http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisA\\_whocdscsredc2000\\_7.pdf](http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisA_whocdscsredc2000_7.pdf) όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
11. Βώρου Ρ, Γαβαλά Α, Γεωργακοπούλου Θ, Καραταμπάνη Ε, Κουκουριτάκης Φ, Μέλλου Κ και συν.: Ενημερωτικό Δελτίο, Ηπατίτιδα Α Αρ26. Αθήνα. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. 2013: 2-41.
12. Ντουράκης ΣΠ: Ιογενείς λοιμώξεις. *Στοματολογία* 2002; 59(1): 10-24.
13. Σιδερόγλου Θ, Μέλλου Κ: Ηπατίτιδα Α (ICD-10 B15): Απόκριση στην εμφάνιση κρούσματος και επιδημίας. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Παρέμβασης. 2011. <http://bit.ly/29u9qBw> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
14. Σιδερόγλου Θ, Μέλλου Κ: Ηπατίτιδα Α. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. 2016. <http://bit.ly/1qTKwbn> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
15. Krajden M, McNabb G, Petric M: The laboratory diagnosis of hepatitis B virus. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2005; 16(2): 65-72.
16. Lutwick LI: The prevention of hepatitis B transmission in dental practice. *Pediatric Dentistry* 1982; 4(4): 296-99.
17. Petersen MS, Goldberg AF: Hepatitis: the risk in hospital dentistry. *Spec Care Dentist* 1981; 1(6): 256-58.
18. World health organization: World Health Statistics 2015. [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistic/s/2015/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistic/s/2015/en/) όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
19. World health organization: Hepatitis B. 2002. <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo2002/en/> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
20. Anders PL, Fabiano JA, Thines TJ: Hepatitis: still a concern? *Spec Care Dentist* 2000; 20(5): 209-13.
21. Centers for Disease Control and Prevention: Hepatitis B FAQs for Health Professionals. 2016. <http://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/hbvfaq.htm> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
22. Krasteva A, Panov VE, Garova M, Velikova R, Kisselova A, Krastev Z: Hepatitis B and C in dentistry. *Journal of IMAB* 2008; 14(8): 38-40.
23. Mast EE, Weinbaum CM, Fiore AE, Alter MJ, Bell BP, Finelli L et al: A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. *MMWR* 2005; 54(16): 1-32.
24. Houghton M: The long and winding road leading to the identification of the hepatitis C virus. *J Hepatol* 2009; 51(5): 939-48.
25. Roy KM, Bagg J: Hepatitis C virus and oral disease: a critical review. *Oral Dis* 1999; 5(4): 270-77.
26. Carrozzo M, Gandolfo S: Oral diseases possibly associated with hepatitis C virus. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14(2): 115-27.
27. Choo QL, Kuo G, Weiner AJ, Overby LR, Bradley DW, Houghton M: Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science* 1989; 244(4902): 359-62.
28. McLean AT, Scopacasa B, Nair R, Coates E, Sherson W, Batey R et al; Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ashm): *Dental and Orofacial Health and Hepatitis C*. 1th edition. The Australian Government, Department of Health and Ageing. 2012: 1-11.
29. Lodi G, Porter SR, Scully C: Hepatitis C virus infection: Review and implications for the dentist. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86(1): 8-22.
30. World health organization: Hepatitis C. 2003. <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/Hepc.pdf> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
31. Coates EA, Walsh L, Logan R: The increasing problem of hepatitis C virus infection. *Aust Dent J* 2001; 46(1): 13-7.
32. Strader DB, Wright T, Thomas DL, Seeff LB; American Association for the Study of Liver Diseases: Diagnosis, Management, and Treatment of Hepatitis C. *Hepatology* 2004; 39(4): 1147-71.
33. Mahboobi N, Porter SR, Karayiannis P, Alavian SM: Dental Treatment as a Risk Factor for Hepatitis B and C Viral Infection. A Review of the Recent Literature. *J Gastrointestin Liver Dis* 2013; 22(1): 79-86.
34. Nagao Y, Sata M: Hepatitis C virus and lichen planus. *J Gastroenterol Hepatol*. 2004; 19(10): 1101-13.
35. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων: Συχνές ερωτήσεις για την ηπατίτιδα C. <http://bit.ly/1yvKYZO> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
36. Centers for Disease Control and Prevention: Hepatitis C FAQs for the Public. 2016. <http://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
37. Hepatitis C Virus. Report on Carcinogens. 13th Edition. National Toxicology Program, Department of Health and Human Services. <https://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/content/profiles/hepatitiscvirus.pdf> όπως αυτό εμφανίζεται την 19/07/16.
38. Dore GJ, Conway B, Luo Y, Janczewska E, Knysz B, Liu Y et al: Efficacy and safety of ombitasvir/paritaprevir/r and dasabuvir compared to IFN-containing regimens in genotype 1 HCV patients: The MALACHITE-I/II trials. *J Hepatol* 2016; 64(1): 19-28.
39. Alvarado-Mora MV, Locarnini S, Rizzetto M, Rebello Pinho JR: An update on HDV: virology, pathogenesis and

- treatment. *Antivir Ther* 2013; 18(3 PT B): 541-548.
40. Kuniholm MH, Purcell RH, McQuillan GM, Engl RE, Wasley A, Nelson KE: Epidemiology of Hepatitis E Virus in the United States: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Infect Dis* 2009; 200(1): 4856.
  41. Panov VE: Oral manifestations of Hepatitis C virus. *J of IMAB* 2013; 19(4): 377-79.
  42. Κήττας ΔΒ : Κλινικοπαθολογική ανάλυση ομαλού λειχήνα. Διπλωματική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Οδοντιατρικής, Εργαστήριο Στοματολογίας 2010.
  43. Κολοκοτρώνης Α, Επιβατιανός Α: Στοματολογία. 1η έκδοση. Θεσσαλονίκη. University Studio Press. 2011: 307-16.
  44. Dahiya P, Kamal R, Sharma V, Kaur S: "Hepatitis" - Prevention and management in dental practice. *J Edu Health Promot* 2015; 4: 33.
  45. Μέμης Ι, Ζουμπουλάκης Μ, Αντωνιάδης Κ: Αερογενής μετάδοση νοσημάτων-οδοντιατρικό βιολογικό εκνέφωμα. *Ελλην Στοματ Χρονικά* 2011; 55(3): 277-85.
  46. Blood Pathogens Exposure Control Plan for University Of Maryland College Park 2014:1-56. <https://www.des.umd.edu/biosafety/bbp/index.pdf> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
  47. Centers for Disease Control and Prevention: Summary of Infection Prevention Practices in Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care. 2016. <http://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/pdf/safe-care.pdf> όπως αυτό εμφανίζεται την 22/06/16.
  48. Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.): Προφύλαξη Υγειονομικού Προσωπικού Έναντι των Ιών της Ηπατίτιδας Β, C και του Ιού HIV μετά από Επαγγελματική Έκθεση σε Αίμα ή Βιολογικά Υγρά. Αθήνα. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 2004. <http://bit.ly/29PrRDC> όπως αυτό εμφανίζεται την 18/07/16.

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**

*Ζουμπουλάκης Μιχαήλ*  
Πατριάρχου Μελετίου Μεταξάκη 16,  
Τ.Κ.: 71304, Ηράκλειο Κρήτης.  
Τηλέφωνο: 6936257326.  
email: [zmike251987@windowsslive.com](mailto:zmike251987@windowsslive.com)

## Το εμβόλιο έναντι του HPV, η αποτελεσματικότητα και η αποδοχή του από το εμβολιακό κοινό

Γκίνη Σταυρούλα<sup>1</sup>, Κατόπη Κωνσταντίνα<sup>2</sup>, Μπερνιδάκη Αργυρή<sup>2</sup>, Μπρεγκόβα Ιωάννα<sup>2</sup>, Παπαδάκου Σταυρούλα<sup>3</sup>

Η λοίμωξη από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV - Human Papilloma Virus) αποτελεί το πιο συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα παγκοσμίως. Με βάση στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων του 2010, τουλάχιστον το 75% των ατόμων θα έχει την εμπειρία μιας HPV λοίμωξης κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής ζωής. Το «φορτίο» των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων πέφτει δυσανάλογα στις πλάτες των εφήβων συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ενήλικες. Εκτιμάται ότι οι νέοι ηλικίας 15-24 ετών, παρόλο που αποτελούν το 25% του σεξουαλικά ενεργού πληθυσμού, αφορούν το 50% των νέων διαγνώσεων HPV λοίμωξης. Σήμερα με τον εμβολιασμό διαθέτουμε ένα ισχυρό όπλο για να προστατευθούμε από τον ιό HPV, που όμως απειλείται από το αντιεμβολιαστικό κίνημα που ανθίζει στις ανεπτυγμένες χώρες το τελευταίο διάστημα. Σημαντικό ρόλο απέναντι σ' αυτό το επικίνδυνο ρεύμα παίζουν οι επιστημονικοί φορείς υγείας, οι οποίοι οφείλουν να ενημερώσουν το κοινό για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια του εμβολίου, και να καταρρίψουν τους μύθους που κυκλοφορούν γύρω από αυτό.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 9: 93-100, 2016

### Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΘΗΛΩΜΑΤΩΝ (HPV- Human Papilloma Virus)

Ο HPV είναι μικρός σε μέγεθος DNA ιός διαμέτρου 52-55 nm και αποτελείται από ένα κυκλικό δίκλωνο DNA που περιβάλλεται από εικοσαεδρικό πρωτεϊνικό καψίδιο. Το γονιδίωμα του HPV έχει μέγεθος 8000 ζεύγη βάσεων. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περίπου 150 στελέχη του HPV. Περισσότερα από 20 έχουν εντοπιστεί στα επιθήλια ή στο δέρμα της πρωκτογεννητικής περιοχής σε άνδρα και γυναίκα, ενώ τα άλλα στελέχη προσβάλλουν συνήθως το δέρμα σε άλλες περιοχές του σώματος, τα επιθήλια στην στοματική κοιλότητα και το ανώτερο αναπνευστικό και σπάνια άλλους ιστούς. Ορισμένα στελέχη

όπως 6, 11, 42, 43, 44, προκαλούν συνήθως τα γνωστά κονδυλώματα, τα οποία είναι καλοήθεις αλλοιώσεις. Τα στελέχη αυτά συσχετίζονται σχετικά σπάνια με εμφάνιση νεοπλασματικών αλλοιώσεων και γι αυτό αναφέρονται ως στελέχη «χαμηλού κινδύνου». Οι HPV 6 και 11 είναι υπεύθυνοι για το περίπου 90% των γεννητικών κονδυλωμάτων. Αντίθετα, άλλα στελέχη όπως 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 57, αναφέρονται ως «υψηλού κινδύνου» και θεωρούνται υπεύθυνα για το 90% των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, για το 90% των καρκίνων του πρωκτού, 40% των καρκίνων του αιδοίου, του κόλπου, του πέους και περίπου για το 18% των καρκίνων του στοματοφάρυγγα και του λάρυγγα<sup>1,2</sup>.

### HPV ΛΟΙΜΩΞΗ

Η HPV λοίμωξη είναι το πιο συχνό σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Αν και η HPV λοίμωξη εμφανίζεται πιο συχνά σε σεξουαλικά ενεργούς εφήβους και γυναίκες ηλικίας 15 έως 24 ετών, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες μετά την ηλικία των 40 ετών, με μέση ηλικία 47-48 ετών<sup>3</sup>. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι στην Ευρώπη, ιδίως στις νέες

**Λέξεις κλειδιά:** HPV λοίμωξη, HPV εμβόλιο, έφηβοι, αντιεμβολιαστικό κίνημα.

<sup>1</sup>Επιμελήτρια, Προσωρινή Προϊστάμενη Ιατρός Παιδιατρικού τμήματος ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»

<sup>2</sup>Ειδικευόμενη Παιδιατρικού Τμήματος ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»

<sup>3</sup>έως Συντονίστρια Διευθύντρια Παιδιατρικού τμήματος ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας», Πρόεδρος Εταιρείας Εφηβικής Ιατρικής

γυναίκες, ο δεύτερος συχνότερος έπειτα από τον καρκίνο του μαστού, τόσο όσον αφορά στην νοσηρότητα αλλά και στην θνησιμότητα. Γυναίκες με πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας ή με πολλούς συντρόφους βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για λοίμωξη από HPV. Κάθε χρόνο περίπου 14 εκατομμύρια άνθρωποι, μεταξύ των οποίων έφηβοι, μολύνονται με τον ιό HPV, ενώ περίπου 17.600 γυναίκες και 9.300 άνδρες προσβάλλονται από σχετιζόμενους με τον HPV καρκίνους, μόνο στις ΗΠΑ. Ο καρκίνος τραχήλου της μήτρας ευθύνεται για 275.000 θανάτους κατά το έτος 2008, 88% των οποίων καταγράφεται στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου (159.800 στην Ασία), καθώς εκεί είναι περιορισμένη η χρήση ανιχνευτικών προγραμμάτων και δυσχερής η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η Ελλάδα έχει πληθυσμό 4.850.000 γυναίκες ηλικίας 15 ετών και άνω που διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι τρέχουσες εκτιμήσεις δείχνουν ότι κάθε χρόνο 421 γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου, ενώ 208 γυναίκες καταλήγουν από αυτήν την νόσο. Στην Ελλάδα ο καρκίνος του τραχήλου κατατάσσεται ως η 11η συχνότερη μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών και η 2η συχνότερη μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών 15 έως 44 ετών<sup>4</sup>.

Η μετάδοση του ιού γίνεται κυρίως μέσω επαφής των γεννητικών βλεννογόνων (γεννητικά - γεννητικά, χέρια γεννητικά, στοματο - γεννητικά), περιγεννητικά (μη διεισδυτική επαφή), μέσω αντικειμένων (π.χ. χειρουργικά γάντια, λαβίδες βιοψίας) και σπανίως κατά τον τοκετό (2,8%). Στα παιδιά υπάρχει κυρίως η μετάδοση εξ επαφής, άμεσα από άτομο σε άτομο, έμμεσα μέσω μολυσμένων επιφανειών και αντικειμένων και με αυτό-ενοφθαλμισμό. ενώ στους εφήβους κυριαρχεί η σεξουαλική μετάδοση. Η χρήση προφυλακτικού μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης αλλά δεν την εξαλείφει<sup>5</sup>.

### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΙΟΥ

Η HPV λοίμωξη στα παιδιά και τους εφήβους εκδηλώνεται κλινικά με βλάβες στο δέρμα, τους βλεννογόνους, τα γεννητικά όργανα και την περιπρωκτική περιοχή.

Αρχικά ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων προκαλεί σιωπηλή λοίμωξη, δηλαδή δεν εμφανίζει συμπτώματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η λοίμωξη να μην γίνει αντιληπτή άμεσα και χωρίς εξετάσεις, οπότε να μην θεραπεύεται και οι φορείς της, έχοντας άγνοια να την μεταδίδουν. Ο ιός HPV είναι υπαίτιος για την εμφάνιση μυρμηγκιών, γεννητικών κονδυλωμάτων, νεανικής υποτροπιάζουσας αναπνευστικής θηλωμάτωσης του λάρυγγα και προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων, ιδιαίτερα στον τράχηλο της μήτρας.

Οι κοινές και οι πελματιαίες μυρμηγκιές, που είναι δερματικά επάρματα, υποστρώγγυλα με ανώμαλη υπερκερατωσική επιφάνεια, οφείλονται στους τύπους 1, 2, 3, 4, 27 και 57. Μπορεί να είναι επώδυνες, ιδίως οι πελματιαίες, ωστόσο αυτοπεριορίζονται μετά από μήνες ή χρόνια<sup>6</sup>. Τα κονδυλώματα εμφανίζονται συνήθως σε άτομα ηλικίας 18-35 ετών. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κονδυλωμάτων είναι το κάπνισμα, ο μεγαλύτερος αριθ-

μός σεξουαλικών συντρόφων και η έναρξη της σεξουαλικής ζωής σε μικρότερη ηλικία. Εμφανίζονται συνήθως ως μικρές θηλωματώδεις βλάβες της γεννητικής και περιπρωκτικής περιοχής. Το μέγεθός τους κυμαίνεται από κεφαλή καρφίδος μέχρι μεγαλύτερους ανθοκραμβοειδείς σχηματισμούς έως 12 εκ. Συνηθέστερα, παριστούν συγκεντρώσεις από 1-10 βλατίδες. Τα κονδυλώματα μπορεί να επεκτείνονται στον κόλπο, την ουρήθρα και εσωτερικά του πρωκτικού δακτυλίου.

Η νεανική υποτροπιάζουσα αναπνευστική θηλωμάτωση του λάρυγγα είναι σχετικά σπάνια χρόνια καλοήθης νόσος (4.3 ανά 100000 ΗΠΑ, 3.5 ανά 1000000 Δανία) και υπεύθυνοι είναι κυρίως οι τύποι 6 και 11. Μπορεί να προκύψει από περιγεννητική μόλυνση από την μητέρα κατά τον τοκετό. Η ανάπτυξη θηλωμάτων του λάρυγγα οδηγεί σε απόφραξη των αναπνευστικών οδών και εκδηλώνεται κυρίως σε ηλικία 3μην-5μην ετών με βράγχος φωνής, συριγμό και δυσφορία<sup>7</sup>.

Η πιο συχνή μορφή διηθητικού καρκίνου του τραχήλου είναι τα πλακώδη καρκινώματα, τα οποία αφορούν στο 75-90% των περιπτώσεων, ενώ το 15-20% αφορά τα αδενοκαρκινώματα, η συχνότητα των οποίων όμως αυξάνεται σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Σχεδόν όλα τα πλακώδη, αλλά και το μεγαλύτερο ποσοστό των αδενοκαρκινωμάτων, οφείλονται σε μία εμμένουσα μόλυνση από τον HPV ιό. Τα καρκινογόνα στελέχη προκαλούν με την ενσωμάτωση τους στο DNA του ξενιστή μια καταγίδια μοριακών διαταραχών, που τελικά καταλήγουν στη νεοπλασματική εκτροπή του κυττάρου και σε μη ελεγχόμενο κυτταρικό πολλαπλασιασμό.

Στο 75% των περιπτώσεων ο ίδιος ο οργανισμός αποβάλλει τον ιό μέσα σε ένα έως τρία χρόνια δίχως να το αντιληφθούν καν οι γυναίκες, στο 15% εμφανίζονται έπειτα από λίγα χρόνια κονδυλώματα, στο 5-6% θα υπάρξουν μεν κάποιες χαμηλού βαθμού αλλοιώσεις στα κύτταρα του τραχήλου, αλλά συνήθως υποχωρούν μόνες τους και στο 3-4% θα εκδηλώσουν σοβαρού βαθμού αλλοιώσεις στον τράχηλο. Οι προ-διηθητικές αλλοιώσεις του πλακώδους επιθήλιου που αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της HPV προσβολής ονομάζονται δυσπλασίες ή ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (cervical intraepithelial neoplasia - CIN) και διακρίνονται μορφολογικά σε τρεις βαθμούς (CIN1, 2 και 3), ανάλογα με το πάχος του επιθήλιου που καταλαμβάνεται από άωρα κύτταρα. Η πρώτη μικροσκοπική αναγνώριση σοβαρής δυσπλασίας CIN 3 μπορεί να απαιτήσει διάστημα πέντε έως δέκα χρόνια. Φαίνεται ότι αντίστοιχο διάστημα χρειάζεται και η μετάπτωση σε διηθητικό καρκίνο.

Οι HPV 16 και ο HPV 18 υπολογίζεται ότι είναι υπεύθυνοι για το περίπου 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και το 75-80% των καρκίνων του πρωκτού, το 45-70% της υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας (CIN 2/3), το 80% του αδενοκαρκινώματος in situ (AIS), το 25% της χαμηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας (CIN 1), για περίπου το 70% της σχετιζόμενης με τον HPV υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αιδοίου (VIN 2/3) και του κόλπου (VaIN 2/3), το 80% της σχετιζόμενης με τον HPV υψηλού βαθμού ενδοεπιθηλιακής



νεοπλασίας του πρωκτού και 18% των καρκίνων του στοματοφάρυγγα<sup>1</sup>. Ο τύπος 16 εμφανίζει τη μεγαλύτερη ικανότητα ογκογόνου μετασχηματισμού.

### ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ ΤΟΝ HPV

Πριν από 35 περίπου χρόνια, ο καθηγητής Harald zur Hausen αποδεικνύει για πρώτη φορά την συσχέτιση του HPV ιού με την ανάπτυξη καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Το 2002 έγινε η πρώτη επιτυχής παραγωγή εμβολίων έναντι του ιού HPV-16 και στη συνέχεια έναντι και άλλων οροτύπων HPV. Από τον Ιανουάριο του 2008 η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών έχει εντάξει στο Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού τον εμβολιασμό όλων των κοριτσιών ηλικίας 12-15 ετών για τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων (ακόμη και των νεαρών γυναικών ως την ηλικία των 26 ετών σε περίπτωση που δεν έχουν εμβολιαστεί νωρίτερα) και χορηγούνται δωρεάν σ' αυτές τις ηλικίες. Στην χώρα μας διατίθενται το διδύναμο (HPV2- Cervarix) για τα στελέχη 16,18, και το τετραδύναμο (HPV4- Gardasil) που παρέχει επιπρόσθετη προστασία εναντίον των χαμηλού κινδύνου τύπων 6 και 11. Και τα δύο διαθέσιμα εμβόλια δείχνουν διασταυρούμενη προστασία έναντι και άλλων τύπων του ιού HPV, οι οποίοι παρουσιάζουν συγγένεια στην μοριακή τους δομή με αυτούς που περιέχονται στα εμβόλια ως εξής: HPV 31, 33, 52, 58 όμοιοι με HPV 16, και HPV 39, 45, 59 όμοιοι με HPV 18. Αν η έναρξη του εμβολιασμού γίνει σε κορίτσια 11 έως < 15 ετών, τα εμβόλια αυτά χορηγούνται σε δυο δόσεις με μεσοδιάστημα 6 μηνών (σχήμα 0,6 μήνες). Εφόσον γίνει μετά την συμπλήρωση του 15ου έτους, χορηγούνται τρεις δόσεις εμβολίου (σχήμα 0,1-2,6 μήνες). Σε περίπτωση που οι 2 δόσεις γίνουν σε μεσοδιάστημα μικρότερο των 6 μηνών απαιτείται και 3η δόση μετά τους 6 μήνες. Ενώ όσοι έλαβαν μια πρώτη δόση με Gardasil, πρέπει να ολοκληρώσουν το σχήμα με Gardasil, το ίδιο αντίστοιχα για το Cervarix. Η καλύτερη ηλικία για τον εμβολιασμό κατά του HPV είναι η πρώιμη εφηβεία δηλαδή στις ηλικίες 11-14 ετών, αφενός γιατί η ανοσολογική απάντηση του εμβολίου είναι καλύτερη και αφετέρου επειδή τα κορίτσια δεν έχουν ακόμη αρχίσει τη σεξουαλική δραστηριότητα και βρίσκονται ακόμη υπό τον έλεγχο των γονιών<sup>8</sup>.

Στις ΗΠΑ, το τετραδύναμο εμβόλιο έχει εγκριθεί και για τα αγόρια ηλικίας 9-26 ετών για την πρόληψη του καρκίνου του πρωκτού, ενώ εξετάζεται η περίπτωση εφαρμογής του αντίστοιχα και στον ελληνικό νεανικό πληθυσμό. Επιπλέον στις ΗΠΑ, από τον Φεβρουάριο του 2015, έχει πάρει έγκριση ένα νέο εμβόλιο, 9 δύναμο, το Gardasil 9, για κορίτσια και για αγόρια, το οποίο προστατεύει από άλλους πέντε ογκογόνους τύπους (HPV 31, 33, 45, 52, 58) που ευθύνονται για το 15% του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

Ο εμβολιασμός με βάση τις κλινικές δοκιμές προσφέρει 98% αποτελεσματικότητα και προστασία από τις HPV σχετιζόμενες προκαρκινικές αλλοιώσεις και 56% μείωση των HPV λοιμώξεων μεταξύ των εφήβων<sup>9</sup>.

Η υψηλή αποτελεσματικότητα που παρέχει το εμβόλιο εναντίον του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αποδίδεται και στο γεγονός ότι κάνει και διασταυρούμενη προστασία έναντι και άλλων τύπων HPV. Η αποτελεσματικότητα των εμβολίων έχει αξιολογηθεί σε ελεγχόμενες, διπλές-τυφλές, τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες Φάσης II και III σε γυναίκες ηλικίας 15-25 και 16-26 ετών αντίστοιχα. Η Ενδοεπιθηλιακή Νεοπλασία του Τραχήλου της Μήτρας (CIN) Βαθμού 2/3 (μέτρια έως υψηλού βαθμού δυσπλασία) και το αδενοκαρκίνωμα in situ (AIS) χρησιμοποιήθηκαν στις κλινικές δοκιμές ως υποκατάστατος δείκτης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σε πρόσφατη πληθυσμιακή μελέτη στην Αυστραλία, όπου το εμβόλιο εφαρμόζεται από το 2007, παρατηρήθηκε μείωση των γεννητικών κονδυλωμάτων (>90%) και των προκαρκινικών τραχηλικών αλλοιώσεων. Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν σε μελέτη στη Σκωτία, όπου παρουσιάστηκε σημαντική μείωση του επιπολασμού των τύπων HPV 16 και 18, από 29.8% σε 13.6%.

Όσον αφορά στην διάρκεια της αποτελεσματικότητας και κάλυψης, κλινικά δεδομένα δείχνουν αποτελεσματικότητα για τουλάχιστον 8 χρόνια ενώ με μαθηματικό μοντέλο φαίνεται ότι διαρκεί έως περίπου 20 χρόνια<sup>10-12</sup>. Δεν υπάρχουν ενδείξεις για μείωση της ικανότητας του εμβολίου για προστασία με την έως τώρα πάροδο του χρόνου. Η χορήγηση μιας αναμνηστικής δόσης προκάλεσε μια αντισωματική απάντηση παρόμοια με εμβόλια που παρέχουν μακροχρόνια προστασία, όπως της ηπατίτιδας Β. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η διάρκεια της αποτελεσματικότητας θα μπορούσε να είναι περισσότερης και μακρότερης διάρκειας, αλλά τα οριστικά στοιχεία θα είναι διαθέσιμα τα επόμενα χρόνια. Προς το παρόν δεν χρειάζεται αναμνηστική δόση<sup>13</sup>.

Πολλές κλινικές μελέτες έχουν συγκρίνει την ανοσολογική απάντηση και των δυο εμβολίων όσον αφορά στους οροτύπους 16 και 18, αλλά και άλλους τύπους που δεν περιέχονται στο εμβόλιο. Φαίνεται ότι το Cervarix, ενώ δεν προστατεύει από τα κονδυλώματα που προκαλούνται από τους τύπους 6 και 11, παράγει υψηλότερο τίτλο αντισωμάτων από το Gardasil περισσότερο όσον αφορά τον τύπο 18, όπως έχει μελετηθεί στον ένα μήνα και στους 24 μήνες από την ολοκλήρωση του εμβολιαστικού σχήματος<sup>14</sup>. Επίσης το διδύναμο προκαλεί μεγαλύτερη ανοσολογική απόκριση για τους οροτύπους 31, 33 και 45 από το τετραδύναμο μέσω της διασταυρούμενης αντίδρασης<sup>15</sup>. Ωστόσο, και τα δύο εμβόλια είναι αποτελεσματικά στην πρόκληση ικανοποιητικής ανοσοαπόκρισης και προστασίας, παράγοντας τίτλο αντισωμάτων 10-80 φορές από την κανονική HPV λοίμωξη και η επιλογή του εμβολίου είναι τυπικά στη διακριτική ευχέρεια των παροχών υγειονομικής περίθαλψης<sup>16,17</sup>.

### ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΟΥ

Για τον προσδιορισμό της ασφάλειας του εμβολίου HPV, έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες πριν και μετά την άδεια κυκλοφορίας του. Πριν από την έγκρισή τους, το τετραδύναμο εμβόλιο μελετήθηκε σε περισσότερους από 29.000 άνδρες και γυναίκες, ενώ το δισθενές εμβόλιο με-

λητήθηκε σε περισσότερες από 30.000 γυναίκες κατά τη διάρκεια των κλινικών δοκιμών<sup>18</sup>. Από το 2006 που ξεκίνησε η κυκλοφορία του δεν έχουν αναφερθεί σοβαρές ανησυχίες για την ασφάλεια του. (CDC, FDA, WHO). Πάνω από 140 εκατομμύρια δόσεις του εμβολίου έχουν χορηγηθεί ασφαλώς σε όλο τον κόσμο, σε περισσότερες από 120 χώρες. Βέβαια η ασφάλεια του είναι υπό στενή και διαρκή παρακολούθηση από επιστημονικούς οργανισμούς σε όλο τον κόσμο. Οι πιο συχνές παρενέργειες είναι ήπιες, όπως λιποθυμία, ζάλη, ναυτία, κεφαλαλγία και άλγος, ερυθρότητα, ή οίδημα στο σημείο εμβολιασμού. Πολύ σπάνια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η αναφυλακτική αντίδραση. Καμία όμως από αναφερθείσες κατά καιρούς σοβαρές παρενέργειες και θανάτους δε συσχετίστηκε αιτιολογικά με τον HPV εμβολιασμό, είχαν απλά χρονική συσχέτιση.

Μερικοί έφηβοι λιποθυμούν μετά από την ένεση του εμβολίου ή από οποιαδήποτε άλλη ιατρική πράξη. Σ' αυτούς συνιστάται να ξαπλώσουν για περίπου 15 λεπτά για να αποφευχθεί ενδεχόμενος τραυματισμός. Αντένδειξη για τον εμβολιασμό αποτελεί η εγκυμοσύνη και η υπερευαισθησία στις δραστικές ουσίες ή έκδοχα που περιέχονται στο εμβόλιο, όπως στο latex για το Cervarix ή στους μύκητες για το Gardasil.

Δεν αποτελεί αντένδειξη ο θηλασμός<sup>19,20</sup>.

### Ο ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ HPV ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δυστυχώς στην Ελλάδα, το ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης κυμαίνεται σε αρκετά χαμηλά επίπεδα. Υπολογίζεται ότι στα επτά χρόνια κυκλοφορίας, έχουν εμβολιαστεί συνολικά περίπου 200.000 γυναίκες. Βάσει διαφόρων ερευνών που έχουν γίνει ανά χρονικά διαστήματα και ανά περιοχές, τα επίπεδα εμβολιαστικής κάλυψης κυμαίνονται μεταξύ 5,3% - 25,8% με το χαμηλότερο επίπεδο να αντιστοιχεί σε μια έρευνα στο νομό Ευρυτανίας. Αυτά τα χαμηλά ποσοστά δυστυχώς αντανακλούν τα γενικότερα χαμηλά επίπεδα που διαπιστώνονται παγκοσμίως, αφού σπάνια υπερβαίνουν το 50%. Θετικοί παράγοντες στην εφαρμογή του εμβολιαστικού σχήματος φαίνονται να είναι η νεαρότερη ηλικία, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (της εφήβου ή των γονέων), προηγούμενη επίσκεψη/εις στον γυναικολόγο, η χρήση προφυλακτικού και η εύκολη πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας, ενώ αρνητικοί παράγοντες είναι το κάπνισμα και η σταθερή σεξουαλική σχέση<sup>5</sup>. Η ελλιπής αυτή ανοσοποίηση αναδεικνύει την ανάγκη οργάνωσης εμβολιαστικών προγραμμάτων έναντι του HPV και τονίζει τη σημασία της επικοινωνίας μεταξύ του ιατρού και των μελών της οικογένειας και της σχέσης εμπιστοσύνης που εδραιώνεται μεταξύ τους. Αν και έχει αποδειχθεί ότι η εκστρατεία πληροφόρησης των γονέων βελτιώνει αισθητά το επίπεδο γνώσεών τους για τον HPV, έχει παρατηρηθεί ότι η δεκτικότητά τους δεν αλλάζει εύκολα. Παρόλο που το 82% των γονέων γνωρίζει τη συσχέτιση μεταξύ του HPV και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, διστάζουν να εμβολιάσουν τα παιδιά τους, ανησυχώντας κυρίως για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά του. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν στην άρση των προ-

καταλήψεων και κάθε είδους φραγμών στην πραγματοποίηση του εμβολίου, ενώ παράλληλα πρέπει να τονίζεται ιδιαίτερα η αποδοχή του εμβολίου και από τους επιστημονικούς φορείς<sup>21</sup>.

### ΕΦΗΒΕΙΑ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

Η εφηβεία είναι η ηλικία του πειραματισμού, της πρόκλησης, των πρωτόγνωρων εμπειριών, της αντίδρασης καθώς και της επαναστατικότητας έναντι σε κάθε μορφής εξουσίας, και πάνω απ' όλα της γονεϊκής. Οι έφηβοι ανακαλύπτουν τη σεξουαλικότητά τους και προχωρούν σε έναρξη της σεξουαλικής τους ζωής, χωρίς όμως την κατάλληλη αναπτυξιακή ωριμότητα. Η ανεπαρκής ενημέρωση σχετικά με θέματα σεξουαλικής αγωγής στη χώρα μας, τόσο από την οικογένεια, όσο και από το σχολείο, μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές επιλογές και έκθεση σε κινδύνους, γι' αυτό τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι οι συχνότερες λοιμώξεις των εφήβων με τους ίδιους να αποτελούν δεξαμενή μετάδοσης των λοιμωδών νόσων τόσο μεταξύ τους, όσο και σε άλλες ομάδες πληθυσμού. Σύμφωνα με έρευνα της Μονάδας Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ) της Β' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών που δημοσιεύτηκε πρόσφατα έδειξε ότι στην Αττική το 16% του δείγματος σχολικού εφηβικού πληθυσμού έχει ξεκινήσει σεξουαλική δραστηριότητα με μέση ηλικία έναρξης τα 14 έτη, ενώ ένα επιπλέον ποσοστό 19,5% πειραματίζεται σεξουαλικά με τρόπους εκτός της πλήρους διεισδυτικής επαφής με μέση ηλικία τα 13,5 έτη! Επιπλέον παρ' ότι από τους εφήβους αυτής της μελέτης το 85% ανέφερε ότι χρησιμοποιεί προφυλακτικό, μόνο το 30% δήλωσε ότι το χρησιμοποιεί σε κάθε επαφή και καθ' όλη τη διάρκεια της επαφής. Το αποτέλεσμα όλων αυτών των επικίνδυνων πρακτικών δείχνει άλλη μελέτη της Μονάδας Εφηβικής Υγείας που διεξήχθη σε συνεργασία με την Α' Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και με τα εργαστήρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου των Αθηνών, Λοιμώξεων του Λαϊκού Νοσοκομείου και Ιολογίας του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας». Όπως προέκυψε από αυτήν, από σεξουαλικά δραστήριες έφηβες ηλικίας 13,8 ως 19 ετών που προσήλθαν στη Μονάδα, το 54% ήταν θετικό σε κάποιον τύπο του ιού HPV, ενώ μία στις τέσσερις ήταν θετική σε τύπο υψηλού κινδύνου για καρκίνο<sup>22</sup>!

Έχοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, αντιλαμβάνεται κανείς την αναγκαιότητα πρόληψης έναντι των μεταδοτικών νοσημάτων αλλά και την επίσημη προσπάθεια που απαιτείται από γονείς και ιατρούς για τη συμμόρφωση των εφήβων σε αυτή την πρακτική.

Είναι σημαντικό να μη χαθεί η ευκαιρία να ολοκληρωθεί ο εμβολιασμός στην πρώιμη εφηβική ηλικία, αφού μετά τα 14 έτη οι έφηβοι σπάνια χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας, καθώς εστιάζουν στη σχολική επίδοση, στις δραστηριότητες και στο συναρπαστικό ταξίδι της εφηβικής ηλικίας. Την ίδια στιγμή οι γονείς συγχυσμένοι και συχνά αμήχανοι, μπροστά στον καταιγισμό των μεταβολών και συμπεριφορών της εφηβείας, προσπαθώντας να ισορροπήσουν, μπορεί τελικά να αμελήσουν θέματα όπως ο

εμβολιασμός<sup>23</sup>.

Συμπερασματικά, ο εμβολιασμός καλό είναι να γίνει στην πρώτη ευκαιρία σε όλες τις έφηβες ή νεαρές γυναίκες, με προτίμηση το χαμηλότερο ηλικιακό όριο των 12 ετών.

### ΑΝΤΙΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ

Το αντιεμβολιαστικό κίνημα, παρότι εμφανίζεται ως νέα μόδα στις μέρες μας, μόνο καινούριο δεν είναι, είναι τόσο παλιό όσο ο πρώτος εμβολιασμός, αυτός κατά της ευλογιάς πριν από 200 χρόνια. Αιχμή της αντιεμβολιαστικής προπαγάνδας αποτέλεσε ο Wakefield, το 1998 όταν δημοσίευσε μια έρευνα όπου συσχέτιζε το εμβόλιο του MMR με τον αυτισμό. Το 2011 η συσχέτιση του εμβολίου με τον αυτισμό περιγράφηκε ως «η πιο καταστροφική ιατρική απάτη των τελευταίων 100 χρόνων».

Από τότε, όμως τα εμβόλια δέχονται έντονη αμφισβήτηση. Ολοένα και περισσότεροι γονείς «βομβαρδισμένοι» από αμφιβόλου προέλευσης έρευνες αποφασίζουν να μην εμβολιάσουν τα παιδιά τους, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την υγεία τους, αλλά και τη δημόσια υγεία. Η νέα τεχνολογία διαδίδει αστραπιαία την οποιαδήποτε παραπληροφόρηση με αποτέλεσμα να έχει αναπτυχθεί ένα γενικό κλίμα έλλειψης εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Τα εμβόλια έχουν πέσει θύμα της επιτυχίας τους. Έχουν μειώσει στο επίπεδο της ανυπαρξίας την επίπτωση σοβαρών λοιμώξεων που στο παρελθόν οδηγούσαν σε αναπηρίες ή θάνατο, με αποτέλεσμα οι γονείς να μην αναγνωρίζουν την αξία του εμβολιασμού. Η άγνοια ορισμένων για λοιμώδη νοσήματα τα οποία δεν βίωσαν οι ίδιοι, αλλά σήμερα προλαμβάνονται, τους στρέφει ευκολότατα κατά των εμβολίων, φοβούμενοι τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους.

Έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, αποκαλύπτει ότι ένας στους τρεις γονείς εμφανίζεται επιφυλακτικός σε σχέση με τον εμβολιασμό, από 20% το 2006 σε πάνω από 30% το 2012. Οι ειδικοί εκτιμούν, πως αν δεν υπάρξει άμεση κινητοποίηση, τα ποσοστά εμβολιασμού θα συρρικνωθούν περαιτέρω, με κίνδυνο την επανεμφάνιση «ξεχασμένων» ασθενειών όπως ιλαρά, ερυθρά, πολιομυελίτιδα<sup>24</sup>.

Ισχυρό όπλο εναντίον της προπαγάνδας αυτής αποτελούν οι υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα οι ιατροί, οι οποίοι πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη τους για τη βελτίωση του ποσοστού του εμβολιασμού. Οφείλουν να ενημερώνουν σωστά τους γονείς και να τους κατευθύνουν προς αξιόπιστες πηγές ενημέρωσης. Φαίνεται ότι η επισήμανση τους στην πρόληψη που προσφέρει το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου και άλλων καρκίνων που σχετίζονται με τον HPV, αυξάνει την πιθανότητα να πειστούν οι γονείς και να μεταβούν για τον εμβολιασμό των παιδιών τους<sup>25</sup>.

### ΚΑΤΑΡΡΙΠΤΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΜΥΘΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ

-Μύθος 1- «Εφόσον μια γυναίκα έχει κάνει το εμβόλιο, δεν κινδυνεύει να μολυνθεί από τον HPV, οπότε και δεν χρειάζεται να κάνει το τεστ Παπ σε τακτική βάση»  
Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι μια γυναίκα, παρόλο που

έχει εμβολιαστεί, μπορεί να μολυνθεί από κάποιον άλλο ογκογόνο τύπο του HPV - εκτός των τύπων 16 και 18- και έτσι να κινδυνεύσει να εμφανίσει προκαρκινικές αλλοιώσεις. Μελέτες δείχνουν διεύρυνση της παρεχόμενης προστασίας και σε ορισμένους άλλους ογκογόνους τύπους, αυξάνοντας την προστασία (μέχρι και 85%) που παρέχει ο εμβολιασμός. Παρ' όλ' αυτά όλες οι γυναίκες πρέπει να κάνουν τακτικά το τεστ Παπ.

-Μύθος 2- «Όσα κορίτσια έχουν μολυνθεί από τον HPV δεν πρέπει να εμβολιαστούν».

Αν υπάρχει ήδη HPV λοίμωξη ή παθολογικό τεστ Παπ μπορεί να γίνει ο εμβολιασμός, καθώς προσφέρει προστασία από τους υπόλοιπους τύπους του ιού που καλύπτει το εμβόλιο. Το εμβόλιο δεν μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχουσα λοίμωξη HPV, όμως ούτε θεραπεύει τις υπάρχουσες αλλοιώσεις. Η μόνη περίπτωση να μην έχει νόημα το εμβόλιο είναι να είχε μολυνθεί η γυναίκα και από τους δύο κύριους ογκογόνους τύπους, αλλά η πιθανότητα να συμβεί αυτό είναι 0,5%.

-Μύθος 3- «Ο HPV εμβολιασμός έχει συσχετισθεί με εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων, νευρολογικών και θρομβοεμβολικών παρενεργειών»

Με βάση τις έως τώρα μελέτες, δεν έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ του εμβολίου και αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών. Για παράδειγμα σε μία μελέτη που έγινε το 2013 στην Δανία και Σουηδία σε 997585 κορίτσια ηλικίας 10-17 ετών, σημειώθηκαν περίπου 20 περιστατικά αυτοάνοσων νοσημάτων, σύνδρομο Behcet, νόσο Raynaud και ΣΔ τ. Ι. Όμως δεν τηρούσαν τα κριτήρια για να αποδοθεί η εμφάνιση τους στο εμβόλιο οπότε και απορρίφθηκε αυτή η συσχέτιση. Βέβαια για την καλύτερη δυνατή απόδειξη της ασφάλειας, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των εμβολίων, ιδιαίτερα των νεοεισαχθέντων πρέπει και παρακολουθούνται συνεχώς από τους κατάλληλους φορείς<sup>26</sup>.

-Μύθος 4- «Η κόρη μου είναι μικρή και «φρόνιμη», οπότε θα την εμβολιάσω αργότερα, αναφέρει μια μαμά».

Η καλύτερη ηλικία για τον εμβολιασμό κατά του HPV είναι η πρώιμη εφηβεία δηλαδή στις ηλικίες 11-14 ετών, αφενός γιατί τα παιδιά βρίσκονται ακόμη υπό τον έλεγχο των γονιών και αφετέρου επειδή δεν έχουν ακόμη αρχίσει τη σεξουαλική δραστηριότητα. Παράλληλα στις ηλικίες 15-17 ετών, που το 48% των εφήβων στη χώρα μας αρχίζει τη σεξουαλική δραστηριότητα, τα παιδιά αρχίζουν να αμφισβητούν τους γονείς, και αυτό μαζί με τη έλλειψη σωστής σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης και ενημέρωσης ευθύνεται για την ανάπτυξη συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Όπως αναφέραμε και παραπάνω στην πρώιμη εφηβική ηλικία έχουμε και καλύτερη ανοσοακή απάντηση, γι' αυτό και είναι λιγότερες κατά μια οι δόσεις εμβολιασμού.

-Μύθος 5- «Το εμβόλιο μπορεί να προκαλέσει προβλήματα γονιμότητας»

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι ο εμβολιασμός κατά του HPV θα έχει επιπτώσεις στη μελλοντι-

κή γονιμότητα. Στην πραγματικότητα, η προστασία κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που προσφέρει ο εμβολιασμός μπορεί να προστατεύσει και την ικανότητα μιας γυναίκας να μείνει έγκυος και να γεννήσει υγιή μωρά. Από την άλλη, οι θεραπευτικές πράξεις για την αντιμετώπιση των αλλοιώσεων του τραχήλου θα μπορούσαν να αφήσουν μια γυναίκα ανίκανη να αποκτήσει παιδιά ή να την θέσουν σε άλλους κίνδυνους κατά την εγκυμοσύνη όπως πρόωρος τοκετός ή άλλα προβλήματα. Περίπου το 30 % των καρκίνων του τραχήλου συμβαίνει στις ηλικίες 20 με 44 ετών, που είναι και η πλέον αναπαραγωγική φάση. Επίσης το εμβόλιο δεν προκαλεί γενετικές ανωμαλίες.

-Μύθος 6- «Εάν η γυναίκα εξετάζεται κάθε χρόνο με το τεστ Παπανικολάου δεν υπάρχει λόγος να εμβολιάζεται» Με τη δοκιμασία κατά Παπανικολάου δεν μπορεί να προληφθεί η HPV λοίμωξη καθώς αποτελεί διαγνωστική εξέταση. Σκοπός του τεστ Παπ είναι η έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση πρώιμων ενδοεπιθηλιακών βλαβών προκειμένου να εφαρμοσθεί η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση.

-Μύθος 7- «Το εμβόλιο «ενθαρρύνει» την πρώιμη ή απερίσκεπτη σεξουαλική συμπεριφορά» Δυο πρόσφατες επιστημονικές έρευνες, μια βρετανική και μια αμερικανική, καθησυχάζουν αναφέροντας ότι τα εμβολιασμένα κορίτσια ήταν εξίσου πιθανό με τα μη εμβολιασμένα να χρησιμοποιούν προφυλακτικό σε περίπτωση σεξουαλικής επαφής και δεν υπήρξε αύξηση στον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων μετά τον εμβολιασμό. Επίσης δεν φαίνεται το εμβόλιο να συσχετίζεται ή να δίνει το «πράσινο φως» για την πρώιμη έναρξη της σεξουαλικής ζωής.

-Μύθος 8- «Κάνοντας το εμβόλιο, επειδή είναι ιός, υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου» Αυτό δεν ισχύει διότι το εμβόλιο περιέχει μόνο πρωτεΐνες της κάψας του ιού και όχι γενετικό υλικό και κατά συνέπεια δεν μπορεί να προκαλέσει νόσο, ούτε σε ήπια μορφή, όπως συμβαίνει με άλλα εμβόλια που περιέχουν ζώντα εξασθενημένα στελέχη, πχ ανεμοβλογιάς.

-Μύθος 9- «Σε περίπτωση που έχει καθυστερήσει πολύ η ολοκλήρωση των δόσεων του εμβολιασμού, πρέπει να επαναληφθούν οι προηγούμενες δόσεις» Συνιστάται ο εμβολιασμός να ολοκληρωθεί σε έξι μήνες. Ωστόσο, αν μεσολαβεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, δεν χρειάζεται να γίνει επανέναρξη του εμβολιαστικού σχήματος. Ακόμη και αν περάσουν μήνες ή λίγα χρόνια από την τελευταία δόση, πρέπει να ολοκληρωθεί ο εμβολιασμός με την επόμενη συνιστώμενη δόση<sup>27, 28</sup>.

Συμπερασματικά, τα εμβόλια σώζουν ζωές και αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα της βιοϊατρικής για την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Όμως θα πρέπει να τηρούνται αυστηρά οι κατευθυντήριες οδηγίες της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών της κάθε χώρας, πρώτα από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ο-

φείλουν να είναι σωστά ενημερωμένοι και δευτερευόντως από τους γονείς. Η λοίμωξη από τον ιό HPV δε μπορεί να αποφευχθεί με κανέναν άλλο τρόπο εκτός από τον εμβολιασμό. Ο εμβολιασμός αποτελεί την πρώτη γραμμική άμυνας, εμποδίζοντας την ανάπτυξη προκαρκινικών βλαβών και καρκίνου, που συμπληρώνεται και ολοκληρώνεται με τα τακτικά προγράμματα ελέγχου και πρόληψης (τεστ Παπ). Το εμβόλιο είναι ασφαλές, ακίνδυνο και αποτελεσματικό<sup>25</sup>.

### SUMMARY

#### The efficacy of HPV vaccine and its acceptance by the public

Gkini Stavroula, Katopi Konstantina, Bernidaki Argyri, Bregova Ioanna, Papadaku Stavroula

*hellenic hospital dentistry 9: 93-100, 2016*

*Human papillomavirus (HPV) infection is the most common sexually transmitted disease worldwide. Based on data of the Centers for Disease Control and Prevention 2010, at least 75% of people will have experienced an HPV infection during sexual life. It is estimated that 50% of new infections occur among young people aged 15-24 years, although constituting 25% of the sexually active population. There have been prescribed about 150 types of HPV. They are separated in two categories, low-risk HPV, more commonly HPV 6 and HPV 11 which cause condylomata acuminatum around the genitals, anus, mouth, throat and also can cause recurrent respiratory papillomatosis. The other category, called high-risk HPV with the main representatives HPV types 16 and 18, can cause cancer. The HPV 16 and HPV 18 seems to be responsible for about 70% of cervical cancer and 75-80% of anal cancers, 70% associated with HPV high-grade vulvar intraepithelial neoplasia and vaginal, 80% of HPV-associated high grade intraepithelial neoplasia of rectum and 18% of cancers of oropharynx. Today with the vaccination we have a powerful weapon to protect ourselves against all these HPV lesions. However there is an important threat, that of the antivaccination sentiment which recently is growing fast in the developed countries. Its policy is to disseminate in many ways side effects and adverse events of the vaccines that are mentioned from various people without proved scientifically. Also it is essential to break some of the myths about the vaccination, for example HPV vaccination has been associated with autoimmune diseases, neurological and thromboembolic events, the vaccine "encourage" early or reckless sexual behavior, may cause fertility problems, girls infected from HPV should not be vaccinated, having the vaccine because it is a virus, there is a risk of cancer or having the vaccine it is not likely to become infected and so it is necessary to do the test Pap. An important role against this dangerous movement for public health, do play health care providers. They must inform the public about the effectiveness and safety of the*

HPV vaccine, dispelling the myths that circulate about it.

**Key words:** HPV infection; HPV vaccine; antivaccination sentiment.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5691> όπως αυτό εμφανίζεται την 25/07/2015.
2. Fruscalzo A, Londero AP, Bertozzi S, Lellé RJ: First generation prophylactic HPV vaccines: The state of the art. *Minerva Med* 2015; 106(5): 275-285.
3. Klosky JL, Heather LG, Sheri LS, Randolph-Frye M, Daniel MG, Hudson MM: Human Papillomavirus (HPV) Vaccination in Survivors of Childhood Cancer. *Cancer* 2015; 115(24): 5627-5636.
4. <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/GRC.pdf> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015.
5. Donadiki EM, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Velonakis EG: Human papillomavirus vaccination coverage among Greek higher education female students and predictors of vaccine uptake. *Vaccine* 2012; 30(49): 6967-70.
6. <http://webtv.hvpsociety.gr/video/64152> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015.
7. <http://slideplayer.gr/slide/2675403> Παρουσίαση με θέμα: "Το HPV εμβόλιο στη νέα εποχή πρόληψης του τραχηλικού καρκίνου Μ. Ε. ΚΑΤΣΟΥΛΗΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ Δ/ΝΤΗΣ Μ/Γ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΖΑΝΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΑ", όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
8. [http://www.fsth.gr/filesup/programma\\_emvoliasmon\\_paidion\\_efivon.pdf](http://www.fsth.gr/filesup/programma_emvoliasmon_paidion_efivon.pdf) όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
9. <http://www.iatronet.gr/ygeia/gynaikologia/article/14099/anagkaios-o-emvoliasmos-twn-efivwn-koritsiwn-enanti-toy-hpv.html> όπως αυτό εμφανίζεται την 12/08/2015
10. Ferris D, Samakoses R, Block SL, Lazcano-Ponce E, Restrepo JA, Reisinger KS et al: Long-term Study of a Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine. *Pediatrics* 2014; 134(3): e657-65.
11. De Vincenzo R, Conte C, Ricci C, Scambia G, Capelli G: Long-term efficacy and safety of human papillomavirus vaccination. *Int J Womens Health* 2014; 3(6): 999-1010.
12. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Paavonen J, Iversen OE et al: High sustained efficacy of a prophylactic quadrivalent human papillomavirus types 6/11/16/18 L1 virus-like particle vaccine through 5 years of follow-up. *Br J Cancer* 2006; 95(11): 1459-1466.
13. Ault KA: Long-term efficacy of human papillomavirus vaccination. *Gynecol Oncol* 2007; 107(2 Suppl 1): S27-30.
14. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, Chatterjee A, Edwards RP, Zepp F et al: Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix and Gardasil human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18-45 years. *Hum Vaccin*. 2009; 5(10): 705-19
15. Draper E, Bissett SL, Howell-Jones R, Waight P, Soldan K, Jit M et al: A Randomized, Observer-Blinded Immunogenicity Trial of Cervarix® and Gardasil Human® Papillomavirus Vaccines in 12-15 Year Old Girls. *Plos one* 2013; 1; 8(5): e61825.
16. <http://slideplayer.com/slide/2987917/> immunogenicity of prophylactic HPV vaccine Investigator-driven studies at University of Padova, όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
17. Ault KA. Long-term efficacy of human papillomavirus vaccination. *Gynecol Oncol* 2007; 107(2 Suppl 1): S27-30.
18. <http://www.arhp.org/publications-and-resources/quick-reference-guide-for-clinicians/managing-hpv/Vaccines> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
19. <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hpv-gardasil.html> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
20. <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/vis-statements/hpv-cervarix.html> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
21. Ifanti E, Gketsios I, Grammatikou M, Gourdoumpa A, Ifanti A, Tiniakou I et al: HPV virus and youth vaccination. *Interscientific Health Care* 2013; 5(2): 92-96.
22. <http://webtv.hvpsociety.gr/video/64153> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
23. Kash N, Lee MA, Kollipara R, Downing C, Guidry J, Tying SK: Safety and Efficacy Data on Vaccines and Immunization to Human Papillomavirus. *J Clin Med*. 2015; 4(4): 614-633.
24. <https://left.gr/news/antiemvoliasiko-kinima-otan-i-epanastasi-horis-aitia-ginetai-epikindyni-moda> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
25. <http://webtv.hvpsociety.gr/video/64154> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
26. Lisen Arnheim-Dahlström, Björn Pasternak, Henrik Svanström, Pär Sparén, Anders Hviid: Autoimmune, neurological, and venous thromboembolic adverse events after immunisation of adolescent girls with quadrivalent human papillomavirus vaccine in Denmark and Sweden: cohort study. *BMJ* 2013; 347:f5906
27. <http://www2.keelpno.gr/blog/?p=5705> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
28. <http://www2a.cdc.gov/cic/documents/external/pdf/All%20Attachments.pdf>, όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
29. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Chesson HW, Curtis CR, Gee J: Human Papillomavirus Vaccination: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR*. 2014; 63(RR05); 1-30
30. [http://www.medscape.org/viewarticle/831027\\_transcript](http://www.medscape.org/viewarticle/831027_transcript), Guiliano AR, Joura EA, Bosch FX, Thomas C, Wright J: HPV-Related Disease: Evaluating Burden and Opportunities for Prevention, όπως αυτό εμφανίζεται την 02/08/2015
31. Koutsky LA, Harper DM: Chapter 13: Current findings from prophylactic HPV vaccine trials. *Vaccine*. 2006; 24 Suppl 3: S3/114-21
32. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER: Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2007; 56(RR-2): 1-24
33. <http://www.cdc.gov/hpv/cancer.html> όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015
34. [http://www.aetna.com/cpb/medical/data/700\\_799/0726.html](http://www.aetna.com/cpb/medical/data/700_799/0726.html) όπως αυτό εμφανίζεται την 05/08/2015

### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Γκίνη Σταυρούλα  
ΓΝ Ασκληπιείο Βούλας  
Β. Παύλου 1, ΤΚ:16673  
Βούλα  
email:sandygini@gmail.com



# Στάσεις των φοιτητών των Σχολών Υγείας έναντι των ηλικιωμένων

Ιωαννίδου Κυριακή<sup>1</sup>, Τρόλα Αλεξία<sup>1</sup>, Κοσιώνη Ε. Αναστασία<sup>2</sup>

*Η διαχείριση του αυξανόμενου ποσοστού των ηλικιωμένων ασθενών θα αποτελέσει μία από τις βασικές προκλήσεις των Συστημάτων Υγείας στο άμεσο μέλλον. Οι προκαταλήψεις και τα αρνητικά στερεότυπα έναντι των ηλικιωμένων είναι δυστυχώς διαδεδομένα στη σύγχρονη κοινωνία και εκτείνονται σε όλες τις κοινωνικές και επαγγελματικές δομές, ακόμα και στο χώρο της Υγείας. Αρκετές μελέτες καταδεικνύουν την ύπαρξη αρνητικών στάσεων έναντι των ηλικιωμένων μεταξύ των φοιτητών, του εκπαιδευτικού προσωπικού και των επαγγελματιών της Υγείας και επισημαίνουν το φόβο για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της γενικής και στοματικής τους φροντίδας. Έχουν μελετηθεί γενικότεροι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες καθώς και αρκετές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, χωρίς όμως να καταλήγουν σε ασφαλή συμπεράσματα. Φαίνεται ότι η συχνότητα των επαφών με ηλικιωμένους στο προσωπικό και οικογενειακό περιβάλλον, η τοπική κουλτούρα, το επίπεδο σπουδών και η κλινική εμπειρία με ηλικιωμένους ασθενείς επηρεάζουν τις στάσεις των φοιτητών. Η σύγχρονη έρευνα επικεντρώνεται σε εκείνες τις εκπαιδευτικές μεθόδους και τεχνικές που θα μπορέσουν να βελτιώσουν τις στάσεις και συμπεριφορές των φοιτητών και του προσωπικού έναντι των ηλικιωμένων. Η γηριατρική, γηροδοντιατρική και γεροντολογική εκπαίδευση θα πρέπει να ενταθούν και να ενισχυθούν σε όλα τα επίπεδα της Εκπαίδευσης των υγειονομικών: προπτυχιακή, μεταπτυχιακή και συνεχιζόμενη.*

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 9: 101-106, 2016

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τα μέσα του 20ου αιώνα συντελείται μία «παγκόσμια δημογραφική επανάσταση» που αφορά στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων (άτομα άνω των 65 ετών) στο γενικό πληθυσμό. Αυτό αποδίδεται σε δύο βασικούς λόγους: στην υπογεννητικότητα και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής<sup>1</sup>. Καθώς το γήρας συνοδεύεται

από αύξηση της νοσηρότητας, η διαχείριση του αυξημένου ποσοστού των ηλικιωμένων ασθενών θα αποτελέσει μία από τις βασικές προκλήσεις και προτεραιότητες των Συστημάτων Υγείας διεθνώς<sup>1,4</sup>. Λαμβάνουν όμως οι ηλικιωμένοι την περίθαλψη που χρειάζονται; Ή μήπως η ηλικία τους και μόνο αποτελεί εμπόδιο στην παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας;

Δυστυχώς οι σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι οι προκαταλήψεις και τα αρνητικά στερεότυπα έναντι των ηλικιωμένων είναι ευρέως διαδεδομένα στη σύγχρονη κοινωνία και εκτείνονται σε όλες τις κοινωνικές δομές, ακόμα και στο χώρο της Υγείας. Πρόκειται για μία μορφή «ηλικιακού ρατσισμού» που βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στην ηλικία του ατόμου.

Για την καλύτερη περιγραφή αυτής της μορφής ρατσισμού έναντι των ηλικιωμένων, εισήχθη από τον Robert Butler το 1969 ο όρος «ageism», ο οποίος εκφράζει τη συστηματική και βασισμένη σε στερεότυπα διάκριση έναντι ατόμων, εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας

**Λέξεις κλειδιά:** προκατάληψη έναντι γήρατος, φοιτητές επιστημών υγείας, ηλικιωμένοι, στάσεις.

<sup>1</sup> Φοιτήτρια Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

<sup>2</sup> Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γηροδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

**Ίδρυμα προέλευσης:** Γνωστικό αντικείμενο Γηροδοντιατρικής. Εργαστήριο Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

τους<sup>5</sup>. Ο Butler ταυτοποίησε τρεις διασυνδεδεμένες πλευρές του όρου: α) στάσεις που υποδηλώνουν προκατάληψη έναντι του γήρατος και των ηλικιωμένων, που περιλαμβάνουν ακόμα και προκαταλήψεις και στερεότυπα των ίδιων των ηλικιωμένων για τον εαυτό τους, β) πρακτικές διάκρισης έναντι των ηλικιωμένων, όπως για παράδειγμα, στην αγορά εργασίας και σε άλλες κοινωνικές δομές και ρόλους και γ) γενικότερες πολιτικές και θεσμικές καταστάσεις και παρεμβάσεις που συντηρούν τα αρνητικά στερεότυπα σχετικά με τη μεγαλύτερη ηλικία, ελαττώνουν τις πιθανότητες για μία ικανοποιητική ζωή και υποθάλπουν την προσωπική αξιοπρέπεια των ηλικιωμένων<sup>6</sup>.

Το επίμαχο ζήτημα απασχολεί την επιστημονική κοινότητα, εφόσον έρευνες καταδεικνύουν την ύπαρξη σχετικών προκαταλήψεων μεταξύ των φοιτητών, του εκπαιδευτικού προσωπικού και των επαγγελματιών της Υγείας, με πιθανή επίπτωση στη γενική και στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών. Ο κίνδυνος αφορά στην παροχή κατώτερου επιπέδου φροντίδας αποκλειστικά και μόνο με γνώμονα την ηλικία του ασθενούς<sup>7-9</sup>. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, στην Ελλάδα και διεθνώς, σχετικά με τις στάσεις των φοιτητών των Σχολών Επιστημών Υγείας έναντι των ηλικιωμένων και των παραμέτρων που τις επηρεάζουν.

### **ΜΕ ΠΟΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΛΕΤΑΤΑΙ Η ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ;**

Με το θέμα των στάσεων, συμπεριφορών και προκαταλήψεων των φοιτητών των Επιστημών Υγείας έναντι της γήρανσης και των ηλικιωμένων ασχολήθηκαν αρκετοί ερευνητές. Για τη μελέτη του φαινομένου στα τελευταία 40 έτη αναπτύχθηκαν διάφοροι τύποι ερωτηματολογίων, που αναπροσαρμόζονται και εκσυγχρονίζονται ανάλογα με τις αλλαγές που παρατηρούνται στην κοινωνία. Παραδείγματα τέτοιων ερωτηματολογίων είναι τα εξής:

Η κλίμακα *Ageing Semantic Differential (ASD)*, η οποία σχεδιάστηκε το 1969<sup>10</sup>. Αποτελείται από τριάντα δύο προτάσεις, που καταγράφουν τις συμπεριφορές, τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα έναντι των ηλικιωμένων. Λόγω της παλαιότητάς της ακολούθησαν νεότερες εκδόσεις που προσπάθησαν να εκσυγχρονίσουν και προσαρμόσουν την κλίμακα στα σύγχρονα δεδομένα<sup>11,12</sup>. Μία άλλη ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα είναι αυτή του Kogan (*Kogan's Attitudes Toward Old People Scale-KAOP*)<sup>13</sup> που περιλαμβάνει 17 αρνητικά και 17 αντίστροφα θετικά διατυπωμένες ερωτήσεις σε μία 6-βάθμια κλίμακα. Η κλίμακα του Kogan έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες, όπως και στα ελληνικά, όπου έχει κριθεί αξιόπιστη και έγκυρη<sup>14</sup>.

Μία κλίμακα που μετρά κυρίως τις γνώσεις έναντι των ηλικιωμένων αναφορικά με το σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό τομέα είναι η κλίμακα του Palmore που κυκλοφορεί σε δύο εκδοχές (*Facts on Aging Quizzes I & II-FAQ I & FAQ II*)<sup>15,16</sup>. Περιλαμβάνουν από 25 προτάσεις, ισοδύ-

ναμες ως προς τους στόχους, που συνήθως χρησιμοποιούνται συνδυαστικά για να αποτιμήσουν τα αποτελέσματα μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης. Η FAQ I έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί και στα ελληνικά<sup>17</sup>.

Άλλες κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι η 14-βάθμια *Geriatrics Attitudes Scale*<sup>18</sup> που σταθμίστηκε αρχικά σε ειδικευόμενους γιατρούς, η *Fraboni Scale of Ageism (FSA)*<sup>19</sup> που αποτελείται από 29 ερωτήματα και η *Maxwell-Sullivan Attitude Survey (MSAS)*<sup>20</sup>, η οποία περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις τύπου Likert που καλύπτουν πέντε τομείς: γενικές στάσεις, κόστος-όφελος, χρόνος και ενέργεια, θεραπευτικό δυναμικό και εκπαιδευτική προετοιμασία. Μία πρόσφατη κλίμακα είναι αυτή των North και Fiske<sup>21</sup> (*the Succession, Identity, and Consumption scale / SIC*), η οποία προσπαθεί να ενσωματώσει σύγχρονα δεδομένα στην κατασκευή των ερωτημάτων. Η πληθώρα των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για τη μελέτη των στάσεων και προκαταλήψεων έναντι του γήρατος δυσχεραίνουν τη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων και αποτελούν μία από τις πιθανές αιτίες που αποτρέπει τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

### **ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΔΙΕΘΝΩΣ**

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, ιδιαίτερα στο χώρο της Ιατρικής και Νοσηλευτικής, προκύπτει ότι η προκατάληψη έναντι του γήρατος αποτελεί υπαρκτό φαινόμενο στις περισσότερες κοινωνίες<sup>22</sup>. Συστηματική ανασκόπηση μελετών από το 2000 ως το 2012, στο χώρο της Νοσηλευτικής, κατέγραψε μικρή επιδείνωση των στάσεων των νοσηλευτών έναντι των ηλικιωμένων<sup>22</sup>.

### **Στάσεις πριν την εισαγωγή στο Πανεπιστήμιο**

Η καθημερινότητα και εμπειρία μέσα από την τοπική κοινωνία και την οικογένεια οδηγούν στη διαμόρφωση συγκεκριμένων στερεοτύπων έναντι των ηλικιωμένων, ήδη πριν την εισαγωγή των φοιτητών στο Πανεπιστήμιο. Η άποψη αυτή σχετίζεται με την τοπική κουλτούρα, τη θρησκεία, τα προσωπικά πιστεύω και αξίες, τις ιδέες που διακινούνται μέσα από τα μέσα ενημέρωσης, την πολιτική κατάσταση, τη συναναστροφή με ηλικιωμένους στην οικογένεια κ.λ.π.<sup>23-28</sup>. Ειδικότερα, η προηγούμενη συχνή επαφή με ηλικιωμένους (πχ. παπούς και γιαγιά) αποδείχθηκε ότι επηρεάζει θετικά τη διαμόρφωση της στάσης φοιτητών και ειδικευομένων<sup>26,27,29</sup>.

Η εθνικότητα κατέχει σημαντικό ρόλο στον σχηματισμό θετικών ή αρνητικών στάσεων έναντι των ηλικιωμένων, χωρίς ωστόσο να μπορούμε να καταλήξουμε σε σαφή συμπεράσματα. Γενικά επικρατεί η άποψη ότι η Κομφουκιανική παράδοση στην Ασία εκφράζεται ως θετικότερη στάση έναντι των ηλικιωμένων, σε σχέση με άλλες περιοχές του πλανήτη, όπου οι ηλικιωμένοι μπορεί να θεωρούνται μη παραγωγικοί, ασθενείς και αδύναμοι, εικόνα που υποστηρίζεται και από τα τοπικά MME<sup>24</sup>. Μελέτες σε φοιτητές Ιατρικής στη Σιγκαπούρη έδειξαν ιδιαίτερα θετική στάση των φοιτητών έναντι των ηλικιωμέ-



νων, γεγονός που αποδόθηκε στην τοπική κουλτούρα αρκετών λαών της Ασίας<sup>23,30</sup>. Από την άλλη, ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα μελετών σε «πολυεθνικά» Πανεπιστήμια των ΗΠΑ, όπου οι φοιτητές και ειδικευόμενοι Αμερικανο-ασιατικής καταγωγής παρουσίασαν τις αρνητικότερες στάσεις έναντι των ηλικιωμένων<sup>21,29,31</sup>. Ωστόσο άλλες μελέτες, πάλι σε Πανεπιστήμια των ΗΠΑ δεν έδειξαν διαφορές σε σχέση με την εθνικότητα<sup>32</sup>. Οι διαφορές αυτές στις μελέτες μπορεί να αποδοθούν τόσο στη μεθοδολογία καταγραφής όσο και στην ταχύτητα των κοινωνικών αλλαγών που καταγράφονται στις σύγχρονες τοπικές κοινωνίες.

### Το φύλο

Η επίδραση του φύλου δεν είναι ξεκάθαρη. Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι ο γυναικείος πληθυσμός έχει θετικότερη άποψη για τους ηλικιωμένους, λόγω του ιδιαίτερου ρόλου των γυναικών ως παρόχων φροντίδας στην κοινωνία<sup>25,21,32</sup>. Ωστόσο μελέτη στις ΗΠΑ κατέληξε σε αντίθετα ευρήματα, με τις γυναίκες να εκφράζουν αρνητικότερη στάση έναντι των ανδρών<sup>34</sup>. Άλλες μελέτες δεν βρήκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων<sup>23,26,34,35,36</sup>.

### Ο ρόλος της ηλικίας

Σχετικά με την επίδραση της ηλικίας των φοιτητών, οι απόψεις διίστανται<sup>4,21,26,32,37</sup>. Ωστόσο, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί θεραπεύουν περισσότερους ηλικιωμένους απ' ό,τι οι νεότεροι<sup>38</sup>.

### Ο ρόλος της εκπαίδευσης

Κάποιες μελέτες κατέδειξαν ότι προϊούσης της εκπαίδευσης των υγειονομικών βελτιώνονται και οι στάσεις τους έναντι των ηλικιωμένων<sup>29</sup>. Με βάση τις περισσότερες μελέτες, οι τελειόφοιτοι, οι κλινικοί φοιτητές και το εκπαιδευτικό προσωπικό των Σχολών Υγείας έχουν θετικότερες στάσεις έναντι των ηλικιωμένων, σε σχέση με τους πρωτοετείς και τους εκπαιδευόμενους χωρίς ανάλογη κλινική εμπειρία<sup>33,39,40</sup>. Ωστόσο άλλες μελέτες έδειξαν ότι η εκπαίδευση στη Γηριατρική δεν απέδωσε πάντα θετικά αποτελέσματα, πιθανά λόγω αδυναμιών του συγκεκριμένου εκπαιδευτικού προγράμματος<sup>23</sup>.

Συστηματικές ανασκοπήσεις στο χώρο της Νοσηλευτικής και της Ιατρικής δεν κατέληξαν σε σαφή συμπεράσματα για το ρόλο της εκπαίδευσης και για τις πλέον επιτυχείς εκπαιδευτικές παρεμβάσεις<sup>41,43</sup>. Η συστηματική ανασκόπηση των Samra και συν<sup>42</sup> στον ιατρικό χώρο έδειξε ότι η θεωρητική εκπαίδευση από μόνη της δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των στάσεων των γιατρών και φοιτητών έναντι των ηλικιωμένων, όσο οι δραστηριότητες ευαισθητοποίησης και ανάπτυξης ενσυναίσθησης σχετικά με τις ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων (προσωπική επαφή, κλινική άσκηση, προσομοίωση σωματικών αλλαγών κ.λπ.).

### Στάσεις φοιτητών Οδοντιατρικής έναντι των ηλικιωμένων

Οι ανάλογες μελέτες σε φοιτητές Οδοντιατρικής και σε εν ενεργεία οδοντιάτρους είναι περιορισμένες και σε γε-

νικές γραμμές καταγράφουν μέτριες ή αρνητικές στάσεις έναντι των ηλικιωμένων ασθενών.

Μελέτη σε πρόσφατα αποφοιτήσαντες οδοντιάτρους στο Βέλγιο κατέδειξε γενικά αρνητική στάση έναντι των ηλικιωμένων που διαβιούν σε μονάδες φροντίδας, αλλά και περιορισμένες γνώσεις για το γήρας<sup>43</sup>. Το επίπεδο της υπάρχουσας γηροδοντιατρικής εκπαίδευσης δεν φάνηκε να επηρεάζει τα αποτελέσματα, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη ριζικών αλλαγών στο πρόγραμμα σπουδών<sup>43</sup>. Σχετικές μελέτες στις ΗΠΑ έδειξαν αρνητική στάση των οδοντιάτρων έναντι της στοματικής φροντίδας ηλικιωμένων, που πιθανά επηρεάζει και το είδος της παρεχόμενης οδοντιατρικής φροντίδας<sup>44</sup>. Όπως και σε ανάλογες μελέτες στον ιατρικό χώρο, έτσι και στο χώρο της οδοντιατρικής η αυξανόμενη κλινική εμπειρία με ηλικιωμένους ασθενείς φαίνεται ότι επιδρά θετικά στις στάσεις των φοιτητών<sup>34</sup>.

Η έρευνα στο χώρο είναι αναγκαίο να συνεχιστεί, ώστε να καταγραφεί η υπάρχουσα κατάσταση και να αναπτυχθούν οι κατάλληλες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις.

### ΣΤΑΣΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι ανάλογες μελέτες στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά περιορισμένες και προέρχονται κυρίως από το χώρο της Νοσηλευτικής.

Οι Lambrinou και συν<sup>45</sup> μελέτησαν τις γνώσεις και στάσεις έναντι των ηλικιωμένων, πρωτοετών και τελειόφοιτων φοιτητών, σε τμήματα Νοσηλευτικής ΑΕΙ και ΤΕΙ της Ελλάδας. Κατέγραψαν μέτρια θετική στάση και μικρή βελτίωσή της στους τελειόφοιτους, η οποία όμως ήταν εν μέρει στατιστικά σημαντική και μόνο στη Νοσηλευτική του ΕΚΠΑ, χωρίς ανάλογη βελτίωση των γνώσεων. Οι ερευνητές τονίζουν την αναγκαιότητα της μελέτης των αναγκών παρεμβάσεων στο πρόγραμμα σπουδών, ώστε να ενισχυθούν οι γνώσεις και στάσεις των φοιτητών έναντι των ηλικιωμένων.

Αντίστοιχη μελέτη στους πρωτοετείς και τελειόφοιτους στη Νοσηλευτική Σχολή Κύπρου έδειξε μέτρια θετική στάση και δεν οδήγησε σε σαφή συμπεράσματα όσον αφορά στην επίδραση της εκπαίδευσης<sup>46</sup>.

Οι Deltisidou και συν<sup>47</sup> σε μελέτη σε καθηγητές και φοιτητές του Νοσηλευτικού Τμήματος των ΤΕΙ Λαμίας, κατέγραψαν ότι οι τελειόφοιτοι, οι καθηγητές, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές και οι γυναίκες παρουσίαζαν πιο θετική στάση έναντι των ηλικιωμένων. Καταγράφηκε ανάγκη για αύξηση του χρόνου επαφής των φοιτητών με ηλικιωμένους ασθενείς.

Οι Γαρεφαλάκη και συν<sup>48</sup> μελέτησαν τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών κ.λπ.) όσον αφορά στις ηλικιακές διακρίσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι ερευνητές βρήκαν ότι ένα σημαντικό ποσοστό εργαζομένων πιστεύει ότι υπάρχουν διακρίσεις στην περίθαλψη σε βάρος των ηλικιωμένων ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί μελέτη του Τμήματος Κοινω-

νικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου<sup>28</sup>, σχετικά με τις στάσεις και αντιλήψεις των σπουδαστών του έναντι των ηλικιωμένων, η οποία κατέγραψε ότι οι πρωτοετείς φοιτητές εμφάνιζαν θετικότερες στάσεις και περισσότερο ενδιαφέρον για την φροντίδα της τρίτης ηλικίας σε σχέση με τους μεγαλύτερους. Το εύρημα αποδόθηκε στην αυξημένη επιρροή της οικογένειας στις ηλικίες αυτές. Παράλληλα, τεκμηριώθηκε και η επίδραση της συχνής επαφής με ηλικιωμένους στη διαμόρφωση των θετικών στάσεων. Οι συγγραφείς τονίζουν τις αλλαγές που συμβαίνουν στη σύγχρονη Ελλάδα σε επίπεδο οικογενειακών δεσμών, με τον σημαντικό περιορισμό των επαφών των νέων με τα ηλικιωμένα άτομα και τις πιθανές δυσάρεστες επιπτώσεις που μπορεί αυτό να έχει στην ενίσχυση των αρνητικών στερεότυπων έναντι της γήρανσης στα επόμενα χρόνια.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού, η αύξηση των ηλικιωμένων ασθενών και η ανάγκη απομόνωσης φαινομένων «ηλικιακού ρατσισμού» στην περίθαλψή τους έχει οδηγήσει στο αυξημένο ενδιαφέρον των ερευνητών για τις στάσεις και προκαταλήψεις των υγειονομικών έναντι της τρίτης ηλικίας. Οι αρνητικές στάσεις και προκαταλήψεις των φοιτητών και επαγγελματιών της Υγείας έναντι των ηλικιωμένων αποτελούν πραγματικό γεγονός, που ενισχύεται από τις υπάρχουσες κοινωνικο-οικονομικές πολιτικές, το σύγχρονο τρόπο ζωής και τον περιορισμό των οικογενειακών δεσμών. Υπάρχει ανάγκη μελετών καταγραφής και ερμηνείας του φαινομένου και κυρίως ανάπτυξης τρόπων αντιμετώπισής του, μέσα από πολυεπίπεδες παρεμβάσεις. Ουσιαστικές παρεμβάσεις πρέπει να γίνουν και στα προγράμματα σπουδών των Σχολών Επιστημών Υγείας, ώστε να προληφθεί και να ελεγχθεί το φαινόμενο. Η γηριατρική, γηροδοντιατρική και γεροντολογική εκπαίδευση θα πρέπει να ενταθούν και να ενισχυθούν σε όλα τα επίπεδα της Εκπαίδευσης των υγειονομικών: προπτυχιακή, μεταπτυχιακή και συνεχιζόμενη.

### SUMMARY

#### Attitudes of Health Care students toward older adult.

Ioannidou Kyriaki, Trola Alexia, Kossioni E. Anastassia

*hellenic hospital dentistry* 9: 101-106, 2016

*The world population is rapidly ageing. As increased pathology is recorded in the older population, Health Care professionals will see an increasing number of elderly patients in the near future. However, many studies have shown that medical, dental and nursing students have limited interest in caring for the older patients. Negative stereotypes and attitudes toward the aged,*

*predisposing to ageism, are common findings in many studies. Many instruments have been developed and applied to measure the ageism phenomenon, such as the Ageing Semantic Differential (ASD), the Kogans Attitudes Toward Old People Scale, the Geriatrics Attitudes Scale, the Fraboni Scale of Ageism and recently the Succession, Identity, and Consumption (SIC) scale. The increased number of scales and the variation in the methodology applied to investigate the phenomenon, preclude comparability of the findings. The effect of various sociodemographic factors has been investigated leading to inconclusive evidence. Some studies have shown that women have more positive attitudes toward the aged, while other researchers report the opposite or no association. Many studies have shown a cultural effect, with Asian students showing less positive attitudes, while other studies did not confirm this finding. Most studies have shown that the level of previous personal and professional contact with older people enhanced positive attitudes. Senior students often showed more positive attitudes compared to junior ones. Education has been extensively studied with inconclusive findings. It appears however that the acquisition of gerontological knowledge alone is not very effective, but the quantity and quality of clinical and social contact with older people has more positive effect. Relevant studies in Dentistry are few; most of them identify the problem and confirm the need to promote positive attitudes toward older dental patients. Studies on the attitudes toward the aged among Greek health care students are rare, most of them in Nursing. All Greek studies stress the need to improve the students knowledge and attitudes toward the care of the elderly people, by implementing significant curriculum reforms. Geriatric, Gerodontology and Gerontology education need to be supported and promoted at all levels: undergraduate, postgraduate and continuing education.*

**Key words:** ageism; aged; Health Science students; attitudes.

### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kossioni AE: Is Europe prepared to meet the oral health needs of older people? *Gerodontology* 2012; 29: e1230-1240.
2. Royal College of Physicians (RCP): *Hospitals on the Edge: The Time for Action*. London, 2012.
3. Tadd W, Hillman A, Calnan S, Calnan M, Bayer T, Read S: *Dignity in Practice: An Exploration of the Care of Older Adults in Acute NHS Trusts*. London. Queens Printer and Controller of HMSO, 2011.
4. AlSenany S, AlSaif A: Gerontology course in the nursing undergraduate curricula. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(6): 1077-1084.
5. Butler RN: Age-ism. Another form of bigotry. *Gerontologist* 1969; 9: 243-246.
6. Butler RN: Ageism- a Foreword. *J Soc Issues* 1980; 36: 8-11.

7. Rochon PA: Health care for older people. Scottish report has international relevance. *BMJ* 2002; 324: 1231-1232.
8. Bowling A: Ageism in cardiology. *BMJ* 1999; 319: 1353-1355.
9. Robb C, Cjhen H, Haley WE: Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. *J Clin Geropsychol* 2002; 8: 1-12.
10. Rosencranz HA, McNevin TE: A factor analysis of attitudes toward the aged. *Gerontologist* 1969; 9: 55-59.
11. Polizzi K: Assessing attitudes toward the elderly: Polizzi's refined version of the Aging Semantic Differential. *Educ Gerontol* 2003; 29: 197-216.
12. Gonzales E, Tan J, Morrow-Howell N: Assessment of the refined aging semantic differential: recommendations for enhancing validity. *J Gerontol Soc Work* 2010; 53(4): 304-318.
13. Kogan N: Attitudes toward old people: the development of a scale and an examination of correlates. *J Abnorm Soc Psych* 1961; 62: 44-54.
14. Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C.: Reliability and validity of the Greek version of Kogans Old People Scale. *J Clin Nursing* 2005; 14: 1241-1247.
15. Palmore EB: Facts on aging. A short quiz. *Gerontologist* 1977; 17(4): 315-320.
16. Palmore EB: The Facts on aging quiz: Part two. *Gerontologist* 1981; 21(4): 431-443.
17. Λαμπρινού Α: Αξιολόγηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης Ελλάδας και Κύπρου ως προς τη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2005.
18. Reuben DB, Lee M, Davis JW Jr, Eslami MS, Osterweil DG, Melchiorre S, Weintraub NT: Development and Validation of a Geriatrics Attitudes Scale for Primary Care Residents. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 1425-1430.
19. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S: The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Can J Aging* 1990; 9: 56-66.
20. Maxwell AJ, Sullivan N: Attitudes Toward the Geriatric Patient Among Family Practice Residents'. *J Am Geriatr Soc* 1980; 28(8): 341-345.
21. North MS, Fiske ST: A Prescriptive Intergenerational-Tension Ageism Scale: Succession, Identity, and Consumption (SIC). *Psychol Assess* 2013; 25(3): 706-713.
22. Liu YE, Norman IJ, While AE.: While: Nurses attitudes towards older people: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(9): 1271-1282.
23. Cheong SK, Wong TY, Koh GC: Attitudes Towards the Elderly among Singapore Medical Student. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38: 857-861.
24. Lovell M: Caring for the elderly: Changing perceptions and attitudes. *J Vasc Nurs* 2006; 24(1): 22-26.
25. Reuben DB, Fullerton JT, Tschann JM, Croughan-Minihan M: Attitudes of beginning medical students toward older persons: a five-campus study. The University of California Academic Geriatric Resource Program Student. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43(12): 1430-1436.
26. Haight BK, Christ MA, Dias JK: Does nursing education promote ageism? *J Adv Nurs* 1993.
27. Hatami B, Ahmady AE, Khoshnevisan MH, Lando HA: Senior dental student's attitudes toward older adults and knowledge of geriatric dental care in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2014; 19(3): 172-177.
28. Ανδρακάκη Ε, Σοφή Α, Κουκούλη Σ: Οι στάσεις και αντιλήψεις των σπουδαστών του τμήματος κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου απέναντι στα άτομα τρίτης ηλικίας. *ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο, 2007.*
29. Lee M, Reuben DB, Ferrell BA: Multidimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(3): 489-494.
30. Chua MP, Tan CH, Merchant R, Soiza RL: Attitudes of first-year medical students in Singapore towards older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. *Ann Acad Med Singapore* 2008; 37(11): 947-951.
31. Xiao LD1, Shen J, Paterson J: Cross-Cultural Comparison of Attitudes and Preferences for Care of the Elderly Among Australian and Chinese Nursing Students. *J Transcult Nurs* 2013; 24(4): 408-416.
32. Fitzgerald JT, Wray LA, Halter JB, Williams BC, Supiano MA: Relating medical students' knowledge, attitudes, and experience to an interest in geriatric medicine. *Gerontologist* 2003; 43(6): 849-855.
33. Nochajski TH, Waldrop DP, Davis EL, Fabiano JA, Goldberg LJ: Factors That Influence Dental Students Attitudes About Older Adults. *J Dent Educ* 2009; 73(1): 95-104.
34. Devlin H, Mellor AC, Worthington HV: Attitudes of dental students towards elderly people. *J. Dent.* 1994; 22: 45-48.
35. Nochajski TH, Davis EL, Waldrop DP, Fabiano JA, Goldberg LJ: Dental Students Attitudes About Older Adults: Do Type and Amount of Contact Make a Difference? *J Dent Educ* 2011; 75(10): 1329-1332
36. Sadaf A, Yazdanie N: Attitude Of Dental Students Towards The Elderly. *Pak Oral Dental J* 2012; 32: 176-179.
37. Wang CC, Liao WC, Kao MC, Chen YJ, Lee MC, Lee MF, Yen CH: Taiwanese Medical and Nursing Student Interest Levels in and Attitudes Towards Geriatrics. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38(3): 230-236.
38. Williams GO, Clements WM: Family Physicians and Geriatrics: Practice Experience, Age and Attitudes. *Can Fam Physician* 1980; 26: 247-251.
39. Hweidi IM, Obeisat SM: Jordanian nursing students attitudes toward the elderly. *Nurs Educ Today* 2006; 26: 23-30.
40. Soderhamn O, Lindencrona C, Gustavsson SM: Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. *Nurs Educ Today* 2001; 21: 225-9.22.
41. Liu YE, Norman IJ, While AE: Nurses' attitudes towards older people: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(9): 1271-1282.
42. Samra R, Griffiths A, Cox T, Conroy S, Knight A: Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61(7): 1188-1196.
43. De Visschere L, Van Der Putten GJ, de Baat C, Schols J, Vanobbergen J: The impact of undergraduate geriatric dental education on the attitudes of recently graduated dentists towards institutionalised elderly people. *Eur J Dent Educ* 2009; 13(3): 154-161.
44. Gilbert, GH: 'Ageism' in dental care delivery. *J Am Dent Assoc* 1989; 118(5): 545-548.
45. Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C: Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Educ Today* 2009; 26: 617-622.
46. Λαμπρινού Α, Σουρτζή Π, Καλοκαιρινού Α, Λεμονίδου Χ: Αξιολόγηση της στάσης και των γνώσεων των φοιτητών της Νοσηλευτικής Σχολής της Κύπρου ως προς τους ηλικιωμένους. *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά* 2005; 6: 12-19.

47. Deltsidou A, Gesouli- Voltyraki E, Mastrogiannis D, Mantzourou M, Noula M: Nurse teachers and students nurses attitudes towards caring the older people in a province of Greece. Health Science Journal 2010; 4: 245-257.

48. Γαρεφαλάκη Μ, Καρνιάτη Ε, Μαυροκεφαλίδου Ι: Στάσεις και πρακτικές των επαγγελματιών υγείας για τις ηλικιακές διακρίσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη. ΤΕΙ Κρήτης, Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Ηράκλειο, 2011.

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**

Αναστασία Ε. Κοσιώνη,  
Εργαστήριο Προσθετικής  
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ,  
Θηβών 2 Γουδί,  
Αθήνα 11527, 210 7461212,  
email: akossion@dent.uoa.gr

# Η σωματική τιμωρία των παιδιών ως πρακτική διαπαιδαγώγησης - πειθαρχίας

Παπαδάκου Σταυρούλα<sup>1</sup>, Παπαγεωργίου Κωνσταντίνα<sup>2</sup>

Απευθυνθήκαμε σε 350 γονείς, που προσκόμισαν το παιδί τους στα τακτικά ιατρεία της κλινικής μας, με ερωτηματολόγια για να τα απαντήσουν προαιρετικά και ανώνυμα, προκειμένου να διερευνήσουμε τη χρήση σωματικής τιμωρίας σε συγκεκριμένο κοινωνικό περιβάλλον και να αναδείξουμε την αξία αλλαγής εγκατεστημένων συμπεριφορών, με την προοπτική της περαιτέρω διερεύνησής τους στα επόμενα χρόνια. Το 83% των γονέων, που απάντησαν, δήλωσε, ότι χρησιμοποιεί τη σωματική τιμωρία, το 11,49% με πρόσθετη χρήση αντικειμένων, ενώ 41,37% αποδέχθηκε την απώλεια της ψυχραιμίας του.

Παράγοντες όπως η ηλικία των γονέων, το μορφωτικό τους επίπεδο, καθώς και ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών, δεν βρέθηκε να έχουν σημαντική συσχέτιση με αυτή την πρακτική. Η ύπαρξη βοηθητικού - υποστηρικτικού προσώπου στο σπίτι (συγγενής ή όχι), συνδυάζεται με μείωση της χρήσης της σωματικής τιμωρίας. Οι περισσότεροι γονείς συμφωνούν ότι αυτή η τακτική μπορεί να χαρακτηριστεί ποινικό αδίκημα. 47% επιθυμούν ή αναζητούν ειδική εκπαίδευση στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους, ενώ 40% εξ αυτών αποδέχονται ότι ο παιδίατρος έχει ρόλο σε αυτό.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 9: 107-110, 2016

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σωματική τιμωρία ορίζεται ως η χρήση φυσικής δύναμης με την πρόθεση να προκληθεί στο παιδί η εμπειρία του πόνου, αλλά όχι του τραυματισμού, προκειμένου να τροποποιηθεί η συμπεριφορά του κατά την επιθυμία του ενήλικα. Δύο είναι τα κύρια χαρακτηριστικά, που διαφοροποιούν τη σωματική τιμωρία από τη σωματική κακοποίηση: 1) Η βαρύτητα της πράξης και 2) η πολιτισμική νομιμότητα - ανοχή. Η σωματική τιμωρία θεω-

ρείται στις περισσότερες χώρες ως μία επιτρεπτή πράξη βίας στα πλαίσια του γονικού ρόλου. Αντιθέτως, η κακοποίηση είναι μία πράξη βίας από το γονέα προς το παιδί που ξεπερνά τα επιτρεπτά από το νόμο όρια και τα κοινωνικά ήθη και εκθέτει το παιδί σε αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού. Αυτό που είναι χαρακτηριστικό μεταξύ των δύο κοινωνικών φαινομένων είναι, ότι τις περισσότερες φορές η σωματική τιμωρία δεν καταλήγει σε κακοποίηση, αλλά η κακοποίηση τις περισσότερες φορές αρχίζει ως σωματική τιμωρία<sup>1-4</sup>.

Οι γονείς χρησιμοποιούν τη σωματική τιμωρία, προκειμένου να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους, είτε ως πρακτική πειθαρχίας, είτε ως μέθοδο «διαπαιδαγώγησης».

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της χρήσης της σωματικής τιμωρίας σε συγκεκριμένο αστικό κοινωνικό περιβάλλον με κοινά χαρακτηριστικά και η επισήμανση της αξίας αλλαγής εγκατεστημένων συμπεριφορών για την αποφυγή των απώτερων κινδύνων από τη χρήση της.

Η εργασία αυτή αποτέλεσε το 2001, το πρώτο μέρος της μελέτης για τη διαχρονική διερεύνηση στη σωματική τιμωρία, που επεξεργάστηκε το παιδιατρικό τμήμα

**Λέξεις κλειδιά:** Παιδιά, σωματική τιμωρία, νόμος.

<sup>1</sup>Τ. Συντονίστρια Διευθύντρια Παιδιατρικού Τμήματος, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας», Δρ. Ιατρικής

<sup>2</sup>Ειδικευόμενη παιδίατρος Παιδιατρικού Τμήματος, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

**Ίδρυμα προέλευσης:**

Παιδιατρικό Τμήμα, Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

Η εργασία παρουσιάστηκε στο 39ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο.

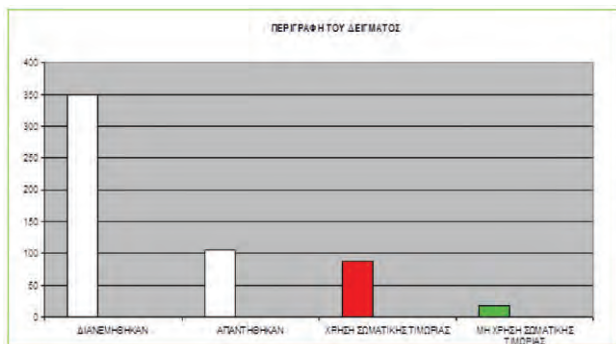
πριν και μετά την ποινικοποίηση αυτής (2006).

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Απευθυνθήκαμε σε γονείς, που προσκόμιζαν το παιδί τους στα τακτικά ιατρεία τα κλινικής μας με ερωτηματολόγια, που συμπλήρωναν προαιρετικά και ανώνυμα. Τα ερωτηματολόγια διανεμόνταν στους γονείς από παιδίατρο στην αίθουσα αναμονής των ιατρείων, όπου και υπήρχε κουτί συλλογής για τα απαντημένα ερωτηματολόγια, ώστε να διαφυλάσσεται η ανωνυμία των γονέων, η ειλικρίνεια των απαντήσεων και η προαιρετική συνεργασία τους.

Τα ερωτηματολόγια αναφέρονταν στο παιδί, που προσκομιζόταν προς εξέταση και αποτελούνταν από 17 συνολικά ερωτήσεις σχετικά με:

- Τα μέλη που απαρτίζουν την οικογένεια (ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα των κηδεμόνων, αριθμός και ηλικία υπολοίπων παιδιών τα οικογένειας).
- Την ύπαρξη βοήθειας στο σπίτι.
- Το είδος της σωματικής τιμωρίας (μία σφαλιάρα «στο μάγουλο ή στα πιασινά» ή κάτι περισσότερο) και τη συχνότητα εφαρμογής της.
- Τη χρήση της ως μέθοδος «διαπαιδαγώγησης».
- Την ψυχολογική κατάσταση των γονέων.
- Τη συμμόρφωση ή όχι του παιδιού με την επιθυμία του κηδεμόνα άμεσα και μακροπρόθεσμα.
- Τις απόψεις τους σχετικά με την ποινικοποίηση της σωματικής τιμωρίας.
- Την επιθυμία τους για βοήθεια στη διαπαιδαγώγηση του παιδιού τους.
- Τη συμβολή του παιδίατρου σε αυτό (εικ. 1).



Εικόνα 1: Περιγραφή δείγματος.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 350 ερωτηματολόγια, που διανεμήθηκαν, απαντήθηκαν τα 105, δηλαδή ποσοστό 30%. Υπήρξαν γονείς, που δεν επιθυμούσαν να διαβάσουν τα ερωτηματολόγια, λίγοι αλλοδαποί μετανάστες, που δεν ήξεραν να διαβάζουν τα ελληνικά ή Έλληνες γονείς με άγχος για το οξύ πρόβλημα του παιδιού τους, για το οποίο και το προσκό-

μιζαν στα τακτικά εξωτερικά μας ιατρεία. Συλλέξαμε και 8 ερωτηματολόγια, που θεωρήθηκαν άκυρα (2,28%).

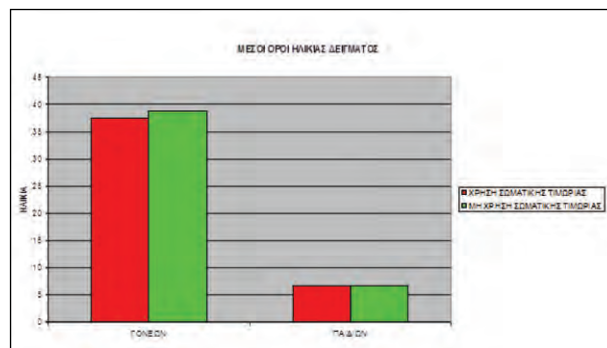
Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν το 82,85% των γονέων χρησιμοποιεί τη χειροδικία και εξ αυτών το 61% δεν τα θεωρεί μέθοδο «διαπαιδαγώγησης».

Το 90,8% αναφέρει ότι χρησιμοποιεί ήπια μέσα (χτύπημα με το χέρι σε μαλακά μέρια), ενώ μόνο το 5,74% δέχεται ότι ξεπερνά τα παραπάνω και 3,44% δεν απάντησε. Παρόλα αυτά στη συνέχεια 11,49% απαντά ότι χρησιμοποιεί αντικείμενα κατά τη χρήση της σωματικής τιμωρίας (κουτάλα 36%, παντόφλα 27%, χάρακας, βέργα, βούρτσα, παιχνίδι). Το 32,18% δεν απαντά στο συγκεκριμένο ερώτημα και 56,32% απαντά «όχι» ότι δε χρησιμοποιεί αντικείμενα.

41,47% των γονέων που χειροδικούν δηλώνουν ότι είχαν χάσει την ψυχραιμία τους, 43,67% δεν απάντησαν, 9,14% ανέφεραν ότι χειροδικούν ανεξάρτητα από την ψυχολογική τους κατάσταση και μόνο 5,74% ήταν ήρεμοι.

Το 71% των παιδιών, που τιμωρήθηκαν, συμμορφώθηκαν άμεσα με την επιθυμία των γονέων. Τα μακροπρόθεσμα δε μπόρεσαν να ελεγχθούν από την εργασία μας.

Ο μέσος όρος ηλικίας των κηδεμόνων που χρησιμοποιούν τη σωματική τιμωρία ήταν 37,5 ετών και το μορφωτικό τους επίπεδο μέσο προς το ανώτερο (38% Λυκείου, 27% Α.Ε.Ι. και 5,5% Μεταλυκειακή εκπαίδευση). Ο μέσος όρος ηλικίας όσων δεν χειροδικούν ήταν 38,7 ετών με μορφωτικό επίπεδο μέσο προς το ανώτερο επίσης, (36% Λυκείου, 27% Α.Ε.Ι. και 9% Μεταλυκειακή εκπαίδευση), δηλαδή δεν διέφεραν σημαντικά από τα πρώτα



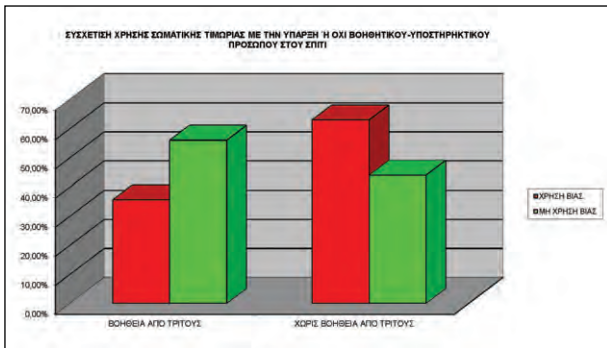
Εικόνα 2: Μέσοι όροι ηλικίας δείγματος.

στοιχεία. Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών και στις δύο κατηγορίες ήταν ο ίδιος 6,6 ετών (εικ. 2).

Από τους γονείς που δεν χειροδικούν το 56% έχει βοήθεια στο σπίτι, ενώ από αυτού που χρησιμοποιούν τη σωματική τιμωρία, βοήθεια έχει το 35,6% (εικ. 3).

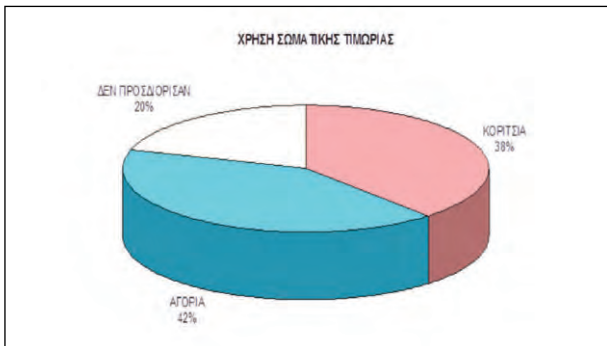
Μόλις το 5,74% διαφωνεί με την ποινικοποίηση του μέτρου. Μεταξύ αυτών που χειροδικούν 45,97% συμφωνούν απόλυτα με την ποινικοποίηση της σωματικής τιμωρίας και 42,52% εν μέρει. Αντίστοιχα από τους γονείς που δεν χειροδικούν, 61% συμφωνούν απόλυτα, 11% εν μέρει και το 28% δεν απάντησε.

47% των γονέων συνολικά και από τις δύο κατηγορίες επιθυμούν ενημέρωση και εκπαίδευση σε άλλες μεθόδους επιβολής πειθαρχίας ή τροποποίησης συμπεριφοράς και 40% προσδοκεί ότι ο παιδίατρος μπορεί να βοη-

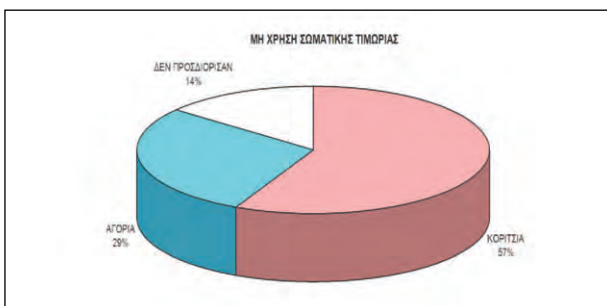


**Εικόνα 3:** Συσχέτιση χρήσης σωματικής τιμωρίας με την ύπαρξη ή όχι βοηθητικού υποστηρικτικού προσώπου στο σπίτι.

θήσει στην κατεύθυνση της διαπαιδαγώγησης. Από τα παιδιά που υφίστανται τη σωματική τιμωρία υπερείχαν ελαφρά τα αγόρια 41% έναντι 38% που ήταν κορίτσια, ενώ 20% δε δήλωσαν το φύλο των παιδιών. Από



**Εικόνα 4:** Χρήση σωματικής τιμωρίας.



**Εικόνα 5:** Μη χρήση σωματικής τιμωρίας.

τα παιδιά που δεν τιμωρούνται σωματικά 28,57% ήταν αγόρια, 57% κορίτσια και 14% δεν απάντησαν (εικ. 4&5).

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το γεγονός ότι το 1/3 των ερωτηθέντων γονέων απάντησε μας βρίσκει «ικανοποιημένους», γιατί όπως διαφαίνεται το θέμα της σωματικής τιμωρίας είναι γεγονός που αφορά πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό γονέων από ό- τι στην πράξη απαντά. Υπάρχει μία τάση αποστασιοποίησης από ένα γεγονός που πιθανώς να έχει ποινικές διαστάσεις, αλλά ακόμη και να αποτελεί ψυχικό άγος

για τον ίδιο τον ερωτώμενο. Κατά την επεξεργασία των απαντήσεων διαφαίνεται η δυσκολία των γονέων να δεχθούν ότι ξεπερνούν τα όρια (6% απαντά ότι ξεπερνά τη μία «σφαλιάρα στα μάγουλα ή στα πισινά» ενώ 11,49% στη συνέχεια απαντά ότι χρησιμοποιεί αντικείμενα και 38,18% δεν απαντά αφήνοντας ερωτηματικά για τη βαρύτητα της πρακτικής αυτής). Τα παραπάνω στοιχεία σε συνάρτηση με την κακή ψυχολογική κατάσταση των γονιών τη δεδομένη στιγμή (μόνο 5,74% βρίσκονται σε ηρεμία) δημιουργούν κινδύνους για τη μετάπτωση της πρακτικής της σωματικής τιμωρίας σε σωματική κακοποίηση. Το δυνητικά αξιόποιο της πράξης υποδηλώνεται και από το μεγάλο ποσοστό που συμφωνεί με την προοπτική ποινικοποίησης της όπως εφαρμόζεται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες<sup>5,6</sup>.

Αξιοσημείωτα θετική είναι η συμβολή υποστηρικτικού προσώπου στο σπίτι των γονέων που δεν χειροδικούν. Επίσης σημαντική είναι η επιθυμία του 47% συνολικά των γονέων για ενημέρωση σε άλλες μεθόδους τροποποίησης συμπεριφοράς - διαπαιδαγώγησης. Αίσθημα αυξημένης ευθύνης στους παιδίατρος για το έργο αυτό αποδίδει η αναζήτηση βοήθειας των γονέων 40% από τον παιδίατρο.

Τα ευρήματα της μελέτης μας είναι ενδεικτικά του γεγονότος ότι η πρακτική της σωματικής τιμωρίας των παιδιών ούτε τόσο αθώα είναι ούτε συμβάλλει θετικά στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών<sup>1,2</sup>. Υπάρχει πάντα η πιθανότητα μετάπτωσης από τη χειροδικία στην κακοποίηση. Τα συμπεράσματά μας συνηγορούν υπέρ της αναγκαιότητας εγκατάλειψης αυτής της πρακτικής, που είναι διαχρονικά και κοινωνικά αποδεκτή σε ευρεία κλίμακα σε μέθοδος διαπαιδαγώγησης. Συγχρόνως υποδηλώνουν την αξία παρέμβασης με υποστηρικτικό και αντίστοιχο θεσμικό πλαίσιο<sup>3,4</sup>.

Οι γονείς σπάνια απευθύνονται σε κάποιο ειδικό για θέματα διαπαιδαγώγησης του παιδιού είτε γιατί καταφεύγουν σε παγιωμένες πρακτικές πολιτισμικά και κοινωνικά ανεκτές είτε γιατί το αποφεύγουν για επιμέρους λόγους. Απωθούν κάτι που τους στεναχωρεί, φοβούνται την κριτική ή τυχόν ποινικές συνέπειες για αποκλίνο- σες συμπεριφορές<sup>7,8</sup>.

Ο παιδίατρος είναι ο επιστήμονας που θα δει συχνότερα από κάθε άλλον ειδικό το παιδί στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Οι γονείς ζητούν συμβουλές από τον παιδίατρο για το μέγιστο του παιδιού και εκτιμούν τη γνώμη του σε θέματα διαπαιδαγώγησης. Ακόμα και όταν δε του ζητείται βοήθεια ο παιδίατρος, που παρακολουθεί συχνά το παιδί, δημιουργεί άποψη για το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού και του δίνεται η ευκαιρία να επισημάνει την ανάγκη υποστήριξης συμβουλευτικά ή ενεργοποιώντας τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες<sup>7,9</sup>.

Η σωματική τιμωρία εξοικειώνει το παιδί με τη βία εγκυμονώντας ένα μελλοντικό θύμα κακοποίησης, αλλά πιθανόν και ένα θύτη ταυτόχρονα άλλων προσώπων. Έτσι η βία εδραϊώνεται ως αποδεκτός τρόπος επίλυσης διαφορών. Ο μύθος της αποδοτικότητας της πρακτικής δίνει άλλοθι στους γονείς, που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να ξεπερνούν τα όρια<sup>10</sup>.

Το Ελληνικό Κράτος ήδη υιοθέτησε ως νόμο του κρά-

τους (4/12/92) τη Νέα Σύμβαση της Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, σύμφωνα με την οποία τα παιδιά έχουν το ίδιο απόλυτο δικαίωμα όπως και οι ενήλικες να προστατεύονται από όλες τις μορφές διαπροσωπικής βίας από όπου και αν προέρχονται<sup>3</sup>.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην ανατολή της νέας χιλιετίας, όπου τα Ανθρώπινα Δικαιώματα κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος, οφείλουμε να διαφυλάξουμε και στην πράξη τα αναφαίρετα και αυτονόητα Δικαιώματα του Παιδιού.

### SUMMARY

#### Corporal punishment of children as a discipline or educational approach

Papadaku Stavroula, Papageorgiou Konstantina

*hellenic hospital dentistry 9: 107-110, 2016*

*A questionnaire was distributed to 350 parents, who brought their children to our Pediatric department, in order to investigate the use of corporal punishment in a certain social environment and to prove the value of change in established behavior. From the fulfilled questionnaires the following results came out: 83% use corporal punishment, 11,49% use also tools and 41,37% who use physical punishment admit the loss of their temper. Factors as the age of parents and their education, as well as the average age of the children in the two groups, were not found to be significantly correlated with this practice. The existence of a helping person in the family (relative or not) is combined with a reduction in the use of corporal punishment. All parents agree that this practice may consider illegal. 47% seek special education on this issue. 40% of them believe the pediatrician may have a role.*

**Key words:** children; Corporal punishment; Law.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπαδάκου - Λαγογιάννη Στ. Η σωματική τιμωρία των παιδιών στην ελληνική κοινωνία. Ανακοίνωση 1978, Κέρκυρα, 18ο Παιδιατρικό Συνέδριο.
2. Freitag R, Lazowitz S, Kini N: Psychosocial aspects of child abuse for primary care pediatricians, *Pediatric Clinics of North America*, April 1988: 45: 2.
3. Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε, Γεωργούδη Ν, Ζολώτα Κ, Σκουμπουρδή Α, Σταυριανάκη Μ, Τσιμπούκα Μ, Φερέτη Ε: Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 1998: 24-27.
4. Durrant J: Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban. *Child Abuse & Neglect*, May 1999, 23: 435-448
5. Durrant J, Staffan J: Law Reform, Corporal Punishment and Child Abuse: The Case of Sweden. *International Review of Victimology*, May 2005, 12(2): 139-158
6. Save the Children, UNICEF, CEAPA, CONCAPA. Educate, don't punish, awareness campaign against corporal punishment in children, [http://www.unicef.org/lac/spbarbados/Implementation/C/P/Global/Educate\\_donthit](http://www.unicef.org/lac/spbarbados/Implementation/C/P/Global/Educate_donthit)
7. Elliman D, Margaret A L: The physical punishment of children, *Archives of Diseases in Childhood*, 2000, 83: 196-198.
8. Tsakiridi P, Beri D, Tsounakis S, Papazoglou T, Zigoyianni K, Ziva - Petropoulou M, Papadaku - Lagoyianni S: Corporal punishment of children as a practice of behaviour modification. Paediatric Department of "Asclepeio" Voulas Hospital, Athens, Greece. September 2002, Hydra island Greece Essop, Annual Meeting. 25-28.
9. Royal College of Paediatrics and Child Health, Position Statement on corporal punishment, 2009, [http://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/asset\\_library/corporalpunishment](http://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/asset_library/corporalpunishment)
10. Tracie O. Afifi, Natalie Mota, Harriet L. MacMillan, Jitender Sareen. Harsh Physical Punishment in Childhood and Adult Physical Health. *Pediatrics*, August 2013: 132: 2.

#### Διεύθυνση για επικοινωνία:

Παπαδάκου Σταυρούλα  
Παιδιατρικό Τμήμα «Ασκληπιείο Βούλας»  
Β. Παύλου 1, 166 73 Βούλα  
email: stavroula.papadaku@gmail.com



# 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής: Απολογισμός

## Μία μεγάλη αγκαλιά

Στις 14 και 15 Νοεμβρίου 2015 έλαβε χώρα στον γνώριμο και ζεστό χώρο του Αμφιθεάτρου «Αντώνης Τρίτσης» του Οργανισμού Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας του Δήμου Αθηναίων (ΟΠΑΝ.ΔΑ) επί της Ακαδημίας 50 (Πνευματικό Κέντρο), το 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (ΕΕΝΟ). Κεντρικό θέμα του ήταν «Η Οδοντιατρική Φροντίδα του Ατόμου με Αναπηρία», πεδίο μείζονος ενδιαφέροντος τόσο για επιστημονικούς όσο και για κοινωνικούς λόγους, ιδιαίτερα σε αυτή τη δύσκολη για την πατρίδα μας συγκυρία.

Το Συνέδριο είχε τεθεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας, του Δήμου Αθηναίων και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και πραγματοποιήθηκε με την υποστήριξη του ΟΠΑΝ.ΔΑ, φορείς οι οποίοι διαχρονικά στηρίζουν τις εκδηλώσεις της Εταιρείας και τους οποίους η ΕΕΝΟ ευχαριστεί θερμά. Την Οργανωτική Επιτροπή αποτέλεσαν οι κ.κ. Φλώρα Ζερβού-Βάλβη ως Πρόεδρος, Αγγελική Γιαννοπούλου και Μάριος Φραγκάκης ως Συντονιστές, Θεονύμφη Ζουριδάκη και Μαρία Σερέτη ως Αντιπρόεδροι, Αλεξάνδρα Αντωνιάδου ως Γραμματέας, Ιωάννης Κουτσούκος ως Ταμίας, Διονύσιος Ανδρεσάκης, Κωνσταντίνος Βλασιάδης, Μιχάλης Κατσουράκης, Χρήστος Μάκος, Παναγιώτα Μαραγκού, Γεώργιος Μένεγας, Ευαγγελία Μπογοσιάν, Αντωνία Πολάτου και Παρασκευή Σιαφάκα ως Μέλη καθώς και Αικατερίνη Δημητρίου ως Υπεύθυνη Γραμματείας.



**Η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ κ. Φλώρα Ζερβού-Βάλβη προσφωνεί, υποδέχεται τους επίσημους προσκεκλημένους και τους συνέδρους και μεταφέρει το μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής.**

Στην Επιστημονική του Επιτροπή συμμετείχαν ο Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ Καθηγητής κ. Λάμπρος Ζουλούμης, οι Καθηγητές κ.κ. Κωνσταντίνος Αντωνιάδης, Καίτη Καραγιάννη, Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη, Αλεξάνδρα Σκλαβούνου, Ιωάννης Τζούτζας και Κωνσταντίνος Τσιχλάκης, οι Αναπλ. Καθηγητές κ.κ. Ηρακλής Καρκαζής και Αναστασία Κοσιώνη καθώς και ο ειδικός συνεργάτης Δρ Εμμανουήλ Βάλβης.

Κατά την τελετή έναρξης, η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ κ. Φλώρα Ζερβού-Βάλβη μετέφερε το μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής και τους χαιρετισμούς του Δημάρχου Αθηναίων κ. Γεωργίου Καμίμη και του Προέδρου του ΟΠΑΝΔΑ κ. Χρήστου Τεντόμα,

που δεν μπόρεσαν να παραστούν. Προσφώνησαν επίσης ο Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης κ. Λάμπρος Ζουλούμης, η Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς κ. Μαρία Μενεάκου, ο Γεν. Γραμματέας της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία κ. Χρήστος Νάστας και ο Γενικός Γραμματέας του «Χαμόγελου του Παιδιού» κ. Χρήστος Καμμιλάτος ενώ δεν μπόρεσε λόγω ανειλημμένων υποχρεώσεων να παραστεί παρά την επιθυμία του ο Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής κ. Γεώργιος Ηλιάδης, ο οποίος μās εξέφρασε τηλεφωνικά τις ευχές του για την επιτυχία του Συνεδρίου. Την κήρυξη της έναρξης των εργασιών έκανε ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. Αθανάσιος Κατσίκης.



**Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. Αθανάσιος Κατσίκης κηρύσσει την έναρξη των εργασιών. Στη φωτογραφία επίσης διακρίνονται η κ. Φλώρα Ζερβού Πρόεδρος της ΕΕΝΟ και της Οργανωτικής Επιτροπής, η κ. Αγγελική Γιαννοπούλου και Μάριος Φραγκάκης Συντονιστές.**

Στη συνέχεια η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ κ. Φλώρα Ζερβού, παρουσίασε το βιογραφικό και το έργο του επί σειρά ετών Αντιπροέδρου της Εταιρείας κ. Πέτρου Θανούλη, ο οποίος έχει αφυπηρετήσει από το ΕΣΥ, και στη συνέχεια εκπροσωπώντας το Διοικητικό Συμβούλιο, του απένειμε έπαινο και του επέδωσε τιμητική πλακέτα για την πολυετή προσφορά του στην Εταιρεία. Η στιγμή προκάλεσε συγκίνηση.

Ιδιαίτερη συγκίνηση σε όλους τους παρισταμένους προκλήθηκε και στη συνέχεια, όταν αντί της καθιερωμένης εναρκτηρίας ομιλίας εκλήθη η νεαρή Μαρίνα Νότη που ανέβηκε στο βήμα και τραγούδησε με την γλυκιά φωνή της παίζοντας την κιθάρα της καταχειροκροτούμενη, αποδεικνύοντας για μία ακόμη φορά ότι ειδικά χαρίσματα συνοδεύουν τις ειδικές ανάγκες. Η δεξίωση που ακολούθησε έκλεισε τη ζεστή αυτή βραδιά με τον πιο εγκάρδιο τρόπο, προσφέροντας μεταξύ άλλων και αυθεντικά κρητικά προϊόντα, προσφορά των συναδέλφων του Οδοντιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ηρακλείου, όπως και στο προηγούμενο Συνέδριό μας.

Στο επιστημονικό πρόγραμμα, υψηλού όπως πάντα επιπέδου, περιελήφθησαν:

- Στο μεν κατευθυνόμενο 4 στρογγυλά τραπέζια και 14 εισηγήσεις, που έδωσαν απαντήσεις σε καίρια ερωτήματα που θέτει η φροντίδα του ασθενούς με αναπηρία και βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, είτε αυτή παρέχεται στο Νοσοκομείο είτε παρέχεται στο ιατρείο. Επίσης, εκδήλωση για το κοινό με δύο ακόμη εισηγήσεις και συζήτηση σε θέματα στοματικής υγείας των ΑμεΑ που βοήθησαν στην κατανόηση της αξίας της και των τρόπων επίτευξης καλής στοματικής υγιεινής.

- Στο δε ελεύθερο 41 ανακοινώσεις, που ανέδειξαν το έργο αλλά και τον προβληματισμό των συμμετεχόντων σε θέματα περίθαλψης ιδιαίτερα των ατόμων με νοητική, σωματική ή ψυχική αναπηρία και σοβαρή επιβάρυνση της υγείας.

Το Συνέδριο τίμησαν με την ενεργό συμμετοχή τους διαπρεπή μέλη του ΔΕΠ των Οδοντιατρικών μας Σχολών, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ και υπεύθυνος του μεταπτυχιακού προγράμματος Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής κ. Λάμπρος Ζουλούμης καθώς και η Καθηγήτρια της Νοσο-



**Ο Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ. Καθηγητής κ. Λάμπρος Ζουλούμης προσφωνεί.**



**Η Πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιώς κ. Μαρία Μενενάκου προσφωνεί.**



**Ο Γενικός Γραμματέας του «Χαμόγελου του Παιδιού» κ. Χρήστος Καμμιλιάτος προσφωνεί.**



**Η Πρόεδρος της ΕΕΝΟ κ. Φλώρα Ζερβού εκπροσωπώντας το Δ.Σ. της ΕΕΝΟ απονέμει έπαινο στον επί σειρά ετών Αντιπρόεδρο της Εταιρείας κ. Πέτρο Θανούλη και του επιδίδει τιμητική πλακέτα για την πολυετή προσφορά του στην Εταιρεία.**



**Η νεαρή Μαρίνα Νότη που τραγούδησε και έπαιξε κιθάρα. Αριστερά η μητέρα της και δεξιά η τ. νοσηλεύτρια του Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ Γ. Ν. «Ασκληπιείο Βούλας» κ. Διαμάντω Διαμαντοπούλου.**

κομειακής Οδοντιατρικής στην Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ κ. Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη. Τις εργασίες του παρακολούθησαν οδοντίατροι, νοσοκομειακοί και μη, λειτουργοί υγείας άλλων κλάδων που σχετίζονται με την παροχή ποιοτικής οδοντιατρικής περίθαλψης, όπως ιατροί και νοσηλευτές, καθώς και πλήθος προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών και κοινό. Αξιοσημείωτη ήταν η ενεργός ακούραστη ολόημερη παρακολούθηση και η εποικοδομητική ανταλλαγή απόψεων σε κλίμα βαθιάς ανθρώπινης επικοινωνίας, ζεστασιάς και φιλίας που διαχεόταν από και προς όλους τους συμμετέχοντες και ενθάρρυνε ιδιαίτερα τους νέους επιστήμονες που είχαν σημαντική και αξιοζήλευτη παρουσία. Πράγματι, το Συνέδριο αυτό άνοιξε μία μεγάλη αγκαλιά που έκανε δυνατή την αβίαστη έκφραση απόψεων, ιδεών και προτάσεων.

Από τις παρουσιάσεις κατέστη εμφανές, ότι η στοματική υγεία των ΑμεΑ υστερεί σημαντικά έναντι αυτής του γενικού πληθυσμού παρόλο που η αξία της σε αυτά τα άτομα είναι ακόμα μεγαλύτερη λόγω της πιθανής συν-νοσηρότητας και της αδυναμίας συνεργασίας για την αποκατάσταση και την μετέπειτα διατήρησή της. Έτσι, ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να αποδίδεται στην πρόληψη με προσπάθειες επίτευξης καλής στοματικής υγιεινής από τους οικείους και τους φροντιστές τους, πεδίο στο οποίο οι προαναφερθέντες πρέπει να εκπαιδευθούν. Προς αυτή την κατεύθυνση χρειάζεται συνεργασία των φορέων τους με φορείς της Πολιτείας και των οδοντιάτρων.

Επίσης, διαπιστώθηκε, όπως και στο προηγούμενο Συνέδριό μας, ότι παρά τις σοβαρές δυσκολίες και τις ελλείψεις οδοντιάτρων στα Νοσοκομεία, τις οποίες η Πολιτεία καλείται να αντιμετωπίσει άμεσα, πολλά Οδοντιατρικά Τμήματα ασκούν σε ση-



**Αριστερά ο κ. Αριστείδης Παναγός Επίτιμος Πρόεδρος του Σωματίου Γονέων, Κηδεμόνων και Φίλων ΑμεΑ «ΕΡΜΗΣ» και δεξιά ο κ. Χρήστος Νάστας Γενικός Γραμματέας ΕΣΑμεΑ.**



*Κοινό.*



**Στο βήμα η κ. Αγγελική Γιαννοπούλου κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης για το κοινό με θέμα: «ΑμεΑ και Στοματική Υγεία» .**



**Στο βήμα η κ. Αικατερίνη Δημητρίου κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης για το κοινό με θέμα: «ΑμεΑ και Στοματική Υγεία» .**



**Η νοσηλεύτρια του Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ Γ. Ν. «Ασκληπιείο Βούλας», κ. Κωνσταντίνα Κούκου στο βήμα.**

μαντικό βαθμό την Ειδική Οδοντιατρική Φροντίδα και προσφέρουν αξιόλογο έργο στα άτομα με σοβαρή επιβάρυνση της υγείας και αναπηρία. Ωστόσο, οδοντιατρικές μονάδες περίθαλψης των ΑμεΑ υπό γενική αναισθησία λειτουργούν ελαχιστότατες στο ΕΣΥ, με αποτέλεσμα η πρόσβαση να είναι λίαν δυσχερής, έτσι πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερες προκειμένου να εξασφαλίζεται η ισότιμη και απρόσκοπτη πρόσβαση σε αυτές και η ταχεία εξυπηρέτηση των ασθενών. Ιδιαίτερης φροντίδας χρήζουν και οι ογκολογικοί ασθενείς, όπως και οι ασθενείς με βεβαρημένη υγεία και ιδιαίτερα προβλήματα.

Στα πλαίσια αυτά επισημάνθηκε εκ νέου με έμφαση η ανάγκη ειδικής εκπαίδευσης των λειτουργών της δευτεροβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας στο αντικείμενο της αντιμετώπισης του ειδικού οδοντιατρικού α-

σθενούς και η θεσμοθέτηση της εξειδίκευσης - ειδικότητας στη Νοσοκομειακή Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας, η οποία θα διασφαλίσει την ολοκληρωμένη εκπαίδευση των οδοντιάτρων στο αντικείμενο αυτό και την παροχή βελτιωμένης ειδικής οδοντιατρικής φροντίδας.

Η Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, ως επίσημος επιστημονικός φορέας για την Ειδική Οδοντιατρική Φροντίδα, έχει συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην ανάδειξη αυτού του αντικειμένου καθώς και στην ανάδειξη της αξίας του ρόλου του νοσοκομειακού οδοντιάτρου. Πάγιο στόχο της αποτελεί η βελτίωση του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης στον ειδικό ασθενή και προς την κατεύθυνση αυτή θα συνεχίσει με την ίδια ένταση τις πολυποικίλες προσπάθειες της.



**Οι νοσηλεύτριες του Οδοντιατρικού Τμήματος-Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ Γ. Ν. «Ασκληπιείο Βούλας» που συνεισέφεραν στην Γραμματεία του Συνεδρίου. Από αριστερά η κ. Κωνσταντίνα Κούκου, η κ. Μένια Παλάσκα, η κ. Μαρία Σγουράκη.**



