

## Πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας στους ηλικιωμένους

A. E. Κοσιώνη\*, X. Ραχιώτης\*\*

*Αν και ο ηλικιωμένος πληθυσμός παγκόσμια αυξάνεται δραματικά, δεν έχουν αναπτυχθεί σε ανάλογο βαθμό ικανοποιητικές στρατηγικές πρόληψης και προαγωγής της στοματικής του υγείας. Η στοματική υγεία στους ηλικιωμένους σήμερα είναι ιδιαίτερα επιβαρημένη και επηρεάζεται από ποικίλους δημογραφικούς, ιατρικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι βασικές αρχές πρόληψης που ισχύουν για τις νεώτερες ηλικίες ισχύουν και για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι όμως αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην τήρησή τους. Η ηλεκτρική οδοντόβουρτσα, τα μεσοδόντια βουρτσάκια, το φθόριο και η χλωρεξιδίνη έχουν σημαντική θέση στη διατήρηση της στοματικής υγείας στην τρίτη ηλικία, αλλά απαιτούνται περαιτέρω συστηματικές μελέτες που θα καθορίσουν τον αποτελεσματικότερο τρόπο εφαρμογής τους. Πολλά προβλήματα καταγράφονται στους φέροντες κινητές προσθέσεις, ως αποτέλεσμα κυρίως του τρόπου χρήσης τους, της παραμελημένης στοματικής υγιεινής και της απουσίας επανεξετάσεων. Ο συστηματικός καθαρισμός των οδοντοστοιχιών κυρίως με μηχανικά και δευτερευόντως με χημικά μέσα είναι αναγκαίος για τη διατήρηση της υγείας του στοματικού βλεννογόνου. Η στοματική υγεία στα ιδρύματα είναι ιδιαίτερα επιβαρημένη και απαιτείται κατάλληλη εκπαίδευση των φροντιστών στη στοματική υγιεινή και τον έλεγχο του στόματος των ηλικιωμένων. Αυτό που απαιτείται είναι η ανάπτυξη στρατηγικών προαγωγής της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων μέσα από εκστρατείες ενημέρωσης των πολιτών, από εκπαίδευση των υγειονομικών και των φροντιστών και από ενίσχυση της κεντρικής χρηματοδότησης.*

ελληνικά στοματολογικά χρονικά 54: 175-183, 2010  
παρελήφθη 10/2/2010 - εκρίθη 11/5/2010

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλοι μας αντιλαμβανόμαστε τον απόηχο της γήρανσης της κοινωνίας κυρίως μέσα από τα ηχηρά οικονομικά προβλήματα που προκύπτουν στο ασφαλιστικό σύστημα (συντάξεις, δαπάνες υγείας).

Η «πυραμίδα» του πληθυσμού που για αιώνες παρουσίαζε ευρεία βάση, αντιπροσωπευτική του μεγάλου αριθμού γεννήσεων σε σχέση με τους θανάτους ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες, τείνει να αντιστραφεί έχοντας ήδη σήμερα ατρακτοειδές σχήμα, με στενή βάση στην παιδική ηλικία (λιγότερες γεννήσεις), ευρεία περι-

μετρο στις ηλικίες 60-70 και με διαρκώς αυξανόμενο το ποσοστό των εκπροσώπων της τέταρτης ηλικίας (άνω των 75 ετών) και κυρίως των γυναικών.

Με βάση τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), τα 600 εκατομμύρια των ατόμων άνω των 60 ετών το 2000, θα εκτοξευτούν στα 2 δισεκατομμύρια στα 2050<sup>1</sup>. Στις αναπτυγμένες χώρες η ταχύτερα αναπτυσσόμενη ομάδα πληθυσμού είναι τα άτομα άνω των 80 ετών, με τις γυναίκες να είναι διπλάσιες των ανδρών. Η χώρα με τους περισσότερους ηλικιωμένους είναι η Ιαπωνία με το 27.9% του πληθυσμού να είναι άνω των 60 ετών και ακολουθούν η Ιταλία, η Γερμανία, η Σουηδία και η Ελλάδα (όπου το 23.4% είναι άνω των 60 ετών)<sup>2</sup>. Ο μέσος όρος ζωής σε παγκόσμιο επίπεδο ανέρχεται για το έτος 2010 στα 68.2 έτη, με τους Ευρωπαίους να ζουν κατά μέσο όρο 75.6 έτη, ενώ τους Αφρικανούς 55 έτη<sup>3</sup>.

Δυστυχώς αν και δώσαμε «χρόνια στη ζωή» δεν δώσαμε «ζωή στα χρόνια» κι έτσι η γενική και στοματική υγεία των ηλικιωμένων είναι συχνά βεβαρημένη. Ωστόσο η χρήση οδοντιατρικής φροντίδας είναι περιορισμένη στους ηλι-

**Λέξεις κλειδιά:** στοματική υγεία, ηλικιωμένοι, πρόληψη, προαγωγή στοματικής υγείας, ιδρύματα, ασφαλιστική κάλυψη, κατ οίκον οδοντιατρική περίθαλψη

\* Επίκουρη Καθηγήτρια Κινητής Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

\*\* Λέκτορας Οδοντικής Βιολογίας Στόματος Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

## Θέμα Δημόσιας Υγείας

κιωμένους. Πρόσφατη μελέτη σε 10 ευρωπαϊκές χώρες κατέδειξε ότι μόλις το 25% των Ευρωπαίων άνω των 85 ετών επισκέφτηκαν τον οδοντίατρο στον προηγούμενο χρόνο σε σχέση με το 63% στις ηλικίες 50-54<sup>4</sup>.

Ένας από τους σημαντικότερους στόχους των πολιτικών στοματικής υγείας στα τελευταία χρόνια ήταν και είναι η πρόληψη και διαφύλαξη της στοματικής υγείας των παιδιών. Δυστυχώς αντίστοιχες πολιτικές και στόχοι για τους ηλικιωμένους δεν υπάρχουν, ενώ καταγράφονται σημαντικές ελλείψεις σε επίπεδο έρευνας, κατευθυντηρίων οδηγιών και κλινικής πρακτικής.

Η ανυπαρξία κεντρικών πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με τα περιορισμένα αλλά απογοητευτικά επιδημιολογικά δεδομένα της κατάστασης της στοματικής τους υγείας, πιέζουν για τη δημιουργία εθνικών στρατηγικών.

Η πρόληψη της στοματικής νόσου αποκτά ιδιαίτερη σημασία σήμερα υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης και του περιορισμού των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών για τη στοματική αποκατάσταση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά στα σημαντικότερα στοματικά προβλήματα στους ηλικιωμένους στις αναπτυγμένες χώρες σήμερα και η συζήτηση πάνω στις τεχνικές πρόληψης και προαγωγής της στοματικής τους υγείας.

### **Η ΑΝΑΓΚΗ ΟΛΙΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Η στοματική κατάσταση του ηλικιωμένου εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι δεν είναι δυνατόν να εξετάζονται μεμονωμένα αλλά ολιστικά, όπως ολιστική θα πρέπει να είναι και η γενικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Οι ηλικιωμένοι σήμερα αποτελούν μία ετερόκλητη ομάδα κι έτσι θα πρέπει να τους προσεγγίζει ο ερευνητής και ο κλινικός. Στο ένα άκρο βρίσκονται οι υγιείς και αυτοδύναμοι συνήθως «νεώτεροι ηλικιωμένοι», 65-75 ετών, με μεγαλύτερη δυνατότητα πρόσβασης στην οδοντιατρική φροντίδα. Μία ενδιάμεση και συνεχώς αυξανόμενη κατηγορία είναι οι ευπαθείς (frail) ηλικιωμένοι, οι οποίοι παρουσιάζουν συνολική απώλεια αποθεμάτων (ενέργειας, φυσικής ικανότητας, γνωστικής ικανότητας και υγείας). Οι άνθρωποι αυτοί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι και αν και συχνά διατηρούν σε κάποιο βαθμό την αυτοδυναμία τους χρήζουν εξωτερικής βοήθειας. Τέλος, η τρίτη κατηγορία είναι οι πλήρως εξαρτημένοι και καθηλωμένοι ηλικιωμένοι, χωρίς πρόσβαση στην υπάρχουσα συνήθη οδοντιατρική φροντίδα σε πολλές χώρες και στην Ελλάδα.

Από τους πλέον καθοριστικούς παράγοντες για τη στοματική κατάσταση είναι η γενική υγεία, η οποία περιορίζει την σωματική και νοητική επάρκεια και αυτοδυναμία. Η στοματική υγεία δεν μπορεί να διαχωριστεί από τον υπόλοιπο οργανισμό και ένας μεγάλος αριθμός δημοσιεύσεων συσχετίζει τη γενική με τη στοματική νόσο<sup>5-9</sup>. Οι μη μεταδοτικές χρόνιες νόσοι (σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακή νόσος, υπέρταση) και η στοματική νόσος έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενους με

τον σύγχρονο τρόπο ζωής (κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, κακή διατροφή, στρες κλπ)<sup>6, 10</sup>. Ελέγχοντας τους παράγοντες κινδύνου για τη γενική υγεία ελέγχονται και αρκετοί παράγοντες κινδύνου για τη στοματική υγεία. Η καλή στοματική υγιεινή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ευπαθείς ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους, καθώς το μικροβιακό περιβάλλον του στόματος έχει συνδεθεί με σοβαρές αναπνευστικές λοιμώξεις<sup>8, 9, 11</sup>.

Πέραν της γενικής κατάστασης υγείας, η στοματική κατάσταση στους ηλικιωμένους εξαρτάται και από ποικίλους δημογραφικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες: την ηλικία, την παρουσία ή απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος (οικογένεια, κοινωνικοί θεσμοί) που βοηθούν στην επικοινωνία του ηλικιωμένου με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, το φύλο, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τόπο διαμονής (αγροτική ή αστική περιοχή, ίδρυμα ή σπίτι), την ασφαλιστική κάλυψη, τη διαθεσιμότητα κατάλληλα εκπαιδευμένου οδοντιατρικού προσωπικού, τη διαθεσιμότητα οδοντιατρικών μονάδων και τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών κατ'οίκον παροχής οδοντιατρικής φροντίδας μαζί με το αναγκαίο θεσμικό πλαίσιο (ακόμα ομιχλώδες στην Ελλάδα).

Η απώλεια των δοντιών σχετίζεται επιδημιολογικά τόσο με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό όσο και με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο<sup>10, 12</sup>, ενώ η περιοδοντική νόσος στους ηλικιωμένους σχετίζεται με την κακή στοματική υγιεινή, τη χαμηλή μόρφωση, την έλλειψη τακτικών οδοντιατρικών ελέγχων, το μικρό αριθμό δοντιών και το κάπνισμα<sup>10, 13</sup>. Και στην Ελλάδα οι δείκτες τερηδόνας, περιοδοντίου και συνηθειών στοματικής υγιεινής είναι επιβαρημένοι στα άτομα χαμηλής εκπαίδευσης, χαμηλών εισοδημάτων και στους διαβιούντες σε αγροτικές περιοχές<sup>14</sup>.

Η δημογραφική και κοινωνικοοικονομική διάσταση της πρόσβασης στην οδοντιατρική φροντίδα απεικονίζεται και στην εξαιρετική μελέτη «50+ στην Ευρώπη»<sup>4</sup> η οποία μελέτησε μεταξύ των άλλων και την επίσκεψη σε οδοντίατρο των ατόμων άνω των 50 στους τελευταίους 12 μήνες. Οι διαφορές μεταξύ των 10 χωρών που εξετάστηκαν ήταν εντυπωσιακές με τους Σουηδούς να έχουν επισκεφτεί οδοντίατρο σε ποσοστό 75.7% και τους Έλληνες σε ποσοστό 38.7%. Επιπλέον η επίσκεψη στον οδοντίατρο σχετιζόταν με το μορφωτικό επίπεδο (73% για τους έχοντες τριτοβάθμια εκπαίδευση και 29% για τους ανεκπαιδευτους ή έχοντες πρωτοβάθμια εκπαίδευση)<sup>4</sup>.

Σημαντικά συνεισφέρουν και η περίφημη «μοιρολατρία» της τρίτης ηλικίας (δεν χρειάζεται οδοντιατρική φροντίδα στην ηλικία μου αφού έχω άλλα σοβαρότερα προβλήματα)<sup>12, 15</sup>, αλλά και οι υπάρχουσες μέχρι σήμερα αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές των ηλικιωμένων έναντι της στοματικής υγείας (πιθανά ως χαρακτηριστικό γενεάς<sup>16</sup>). Είναι γεγονός ότι η φιλοσοφία και η πρακτική εφαρμογής μέτρων πρόληψης είναι σχετικά πρόσφατες στην Ελλάδα και δεν έχουν ενσωματωθεί στη νοοτροπία και στη ζωή των μεγαλύτερων σε ηλικία συμπατριωτών μας.

Σε σχετικά πρόσφατη πανελλαδική μελέτη οι αιτίες επί-

σκεψής στον οδοντίατρο για άτομα 65-74 ετών ήταν κυρίως ο πόνος (56.7%) και η αποκατάσταση (33%) και μόνο για το 8.8% ήταν ο έλεγχος και η πρόληψη. Τα αντίστοιχα ποσοστά των προληπτικών επισκέψεων για τους νεότερους των 15 ετών ήταν 45%, ενώ για τα άτομα 35-44 ετών ήταν 34.3%<sup>14</sup>.

Δεν πρέπει ακόμα να ξεχνά κανείς ότι αυτή καθαυτή η ολική απώλεια των δοντιών -πολύ συχνή στην τρίτη ηλικία- περιορίζει την εμφάνιση οξέων οδοντικών προβλημάτων, άρα και την ανάγκη συχνότερων επισκέψεων στον οδοντίατρο. Αυτή όμως η απουσία συστηματικών επισκέψεων έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των αδιάγνωστων χρόνιων προβλημάτων, συχνά χωρίς θορυβώδη συμπτωματολογία, όπως είναι τα προβλήματα από τη χρήση οδοντοστοιχιών (στοματίτιδες, πτυχωτές ινώδεις υπερπλασίες) αλλά και οι κακοήθειες.

Ο ιδρυματισμός των ηλικιωμένων, κυρίως ευπαθών και εξαρτημένων, αποτελεί μία συνεχώς αυξανόμενη πραγματικότητα. Η στοματική υγεία τους είναι ιδιαίτερα επιβαρημένη, κυρίως λόγω των ποικίλων παραγόντων που περιπλέκουν την κατάσταση (μεγάλη ηλικία, κακή γενική κατάσταση υγείας, περιορισμένη αυτονομία, περιορισμένες απαιτήσεις, απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και κοινωνικής προστασίας, απουσία θεσμικού πλαισίου για τη στοματική υγεία στα ιδρύματα) (εικ. 1). Στους ηλικιωμένους αυτούς η περιορισμένη υποκειμενική ανάγκη και απαίτηση για τη στοματική τους υγεία έχουν σαν αποτέλεσμα η στοματική φροντίδα να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την πρωτοβουλία των φροντιστών<sup>17</sup>. Μελέτη στο Γηροκομείο Αθηνών κατέδειξε ότι ο κυριότερος φραγμός στην αναζήτηση οδοντιατρικής βοήθειας ήταν η «μοιρολατρία» του γήρατος (15.3%) (είμαι πολύ μεγάλος για να ασχοληθώ με τα δόντια μου). Επιπλέον, 9.9% των φιλοξενούμενων δεν γνώριζαν κάποιον οδοντίατρο ή δεν είχαν τρόπο πρόσβασης σε αυτόν και 4.5% δεν γνώριζαν το κόστος της θεραπείας ή δεν μπορούσαν να το καλύψουν<sup>15</sup>. Δυστυχώς το προσωπικό των ιδρυμάτων αποφεύγει τη συστηματική φροντίδα καθαριότητας του στόματος των ηλικιωμένων<sup>18,19</sup>. Συχνές δικαιολογίες είναι η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη συμβατικής υποχρέωσης, ο φόβος μήπως ο ασθενής τους «δαγκώσει» τα χέρια, η αποστροφή λόγω κακο-

σμίας στόματος του ασθενή, αλλά και η άρνηση του ασθενή να ανοίξει το στόμα του<sup>19,20</sup>.

Αντίστοιχα προβλήματα καταγράφονται και στους ευπαθείς ηλικιωμένους με περιορισμένη αυτοδυναμία, που διαβιούν σχεδόν καθηλωμένοι στο σπίτι τους, με την φροντίδα συγγενών ή οικιακής βοήθου (συνήθως γυναίκες μετανάστριες, χωρίς εξειδίκευση στη φροντίδα ηλικιωμένων). Και στην περίπτωση αυτή η πρόσβαση στην οδοντιατρική φροντίδα είναι περιορισμένη ή ανύπαρκτη, λόγω της απουσίας θεσμοθέτησης της Οδοντιατρικής εκτός Οδοντιατρείου, της έλλειψης σχετικής εκπαίδευσης αλλά και πρωτοβουλίας των οδοντιάτρων και της απουσίας κεντρικής οικονομικής ενίσχυσης και κοινωνικής προστασίας προς τους ηλικιωμένους αλλά και τις οικογένειες που τους φροντίζουν.

#### **Η ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΗΜΕΡΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ**

Η στοματική κατάσταση των ηλικιωμένων σήμερα είναι επιβαρημένη<sup>10,21</sup>. Όπως την περιγράφει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χαρακτηρίζεται από οδοντική κατάσταση σε μετάβαση (από τον πλήρη φραγμό στην ολική νωδότητα), απώλεια δοντιών και περιορισμένη λειτουργικότητα, προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση οδοντοστοιχιών, κακή εφαρμογή κινητών προσθέσεων, αυξημένη εμφάνιση τερηδόνας (μύλης και ρίζας) που παραμένει αθεράπευτη, περιοδοντικά προβλήματα και φτωχή στοματική υγιεινή, στοματικό καρκίνο, ξηροστομία, στοματοπροσωπικό πόνο<sup>22</sup>.

Είναι γεγονός ότι τα ποσοστά της νωδότητας στα τελευταία χρόνια μειώνονται σταδιακά, δυστυχώς όμως παραμένουν ακόμα σε πολύ υψηλά επίπεδα στους ηλικιωμένους. Πεννηταπέντε μελέτες στην Ευρώπη μεταξύ του 1960 και 2001 σε άτομα άνω των 60 ετών παρουσιάζουν επιπολασμό της νωδότητας μεταξύ 3% και 80%<sup>23</sup>. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας παρουσιάζει επιπολασμό της νωδότητας σε διάφορες χώρες που κυμαίνεται από 7% για άτομα άνω των 65 ετών στην Αίγυπτο μέχρι 69% για άτομα άνω των 65 ετών στην Αλβανία<sup>10</sup>. Η μελέτη για τη στοματική υγεία των ενηλίκων στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1998, παρουσίασε επιπολασμό νωδότητας για τα άτομα άνω των 65 ετών: 40-45%, ενώ για τα άτομα άνω των 85: 65%<sup>24</sup>. Τα ποσοστά της νωδότητας στον ιδρυματιζόμενο ηλικιωμένο πληθυσμό αυξάνονται δραματικά (42%-89%)<sup>23</sup>.

Η γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με την μακροχρόνια παραμονή των δοντιών στο στόμα αυξάνουν τον επιπολασμό της τερηδόνας στο γηριατρικό πληθυσμό. Μάλιστα η εθνική μελέτη στις Η.Π.Α σε διάφορες ηλικιακές ομάδες έχει δείξει ότι ο επιπολασμός της τερηδόνας της μύλης στις ηλικίες άνω των 75 ετών είναι μεγαλύτερος από την ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών<sup>25</sup>. Στην ίδια μελέτη ο επιπολασμός της τερηδόνας ρίζας είναι πολύ μεγαλύτερος από τους αντίστοιχους στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Το ίδιο συμβαίνει για την τερηδόνα ρίζας και μύλης σε ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους ασθενείς. Παρόμοια, μια μετα-ανάλυση τεσσάρων επιδημιολογικών μελετών έδειξε αυξημένη επίπτωση



**Εικ. 1:** Στοματική κατάσταση ηλικιωμένης ασθενούς με προϋπόθεση νόσου του Alzheimer που διαβίει σε ίδρυμα

## Θέμα Δημόσιας Υγείας

της τερηδόνας μύλης και ρίζας στους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τις νεώτερες ηλικίες<sup>26</sup>. Στο πλαίσιο όσων αναφέρθηκαν προηγουμένως, είναι γεγονός ότι στους ηλικιωμένους ασθενείς υπάρχουν περισσότεροι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης της τερηδόνας σε σχέση με τις νεώτερες ηλικιακές ομάδες<sup>27</sup>. Η χρόνια λήψη φαρμάκων μεταβάλλουν την οικολογία του στοματικού περιβάλλοντος, την φυσιολογική χλωρίδα και τη ροή του σάλιου, προκαλώντας ξηροστομία ευνοώντας κατά αυτό τον τρόπο την ανάπτυξη της τερηδόνας. Επιπλέον, η υφίζηση των ούλων και η απώλεια πρόσφυσης εκθέτουν στο στοματικό περιβάλλον τις ριζικές επιφάνειες των δοντιών, οι οποίες ιστολογικά και ανατομικά ευνοούν την ανάπτυξη της τερηδόνας ρίζας.

Με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης των φλεγμονωδών νόσων του περιοδοντίου. Απώλεια πρόσφυσης πάνω από 6mm έχει καταγραφεί σε ποσοστά 5-70% των ηλικιωμένων με βάση διάφορες διεθνείς μελέτες<sup>10, 13, 14, 15, 28</sup>.

Δεν υπάρχουν αρκετές επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τη στοματική κατάσταση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Μία σημαντική μελέτη είναι εκείνη της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας σχετικά με την επιδημιολογική κατάσταση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού που διεξήχθη μεταξύ των ετών 2001 και 2005, η οποία κατέδειξε μία αρκετά αρνητική εικόνα για τις ηλικίες 65-74 ετών<sup>14</sup>. Το 40% των εξεταζομένων ηλικίας 65-74 ετών είχε χάσει τα δόντια του, στο 49.7% καταγράφηκε ανάγκη θεραπειών τερηδόνας, ο δείκτης DMFT ήταν 20.97, ενώ περιοδοντικούς θυλάκους 3-5mm είχε το 44.5% του πληθυσμού και 6mm το 15.4%<sup>14</sup>. Δυστυχώς στην πανελλαδική αυτή μελέτη δεν έχουν καταγραφεί επιδημιολογικά στοιχεία για τα άτομα άνω των 75 ετών, όπου αναμένονται περαιτέρω διαφοροποιήσεις. Μελέτη σε 81 ασθενείς με άνοια στο νομό Θεσσαλονίκης, με μέσο όρο ηλικίας τα 79.7 έτη, οι οποίοι ζούσαν στο σπίτι τους με κάποιον φροντιστή και οι οποίοι αποτελούν μία ιδιαίτερα επιβαρημένη ομάδα ηλικιωμένων, έδειξε ποσοστά νωδότητας 55.6%, στοματολογικά προβλήματα στο 59.3%, περιοδοντικά προβλήματα στο 86.1% των ενδοδόντων και τερηδονικές αλλοιώσεις στο 69.4% των ενδοδόντων<sup>29</sup>.

Στις ολιγάριθμες μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους στην Ελλάδα, η ολική νωδότητα ήταν ιδιαίτερα αυξημένη (64.5%<sup>15</sup> και 88.5%<sup>30</sup>). Η περιοδοντική εξέταση στο Γηροκομείο Αθηνών κατέδειξε θυλάκους 3-5mm στο 39.5% και άνω των 6mm στο 20.9% του εξεταζόμενου πληθυσμού, τερηδόνα ρίζας στο 37.2% των ενδοδόντων, ενώ από τα 12.3 δόντια που είχαν κατά μέσο όρο οι ενδοδόντες τα 4.2 έπρεπε να εξαχθούν<sup>15</sup>. Για την αρνητική αυτή στοματική εικόνα των ηλικιωμένων σε παγκόσμιο επίπεδο ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό η παραμελημένη (για ποικίλους λόγους που προαναφέρθηκαν) στοματική υγιεινή. Η έρευνα για τη στοματική υγεία των ηλικιωμένων Βρετανών το 1998<sup>24</sup> κατέδειξε ότι το 78% είχε ορατή οδοντική μικροβιακή πλάκα στα δόντια του, αν και το 93% δήλωνε ότι τα καθάριζε τουλάχιστον μία φορά την ημέρα.

Η μελέτη των Ουλή και συν<sup>14</sup> επίσης έδειξε παραμελημέ-

νη στοματική υγιεινή για τον ελληνικό πληθυσμό ηλικίας 65-74 ετών. Συγκεκριμένα, καλή ήταν μόνο στο 43.4%, μέτρια στο 37.2% και κακή στο 19.4%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τα νεώτερα άτομα (35-44 ετών) ήταν: καλή: 52.1%, μέτρια: 39.8% και κακή: 8.1%. Μόνο το 24.1% των ηλικιωμένων έπλενε τα δόντια του περισσότερες από 2 φορές την ημέρα σε σύγκριση με το 42.5% των ατόμων 34-44 ετών, ενώ το 60.5% καθάριζε τα δόντια του σποραδικά ή μία φορά την ημέρα.

Για την παραμελημένη στοματική υγιεινή στους ηλικιωμένους συνεργούν πολλοί παράγοντες, όπως είναι τα γενικά προβλήματα υγείας που περιορίζουν τη αυτοφροντίδα (πχ. αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νόσος Πάρκινσον, άνοιες, κατάθλιψη), η διαταραγμένη κινητικότητα των χεριών (πχ. αρθρίτιδα, ημιπάρεση επικρατούντος χεριού), η διαταραγμένη όραση (καταράκτης, πρεσβυωπία), αλλά και τοπικοί παράγοντες που αυξάνουν τη συγκράτηση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, όπως είναι οι προσθετικές αποκαταστάσεις, η απώλεια των δοντιών και τα αυξημένα κενά μεταξύ των εναπομεινάντων δοντιών και η υφίζηση των ούλων.

Μελέτη στη Σκωτία σε ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι υπέστησαν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ένα έτος πριν την έρευνα, έδειξε ότι το 37% δυσκολευόταν να καθαρίσει τα δόντια του (φυσικά ή τεχνητά)<sup>31</sup>. Η σημαντικότερη δυσκολία αφορούσε στην κινητικότητα των χεριών, καθώς το 73% απώλεσε την κινητικότητα του επικρατούντος χεριού και δεν μπορούσε να χρησιμοποιήσει ικανοποιητικά το άλλο. Μάλιστα οι περισσότερες δυσκολίες καταγράφηκαν σε νωδούς ασθενείς που δεν μπορούσαν να καθαρίσουν τις οδοντοστοιχίες τους.

Στους ηλικιωμένους ασθενείς με οδοντοστοιχίες, πολλά προβλήματα προκύπτουν που σχετίζονται με την υγιεινή τους και με τις συνήθειες χρήσης τους. Τα προβλήματα στη στοματική υγιεινή είναι τα ίδια που καταγράφονται και στους ενδοδόντες, τα οποία όμως επιβαρύνονται από την παρουσία των κινητών προσθέσεων, ιδιαίτερα στους μερικά νωδούς ασθενείς. Ένας ηλικιωμένος με κινητικά προβλήματα στα χέρια δυσκολεύεται ακόμα περισσότερο να αφαιρέσει, να καθαρίσει και να επανοποθετήσει κυρίως τις μερικές, αλλά και τις ολικές οδοντοστοιχίες του. Αποτέλεσμα αυτού είναι αυξημένος τερηδονισμός των δοντιών που έρχονται σε επαφή με τις μερικές οδοντοστοιχίες, οι οποίες αποτελούν περιοχές κατακράτησης τερηδονοπαθογόνων μικροβίων. Είναι πάντως γεγονός ότι ακόμα και όταν αναφέρεται τακτικός καθαρισμός των οδοντοστοιχιών από τον ασθενή, αυτό δεν συνεπάγεται πάντα και τον αποτελεσματικό καθαρισμό τους<sup>32</sup>.

Η συχνότητα εμφάνισης των προβλημάτων από τις οδοντοστοιχίες είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Χαρακτηριστικά, η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες καταγράφεται σε ποσοστά 11%-67% σε διάφορες μελέτες<sup>33-40</sup>. Ειδικότερα στον ελληνικό πληθυσμό η συχνότητα εμφάνισης κυμαίνεται από 38% ως 45%<sup>34, 35, 37, 40</sup>. Η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες έχει σχετιστεί κυρίως με τη μόλυνση από *Candida Albicans* και με το χρόνιο τραυματισμό του βλεννογόνου<sup>33, 41</sup>. Πολλοί προδιαθεσικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί με σημαντικότερο ίσως την 24ωρη

χρήση των οδοντοστοιχιών<sup>36-38,40,42</sup>. Η καθαριότητα των οδοντοστοιχιών κατά την εξέταση και οι συνήθειες υγιεινής έχουν μελετηθεί χωρίς όμως να καταλήγουν σε σαφή συμπεράσματα<sup>32,38,39</sup>, αν και η υποτροπή της στοματίτιδας φαίνεται να περιορίζεται στους ασθενείς με καλή υγιεινή των οδοντοστοιχιών<sup>43</sup>. Είναι πολύ σημαντικό ότι (όπως και στα περισσότερα στοματικά προβλήματα) η κατάλληλη πρόληψη και αντιμετώπιση οδηγεί σε μεγάλο βαθμό στην αποφυγή του προβλήματος.

### ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Στους ηλικιωμένους με χρόνια προβλήματα υγείας που προσδευτικά δυσχεραίνουν τη διατήρηση της υγείας των στοματικών ιστών φροντίζουμε για την τήρηση καλής στοματικής υγιεινής με μηχανικά αλλά και με χημικά μέσα.

Σε ασθενείς με κινητικά προβλήματα στα άνω άκρα συστήνουμε ηλεκτρική οδοντόβουρτσα ή τροποποίηση της λαβής της μηχανικής οδοντόβουρτσας (κάμψη, πάχυνση). Η χρήση ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας σε ηλικιωμένους για 3 μήνες απεδείχθη πιο αποτελεσματική για την απομάκρυνση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας και τον έλεγχο της ουλίτιδας σε σχέση με τη χρήση κανονικής οδοντόβουρτσας<sup>44</sup>. Επίσης πολλοί ηλικιωμένοι δυσκολεύονται με τη χρήση του οδοντικού νήματος και βρίσκουν πιο εύκολο να χρησιμοποιούν τα μεσοδόντια βουρτσάκια.

Η αποτελεσματική στοματική υγιεινή είναι δυσκολότερη για τους ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους, οι οποίοι είναι συνήθως ευπαθέστεροι και λιγότερο αυτόνομοι. Στις περιπτώσεις αυτές τη φροντίδα του στόματος αναλαμβάνουν οι φροντιστές, με πολλά όμως καταγεγραμμένα προβλήματα. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται και οι ηλικιωμένοι οι οποίοι αν και διαμένουν στο σπίτι τους εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τους φροντιστές τους (οικογένεια ή έμμισθο προσωπικό).

Προγράμματα εκπαίδευσης των φροντιστών ηλικιωμένων σε ιδρύματα πάνω σε ζητήματα στοματικής υγιεινής έδειξαν σημαντική βελτίωση σε επίπεδο γνώσεων, στάσεων και συμπεριφορών<sup>45</sup>. Οι φροντιστές έβλεπαν πιο θετικά το να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους στη στοματική υγιεινή και η κατάσταση της στοματικής υγείας των τροφίμων βελτιώθηκε. Ο χρόνος που χρειαζόταν για τη στοματική υγιεινή κάθε ηλικιωμένου ήταν περίπου 2-3 λεπτά πρωί και βράδυ<sup>46</sup>. Στην Φινλανδία 11-μηνη μελέτη σε γηροκομείο έδειξε ότι η ανάληψη της φροντίδας της στοματικής υγιεινής των ηλικιωμένων από τους φροντιστές μετά από κατάλληλη εκπαίδευση και η ανά 3 εβδομάδες παρακολούθηση τους για περαιτέρω οδηγίες και συμβουλές από βοηθό οδοντίατρο οδήγησε σε σημαντική βελτίωση των δεικτών της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων<sup>45</sup>. Οι Budtz-Jorgensen και συν<sup>46</sup> κατέδειξαν ότι ένα προληπτικό πρόγραμμα στοματικής υγιεινής σε ίδρυμα με εκπαίδευση φροντιστών και θμηνιαιές επανεξετάσεις των ασθενών μπορεί να μειώσει τον αποικισμό του στοματικού βλεννογόνου από *Candida*. Η εκπαίδευση των φροντιστών περιλάμβανε 45λεπτη παρουσίαση

που ακολουθείτο από επίδειξη παροχής στοματικής υγιεινής στους ιδρυματιζόμενους.

Έρευνες έδειξαν ότι οι φροντιστές ηλικιωμένων προτιμούν να καθαρίζουν τα δόντια των ηλικιωμένων με ηλεκτρική οδοντόβουρτσα γιατί θεωρούν τη διαδικασία απλούστερη και συντομότερη<sup>47</sup>. Προσοχή βέβαια χρειάζεται στη χρήση της σε ανοϊκούς ασθενείς, οι οποίοι μπορεί να αναστατώνονται από το θόρυβο και τη δόνηση. Ανάλογα μπορεί να συστήσει κάποιος και τη χρήση μάσκας για την αποφυγή της κακοσμίας και οπωσδήποτε γαντιών μιας χρήσεως για τον έλεγχο των λοιμώξεων. Λίγες σχετικές μελέτες και δυστυχώς όχι πάντα ικανοποιητικά σχεδιασμένες προσπάθησαν να διερευνήσουν το ρόλο ποικίλων χημικών παραγόντων, όπως είναι το φθόριο και η χλωρεξιδίνη, στη στοματική υγεία των ηλικιωμένων.

Η αντιτεροδονογόνο δράση του φθορίου είναι αποδεδειγμένη. Το φθόριο δρα με τρεις μηχανισμούς: α) αναχαιτίζει την απασβεσίωση, β) αυξάνει την ενασβεσίωση και ταυτόχρονα μειώνει την όξινη διάλυση των κρυστάλλων απαίτη της αδαμάντινης και οδοντίνης και γ) εμποδίζει το μεταβολισμό των τεροδονογόνων μικροβίων<sup>48</sup>. Για τους παραπάνω λόγους συνιστάται η χρήση των φθοριούχων για την αντιμετώπιση της τεροδόνας στους ηλικιωμένους, η αποτελεσματικότητα των οποίων έχει καταδειχθεί σε διάφορες μελέτες<sup>49-54</sup>.

Μια άλλη κατηγορία ενασβεσιωτικών παραγόντων που υπάρχει σήμερα είναι αυτή που βασίζεται στο σύμπλοκο φωσφοπεπτιδιο της καζεΐνης και στο άμορφο φωσφορικό ασβέστιο (CPP-ACP)<sup>55</sup>. Ο παράγοντας αυτός προσδένεται στην επιφάνεια των δοντιών και σταθεροποιεί τους κρυστάλλους αλάτων ασβεστίου, προάγοντας την επανασβεσίωση και εμποδίζοντας κατά αυτό τον τρόπο την απασβεσίωση. Διάφορες *in vitro* και *in situ* μελέτες έχουν δείξει την αντιτεροδονογόνο δράση αυτού του παράγοντα, χωρίς ωστόσο να υπάρχει μέχρι σήμερα δημοσιευμένη κάποια κλινική μελέτη που να τεκμηριώνει την αποτελεσματικότητά του<sup>56</sup>. Επειδή το σκεύασμα αυτό βασίζεται στη πρωτεΐνη του γάλακτος καζεΐνη δεν συνιστάται η χορήγησή του σε ασθενείς που παρουσιάζουν αλλεργία ή δυσανεξία στα γαλακτοκομικά προϊόντα.

Η χρήση της χλωρεξιδίνης έχει χρησιμοποιηθεί και στη περίπτωση των τεροδονοπαθογόνων μικροβίων με σκοπό τη μείωση του αριθμού τους και κατά συνέπεια μείωση του επιπολασμού της τεροδόνας<sup>57</sup>. Το σχήμα που έχει χρησιμοποιηθεί είναι το στοματικό διάλυμα χλωρεξιδίνης συγκέντρωσης 0,12% μια φορά ημερησίως για χρονικό διάστημα τεσσάρων εβδομάδων. Ωστόσο, συστηματικές μελέτες έδειξαν ότι η χρήση αυτού του σχήματος δεν αποδείχθηκε αποτελεσματική στη μείωση των τεροδονογόνων μικροοργανισμών<sup>58</sup>.

Αντίστοιχα, η εφαρμογή βερνικίου χλωρεξιδίνης χωρίς ταυτόχρονη βελτίωση της στοματικής υγιεινής σε ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους δεν μείωσε την οδοντική μικροβιακή πλάκα και την περιοδοντική φλεγμονή<sup>59</sup>.

Δυστυχώς «μαγικές φαρμακευτικές συνταγές» δεν φαίνεται να υπάρχουν και η μηχανική απομάκρυνση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας φαίνεται να είναι ακόμα ο

## Θέμα Δημόσιας Υγείας

ακρογωνιαίος λίθος της στοματικής υγιεινής σε συνδυασμό με χημικούς παράγοντες.

Σε τριετή μελέτη σε 297 άτομα 60-90 ετών καταγράφηκε έλεγχος της εξέλιξης της περιοδοντικής νόσου με συνδυασμό ετήσιων οδοντιατρικών ελέγχων, οδηγίων πρόληψης, εβδομαδιαία χρήση χλωρεξιδίνης και 6-μηνιαία εφαρμογή φθορίου<sup>60</sup>.

Η χρήση των φθοριούχων και της χλωρεξιδίνης γίνεται με διάφορες μορφές όπως: α) οδοντόπαστας, β) στοματικών διαλυμάτων και γ) στοματικής γέλης. Οι μορφές αυτές μπορεί να περιέχουν μόνο φθόριο, ή μόνο χλωρεξιδίνη ή και συνδυασμό τους, όπως και συνδυασμό και άλλων παραγόντων. Η χημική μορφή του φθορίου που συνιστάται για τους ηλικιωμένους ασθενείς είναι αυτή του φθοριούχου νατρίου γιατί είναι λιγότερο ερεθιστική για τους βλεννογόνους των μαλακών ιστών. Ο συνδυασμός φθορίου και χλωρεξιδίνης σε ένα σκεύασμα είναι επίσης ιδιαίτερα εύχρηστος για τους ηλικιωμένους.

Όσον αφορά στη μορφή χορήγησης, ειδικότερα όσον αφορά στους ευπαθείς ηλικιωμένους που δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν οδοντόκρεμα ή στοματικό διάλυμα λόγω δυσκαταποσίας ή και δυσκολίας απομάκρυνσης του υγρού από το στόμα, η εφαρμογή της στοματικής γέλης χλωρεξιδίνης-φθορίου με τη βοήθεια οδοντόβουρτσας είναι πολύ πρακτική.

Στους ασθενείς που φέρουν κινητές προσθετικές εργασίες, οι οδηγίες χρήσης και υγιεινής των οδοντοστοιχιών θα πρέπει να είναι σαφείς. Ο ασθενής θα πρέπει να αφαιρεί τις οδοντοστοιχίες τουλάχιστον το βράδυ, ή αλλιώς κάποιες ώρες (6-8) μέσα στο 24ωρο. Οι οδοντοστοιχίες θα πρέπει να καθαρίζονται επιμελώς μετά από κάθε γεύμα με μαλακή βούρτσα και σαπούνι πάνω από νιπτήρα γεμάτο με νερό για να μην προκληθεί θραύση από κατά λάθος πτώση. Ταυτόχρονα θα πρέπει να καθαρίζεται και ο βλεννογόνος του στόματος με μαλακή βούρτσα ή με γάζα. Στα ιδρύματα ο καθαρισμός τους από τους φροντιστές θα πρέπει να γίνεται τουλάχιστον κάθε βράδυ, με ενδίδμεση έκπλυση με νερό μετά τα υπόλοιπα γεύματα.

Πέραν του μηχανικού καθαρισμού υπάρχουν ποικίλες συστάσεις (όχι επαρκώς τεκμηριωμένες) για χημικό καθαρισμό των οδοντοστοιχιών. Για παράδειγμα συστήνεται η καθημερινή 10λεπτη ή 20λεπτη εμβύθιση των ακρυλικών οδοντοστοιχιών σε πολύ αραιά διαλύματα υποχλωριώδους νατρίου (1%) ή η εμβύθισή τους σε διάλυμα χλωρεξιδίνης 0.2% για τουλάχιστον 20 λεπτά μία φορά την εβδομάδα.

Χρειάζονται ωστόσο περαιτέρω μελέτες πάνω στην αποτελεσματικότητα των διαφόρων τρόπων καθαρισμού των οδοντοστοιχιών ακρυλικών ή μεταλλικών<sup>61</sup>.

Δυστυχώς σε πολλές περιπτώσεις οι οδηγίες χρήσης και συντήρησης των οδοντοστοιχιών δεν δίνονται με την έμφαση που θα έπρεπε από τον οδοντίατρο<sup>62</sup>, όπως κενά καταγράφονται και στη σύσταση τακτικών επανεξετάσεων και στους ενόδοντες ηλικιωμένους. Έχει δείχθει ότι ένα συστηματικό μακροχρόνιο πρόγραμμα παρακολούθησης, πρόληψης και ενθάρρυνσης σε ηλικιωμένους ασθενείς βοηθά στη διατήρηση ενός καλού επιπέ-

δου υγιεινής του στόματος και των μερικών οδοντοστοιχιών<sup>63</sup>, ενώ οι συστηματικές επισκέψεις στον οδοντίατρο σχετίστηκαν θετικά με τον αριθμό των υπαρχόντων δοντιών και τη χρήση μεσοδόντιας βούρτσας σε ηλικιωμένους<sup>64</sup>, τεκμηριώνοντας έτσι τη σημασία της διατήρησης του κινήτρου για τον ασθενή.

### **Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ. Η ΠΟΛΙΤΕΙΑ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΑΛΑΒΕΙ ΤΙΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΗΣ**

Για την προαγωγή της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων απαιτείται πολύπλευρη κινητοποίηση και οργανωμένη δράση<sup>10,65</sup>.

Κατ' αρχήν απαιτείται να οργανωθεί εκστρατεία ενημέρωσης του ηλικιωμένου πληθυσμού για τη σημασία της στοματικής υγείας με τη συμμετοχή της Πολιτείας αλλά και των Επαγγελματικών μας Οργανώσεων και να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη τονίζοντας τις επιπτώσεις της παραμελημένης στοματικής υγείας στη γενική υγεία και την ποιότητα της ζωής. Η ενημέρωση αυτή για τους αυτόνομους και ανεξάρτητους ηλικιωμένους μπορεί να γίνει μέσα από κατάλληλες διαφημιστικές παρεμβάσεις σε δημόσιους χώρους συνάθροισης ηλικιωμένων<sup>10</sup> (φαρμακεία, γυμναστήρια, καφενεία, διαγνωστικά κέντρα, κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων-ΚΑΠΗ, νοσοκομεία), αλλά και με τη βοήθεια των ΜΜΕ.

Αναγκαία είναι και η ενημέρωση, εκπαίδευση και εξειδίκευση του οδοντιατρικού προσωπικού στα ιδιαίτερα προβλήματα των ηλικιωμένων μέσα από κατάλληλη διαμόρφωση των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών των Οδοντιατρικών Σχολών<sup>66</sup>, αλλά και μέσω κατάλληλα δομημένων προγραμμάτων συνεχούς επιμόρφωσης των Οδοντιάτρων.

Απαραίτητη είναι και η ενημέρωση και εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού πάνω στην στοματική υγεία των ηλικιωμένων, αφού είναι εκείνοι που έρχονται τακτικότερα σε επαφή μαζί τους, και μπορούν εντοπίζοντας έγκαιρα τα προβλήματα να παραπέμψουν τον ασθενή στον οδοντίατρο. Η εκπαίδευσή τους είναι αναγκαία στην βασική παθολογία του στόματος (τερηδόνα, περιοδοντική νόσος, καρκίνος, παθολογικά ευρήματα στους βλεννογόνους), στις ανεπιθύμητες αντιδράσεις στο στόμα από φάρμακα που λαμβάνονται για χρόνιες νόσους, στην ενδο- και εξωστοματική κλινική εξέταση, στις ενδείξεις παραπομπής σε οδοντίατρο, στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ της γενικής και της στοματικής νόσου<sup>67</sup>.

Ένα τεράστιο αγκάθι για την ελληνική πραγματικότητα αποτελεί η απουσία χρηματοδότησης από την Πολιτεία και η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης για τη στοματική υγεία από τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία. Ασφαλώς χωρίς χρηματοδότηση δεν θα πρέπει να τρέφουμε αυταπάτες για τη βελτίωση της στοματικής υγείας του ηλικιωμένου (και μη) πληθυσμού. Δυστυχώς το μέλλον δεν διαγράφεται ευόινο, τόσο για την Ελλάδα όσο και για όλη την Ευρώπη, καθώς βάλλονται ακόμα και τα ήδη κεκτημένα ασφαλιστικά δικαιώματα των πολιτών.



Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ομάδα χαμηλών γενικά εισοδημάτων που δυσκολεύεται κατά πολύ να αντεπεξέλθει στην «αγορά» οδοντιατρικών υπηρεσιών και κυρίως προσθετικών. Είναι αναγκαία τόσο η ενίσχυση της ασφαλιστικής κάλυψης για οδοντιατρικές υπηρεσίες από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, όσο και η ενεργοποίηση των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ και η επέκταση της δωρεάν παροχής φροντίδας (πρόληψης και αποκατάστασης) για τους ηλικιωμένους.

Είναι χαρακτηριστική η περιορισμένη προσέλευση των ηλικιωμένων ασθενών σε σχέση με τους νεώτερους στα γενικά δημόσια νοσοκομεία της χώρας για αντιμετώπιση έκτακτων οδοντιατρικών προβλημάτων<sup>68, 69</sup>, όταν σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες υπάρχει πρόβλεψη για οδοντιατρική φροντίδα κάποιων ομάδων ηλικιωμένων (κυρίως των οικονομικά ασθενέστερων) στο δημόσιο τομέα, έστω και με περιορισμένες καλύψεις<sup>70</sup>.

Η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας έχει πολλές αιτίες. Πέραν των οικονομικών προβλημάτων, η πρόσβαση περιορίζεται και από τα γενικά προβλήματα υγείας και τους περιορισμούς στην κινητικότητα. Για τους ανθρώπους αυτούς είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν κατάλληλες δομές και περιβάλλοντα.

Αυτό γίνεται με την κατάλληλη διαμόρφωση του χώρου του οδοντιατρείου, τη διευκόλυνση της μεταφοράς των ηλικιωμένων σε αυτό ενισχύοντας υπηρεσίες όπως αυτή της «βοήθειας στο σπίτι», αλλά και με τη θεσμοθέτηση και προαγωγή της κατ' οίκον οδοντιατρικής φροντίδας, από συναδέλφους τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημοσίου τομέα.

Απαιτείται να δοθούν άμεσα οι κατάλληλες διευκρινήσεις από την Πολιτεία για τη θεσμοθέτηση της Οδοντιατρικής εκτός Οδοντιατρείου και να δοθεί ανάλογη εκπαίδευση στον οδοντίατρο.

Ανάλογη προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στη στοματική φροντίδα των ιδρυματιζόμενων ηλικιωμένων με τη θεσμοθέτηση συστηματικών επισκέψεων οδοντιάτρων στα ιδρύματα και την κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού πάνω σε ζητήματα στοματικής υγείας, υγιεινής και διατροφής<sup>71</sup>.

Τέλος έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην έρευνα για την κωδικοποίηση των αποτελεσματικότερων μέσων πρόληψης και αντιμετώπισης της στοματικής νόσου στους ηλικιωμένους και η έκδοση αντίστοιχων κατευθυντήριων οδηγιών για τους κλινικούς.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κεντρικές στρατηγικές πρόληψης και προαγωγής της στοματικής υγείας στους ηλικιωμένους σήμερα είναι υποτυπώδεις, με αποτέλεσμα ένα συνεχώς αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού να πάσχει από στοματική νόσο με άμεσο αντίκτυπο στην γενική υγεία και την ποιότητα της ζωής του.

Απαιτείται άμεση δράση μέσα από εκστρατείες ενημέρωσης των πολιτών, εκπαίδευση των υγειονομικών και των φροντιστών των ηλικιωμένων, αυξημένη κεντρική χρηματοδότηση και έρευνα πάνω στις αποτελεσματικότερες κλινικές πρακτικές.

## SUMMARY

### Prevention and oral health promotion in the elderly

A. E. Kossioni and C. Rahiotis

*hellenic stomatological review 54: 175-183, 2010*

*As the ageing population is steadily increasing oral health prevention strategies should be reoriented to further cover the older peoples' needs. Heterogeneity is prevalent in the present-day older population related to variation in their medical, demographic and socioeconomic status. This heterogeneity is also reflected in the oral status and the oral needs and demands. Although more natural teeth are being retained, tooth loss is still prominent in the elderly. The prevalence of coronal and root caries is still high as well as periodontal disease, xerostomia and denture-related conditions. Various barriers (general, medical, demographic, geographic, socio-economic) complicate the oral status and the access to treatment in the elderly. Oral hygiene is poor due to medical conditions, impairment of vision, reduced manual dexterity, local factors increasing the retention of dental plaque (missing teeth, gingival recession, wearing of removable partial dentures) and reduced felt need and demand for oral care. The most important preventive measure is teeth cleaning with fluoride toothpaste. Electric toothbrushes are very useful for those with manual dexterity problems. Fluoride and clorexidine also have an important role in oral health prevention. Many older people wear dentures and denture-related conditions, such as denture stomatitis, are common findings. Denture hygiene is poor and recall visits are rare. Daily mechanical washing (after meals) of the dentures is important, as well as daily soaking in alkaline hypochlorite or clorexidine solutions for 10-20 minutes. The patient should receive instructions on the daily care and maintenance of dentures and on the need for recall visits. The oral status is further compromised in the institutionalized and homebound elderly. Oral health in nursing home settings can be improved if the nursing staff receives appropriate oral health care training by a dentist and take the responsibility for the oral hygiene of the residents. Systematic research is needed on the effectiveness of various strategies on oral health prevention and promotion in the elderly and the translation into daily practice.*

**Key words:** oral health, aged, prevention, oral health promotion, nursing-care facilities, dental insurance, domiciliary treatment.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://www.who.int/ageing/en/> (όπως εμφανίζεται στις 7/2/2010).
2. <http://www.mapsofworld.com/world-top-ten/world-top-ten-countries-with-oldest-population-map.html> (όπως εμφανίζεται στις 7/2/2010).
3. [http://www.ined.fr/en/pop\\_figures/countries\\_of\\_the\\_world/](http://www.ined.fr/en/pop_figures/countries_of_the_world/) (όπως εμφανίζεται στις 7/2/2010).

4. [http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/pdf\\_documentation/FRB1/C H3.pdf](http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/pdf_documentation/FRB1/C H3.pdf) (όπως εμφανίζεται στις 7/2/2010).
5. *Joshi KJ, Hung HC, Rimm EB, Willett WC, Ascherio A*: Periodontal disease, tooth loss, and incidence of ischemic stroke. *Stroke* 2003; 34: 47-52.
6. *Demmer RT, Desvarieux M*: Periodontal infections and cardiovascular disease: the heart of the matter. *J Am Dent Assoc* 2006; 137 Suppl: 14S-20S.
7. *Mealey BL*: Periodontal disease and diabetes. A two-way street. *JADA* 2006; 137 Suppl: 26S-31S.
8. *Scannapieco FA*: Pneumonia in nonambulatory patients. The role of oral bacteria and oral hygiene. *JADA* 2006; 137 Suppl: 21S-25S.
9. *Sumi Y, Miura H, Michiwaki Y, Nagaosa S, Nagaya M*: Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in dependent elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 44: 119-124.
10. *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: 81-92.
11. *Mojon P, Butz-Jorgensen E, Michel JP, Limeback H*: Oral health and history of respiratory tract infection in frail institutionalised elders. *Gerodontology* 1997; 14: 9-16.
12. *Schou L, Holm-Pedersen P, Lang NP*: Preventive dental care for elderly people. In: *Holm-Pedersen P, Loe H*, eds. *Textbook of Geriatric Dentistry*. 2nd ed. Copenhagen. Munksgaard. 1996: 302-318.
13. *Phipps KR, Chan BK, Jennings-Holt M, Geurs NC, Reddy MS, Lewis CE, et al*: Periodontal health of older men: the MrOS dental study. *Gerodontology* 2009; 26: 122-129.
14. *Ουλής Κ, Θεοδώρου Μ, Μαστρογιαννάκης Τ, Μαμάη-Χωμάτα Χ, Πολυχρονοπούλου Α, Αθανασούλη Θ*: Η επιδημιολογική κατάσταση τη στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Ελλ Στομ Χρον* 2009; 53: 97-120.
15. *Karkazis HC and Kossioni AE*: Oral Health status, treatment needs and demands of an elderly institutionalised population in Athens. *Eur J Prosthodont Rest Dent* 1993; 1: 157-163.
16. *Ettinger RE*: Cohort differences among aging populations: a challenge for the dental profession. *Special Care Dent* 1993; 13: 19-26.
17. *Wardh I, Berggren U, Andreresson L, Sorensen S*: Assessments of oral health care in dependent older persons in nursing facilities. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 330-336.
18. *Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG*: Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 289-297.
19. *Reed R, Broder H, Jenkins G, Spivack E, Janal M*: Oral health promotion among older persons and their care providers in a nursing home facility. *Gerodontology* 2006; 23: 73-78.
20. *Pyle MA, Nelson S, Sawyer DR*: Nursing assistants' opinions of oral health care provision. *Spec Care Dent* 1999; 19: 112-117.
21. *Kossioni A, Dontas A*: The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner. *Clinical Interventions in Aging* 2007; 2: 591-597.
22. [http://www.who.int/oral\\_health/action/groups/en/index1.html](http://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html) (όπως εμφανίζεται στις 7/2/2010).
23. *Müller F, Naharro M, Carlsson GE*: What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clin Oral Impl Res* 2007; 18: 2-14.
24. *Bedi R*: Meeting the challenges of oral health for older people: a strategic review. *Gerodontology* 2005 (suppl 1): 12-15.
25. *Ezzati TM, Massey JT, Waksberg J, Chu A, Maurer KR*: Sample design: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Vital Health Stat* 2. 1992; 113: 1-35.
26. *Thomson W*: Dental caries experience in older people over time: what can the large cohort studies tell us? *Br Dent J* 2004; 196: 89-92.
27. *Saunders RH, Meyerowitz C*: Dental caries in older adults. *Dent Clin North Am* 2005; 49: 293-308.
28. *Mack F, Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Kocher T, Splieth C, Schwahn C, Bernhardt O, et al*: Caries and periodontal disease of the elderly in Pomerania, Germany: results of the Study of Health in Pomerania. *Gerodontology* 2004; 21: 27-36.
29. *Γκαβοπούλου Ε, Μαϊόβης Π, Ελευθερίου Μ, Τσοκανάρη Ι, Τσολάκη Μ*: Οδοντιατρική εκτίμηση ασθενών με άνοια μετρίου και σοβαρού βαθμού και συσχέτιση με τη νοητική και λειτουργική κατάστασή τους. *Ελλ Στομ Χρον* 2009; 53: 169-175.
30. *Triantos D*: Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 577-582.
31. *Hunter RV, Clarkson JE, Fraser HW, Mac Walter RS*: A preliminary investigation into tooth care, dental attendance and oral health related quality of life in adult stroke survivors in Tayside, Scotland. *Gerodontology* 2006; 23: 140-148.
32. *Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikani A*: Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil* 2002; 29: 300-304.
33. *Arendorf TM, Walker DM*: Denture stomatitis: a review. *J Oral Rehabil* 1987; 14: 217-227.
34. *Τσοβίλη-Ραζέλλου*: Μακροσκοπική εξέταση των αλλοιώσεων του βλεννογόνου του στόματος επί μερικών και ολικών νωδών ασθενών. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα 1987.
35. *Ζήσης ΑΙ, Γιαννικάκης ΣΑ*: Συχνότητα εμφάνισης συνδυασμού στοματίτιδας και συγγελίτιδας σε άτομα με ολικές οδοντοστοιχίες. *Στόμα* 1997; 25: 243-249.
36. *Shulman JD, Rivera-Hidalgo F, Beach MM*: Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. *J Oral Pathol Med* 2005; 34: 340-346.
37. *Zissis A, Yannikakis S, Harrison A*: A joint clinicostatistical study on the prevalence of Denture Stomatitis. *Int Dent J* 2006; 19: 621-625.
38. *Figueiral MH, Azul A, Pinto E, Fonseca PA, Branco FM, Scully C*: Denture-related stomatitis: identification of aetiological and predisposing factors- a large cohort. *J Oral Rehabil* 2007; 34: 448-455.
39. *Freitas JB, Gomez RS, de Abreu MHNG, Ferreira E Ferreira. E*: Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil* 2008; 35: 370-374.
40. *Kossioni A*: The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology* 2010 (υπό δημοσίευση) doi: 10.1111/j.1741-2358.2009.00359.x.
41. *Budtz-Jørgensen E*: Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Path* 1981; 10: 65-80.
42. *Jeganathan S, Payne JA, Thean HPY*: Denture stomatitis in an elderly edentulous Asian population. *J Oral Rehabil* 1997; 24: 468-472.
43. *Cross LJ, Williams DW, Sweeney CP, Jackson MS, Lewis MAO, Bagg J*: Evaluation of the recurrence of denture stomatitis and Candida colonization in a small group of patients who received itraconazole. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 97: 351-358.
44. *Verma S, Bhat M*: Acceptability of Powered Toothbrushes for Elderly Individuals. *J Public Health Dent* 2007; 64: 115-117.
45. *Peltola P, Vehkalahti MM, Simoila R*: Effects of 11-month interventions on oral cleanliness among the long-term hospitalized elderly. *Gerodontology* 2007; 24: 14-21.



46. *Budtz-Jorgensen E, Mojon P, Rentsch A, Deslauriers N*: Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 141-149.
47. *Wolden H, Strand GV, Gjellestad A*: Caregivers' perceptions of electric versus manual toothbrushes for the institutionalised elderly. *Gerodontology* 2006; 23: 106-110.
48. *McIntyre J*: Preventive management of dental caries. In: Mount GJ, HumeWR, editors. *Preservation and restoration of tooth structure*. Sandgate (Qld): Knowledge Books and Software. 2005: 35-46.
49. *Ripa LW, Leske GS, Forte F, Varma A*: Effect of a 0.05% NaF mouthrinse on coronal and root caries of adults. *Gerodontology* 1987; 6: 131-136.
50. *Seppa L, Leppanen T, Hausen H*: Fluoride varnish versus acidulated phosphate fluoride gel: a 3-year clinical trial. *Caries Res* 1995; 29: 327-330.
51. *Fure S, Gahnberg L, Birkhed D*: A comparison of four home-care fluoride programs on the caries incidence in the elderly. *Gerodontology* 1998; 15: 51-60.
52. *Baysan A, Lynch E, Ellwood R, Davies R, Petersson L, Borsboom P*: Reversal of primary root caries using dentifrices containing 5,000 and 1,100 ppm fluoride. *Caries Res* 2001; 35: 41-46.
53. *Weintraub JA*: Fluoride varnish for caries prevention: comparisons with other preventive agents and other recommendations for a community-based protocol. *Spec Care Dentist* 2003; 23: 180-186.
54. *Axelsson S, Soder B, Nordenram G, Petersson LG, Norlund A, Kallestal C, et al*: Effect of combined caries-preventive methods: a systematic review of controlled clinical trials. *Acta Odont Scand* 2004; 62: 163-169.
55. *Reynolds EC, Walsh LJ*: Additional aids to the remineralisation of tooth structures. In: Mount GJ, Hume WR, eds. *Preservation and restoration of toothstructure*. Sandgate (Qld): Knowledge Books and Software. 2005: 111-118.
56. *Reynolds EC*: Anticariogenic complexes of amorphous calcium phosphate stabilized by casein phosphopeptides: a review. *Spec Care Dentist* 1998; 18: 8-16.
57. *Chalmers JM*: Minimal Intervention Dentistry: Part 1. Strategies for Addressing the New Caries Challenge in Older Patients *J Can Dent Assoc* 2006; 72: 427-433.
58. *Rogers AH*: Why be down in the mouth? Three decades of research in oral microbiology. *Aust Dent J* 2005; 50: 2-5.
59. *Clavero J, Baca P, Gonzalez P, Valderrama MJ*: Efficacy of chlorhexidine-thymol varnish (Cervitec) against plaque accumulation and gingival inflammation in a geriatric population. *Gerodontology* 2006; 23: 43-47.
60. *Persson RE, Persson GR, Poewll LV, Kiyak HA*: Periodontal effects of a biobehavioral prevention program. *J Clin Periodontol* 1998; 25: 322-329.
61. *de Souza RF, de Freitas Oliveira Paranhos H, Lovato da Silva CH, Abu-Naba'a L, Fedorowicz Z, Gurgan CA*: Interventions for cleaning dentures in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 4: CD007395.
62. *Marchini L, Tamashiro E, Nascimento DFF, Cunha VPP*: Self-reported denture hygiene of a sample of edentulous attendees at a University dental clinic and the relationship to the condition of the oral tissues. *Gerodontology* 2004; 21: 226-228.
63. *Ribeiro DG, Pavarina AC, Giampaolo ET, Machado AL, Jorge JH, Garcia PP*: Effect of oral hygiene education and motivation on removable partial denture wearers: longitudinal study. *Gerodontology* 2009; 29: 150-156.
64. *Takehara S, Shimoyama K*: Factors affecting the motivation for dental check-ups and anxiety in the elderly in Tokyo. *Gerodontology* 2009; 26: 97-111.
65. *Κοσιώνη ΑΕ*: Η διαχείριση του ηλικιωμένου οδοντιατρικού ασθενή: Μία πρόκληση για τις πολιτικές δημόσιας υγείας. *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική* 2008; 1: 87-92.
66. *Kossioni A, Vanobbergen J, Newton J, Muller F, Heath R*: European College of Gerodontology: undergraduate curriculum guidelines in Gerodontology. *Gerodontology* 2009; 26: 165-171.
67. *Helgeson MJ, Smith BJ, Johnsen M, Ebert C*: Dental considerations for the frail elderly. *Spec Care Dentist* 2002; 22: 40S-55S.
68. *Τρίμη Κ, Ζερβού-Βάλβη Φ, Ντόκος Ε, Μίχος Ν*: Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ως έκτακτα περιστατικά κατά τις εφημερίες οδοντιατρικού τμήματος γενικού νοσοκομείου. *Κλινικά Χρονικά* 1993; 16: 73-78.
69. *Ζερβού-Βάλβη Φ, Βλάχος Η, Γκιώνη Ε, Καρκαντζού Σ, Τσιλιβίγκου Ε, Κοντού Μ και συν*: Απίτες έκτακτης προσέλευσης σε οδοντιατρικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. *Κλινικά Χρονικά* 2007; 30: 207-212.
70. *Kravitz AS, Treasure ET*: *Manual of Dental Practice* 2008. The Council of European Dentists, November 2008.
71. *Paley GA, Slack-Smith LM, O, Grady MJ*: Aged care staff perspectives on oral care for residents: Western Australia. *Gerodontology* 2004; 21: 146-154.

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**

A. E. Κοσιώνη  
 Εργαστήριο Προσθετικής,  
 Οδοντιατρική Σχολή  
 Πανεπιστημίου Αθηνών  
 Θηβών 2 115 27 ΓΟΥΔΗ  
 e-mail: akosion@dent.uoa.gr