

Λεύκανση Δοντιών ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΙΝΑΙ;

ΚΩΣΤΗΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, ΕΥΑ ΚΑΣΑΠΗ
Οδοντίατροι

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σε αυτό το άρθρο συζητείται η ασφάλεια των τεχνικών λεύκανσης ζωντανών δοντιών που χρησιμοποιούνται σήμερα στην οδοντιατρική. Γίνεται αναφορά στην τεχνική λεύκανσης στο ιατρείο με υπεροξειδίου του υδρογόνου 35%, στην ελεγχόμενη από τον οδοντίατρο τεχνική λεύκανσης στο σπίτι με νάρθηκα και καρβαμιδικό υπεροξειδίου 10%, καθώς επίσης και στα εμπορικά σκευάσματα λεύκανσης που πωλούνται απ' ευθείας στους ασθενείς. Μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η ελεγχόμενη από τον οδοντίατρο τεχνική λεύκανσης στο σπίτι είναι η πιο ασφαλής. Διάφορες ερευνητικές εργασίες δείχνουν ότι αυτή η τεχνική δεν είναι λιγότερο ασφαλής από οποιαδήποτε άλλη θεραπευτική διαδικασία που εφαρμόζεται στην οδοντιατρική.

SUMMARY

This article discusses the safety of the currently used techniques for vital tooth bleaching, including in - office bleaching (power bleaching), nightguard vital bleaching and over the counter tooth whitening kits. There is some level of risk for all types of vital tooth bleaching, with the 10% carbamide peroxide nightguard vital bleaching technique appearing to be the safest when properly administered. Recent studies show that the safety of this technique is no worse than the safety of any other technique used in dentistry, and that it can be incorporated in every dental practice.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εποχή που ζούμε, τα διάφορα αισθητικά πρότυπα διαμορφώνονται κυρίως από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπου μπορεί κανείς να δει τα πιο όμορφα ρούχα, τα πιο καλλίγραμμα σώματα και βέβαια τα πιο "φωτεινά" χαμόγελα. Η θέληση των ανθρώπων να πλησιάσουν όσο γίνεται περισσότερο στην εμφάνιση αυτών των τηλεοπτικών προτύπων, έχει ένα σημαντικό αντίκτυπο και στην οδοντιατρική πρακτική, με τους ασθενείς να έχουν αυξημένες αισθητικές απαιτήσεις, κάτι που οπωσδήποτε περιλαμβάνει την ανάγκη για πιο λευκά δόντια.

Η λεύκανση των δοντιών είναι μία διαδικασία με ιδιαίτερα μεγάλη ιστορία, αφού οι πρώτες απόπειρες που είχαν κάποια θετικά αποτελέσματα έγιναν το 1877 από τον Chapple, ο οποίος πρότεινε τη χρήση οξαλικού οξέος για αυτό το σκοπό¹.

Η πρώτη αναφορά στο υπεροξειδίου σαν λευκαντικό παράγοντα, έγινε πάνω από 100 χρόνια πριν, όταν το 1884 ο Harlan δημοσίευσε ένα άρθρο για ένα υλικό, που ονόμασε διοξειδίου του υδρογόνου². Ο ενθουσιασμός του οδοντιατρικού κόσμου ήταν τέτοιος που μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα δημοσιεύονταν 40 - 60 άρθρα σχετικά με τη λεύκανση των δοντιών σε οδοντιατρικά περιοδικά κάθε χρόνο. Παρ' όλα αυτά, μόλις την τελευταία δεκαεπενταετία μπόρεσε η οδοντιατρική επιστήμη να παρουσιάσει κάποιες "λογικές" μεθόδους για την αλλαγή του χρώματος των ζωντανών δοντιών.

Οι δύο επικρατέστερες τεχνικές λεύκανσης είναι αυτή που γίνεται στο οδοντιατρείο με 30 - 35% υπεροξειδίου του υδρογόνου και θέρμανση ή φως (Power Bleaching), και αυτή που γίνεται στο σπίτι, με ένα νάρθηκα που φορά ο ασθενής για μερικές ώρες αφού τοποθετήσει μέσα καρβαμιδικό υπεροξειδίου 10% (Nightguard Vital Bleaching).

Ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει οποιαδήποτε οδοντιατρική διαδικασία είναι η ασφάλεια που παρέχεται στον ασθενή. Ο σκοπός αυτού του άρθρου λοιπόν, είναι η εξέταση της ασφάλειας που παρέχεται με τις διάφορες τεχνικές λεύκανσης ζωντανών δοντιών που χρησιμοποιούνται σήμερα.

Ο καθορισμός της ασφάλειας ενός υλικού γίνεται συνήθως με έναν από τους εξής δύο τρόπους: Το προϊόν ελέγχεται σε πειραματόζωα έτσι ώστε να προβλεφθεί η τοξικότητά του στους ανθρώπους, ή, στην περίπτωση που κάποιο υλικό έχει χρησιμοποιηθεί παλαιότερα σε κάποιες μορφής θεραπευτικό σχήμα, εξετάζονται τα αρχεία του για πιθανές παρενέργειες.

ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Τα κύρια προβλήματα αυτής της τεχνικής αφορούν τη χρήση θερμότητας και φωτός για την ενεργοποίηση του υπεροξειδίου του υδρογόνου (κάτι που δεν απαιτείται σε ορισμένα σύγχρονα υλικά), όπως επίσης και την διαβρωτική φύση του διαλύματος που χρησιμοποιείται. Η θερμοκρασία πρέπει να ανέβει

στους 60°C, πολύ πάνω από την θερμοκρασία που ανέχεται το δέρμα του προσώπου. Ο ελαστικός απομονωτήρας που χρησιμοποιείται παρέχει κάποια θερμική μόνωση, αλλά σε μία μεγάλη συνδερία μπορεί να υπάρξει σημαντική ενόχληση για τον ασθενή. Η θερμοκρασία που αναπτύσσεται στον πολφ των δοντιών μερικές φορές μπορεί να ανέβει σε επίπεδα επικίνδυνα για τη ζωτικότητα του δοντιού. Ακόμη, πρέπει να προστατεύονται τα μάτια του ασθενή από το φως που χρησιμοποιείται, και υπάρχει η πιθανότητα για βλάβες στους μαλακούς ιστούς του ασθενή ή του γιατρού σε περίπτωση που έρθουν σε επαφή με το υλικό της λεύκανσης.

Έχει αναφερθεί σε μία ερευνητική εργασία σε σκυλιά ότι το υπεροξειδίου του υδρογόνου σε συγκέντρωση 35%, μόνο του ή σε συνδυασμό με θερμότητα μπορεί να προκαλέσει την εξάλειψη οδοντοβλαστών, αιμορραγία, απορρόφηση ή φλεγμονώδη διήθηση³. Ο ίδιος ερευνητής παρατήρησε βλάβες στον πολφ των δοντιών, που επανορθώθηκαν όμως σε δύο μήνες. Παρατηρήσεις κλινικών οδοντιάτρων που εφαρμόζουν αυτή την τεχνική για διάστημα πολλών ετών αναφέρουν ότι αυτός ο τρόπος λεύκανσης δεν προκαλεί νεκρώσεις των δοντιών⁴.

ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

Σε αυτή την τεχνική χρησιμοποιείται καρβαμιδικό υπεροξειδίου 10% που είναι ισοδύναμο με υπεροξειδίου του υδρογόνου 3%, δηλαδή 10 φορές μικρότερης συγκέντρωσης από το υλικό που χρησιμοποιείται για τη λεύκανση στο ιατρείο. Το καρβαμιδικό υπεροξειδίου διαλύεται σε 3% υπεροξειδίου του υδρογόνου και 7% ουρία. Το υπεροξειδίου του υδρογόνου είναι το ενεργό συστατικό και η ουρία έχει μία θετική δράση επειδή τείνει να ανεβάσει τη συγκέντρωση των ιόντων του υδρογόνου (pH) στο διάλυμα. Αυτή η τεχνική προκάλεσε μία επανάσταση στη λεύκανση των δοντιών, μία που είναι εύκολη στην εφαρμογή της, σχετικά οικονομική και με εξαιρετικά αποτελέσματα. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό επιτυχίας σε δόντια που πάσχουν από δυσχρωμίες τετρακυκλίνης είναι χαμηλό, με αυτά τα δόντια να γίνεται γενικά πιο φωτεινά αλλά όχι πιο λευκά, και η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται σημαντικά, από 2 - 6 εβδομάδες ανάλογα με το πόσες ώρες έχει τον νάρθηκα στο στόμα του ο ασθενής. Μία έρευνα σε 7.617 οδοντιάτρους έδειξε ποσοστό επιτυχίας πάνω από 90% και επιβεβαίωσε την ασφάλεια της τεχνικής αναφέροντας ότι το ένα τρίτο των ασθενών δεν είχε καμία απολύτως παρενέργεια ενώ οι υπόλοιποι είχαν κάποια πολύ ελαφρά ευαισθησία στα δόντια ή ερεθισμό των ούλων, κάτι αντι-στρεπτό σε μερικές μέρες από το τέλος της θεραπείας. Τις περισσότερες φορές

ο ερεθισμός των ούλων προέρχεται από κακό τεχνά κατασκευασμένο νάρθηκα¹⁶.

Υπάρχουν πολλές αναφορές στην βιβλιογραφία για τις καρκινογόνες επιδράσεις του υπεροξειδίου του υδρογόνου. Αυτές οι αναφορές όμως αφορούν καταστάσεις που ξεπερνούν κατά πολύ τη δόση και την χρονική περίοδο που γίνεται η λεύκανση των δοντιών. Για να παρατηρηθούν στον άνθρωπο οι αλλοιώσεις που παρατηρήθηκαν στα ποντίκια, θα έπρεπε κάποιος να πίνει κάθε μέρα 23ml υπεροξειδίου του υδρογόνου 35%, για όλη του τη ζωή¹⁷. Πολλές ερευνητικές εργασίες σε ζώα δείχνουν ότι η επίδραση του καρβαμιδικού υπεροξειδίου 10% στους ιστούς είναι μικρότερη ή ίση με άλλα, ευρέως αποδεκτά σκευάσματα, όπως η ευγενόλη¹⁸. Στην πραγματικότητα, μία μεγάλη εφάπαξ δόση υπεροξειδίου του υδρογόνου είναι τοξική στα κύτταρα, μία χαμηλότερη δόση όμως σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα δίνει τη δυνατότητα στα κύτταρα να συνηθίσουν και να μπορούν να δεχτούν εύκολα μία δόση που στην αρχή θα ήταν τοξική¹⁹. Επίσης, στη μεγάλη ιστορία χρήσης αυτού του σκευάσματος σε επαφή με τους μαλακούς ιστούς, για άλλους λόγους, δεν αναφέρεται κανένα πρόβλημα. Ως παράδειγμα αναφέρεται μία ερευνητική εργασία του 1971 από τους Fogel και Magill, οι οποίοι αναφέρουν τη χορήγηση καρβαμιδικού υπεροξειδίου σε ασθενείς ορθοδοντικούς, για την πρόληψη της τερηδόνας²⁰. 70 ασθενείς συμμετείχαν σε αυτή την εργασία για περίοδο 2 - 3 ετών. Το σκεύασμα δινόταν στους ασθενείς 4 φορές την ημέρα, και οι ασθενείς είχαν οδηγίες να μην ξεπλύνουν μετά, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα μία ημερήσια επαφή δύο ωρών περίπου. Ο συνολικός χρόνος επίδρασης του καρβαμιδικού υπεροξειδίου 10% ήταν 1500 - 2300 ώρες, πολύ περισσότερες από τις 40 - 300 ώρες που απαιτούνται για να γίνει η λεύκανση με τα υλικά που κυκλοφορούν σήμερα. Τα αποτελέσματα της εργασίας ήταν ότι το σκεύασμα ήταν αντιτερηνόγονο και ότι δεν παρουσιάστηκαν παρενέργειες. Ανάλογες εργασίες που δείχνουν την ασφάλεια του καρβαμιδικού υπεροξειδίου 10% υπάρχουν από τους Ambrose, Manhold, Firestone, Dickstein, Williams, Zinner, Shipman και πολλούς άλλους.

Κατά καιρούς έχουν παρουσιαστεί ανησυχίες για την επίδραση που μπορεί να έχει το καρβαμιδικό υπεροξείδιο στην αδαμαντίνη, αλλά δεν υπάρχουν εργασίες που να δείχνουν μεταβολές στην σκληρότητα ή την μορφολογία. Υπάρχουν όμως δημοσιεύσεις που αναφέρουν πιθανές αλλαγές στα χαρακτηριστικά αποτριβής κατά τη διάρκεια της θεραπείας^{21, 22}, ενώ αλλού δεν αναφέρεται καμία μεταβολή²³. Κλινικά, δεν υπάρχει κάποια εμφανής αλλαγή και τα δόντια διατηρούν τη γυαλιστερή τους εμφάνιση.

Σε μερικές περιπτώσεις, ιδίως όταν η θεραπεία γίνεται κατά τη διάρκεια του χειμώνα, παρουσιάζεται κάποια ελα-

φρά ευαισθησία στο κρύο, κάτι που αποδίδεται στο μικρό μοριακό βάρος του υπεροξειδίου του υδρογόνου που έχει ως αποτέλεσμα την εύκολη διέλευσή του από την αδαμαντίνη και την οδοντίνη ως τον πολφό. Αυτό όμως σταματά μετά το τέλος της θεραπείας.

Η επίδραση του λευκαντικού παράγοντα στις σύνθετες ρητίνες δεν έχει ερευνηθεί ιδιαίτερα, αλλά αυτό δεν θα πρέπει να μας ανησυχεί σημαντικά, μία που κατά πάσα πιθανότητα οι εμφράξεις του ασθενή θα χρειαστούν αντικατάσταση λόγω του ότι δεν θα ταιριάζει για το χρώμα τους με αυτό των δοντιών μετά από την λεύκανση. Η πορσελάνη, το αμάλγαμα και ο χρυσός δεν έχουν δείξει καμία αλλαγή στο χρώμα ή τη δομή τους και έτσι θεωρούνται υλικά ανεπηρέαστα από τη διαδικασία της λεύκανσης²⁴.

Κάτι που θα έπρεπε να προσέξει ο κλινικός οδοντίατρος είναι κάποια μείωση στη δύναμη της συγκόλλησης μεταξύ της αδροποιημένης αδαμαντίνης και των σύνθετων ρητινών. Αυτό έχει δείξει μετά από λεύκανση με 35% όπως και με 3% υπεροξείδιο του υδρογόνου²⁵, και είναι κάτι που σφειλεται στο οξύνο που παραμένει μέσα στο δόντι. Είναι ένα φαινόμενο που μειώνεται σταδιακά, καταλήγοντας στο φυσιολογικό επίπεδο μετά από μερικές ημέρες. Γενικά, η αδροποίηση και η συγκόλληση στα δόντια πρέπει να αναβάλλονται για τουλάχιστον 14 ημέρες μετά από το τέλος της λεύκανσης.

Στη σπάνια περίπτωση που ο ασθενής θα έχει ενοχλήσεις από την κροταφοναθική διάρθρωση, πρέπει να αφαιρεθούν τα οπίσθια δόντια από το νάρθηκα έτσι ώστε να παραμείνει μόνο η πρόσθια καθοδήγηση. Επίσης, θα έπρεπε να μειωθεί ο χρόνος που φορά ο ασθενής το νάρθηκα.

Καταλήγοντας σχετικά με την λεύκανση στο ιατρείο, θα έπρεπε να αναφέρουμε ότι η διάρκεια της θεραπείας δεν πρέπει να υπερβαίνει την χρονική περίοδο που ενδείκνυται για τον κάθε ασθενή, κάτι που μόνο ο οδοντίατρος του μπορεί να καθορίσει.

Επίσης, λόγω ανεπαρκών στοιχείων, συστήνεται να μην γίνεται λεύκανση δοντιών σε έγκυες γυναίκες, όπως και να μην καπνίζει ο ασθενής την ώρα που φορά το νάρθηκά του.

ΕΜΠΟΡΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΛΕΥΚΑΝΣΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ

Τα σκευάσματα λεύκανσης δοντιών που χορηγούνται από τον οδοντίατρο, δίνονται μετά από επιλογή του περιστατικού, πλήρες ιατρικό ιστορικό, οδοντιατρική εξέταση και αυστηρό περιορισμό της διάρκειας της θεραπείας. Μία που ο οδοντίατρος είναι ένας υψηλά καταρτισμένος επιστήμονας, ο οποίος χορηγεί συγκεκριμένη ποσότητα λευκαντικού υλικού, και ελέγχει την όλη διαδικασία (εβδομαδιαίως), μπορούμε να πούμε ότι εξασφαλίζεται η μέγιστη δυνατή ασφάλεια για τον ασθενή.

Ένα πολύ σοβαρό θέμα σχετικό με την ασφάλεια του ατόμου, είναι τα διάφορα λευκαντικά δοντιών που πωλούνται απευθείας στους καταναλωτές από τα φαρμακεία ή ακόμη και μέσω τηλεοπτικών διαφημίσεων. Μερικά από αυτά τα σκευάσματα περιέχουν οξέα, όπως το κιτρικό οξύ, για να προκαλέσουν κάποιο βαθμό διάβρωσης της αδαμαντίνης, υπεροξειδίου του υδρογόνου που επαλείφεται στα δόντια, και διοξειδίου του τιτανίου που είναι ένα ουσιαστικό των διαφόρων χρωμάτων που χρησιμοποιούνται στη βαφή σπιτιών²⁶. Δεν υπάρχουν οδοντιατρικές ερευνητικές εργασίες που να δείχνουν οποιουδήποτε αποτελέσματος με αυτές τις ουσίες, ενώ έχει αναφερθεί μία περίπτωση όπου έγινε σοβαρή διάβρωση της αδαμαντίνης σε κάποιο νεαρό άτομο που ακολούθησε την διαδικασία²⁷.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι οδοντίατροι δεν θα έπρεπε να καταδικάζουν ή να νιώθουν υπερβολικά βέβαιοι για την ασφάλεια της λεύκανσης των δοντιών, κάτι που πρέπει να γίνεται με όλες τις θεραπευτικές διαδικασίες και τα υλικά που χρησιμοποιούνται σήμερα στο πεδίο της οδοντιατρικής. Οι διάφορες τεχνικές λεύκανσης των δοντιών που φαίνεται ότι είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές, μέσα από ικανό αριθμό τεκμηριωμένων και καλά ελεγχόμενων ερευνητικών εργασιών, πρέπει να αποτελούν μία αποδεκτή θεραπευτική επιλογή^{28, 29}, γνωρίζοντας πάντα τους πιθανούς κινδύνους όπως και τα διάφορα πλεονεκτήματα που υπάρχουν. Αυτές οι τεχνικές συμπεριλαμβάνουν την λεύκανση στο ιατρείο με υπεροξείδιο του υδρογόνου 35%, και την ελεγχόμενη από τον οδοντίατρο λεύκανση στο σπίτι με καρβαμιδικό υπεροξείδιο 10%, ή άλλα παρόμοια υλικά.

Η σωστή, χωρίς προκαταλήψεις έρευνα, ήταν, είναι και θα παραμείνει ο μόνος τρόπος για να διαπιστώσει κανείς τι είναι σωστό και ασφαλές και τι όχι. Αφήνεται στον οδοντίατρο η ευθύνη της αξιολόγησης όλων των νέων στοιχείων που παρουσιάζονται, ο οποίος μπορεί να διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ασφάλειας για τις διάφορες οδοντιατρικές διαδικασίες που εφαρμόζονται στους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Chapple JA : Hints and queries. Dent Cosmos 1877 : 19 : 499.
2. Harlan AW : Proceedings of the American Dental Association - Twenty-Third Annual Session. Dent Cosmos 1884 : 26 : 97 - 98.
3. Seale NS, McIntosh JE, Taylor AN : Pulpal reaction to bleaching of teeth in dogs. J Dent Res. 1981 ; 60(5) : 948 - 953.
4. Feinman RA, Goldstein RE, Garber DA : Bleaching teeth. Chicago, Quintessence Publ Co, 1987.
5. Christensen GJ : Home - use bleaching survey - 1991. Clin Res Assoc Newsletter 1991 : 15(10) : 2
6. Woolverton CJ, Fotos PG, Mokas MJ, et al : Evaluation of eugenol for mutagenicity by the

Συνέχεια στην σελίδα 61

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Να μην υπάρχει βιασύνη Η γνωστή ή η ύποπτη περίπτωση να αναλαμβάνεται από τους πιο έμπειρους χειρουργούς. Να υπάρχει κατάλληλη προστασία όλου του σώματος.

Ο χειρουργός και η χειρουργική ομάδα θα πρέπει να φορέσει ότι καλύτερο υπάρχει σε ιματισμό ώστε να αποφευχθεί οποιαδήποτε επαφή με αίμα.

ΕΙΔΙΚΟΙ ΦΡΑΓΜΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

- Ειδικά αδιάβροχη υπόδηση.
- Αδιάβροχες μπλουζες.
- Διπλά αδιαπέραστα γάντια.
- Κάλυμα κεφαλής.
- Ειδική προστασία οφθαλμών.
- Χειρουργική μάσκα.

ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Ένταση προσοχής, επίγνωση και αυτοσυγκέντρωση στο χειρουργείο.

Προφορική εκφώνηση περάσματος εργαλείων.

Σωστή τοποθέτηση εργαλείων στο χειρουργικό τραπέζι.

Συρραφή χωρίς χρήση βελονών.

Μόνον ένας χειρουργός να εκτελεί συρραφή.

Ειδική προσοχή στον δακτυλικό χειρισμό οστικών άκρων.

Περιοδικός έλεγχος γαντιών, ιματισμού και υπόδησης.

Προστασία εκτεθειμένων συρμάτων και βιδών.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΑΝ ΣΥΜΒΕΙ ΜΟΛΥΝΣΗ

Πλύσεις ύποπτης δερματικής περιοχής (νερό - σαπουνί) από τον χειρουργό ή την κυκλοφορούσα αδελφή.

Αν το δέρμα τρυπηθεί ή κοπεί, πλύσεις - 70% ισοπροπυλική αλκοόλη.

Εξέταση αίματος ασθενή για HIV (μη

αναγκαία αν είναι γνωστός + ή -)

Αναφορά περιστατικού.

Εξέταση αίματος λειτουργού υγείας για HIV αμέσως - 3,6,12 μήνες.

Αν νυγμός έγινε από γνωστό HIV + ασθενή, έναρξη θεραπείας με ζιδοβουδίνη για έξι (6) εβδομάδες.

ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η βιομηχανία υγειονομικού εξοπλισμού έχει αναπτύξει καλύτερα υλικά για χειρόκτια (γάντια) και λοιπό εξοπλισμό χειρουργείου (σκούφος, μάσκες, μπλουζες, ποδιές, ποδονάρια).

Παρόλα αυτά η χρήση των παραπάνω δεν μπορεί από μόνη της να εκμηδενίσει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό. Σίγουρα όμως συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση της συχνότητάς της.

Η Χειρουργική (γναθοχειρουργική) ομάδα έχοντας επίγνωση της αυξημένης πιθανότητας έκθεσης, τηρώντας τις παραπάνω οδηγίες, μπορεί να αποφύγει αναίτια μόλυνση ή λύση της συνέχειας του δέρματος.

Τούτο θα συμβάλλει σημαντικά στην ελαχιστοποίηση της πιθανότητας μετάδοσης του ιού της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV) ή και άλλων από τον ασθενή στους υγειονομικούς λειτουργούς.

Μόλις τελειώσει το χειρουργείο τα ρούχα πρέπει να αποβληθούν με τελευταία τα γάντια.

Οι χειρουργοί να πλυθούν καλά με σαπουνί και στο πρόσωπο.

Ο μιας χρήσης ιματισμός να αποσυρθεί σε ειδικό κάδο χρώματος μπλέ ή κίτρινου.

ΑΠΟ ΝΟΜΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Είναι υποχρεωτική η δήλωση κάθε περίπτωσης AIDS (Γ.Α.Δ.6122/1986,δημ. Φ.Ε.Κ. Β, 592).

Πρέπει να τηρείται το απόρρητο (Γ.Κ. άρθρο 317)

Υπάρχει ποινική ευθύνη σε άρνηση

παροχής περιθαλψης ατόμων με AIDS (Γ.Κ. άρθρο 411).

Παρά τις προφυλάξεις που οφείλουν να παίρνουν οι λειτουργοί υγείας, δεν θα πρέπει να πανικοβάλλονται και να αντιμετωπίζουν με απέχθεια και υστερικές αντιδράσεις τον ασθενή με AIDS. Το γεγονός αυτό θα αποδεικνυε άγνοια και ανεπαρκή ιατρική παιδεία αφ' ενός και αφ' ετέρου ρατσιστική προκατάληψη. Θα παραγνωρίζονταν έτσι δύο βασικά δικαιώματα του ανθρώπου, το δικαίωμα που έχει στη ζωή και το δικαίωμα στην υγεία.

Η θέση του υγειονομικού απαιτεί την παροχή της καλύτερης περιθαλψης και της αντιμετώπισης εκείνης που υπαγορεύει η λογική και ο ανθρωπισμός.

Κλείνοντας το άρθρο αυτό θα ήθελα να τονίσω 2 πράγματα.

Πρώτο ότι η αντιμετώπιση του ιού απαιτεί συνεχή ενημέρωση, πιστή τήρηση των κανόνων προφύλαξης και γενικά μια ώριμη και νηφάλια αντίληψη λογικής προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών.

Δεύτερο, η αντιμετώπιση του αρρώστου απαιτεί βαθειά κατανόηση και ολόψυχη συμπαράσταση στο πρόβλημά του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Β.Χ., ΚΟΚΚΟΤΟΥ Ε.: Χειρουργική AIDS και Ηπατίτιδα Β, Εκδ. Π. Πασχάλιδης, ΑΘΗΝΑ, 1991.
 2. De VITA, HELLMAN S., ROSENBERG S.: AIDS, Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention, Εκδ. Lippincott, Philadelphia 3rd Edition, 1992.
 3. LIBMAN H., WITZBURG, R: HIV Infection, a clinical manual: Εκδ. Little Brown, Boston, 2nd Edition, 1993.
 4. ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Μ., ΒΟΥΝΑΤΣΟΥ Μ.: Εργαστηριακός έλεγχος ατόμων με HIV - λοίμωξη Εκδ.: Κέντρο Έλέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, Αθήνα 1994.
- Για περισσότερες πληροφορίες, στείλετε μήνυμα (e-mail) στο sales@athena.domi.gr ή τηλεφωνήστε μας στα (+301) 4224959 ή FAX (+301) 4137123

Η επεξεργασία του άρθρου, όπως και η λήψη του από το site: <http://www.domi.gr/> του Internet έγινε από τον επιστημονικό συντάκτη **Ελευθέριο Χ. Παπαλέξη** για τις ανάγκες του περιοδικού.

Λευκανση Δοντιών: ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΙΝΑΙ;

Συνέχεια από την σελίδα 58

mouse micronucleus test. J Oral Pathol 1986 : 15 : 450 - 453.

7. Wingvist L, Rannug U, Rannug A, et al : Protection from toxic and mutagenic effects of H₂O₂ by catalase induction in Salmonella typhimurium. Mutat Res 1984 : 141 : 145 - 147.

8. Fogel MS, Magill JM : Use of an antiseptic agent in orthodontic hygiene. Dent Surv 1971 : 47 : 50 - 54.

9. Kalili T, Mito R, Caputo AA, et al : In vitro toothbrush abrasion and bond strength of bleached enamel. J Dent Res 1991 : 70 : 546 (abstr No. 2243).

10. Seghi RR, Denry I : Effects of external bleaching on indentation and abrasion charac-

teristics of human enamel in vitro. J Dent Res 1992 : 71(6) : 1340 - 1344.

11. Scherer W, Cooper H, Ziegler B, et al : At-home bleaching system : effects on enamel and cementum. J Esthet Dent 1991 : 3 : 54 - 56.

12. Hunsaker KJ, Christensen GJ, Christensen RP : Tooth bleaching chemicals - influence on teeth and restorations. J Dent Res 1990 : 69 : 303 (abstr No. 1558)

13. McCuckin RS, Thurmond BA, Osowitz S : In vitro enamel shear bond strengths following vital bleaching. J Dent Res 1991 : 70 : 377 (abstr No. 892).

14. Stanton D : Discoveries. Dentist 1990 : April : 47.

15. Cubbon T, Ore D : Hard tissue and

home tooth whiteners. CDS Review 1991 : 85(5) : 32 - 35.

16. Haywood VB : History, safety, and effectiveness of current bleaching techniques and applications of the nightguard vital bleaching technique. Quint Int 1992 : 23(7) : 471 - 488.

17. Material safety data : Hydrogen peroxide 35%. FMC Corporation. 1988. pp 1 - 9.

18. Golub - Evans J : AACD survey finds bleaching safe and effective. Dent Today 1991 : August : 34 - 37.

19. McLaughlin G, Freedman GA : Color atlas of tooth whitening. Ishiyaku Euro - America, Inc. 1991.

20. Goldstein RE, Garber DA : Complete dental bleaching. Chicago, Quintessence Publ Co, 1995.