



15^ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ Ι

- 1) Σιψής Ι, Σέιμπ ΚΑ, Καργιαντουλάκης Α.** Κατάστρωση θεραπευτικού χρονοδιαγράμματος ορθοδοντικής θεραπείας σε περιοδοντικούς ασθενείς
Επιβλέπων: Σηφακάκης Ι.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι ο καθορισμός των κατευθυντήριων γραμμών αναφορικά με τον κατάλληλο χρόνο και τις προϋποθέσεις έναρξης της ορθοδοντικής θεραπείας σε περιοδοντικούς ασθενείς.

Υλικά και μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και Scopus, αλλά και στη Βιβλιοθήκη της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών. Τέθηκε περιορισμός στην ημερομηνία δημοσίευσης των ερευνών από το 2004 έως το 2024. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση της βιβλιογραφίας ήταν: orthodontic treatment, periodontal patients, time planning, guidelines, periodontitis και συνδυασμοί αυτών. Τελικά, 9 άρθρα συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση αυτή.

Αποτελέσματα: Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση δοντιών με περιοδοντικά και ορθοδοντικά προβλήματα είναι η συντηρητική περιοδοντική θεραπεία, δηλαδή η διδασκαλία στοματικής υγιεινής και ο έλεγχος παραγόντων κινδύνου, η αποτρύγωση και η ριζική απόξεση. Στη συνέχεια, εάν κριθεί απαραίτητο ακολουθεί η χειρουργική του περιοδοντίου με μη αναγεννητικές τεχνικές. Εάν και πάλι δεν σημειωθεί βελτίωση, επαναλαμβάνονται τα παραπάνω στάδια, ενώ σε θετική εξέλιξη της θεραπείας ακολουθούν οι αναγεννητικές τεχνικές σε περιοχές ενδοοστικών ελλειμμάτων με 1-6 μήνες περίοδο επούλωσης των ιστών. Οι κλινικοί δείκτες περιοδοντικής υγείας, η διάρκεια της περιοδοντικής θεραπείας, η απώλεια κλινικής πρόσφυσης και ο τύπος της οστικής απώλειας θα καθορίσουν την έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας και το είδος των μετακινήσεων. Κατά τη διάρκεια της ορθοδοντικής μετακίνησης γίνονται περιοδικές περιοδοντικές επανεξετάσεις. Για τον μηχανικό και βιολογικό σχεδιασμό της ορθοδοντικής μετακίνησης αξιολογείται η απώλεια οστικής στήριξης, η δυνατότητα εμβύθισης των δοντιών και αισθητικής βελτίωσης του χαμόγελου. Μετά την ολοκλήρωση της ορθοδοντικής θεραπείας, γίνεται τελική αξιολόγηση από τις δύο ειδικότητες και προτείνεται τρόπος διατήρησης του αποτελέσματος.

Συμπεράσματα: Η μείωση των περιοδοντικών ιστών λόγω προηγούμενης περιοδοντικής νόσου συνήθως δεν αποτρέπει την ορθοδοντική θεραπεία. Η περιοδοντική θεραπεία ξεκινά πρώτη με διδασκαλία στοματικής υγιεινής και έλεγχο παραγόντων κινδύνου, αποτρύγωση και ριζική απόξεση και πιθανόν χειρουργική του περιοδοντίου. Χρονικά, η έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας τοποθετείται 3-6 μήνες μετά τη συντηρητική ή μη αναγεννητική χειρουργική περιοδοντική θεραπεία και 9-12 μήνες μετά την αναγεννητική. Ουσιαστικά, το θεραπευτικό χρονοδιάγραμμα είναι εξατομικευμένο και εξαρτάται τόσο από την αρχική βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου, όσο και από το βαθμό συνεργασίας του ασθενή.

2) Ταμπακοπούλου Ε. Πώς μπορεί να επιτευχθεί με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα η διεύρυνση της άνω γνάθου στους ενήλικες;
Επιβλέπων: Σηφακάκης Ι.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των σύγχρονων μεθόδων διεύρυνσης άνω γνάθου σε ενήλικες ασθενείς, συμπεριλαμβανομένης της τμηματικής οστεοτομίας Le Fort I, της χειρουργικά υποβοηθούμενης διεύρυνσης (SARPE) και της υποβοηθούμενης με μικροεμφυτεύματα διεύρυνσης (MARPE). Διερευνώνται τόσο οι οδοντικές όσο και σκελετικές μεταβολές των τεχνικών, καθώς και οι επικείμενες αλλαγές των μαλακών μορίων που προκαλούνται. Ακόμη αξιολογείται η μακροχρόνια αποτελεσματικότητα και σταθερότητα της θεραπείας.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση και μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων PubMed στις 6 Απριλίου 2024, με λέξεις-κλειδιά “Rapid Palatal Expansion” (OR) “SARPE” (OR) “MARPE” (AND) “adults”. Συμπεριλήφθηκαν άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 2016 έως το 2024 στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η τμηματική οστεοτομία Le Fort I αποδίδει ένα ανόμοιο μοτίβο σκελετικής και οδοντικής διεύρυνσης σε σύγκριση με τη SARPE και επομένως οι δύο αυτοί τρόποι θεραπείας θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε διαφορετικές κλινικές περιπτώσεις, αναλόγως των ενδείξεων. Η διενέργεια οστεοτομίας Le Fort I ενός τεμαχίου είναι λιγότερο δυσχερής με χαμηλότερο ποσοστό επιπλοκών από την οστεοτομία Le Fort I πολλών τεμαχίων. Αρκετές ανασκοπήσεις έχουν δείξει ότι η SARPE αυξάνει το εύρος της άνω γνάθου τόσο σε σκελετικό όσο και σε οδοντικό επίπεδο. Ωστόσο, η αναφερόμενη μετεγχειρητική σταθερότητα ποικίλλει μεταξύ των ερευνών, ενώ λίγες μελέτες έχουν διαφοροποιήσει το σκελετικό από το οδοντικό αποτέλεσμα. Κατά την τελευταία δεκαετία, η SARPE οστικής στήριξης χρησιμοποιείται συχνότερα για την παράλληλη σκελετική διεύρυνση των οστικών τμημάτων και την ελαχιστοποίηση της απόκλισής τους. Η MARPE συνδέεται με υψηλό ποσοστό επιτυχίας στη σκελετική και οδοντική διεύρυνση της άνω γνάθου στους ενήλικες. Ωστόσο μπορεί να προκαλέσει οδοντικές και περιοδοντικές παρενέργειες και να επηρεάσει τους μαλακούς ιστούς.

Συμπεράσματα: Η εγκάρσια διάσταση αποτελεί κρίσιμη συνιστώσα της ορθοδοντικής θεραπείας του ενήλικα ασθενούς. Υπάρχουν διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις και θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες και οι επιθυμίες του κάθε ασθενούς αλλά και οι περιορισμοί της θεραπείας. Λόγω του σοβαρού κινδύνου μεροληψίας των περισσότερων μελετών που είναι διαθέσιμες στη βιβλιογραφία, είναι απαραίτητη η προσεκτική ερμηνεία των δεδομένων και συνιστάται η διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών υψηλότερης ποιότητας.

3) Σκεμπετζή Χ, Χατζηαργύρης Α. Οι απαρχές της Ορθοδοντικής επιστήμης: Ι. Πρώιμη καταγραφή ορθοδοντικών ανωμαλιών από τον Da Vinci
Επιβλέπων: Σηφακάκης Ι.

Σκοπός εργασίας: Ο Leonardo Da Vinci, μέσα από τις χαρακτηριστικά του, αποτύπωσε με έντονο ύφος σκελετικές και ορθοδοντικές ανωμαλίες, στην προσπάθειά του να εισαγάγει “πρότυπα ασχήμιας” σε μία εποχή “ιδανικού”, την εποχή της Αναγέννησης. Ο προβληματισμός του σχετικά με τα δυσμορφικά πρόσωπα, καθώς και το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του προς την ανατομία του ανθρώπινου σώματος, αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης γι’ αυτές τις δημιουργίες, από τις οποίες αντλούμε πληροφορίες για τα ορθοδοντικά δεδομένα της εποχής και τις γνώσεις των επιστημόνων στον τομέα της Οδοντιατρικής. Σκοπός της εργασίας είναι η ορθοδοντική ανάλυση των προσώπων αυτών, η κατηγοριοποίηση τους με βάση τις αρχές της Ορθοδοντικής και η ανάδειξη του Da Vinci ως πρωτοπόρο στην περιγραφή των οδοντοσκελετικών ανωμαλιών.

Υλικά και μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση των χαρακτηριστικών στην ιστοσελίδα: Leonardo da vinci grotesque heads hi-res stock photography and images -Alamy. Πληροφορίες για την ανάλυση των χαρακτηριστικών συλλέγησαν από διάφορα βιβλία και διαδικτυακές πηγές.

Αποτελέσματα: Βρέθηκαν 18 διαφορετικά χαρακτηριστικά που απεικονίζουν κατατομές προσώπων με οδοντοσκελετικά προβλήματα. Τα πρόσωπα αυτά κατηγοριοποιήθηκαν σε οδοντικές Τάξεις κατά Angle και αναλύθηκαν λεπτομερώς. Οι ανωμαλίες που εντοπίστηκαν ήταν: προγναθισμός κάτω γνάθου, εκσεσημασμένος πώγωνας και προπέτεια ρινός, έντονη γενειοχειλική αύλακα, διαταραχές της ρινοχειλικής γωνίας, διακυμάνσεις στο άνω και κάτω πρόσθιο ύψος και αποκλίσεις σκελετικών επιπέδων. Θα γίνει αναφορά στις πηγές από τις οποίες ο Da Vinci αντλούσε τις πληροφορίες του και στις μεθόδους πειραματικών μελετών του. Θα επεξηγηθούν σύμφωνα με τις ιστορικές πηγές, οι λόγοι που ώθησαν τον Da Vinci να διερευνήσει αυτές τις ανωμαλίες και θα αναφερθεί η εκτενής έρευνά του για το ανθρώπινο κρανίο, τους οδοντικούς τύπους και την ανατομία του στοματογναθοπροσωπικού συστήματος.

Συμπεράσματα: Ο Da Vinci θέλησε μέσω των χαρακτηριστικών του να τονίσει την αντίθεση μεταξύ του ωραίου και του άσχημου. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι ο Da Vinci μέσω των έργων αυτών, προσπάθησε να περιγράψει τη σημασία που έχει η εικόνα του στόματος στη γενικότερη αισθητική του προσώπου. Κάποιοι αναφέρουν ότι ίσως και να διασκεδάζε με τις καρικατούρες του αλλά η ισχύουσα άποψη είναι ότι ο Da Vinci συνέπασχε με τους εικονιζόμενους του, ήταν βαθιά ευαίσθητοποιημένος για τα προβλήματά τους και γι’ αυτό τα έργα αυτά δεν είναι αστεία, αλλά εκπέμπουν μία απελπιστική, ακόμα και τρομακτική, δύναμη.

4) Παπανικολάου ΛΔ, Παπουτσή Δ, Αλί Χ. Τρόπος λειτουργίας και αποτελεσματικότητα των ορθοδοντικών λειτουργικών μηχανημάτων
Επιβλέπων: Σηφακάκης Ι.

Σκοπός: Τα λειτουργικά μηχανήματα αποτελούν το κεντρικό αντικείμενο εκτεταμένων ερευνών. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνηθούν: α) ο τρόπος δράσης των λειτουργικών ορθοδοντικών μηχανημάτων καθώς και β) η αποτελεσματικότητά τους στην διόρθωση των ορθοδοντικών μηχανημάτων.

Υλικά και μέθοδος: Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναζήτηση στο PubMed/Medicine και στο Google Scholar, διερεύνηση και μελέτη των κλινικών ερευνών σχετικά με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μηχανημάτων αυτών, του ιδανικού χρόνου εφαρμογής τους, αλλά και του τρόπου δράσης τους.

Αποτελέσματα: Βασική αρχή των μηχανημάτων αυτών είναι η τοποθέτηση της κάτω γνάθου σε διαφορετική θέση. Όταν η κάτω γνάθος τοποθετείται πιο πρόσθια, δημιουργούνται πιέσεις λόγω της τάσης μυών και μαλακών μορίων και κατ' επέκταση επηρεάζονται τα οδοντικά τόξα και οι οστικές δοκίδες. Πρέπει, όμως, να εφαρμόζονται σε ασθενείς όπου βρίσκονται ακόμα σε περίοδο αύξησης. Εγείρονται, ωστόσο, ερωτήματα για τον σωστό χρόνο εφαρμογής τους, δηλαδή, αν πρέπει αυτά να τοποθετούνται στην πρώιμη ή στην όψιμη φάση του μικτού φραγμού. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι κατά την πρώιμη φάση συμβαίνουν οι σημαντικότερες σκελετικές μεταβολές, ενώ άλλοι επισημαίνουν ότι κατά την όψιμη φάση η θεραπεία είναι βραχύτερης διάρκειας και πιο αποτελεσματική. Υπάρχουν 2 είδη λειτουργικών μηχανημάτων: α) αυτά που χρησιμοποιούνται για οδοντικές μόνο μετακινήσεις όπως το επικλινές επίπεδο άνω ή κάτω γνάθου και η πλάκα συγκλείσεως άνω γνάθου και β) αυτά που χρησιμοποιούνται για διόρθωση σκελετικών προβλημάτων, όπως ο ενεργοποιητής, τα μηχανήματα Bionator, Frankel και Herbst. Κυρίως χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία συγκλεισιακών προβλημάτων κατά Angle Τάξης II Κατηγορίας 1 αλλά και Κατηγορίας 2. Αν και δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα στοιχεία για σκελετική διόρθωση σε προβλήματα Τάξης III, συστήνονται κάποιες λειτουργικές συσκευές και για αυτές τις ανωμαλίες όπως η τροποποιημένη συσκευή του twin block, το Frankel III και η ανάστροφη μορφή του ενεργοποιητή. Κατά κανόνα χρησιμοποιούνται πρώτα οι λειτουργικές συσκευές για διόρθωση ή μείωση της σκελετικής δυσαρμονίας και μετά για την εξισορρόπηση της σύγκλεισης τοποθετούνται οι ακίνητες συσκευές.

Συμπεράσματα: Εν κατακλείδι όσον αφορά στον ιδανικό χρόνο εφαρμογής των λειτουργικών μηχανημάτων οι έρευνες συνηγορούν στο γεγονός ότι η πρώιμη θεραπεία με λειτουργικές συσκευές δεν έχει μεγαλύτερη σκελετική επίδραση, ενώ η θεραπεία διαρκεί περισσότερο. Ωστόσο, διχογνωμία απαντάται στα συμπεράσματα των ερευνών για την αποτελεσματικότητα των μηχανημάτων αυτών. Ορισμένες υποστηρίζουν ότι επιφέρουν μικρές ευεργετικές αλλαγές στα σκελετικά πρότυπα, στατιστικά σημαντικές, αλλά αυτές δεν είναι μόνιμες και σημαντικές κλινικά. Άλλες έρευνες καταλήγουν πως μπορεί να έχουν θεαματικά αποτελέσματα στην θεραπεία της δυσλειτουργίας της Τάξης II και στην μείωση της οριζόντιας και κατακόρυφης πρόταξης. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι πιθανότητες επιτυχίας της συσκευής στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στην συνεργασία του ασθενή.

5) Μπιζμπιάνου Ε, Δούρος ΑΛ. Ορθοδοντική θεραπεία σε ασθενείς με περιοδοντίτιδα Σταδίου IV.
Επιβλέπων: Καναβάκης Γ. Δερέκα Ξ.

Η περιοδοντίτιδα σταδίου IV χαρακτηρίζεται από προχωρημένη απώλεια περιοδοντικών ιστών η οποία οδηγεί σε απώλεια σημαντικού αριθμού δοντιών, κινητικότητα βαθμού ≥ 2 , εκτεταμένες οστικές βλάβες, συγκλεισιακές ανωμαλίες και μασητική δυσλειτουργία. Σε ασθενείς με περιοδοντίτιδα σταδίου IV, η περιοδοντική θεραπεία, πολλές φορές δεν είναι αρκετή για τη σταθεροποίηση της κλινικής κατάστασης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Έτσι, είναι απαραίτητη η συνεργασία περισσότερων ειδικοτήτων για τη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς. Σε αρκετά περιστατικά, συχνά απαιτείται ο συνδυασμός περιοδοντικής και ορθοδοντικής θεραπείας με σκοπό την αποκατάσταση της θέσης των δοντιών και της λειτουργικής σύγκλεισης, η οποία κατά την εξέλιξη της περιοδοντίτιδας έχει αλλοιωθεί λόγω μετανάστευσης ή απώλειας των δοντιών.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς της ορθοδοντικής προσέγγισης ασθενών με θεραπευμένη περιοδοντίτιδα σταδίου IV και να συνοψίσει τις συστάσεις για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών.

Υλικά και μέθοδοι: Αναζήτηση σε τρεις διαφορετικές βάσεις δεδομένων τον Φεβρουάριο 2024 για κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες επιστημονικών εταιρειών, σύγχρονη βιβλιογραφία και συστηματικές ανασκοπήσεις.

Αποτελέσματα: Σε ασθενείς με υγιές, μη φλεγμονώδες, αλλά ελαττωμένο περιοδόντιο, η ορθοδοντική θεραπεία δεν επηρεάζει σημαντικά τις περιοδοντικές παραμέτρους (επίπεδο κλινικής πρόσφυσης, βάθος θυλάκου, ακτινογραφικό επίπεδο οστού), δεν επηρεάζει σημαντικά τη φλεγμονή, την αιμορραγία κατά την ανίχνευση και την υφίζηση των ούλων και δεν οδηγεί σε σημαντική αύξηση του κινδύνου απορρόφησης ρίζας. Λόγω της απώλειας κλινικής πρόσφυσης υπάρχουν ιδιαίτερες ανάγκες σε ορθοδοντική στήριξη, ενώ εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου υποτροπής πιθανόν να είναι απαραίτητη μόνιμη παθητική συγκράτηση. Κατά την διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας, για τη διατήρηση της περιοδοντικής υγείας προτείνεται η εφαρμογή προγράμματος επανάκλησης και επαναξιολόγησης ανά 3 μήνες. Αντιθέτως, αν η περιοδοντική φλεγμονή παραμείνει ανεξέλεγκτη, επιδεινώνεται η οστική απώλεια και η απώλεια πρόσφυσης με αποτέλεσμα την πιθανή διακοπή της εφαρμογής ορθοδοντικών δυνάμεων.

Συμπεράσματα: Η ορθοδοντική θεραπεία δεν επιβαρύνει την περιοδοντική κατάσταση περιοδοντικών ασθενών με υγιές αλλά μειωμένο περιοδόντιο, με την προϋπόθεση ότι η περιοδοντική υγεία εξασφαλίζεται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της ορθοδοντικής θεραπείας (βελτιωμένη θέση δοντιών, λειτουργική σύγκλειση και αισθητική) πλεονεκτούν έναντι ενδεχόμενης βλάβης των ιστών, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθεί και βελτίωση στους περιοδοντικούς δείκτες.

6) Ψαράκη ΑΜ, Φασομυτάκη Μ, Τζωρτζακάκη ΑΣ. Εφαρμογές της Τεχνητής Νοημοσύνης στην Ορθοδοντική
Επιβλέπων: Καναβάκης Γ.

Η τεχνητή νοημοσύνη αποτελεί ένα εύχρηστο τεχνολογικό εργαλείο το οποίο βρίσκει πολλές εφαρμογές πλέον και στον τομέα της Ιατρικής. Αξιοσημείωτη είναι και η προσφορά της στο πεδίο της Οδοντιατρικής και συγκεκριμένα της Ορθοδοντικής. Αναλυτικότερα, συλλέγει και αξιοποιεί πληροφορίες συμβάλλοντας στον προσδιορισμό ανατομικών δομών, στην ανίχνευση παθολογικών ευρημάτων και στον προγραμματισμό κατάλληλης θεραπείας. Με τον τρόπο αυτό, η διαδικασία της διάγνωσης, πρόγνωσης και σχεδιασμού θεραπείας γίνονται ασφαλέστερα και ταχύτερα. Ωστόσο παραμένει ακόμη η ανάγκη για διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας, ώστε η χρήση της να καταστεί πιο ευρεία, να μειωθούν τα πιθανά σφάλματα και να βελτιωθούν οι δυνατότητες που προσφέρει

Σκοπός: Βασικός στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των εφαρμογών της τεχνητής νοημοσύνης στον τομέα της Ορθοδοντικής, η επισήμανση της συνεισφοράς της στις ορθοδοντικές πρακτικές καθώς επίσης και των περιορισμών χρήσης της, λόγω πιθανών σφαλμάτων, οι οποίοι μπορούν να αρθούν μελλοντικά με εξέλιξη των ήδη υπαρχόντων ψηφιακών εργαλείων.

Υλικά και μέθοδος: Το υλικό της εργασίας προήλθε από ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στην βάση δεδομένων Pubmed και Google scholar χωρίς χρονικό προσδιορισμό για τα υπάρχοντα άρθρα, στην αγγλική γλώσσα με κριτήρια τις λέξεις κλειδιά: Artificial Intelligence, Orthodontics, Dentistry, CBCT, Cephalometric analysis, treatment planning

Συμπεράσματα: Η τεχνητή νοημοσύνη έχει αδιαμφισβήτητα συμβάλλει στην πρόοδο της Ορθοδοντικής, αφού αποτελεί σημαντικό εργαλείο στην τέλεση της ορθοδοντικής θεραπείας από το στάδιο της διάγνωσης και του προσδιορισμού ανάγκης της θεραπείας έως το τελικό στάδιο εφαρμογής της. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η χρήση της τεχνητής νοημοσύνης στην Ορθοδοντική αποτελεί συμπληρωματικό εργαλείο και δεν υποκαθιστά την κρίση του γιατρού.

ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ

7) Μιουμπή Μ, Κανέλλος Γ. Διατήρηση δίρριζων δοντιών με διχοτόμηση Επιβλέπων: Γιαννακόπουλος ΝΝ

Σκοπός: Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναλυθεί η τεχνική της προγομφοποίησης, να γνωστοποιηθούν οι ενδείξεις και αντενδείξεις της, καθώς και οι προϋποθέσεις για την μακροπρόθεσμη επιτυχία της. Στο τέλος της, παρουσιάζεται και κλινικό περιστατικό για την πληρέστερη κατανόηση της τεχνικής.

Υλικά και μέθοδοι: Στις βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus, αλλά και σε ελληνική βιβλιογραφία αναζητήθηκαν για τις σχετικές μελέτες, συγκεκριμένα ερευνητικά άρθρα που βασίζονται σε λύσεις σχετικά με την αποκατάσταση δίρριζων δοντιών με προσβολή του διχασμού των ριζών. Οι βασικοί όροι αναζήτησης ορίστηκαν ως εξής: root resection, prosthodontic treatment in periodontal disease, διχοτόμηση δοντιών και επανορθωτικές αποκαταστάσεις. Ένα κλινικό περιστατικό της Κλινικής Συνολικής Αντιμετώπισης του τμήματος Οδοντιατρικής του ΕΚΠΑ συνέφερε ως παράδειγμα στην παρούσα μελέτη καθώς πραγματοποιήθηκε προγομφοποίηση του δοντιού #36 λόγω τερηδόνας στην συμβολή των ριζών σε ασθενή με προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα και επακόλουθη επανορθωτική αποκατάσταση με ολοκεραμική στεφάνη.

Αποτελέσματα: Μετά από έλεγχο της διαθέσιμης βιβλιογραφίας φαίνεται ότι η προγομφοποίηση δίρριζων δοντιών θεωρείται ευρέως ικανοποιητική λύση σε δόντια με προκεχωρημένη απώλεια περιοδοντικών ιστών και προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών. Στο σύνολο των ερευνών που συλλέχθηκαν αναφέρονται ποσοστά επιτυχίας του διαχωρισμού δίρριζων δοντιών στην άνω γνάθο 70-84% και 64-72% στην κάτω γνάθο σε διάστημα 10 ετών, σε δόντια με προκεχωρημένη απώλεια περιοδοντικών ιστών και τερηδονικές βλάβες ή διάτρηση ή απορρόφηση, που δεν ενδεικνυόταν άλλη θεραπευτική λύση εκτός εξαγωγής. Οι περισσότερες αποτυχίες παρουσιάζονται συνήθως ύστερα από τα 5 πρώτα χρόνια και είναι σχεδόν διπλάσιες στα κάτω από ό,τι στα άνω δόντια.

Η περιοδοντική νόσος ευθύνεται μόνο για ένα μικρό ποσοστό αποτυχιών, ενώ τα κατάγματα των ριζών και τα ενδοδοντικά προβλήματα αποτελούν τις συχνότερες αιτίες αποτυχίας.

Στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης του 4ου έτους του Τμήματος Οδοντιατρικής του ΕΚΠΑ αντιμετωπίσαμε σχετικό περιστατικό σε ασθενή με προκεχωρημένη περιοδοντίτιδα και τερηδόνα στη συμβολή των ριζών. Η θεραπευτική αντιμετώπιση έγινε με διαχωρισμό των ριζών και ακολούθησε η προσθετική αποκατάσταση των δύο γειτονικών πλέον κολοβωμάτων με μονήρη στεφάνη, το οποίο είχε επιτυχή έκβαση.

Συμπεράσματα: Η προγομφοποίηση ή διαχωρισμός ριζών σε δίρριζα δόντια, κυρίως των γομφίων της κάτω γνάθου, σε περιοδοντικούς ασθενείς είναι λύση με μακροπρόθεσμα επιτυχημένα αποτελέσματα που επιτρέπει την παραμονή γομφίων με αμφίβολη πρόγνωση, στον φραγμό. Οι δυο “νέοι προγόμφοιοι” έχουν τη δυνατότητα έπειτα από προσθετική αποκατάσταση με στεφάνη να διατηρηθούν στον φραγμό με άριστη λειτουργική, βιολογική και αισθητική συμπεριφορά.

8) Μιχαήλ Σ, Αμαριωτάκη Β, Γεωργιάδης Κ. Χειρουργική εξαίρεση αδαμαντινοβλαστώματος άνω γνάθου - επιμέρους στάδια προσθετικής αποκατάστασης (παρουσίαση περιστατικού).
Επιβλέπων: Αρτοπούλου Ι.

Το αδαμαντινοβλάστωμα αποτελεί τον 2ο πιο συχνό επιθηλιακό οδοντογενή όγκο μετά το οδόντωμα.

Αναπτύσσεται παρουσιάζοντας συνήθως διηθητική ικανότητα, αλλά καλοήγη συμπεριφορά και μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να έχει εξαλλαγή σε κακοήθεια. Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση του αδαμαντινοβλαστώματος. Ως εκ τούτου προκύπτει ενδοστοματικό έλλειμα σκληρών και μαλακών ιστών με συνοδά λειτουργικά και αισθητικά προβλήματα για τον ασθενή.

Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά στους επιμέρους τύπους αδαμαντινοβλαστωμάτων, στην αιτιοπαθογένεια αυτών, τη συχνότητα εμφάνισης, καθώς και την προσθετική αποκατάσταση των ελλειμάτων που προκύπτουν μετά τη χειρουργική εξαίρεση αυτών.

Αναφέρεται μια περίπτωση ασθενή με εκτομή αδαμαντινοβλαστώματος στην άνω γνάθο, καθώς και τα επιμέρους στάδια της προσθετικής αποκατάστασης.

9) Τάση Χ. Ολική στοματική αποκατάσταση ασθενούς με ακίνητες επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις: Κλινικό περιστατικό.

Επιβλέπων: Νικέλης Θ, Σαραφιανού Α.

Εισαγωγή: Οι ολικές αποκαταστάσεις είναι αρκετά απαιτητικές, καθώς, πέραν της προβλεψιμότητας του τελικού αποτελέσματος, στοχεύουν τόσο στη λειτουργική, όσο και την υψηλή αισθητική απόδοση.

Σκοπός: Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη, μέσω ενός κλινικού περιστατικού, της ολικής στοματικής αποκατάστασης με ακίνητες επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, χρησιμοποιώντας διαφορετικά υλικά.

Μέθοδοι και Υλικά: Ασθενής 58 ετών προσήλθε με επιθυμία βελτίωσης της αισθητικής του χαμόγελου και της μασητικής του λειτουργίας. Ύστερα από λήψη ιστορικού και εκτενούς κλινικού και ακτινογραφικού ελέγχου αποφασίστηκε η εξαγωγή των εναπομεινάντων δοντιών, λόγω κακής πρόγνωσης, και η τοποθέτηση τεσσάρων και πέντε εμφυτευμάτων στην κάτω και την άνω γνάθο αντίστοιχα. Μετά τη λήψη αποτυπωμάτων, κατασκευάστηκαν βασικές πλάκες με κέρινα ύψη και πραγματοποιήθηκαν οι καταγραφές, για την συμβατική κατασκευή άμεσων ολικών οδοντοστοιχιών. Βάσει αυτών, μετά την εξαγωγή των δοντιών, διαμορφώθηκε ένας χειρουργικός οδηγός, με τη χρήση του οποίου έγινε η προσθετικά κατευθυνόμενη τοποθέτηση των εμφυτευμάτων και στη συνέχεια τοποθετήθηκαν οι οδοντοστοιχίες με μαλακό επίστρωμα. Μετά την περίοδο οστεοενσωμάτωσης, έγιναν η αποκάλυψη των εμφυτευμάτων, η αναλογική τελική αποτύπωση, καθώς και η επαλήθευση των τελικών εκμαγείων με jig για παθητική έδραση των τελικών προσθετικών αποκαταστάσεων. Δημιουργήθηκαν βασικές πλάκες με κέρινα ύψη για καταγραφές και στην συνέχεια διαγνωστικό κέρωμα για λειτουργικό συγκλεισιακό και αισθητικό έλεγχο. Κατόπιν, πραγματοποιήθηκε η ψηφιοποίηση των εκμαγείων και των διαγνωστικών κερωμάτων με επιτραπέζιο σαρωτή, η σχεδίαση και κοπή της δοκού τιτανίου σε τραπεζοειδή σχηματισμό για τη κάτω γνάθο, και οι διατοξικές προσθετικές αποκαταστάσεις από PMMA. Μετά την ενδοστοματική δοκιμή και την έγκριση του ασθενούς, ακολούθησε η κοπή της ζιρκονίας με τεχνική cut back για προστομιακή επικάλυψη πορσελάνης με σκοπό το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα στην άνω γνάθο, καθώς και η τελική διαμόρφωση της υβριδικής αποκατάστασης για την κάτω γνάθο με εν θερμό πολυμεριζόμενο ακρυλικό (warp around). Οι τελικές αποκαταστάσεις κοχλιώθηκαν ενδοστοματικά, έγινε έλεγχος σύγκλεισης και δημιουργήθηκε νάρθηκας νυχτός.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Η τελική αποκατάσταση καλύπτει τις υψηλές αισθητικές απαιτήσεις του ασθενούς, έχει κατάλληλες μηχανικές ιδιότητες και πλήρη λειτουργικότητα. Παράλληλα, δεδομένου ότι η τελική αποκατάσταση είναι ψηφιακά σχεδιασμένη, υπάρχει η δυνατότητα κατασκευής μιας νέας-πανομοιότυπης προσθετικής αποκατάστασης (PMMA), λόγω πιθανής αποτριβής των μασητικών επιφανειών στο μέλλον, άμεσα και με μικρότερη οικονομική επιβάρυνση.

10) Ζουμπουνέλης Σ, Αλέρτας Α, Βούτος Α. Προσθετική χωρίς όρια; Μια κλινική προσέγγιση στη σημασία της οριακής εφαρμογής των μεταβατικών αποκαταστάσεων.
Επιβλέπων: Θεοχαροπούλου Κ, Καμποσιώρα Φ.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας μιας λεπτομερώς κατασκευασμένης μεταβατικής αποκατάστασης, εστιάζοντας στην προσαρμογή της στο τελικό όριο της παρασκευής, στο σύνολο της θεραπευτικής αντιμετώπισης ενός ασθενούς.

Μέθοδος/Υλικά: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης, διεθνούς βιβλιογραφίας, μέσω χρήσης βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar) και με λέξεις κλειδιά «Temporary Restorations», «Preparation Margin», «Emergence profile», «Oral Hygiene», «Interdental Gingiva», «Contact Point». Παράλληλα, παρουσιάζεται περιστατικό της Κλινικής Συνολικής Αντιμετώπισης Ασθενών(ΚΣΑΑ) της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, στο οποίο πραγματοποιείται προσθετική αποκατάσταση της πρόσθιας ζώνης με σκοπό βελτιωμένη αισθητική. Οι μεταβατικές αποκαταστάσεις κατασκευάστηκαν με χρήση διαφανούς μήτρας ομπίνας, από εν-ψυχρώ ακρυλική ρητίνη, μετά από διαγνωστικό κέρωμα, ενώ η αναπροσαρμογή των ορίων μετά τις τελικές παρασκευές πραγματοποιήθηκε με το ίδιο υλικό.

Αποτελέσματα: Τα πλεονεκτήματα μιας ορθώς κατασκευασμένης μεταβατικής αποκατάστασης και της αναπροσαρμογής της στο τελικό όριο, μετά της τελικές παρασκευές, είναι πολλαπλά, και το στάδιο αυτό δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται απλώς σαν μια παρεμβολή μεταξύ των τελικών παρασκευών και της συγκόλλησης της τελικής αποκατάστασης. Με μια κατάλληλα διαμορφωμένη, λεία και στιλβωμένη μεταβατική με πλήρη οριακή προσαρμογή, μπορούμε να εξασφαλίσουμε την υγεία των περιοδοντικών ιστών, να βελτιώσουμε/διαφυλάξουμε το προφίλ ανάδυσσης των μαλακών ιστών, αλλά και την διαμόρφωσή τους γύρω από την τελική προσθετική αποκατάσταση. Επιπλέον, διευκολύνεται η άσκηση της στοματικής υγιεινής από τον ασθενή, ενώ πιθανές επιπλοκές κατά την τελική αποτύπωση περιορίζονται σημαντικά. Ταυτόχρονα, «αντιγράφοντας» τη μεταβατική αποκατάσταση, την οποία έχουμε προσαρμόσει στις ανάγκες του εκάστοτε περιστατικού και στις επιθυμίες του ασθενή, επικοινωνούμε καλύτερα στο εργαστήριο τα επιθυμητά στοιχεία που πρέπει να διαθέτει η τελική, από βιολογική, λειτουργική και αισθητική σκοπιά. Όσον αφορά στο συγκεκριμένο περιστατικό, αξιοποιήθηκε η άμεση τεχνική αναπροσαρμογής των ορίων στις τελικές παρασκευές, τοποθετώντας ακρυλική ρητίνη σε λεπτόρρευση μορφή, ενδοστοματικά.

Συμπεράσματα: Η ασθενής δήλωσε ικανοποιημένη τόσο από την αισθητική, όσο και από την βελτιωμένη εικόνα των ούλων. Μία άρτια διαμορφωμένη μεταβατική αποκατάσταση οφείλει να αποτελεί το πλησιέστερο ανάλογο της τελικής εργασίας στις συνθήκες του στόματος του ασθενούς. Μάλιστα, έχοντας κατασκευάσει την μεταβατική σύμφωνα με το επιθυμητό τελικό αποτέλεσμα, το μόνο που μεταβάλλεται κατά την παράδοση της τελικής εργασίας είναι το υλικό! Με αυτό τον τρόπο, παρουσιάζονται σχέδια θεραπείας με μεγαλύτερη προβλεψιμότητα, αλλά και μακροβιότητα.

11) Αλέρτας Α, Αντωνίου Β, Βούτος ΠΝ. Σύγχρονη ταξινόμηση Οδοντιατρικής Ζιρκονίας. Ιδιότητες και ενδείξεις στην προσθετική.

Επιβλέπων: Παπαθανασίου Ι, Καμποσιώρα Φ.

Σκοπός: Διαφορετικά υλικά ζιρκονίας έχουν εισαχθεί τα τελευταία χρόνια στην κλινική πράξη. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ταξινόμηση των διαθέσιμων υλικών ζιρκονίας καθώς και η παρουσίαση των ιδιοτήτων και των ενδείξεων χρήσης τους.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση με χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων (PubMed) με τη χρήση λέξεων-κλειδίων για μελέτες που αναφέρονται σε οδοντιατρικά υλικά ζιρκονίας.

Αποτελέσματα: Η σταθεροποιημένη με ύττρια οδοντιατρική ζιρκονία ταξινομείται σε 12 τύπους και μπορεί να είναι μονοχρωματική ή πολυχρωματική, μονοστρωματική ή πολυστρωματική και να έχει ομοιογενή ή υβριδική σύνθεση. Η ζιρκονία διακρίνεται σε διάφορους τύπους με βάση την περιεκτικότητα σε ύττρια. Για προσθήκη ύττριας 3 mol% έχει τετραγωνικές φάσεις και είναι γνωστή ως τετραγωνική πολυκρυσταλλική ζιρκονία (TZP). Για προσθήκη ύττριας 3-8 mol% έχει τετραγωνικές και κυβικές φάσεις και είναι γνωστή ως μερικώς σταθεροποιημένη ζιρκονία (PSZ), ενώ για περιεκτικότητα μεγαλύτερη από 8 mol% έχει σταθερή κυβική φάση σε θερμοκρασία δωματίου και είναι γνωστή ως κυβική σταθεροποιημένη ζιρκονία (CSZ) Όσον αφορά τις ιδιότητες των διαφορετικών τύπων ζιρκονίας έχει διαπιστωθεί ότι η υψηλότερη περιεκτικότητα σε ύττρια σχετίζεται χαμηλότερη μηχανική αντοχή αλλά υψηλότερη διαφάνεια και καλύτερες οπτικές ιδιότητες.

Συμπεράσματα: Σήμερα είναι διαθέσιμοι τύποι ζιρκονίας με διαφορετική σύνθεση και επομένως διαφορετικές ιδιότητες και ενδείξεις που δίνουν τη δυνατότητα στον κλινικό οδοντίατρο να επιλέξει το κατάλληλο υλικό ζιρκονίας για κάθε κλινική περίπτωση. Η δυνατότητα αυτή καθιστά την CAD/CAM μονολιθική ζιρκονία υλικό εκλογής για προσθετικές αποκαταστάσεις μικρής ή μεγαλύτερης έκτασης σε πρόσθιες και οπίσθιες περιοχές.

12) Τρύφωνας Ο, Κοντοέ ΑΜ, Κωστούλας Β. Όψεις σύνθετης ρητίνης - πορσελάνης: σύγκριση ιδιοτήτων και ενδείξεων
Επιβλέπων: Καβουρα Β, Παπαβασιλείου Γ.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η εμβάθυνση στη συγκριτική ανάλυση μεταξύ όψεων σύνθετης ρητίνης και όψεων πορσελάνης, δύο υλικά που χρησιμοποιούνται κατ' επανάληψη στην αισθητική οδοντιατρική. Με την αυξανόμενη ζήτηση στη βελτίωση του χαμόγελου, η κατανόηση των διακρίσεων μεταξύ αυτών των υλικών είναι ζωτικής σημασίας, κι ως εκ τούτου, η ανάλυση των δύο μεθοδολογιών θα αφορά τόσο τις ιδιότητες των υλικών όπως η αισθητική απόδοση και η μακροβιότητα, όσο και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του εκάστοτε υλικού.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε γνωστές βάσεις δεδομένων όπως PubMed και Google Scholar με λέξεις κλειδιά όπως “composite veneers”, “porcelain veneers”, “direct composite bonding” με σκοπό την εύρεση ερευνών που συγκρίνουν τα 2 υλικά ως προς τις επιθυμητές ιδιότητες.

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση έδειξε πολλά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα σχετικά και με τις 2 τεχνικές. Οι όψεις σύνθετης ρητίνης πλεονεκτούν έχοντας σημαντικά μικρότερο χρόνο θεραπείας, δυνατότητα εύκολης διόρθωσης και όντας πιο οικονομικές. Παρόλα αυτά είναι ευάλωτες σε προσρόφηση χρωστικών αλλά και φθορά σε βάθος χρόνου, συγκριτικά με τις όψεις πορσελάνης. Αντιθέτως, οι όψεις πορσελάνης αποδίδουν ένα αισθητικότερο αποτέλεσμα, μιμούμενο τα φυσικά χαρακτηριστικά των δοντιών, όπως το χρώμα και η διαφάνεια.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, ενώ κάθε υλικό παρουσιάζει ξεχωριστά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, η επιλογή μεταξύ όψεων σύνθετων ρητινών και όψεων πορσελάνης χρειάζεται να γίνεται με βάση τις ατομικές ανάγκες και προτιμήσεις του εκάστοτε ασθενούς, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνεται υπόψιν η μακροπρόθεσμη διατήρηση της αποκατάστασης σε άρτια κατάσταση, αλλά και το κόστος της.

ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ I

13) Πόπορης NN. Είναι αναγκαία η τοποθέτηση ενδορριζικών αντισηπτικών φαρμάκων στην Ενδοδοντία; Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Επιβλέπων: Αγραφιώτη Α.

Σκοπός: Η παρουσίαση των ενδεδειγμένων ενδορριζικών αντισηπτικών φαρμάκων και το πρωτόκολλο χρήσης τους.

Υλικά και μέθοδοι: Άρθρα σχετικά με τη χρήση ενδορριζικών αντισηπτικών φαρμάκων αναζητήθηκαν μέσω των βάσεων δεδομένων PubMed Central, Google Scholar και ResearchGate και τα αποτελέσματά τους αξιολογήθηκαν ως προς τη σημαντικότητά τους.

Αποτελέσματα: Κατά καιρούς έχει προταθεί η χρήση διαφόρων ενδορριζικών αντισηπτικών φαρμάκων στην Ενδοδοντία. Σήμερα, η τήρηση των βασικών αρχών κατά την τέλεση της ενδοδοντικής θεραπείας και ειδικά ο καθαρισμός με χημικά και μηχανικά μέσα, η μορφοποίηση και η έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωλήνων κατέχουν πρωτεύοντα ρόλο, ενώ η τοποθέτηση οποιουδήποτε ενδορριζικού αντισηπτικού φαρμάκου δευτερεύοντα. Σε δόντια με ζωντανό, μη-μολυσμένο πολφό ενθαρρύνεται η ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας σε μια συνεδρία, καθώς οι πολλαπλές συνεδρίες με τοποθέτηση ενδορριζικού αντισηπτικού φαρμάκου δεν προσφέρουν κάποιο κλινικό πλεονέκτημα. Φάρμακο εκλογής θεωρείται το υδροξείδιο του ασβεστίου, το οποίο συγκεντρώνει πληθώρα πλεονεκτημάτων και η χρήση του έχει καθιερωθεί σε διάφορες εφαρμογές στην κλινική πράξη.

Συμπεράσματα: Το υδροξείδιο του ασβεστίου παραμένει το προτιμώμενο ενδορριζικό αντισηπτικό φάρμακο, η χρήση του οποίου θα πρέπει να γίνεται σε προσεκτικά επιλεγμένα περιστατικά όπου η ενδοδοντική θεραπεία σε περισσότερες από μια συνεδρία κρίνεται απαραίτητη. Περιστατικά με οξεία συμπτωματολογία και κίνδυνο αναζωπύρωσης της φλεγμονής, στα οποία η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας είναι καθοριστική για τη θετική έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος, αποτελούν την πλειονότητα αυτών. Το υδροξείδιο του ασβεστίου βρίσκει κι άλλες κλινικές εφαρμογές, όπως σε δόντια με απορρόφηση, νεκρό πολφό και αδιάπλαστο ακρορρίζιο, καθώς και στην αναγεννητική Ενδοδοντία. Τέλος, σαν ενδορριζικά αντισηπτικά φάρμακα νέας γενιάς παρουσιάζονται τα αντιμικροβιακά πεπτιδία και τα νανοσωματίδια, τα οποία φαίνονται πολλά υποσχόμενα, αλλά ακόμα απαιτείται ενδελεχής έρευνα για την αποτελεσματικότητά τους.

14) Δουμπρή ΟΕ, Δουμπρή Δ, Δαβαλάς Β. Παραλλαγές στη μορφολογία των ριζών και ριζικών σωλήνων των κάτω μόνιμων γομφίων.

Επιβλέπων: Καραθανάση Α, Αγραφιώτη Α.

Σκοπός: Βασική προϋπόθεση για μια επιτυχημένη ενδοδοντική θεραπεία είναι η γνώση της ανατομίας των ριζικών σωλήνων και των παραλλαγών τους. Οι κάτω γομφίοι είναι δόντια που παρουσιάζουν συχνά διαφοροποιήσεις στην μορφολογία τους, γεγονός που μπορεί να αυξήσει το επίπεδο δυσκολίας της ενδοδοντικής θεραπείας.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση τόσο της κλασσικής όσο και της σύγχρονης βιβλιογραφίας. Σήμερα η μελέτη της ανατομίας του συστήματος των ριζικών σωλήνων των κάτω γομφίων βασίζεται σε τομές υπολογιστικής τομογραφίας κωνικής δέσμης και micro-CT.

Αποτελέσματα: Η συνήθως αναμενόμενη μορφολογία των κάτω μόνιμων γομφίων αποτελείται από δύο ρίζες. Μια εγγύς ρίζα, που φέρει συνήθως δύο ριζικούς σωλήνες παρειογλωσσικά, και μια άπω ρίζα, που φέρει έναν ριζικό σωλήνα αντίστοιχα. Παρά ταύτα, έχουν καταγραφεί στατιστικά σημαντικά ποσοστά παραλλαγών, με κύριες τον ταυροδοντισμό, γομφίοι δίκην οπλής αλόγου (c-shaped), radix, εγγύς μέσος ριζικός σωλήνας, τρίρριζος γομφίος και μονόρριζος γομφίος. Αυτές οι διαφοροποιήσεις απαιτούν ειδικούς χειρισμούς από τον επεμβαίνοντα ιατρό.

Συμπεράσματα: Οι κάτω μόνιμοι γομφίοι είναι δόντια που απαιτούν αρκετά συχνά οδοντιατρική φροντίδα και συγκεκριμένα ενδοδοντική θεραπεία. Συνεπώς, η γνώση της μορφολογίας των δοντιών αυτών αποτελεί τη βάση για μια επιτυχημένη ενδοδοντική θεραπεία και την παραμονή τους στον φραγμό μακροπρόθεσμα.

Λέξεις-Κλειδιά: κάτω μόνιμοι γομφίοι, σύστημα ριζικών σωλήνων, παραλλαγές

15) Χαντράς Σταυρουλάκης Α. Αναζωπύρωση περιακρορριζικής φλεγμονής (Flare up): Παρουσίαση κλινικού περιστατικού.

Επιβλέπων: Θεοδωράκογλου Ν, Αγραφιώτη Α.

Σκοπός: Η αναζωπύρωση περιακρορριζικής φλεγμονής (flare up) μεταξύ των ενδοδοντικών συνεδριών, χαρακτηρίζεται από εμφάνιση έντονης συμπτωματολογίας με πόνο ή/και οίδημα, εντός λίγων ωρών ή ημερών μετά την ενδοδοντική παρέμβαση και είναι τέτοιας έντασης, με αποτέλεσμα ο ασθενής να αναζητά επείγουσα αντιμετώπιση. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ανάλυση του φαινομένου της αναζωπύρωσης, μέσα από την παρουσίαση ενός σχετικού κλινικού περιστατικού.

Υλικά και μέθοδοι: Στην εργασία παρουσιάζεται ένα περιστατικό, όπου σε πλάγιο τομέα της άνω γνάθου (#22) με περιακρορριζική αλλοίωση, που αντιμετωπίστηκε στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης Ασθενών, εμφανίστηκε αναζωπύρωση περιακρορριζικής φλεγμονής, μεταξύ των συνεδριών της ενδοδοντικής θεραπείας. Θα συζητηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες του flare up, η συχνότητα εμφάνισής του, τα ενδεδειγμένα μέσα για τη διαχείριση του, καθώς και πιθανοί τρόποι με τους οποίους μπορεί να προληφθεί.

Αποτελέσματα: Παρόλο που η εμφάνιση flare up μεταξύ των συνεδριών δεν επιδρά στην πρόγνωση της ενδοδοντικής θεραπείας, η επιπλοκή προκαλεί έντονη ανησυχία σε ασθενείς και κλινικούς. Για το λόγο αυτόν, ο κλινικός οφείλει να γνωρίζει τους πιθανούς παράγοντες πρόκλησης της επιπλοκής, ώστε να μπορέσει κατά το δυνατόν να μειώσει τις πιθανότητες εμφάνισης της.

Συμπεράσματα: Η αναζωπύρωση περιακρορριζικής φλεγμονής (flare up) μεταξύ των ενδοδοντικών συνεδριών αποτελεί πιθανή επιπλοκή ανάμεσα στα περιστατικά της καθημερινής ενδοδοντικής πράξης και ο κλινικός οφείλει να είναι γνωστικά καταρτισμένος και έτοιμος να το αντιμετωπίσει, προσφέροντας ανακούφιση στον ασθενή.

16) Αλί Χ, Αναστασοπούλου Β, Παπουτσή Δ. Σύγχρονη διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση ενδοπεριοδοντικών βλαβών. Παρουσίαση περιστατικών
Επιβλέπων: Τζανετάκης Γ.

Εισαγωγή: Οι ενδοπεριοδοντικές βλάβες αποτελούν μια ιδιαίτερη κλινική παθολογική οντότητα διότι αφορούν την ανατομική και παθολογική συσχέτιση δύο ιστών, του πολφού και του περιοδοντίου, που έχουν κοινή εμβρυολογική προέλευση. Ενώ η ανατομική συσχέτιση είναι δεδομένη, η αιτιολογική συσχέτιση της ενδοδοντικής παθολογίας με την περιοδοντική νόσο έχει πάντα ως βάση τον μικροβιακό παράγοντα με περισσότερο πιθανή τη μετάδοση της παθολογίας από το εσωτερικό της πολφικής κοιλότητας προς το περιοδόντιο.

Μέθοδοι-Σκοποί: Η κατανόηση της σύνθετης αιτιοπαθογένειας των ένδο-περιοδοντικών προβλημάτων είναι αναγκαία με σκοπό να τεθεί αρχικά η σωστή διάγνωση, να τεθεί η πρόγνωση του περιστατικού και τέλος να επιλεγεί το κατάλληλο σχέδιο θεραπείας σε κάθε περίπτωση. Θα παρουσιαστούν περιστατικά με βάση την ταξινόμηση των ενδοπεριοδοντικών βλαβών ανάλογα με την διάγνωση που τίθεται σε κάθε περίπτωση.

Αποτελέσματα: Στα περιστατικά που θα παρουσιαστούν, η αντιμετώπιση περιελάμβανε είτε μόνο την ενδοδοντική θεραπεία του υπεύθυνου δοντιού είτε τη συνδυασμένη ενδοδοντική και περιοδοντική θεραπεία. Η επανεξέταση των περιστατικών αποκάλυψε επούλωση των βλαβών με πιο αργή αποκατάσταση στις περιπτώσεις εκείνες που συνυπήρχε και περιοδοντική νόσος.

Συμπερασματικά: Η διάγνωση των ενδοπεριοδοντικών προβλημάτων αποτελεί πάντα μια κλινική πρόκληση για τον θεράποντα οδοντίατρο με την αιτία του προβλήματος να μην είναι πάντα προφανής. Σε αρκετές περιπτώσεις απαιτείται και η κλινική εξέταση άλλων περιοχών του στόματος με σκοπό τη διερεύνηση συνύπαρξης γενικευμένης περιοδοντικής νόσου. Οι δοκιμασίες αισθητικότητας βοηθούν σημαντικά στη διαφορική διάγνωση ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις, η επανεξέταση του ασθενή απαιτείται να λάβει χώρα σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα.

17) Τσάκα Τ, Πιέτρι Α, Παππάς Π. Χειρουργική ολοκλήρωση ενδοδοντικού περιστατικού με εκτεταμένη περιακρορριζική αλλοίωση.
Επιβλέπων: Τζανετάκης Γ.

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση εκτεταμένων περιακρορριζικών αλλοιώσεων ενδοδοντικής αιτιολογίας απαιτεί συχνά τη χειρουργική προσπέλασή τους με σκοπό την ανακούφιση των ασθενών και την ταχύτερη επούλωση της βλάβης. Το υψηλό μικροβιακό φορτίο σε συνδυασμό με την έντονη αντίδραση των ιστών του ξενιστή αποτελούν τους συχνότερους αιτιολογικούς παράγοντες ανάπτυξης τέτοιων βλαβών.

Μέθοδοι-Σκοποί: Γυναίκα ηλικίας 44 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό προσήλθε για ενδοδοντική θεραπεία των δοντιών #14 και #15 λόγω ύπαρξης περιακρορριζικών αλλοιώσεων που αποκαλύφθηκαν στον ακτινογραφικό έλεγχο και συμπτωματολογίας στην περιοχή. Εξαιτίας του εύρους της αλλοίωσης, η ασθενής παραπέμφθηκε άμεσα για υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) με σκοπό την τρισδιάστατη απεικόνιση και την οριοθέτηση της βλάβης.

Αποτελέσματα: Η τρισδιάστατη απεικόνιση αποκάλυψε την έκταση της βλάβης με ταυτόχρονη απώθηση του εδάφους του ιγμορείου. Διενεργήθηκαν ενδοδοντικές θεραπείες και στη συνέχεια η βλάβη εξαιρέθηκε χειρουργικά με ταυτόχρονη ακρορριζεκτομή και ανάστροφη έμφραξη των δοντιών. Δώδεκα μήνες μετά, ο ακτινογραφικός επανέλεγχος αποκάλυψε την πλήρη επούλωση των ιστών.

Συμπερασματικά: Η χειρουργική αντιμετώπιση εκτεταμένων περιακρορριζικών βλαβών ενδοδοντικής αιτιολογίας αποτελεί πλέον μια αξιόπιστη και προβλέψιμη θεραπευτική επιλογή. Ο ενδεδειγμένος και εμπειριστατωμένος κλινικός και ακτινογραφικός έλεγχος είναι αναγκαίος για την κατάρτιση του κατάλληλου σχεδίου θεραπείας.

18) Σωκράτους Σ, Καϊλης Α, Βουζούνη Ε. Χειρουργική ενδοδοντική θεραπεία: Μια σύγχρονη προσέγγιση
Επιβλέπων: Κερεζούδης Ν.

Σκοπός: Η συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία δεν επιτυγχάνει πάντα τους στόχους της και ακόμα και μετά από χρόνια μπορεί να υπάρξει αποτυχία. Σε περίπτωση που χρήζει επανάληψη της, τίθεται το ερώτημα στον θεράποντα εάν θα επανεπέμβει στο σύστημα των ριζικών σωλήνων συντηρητικά ή αν θα πραγματοποιήσει χειρουργική θεραπεία. Με την πάροδο των χρόνων και την εξέλιξη στον τομέα της ενδοδοντίας οι προϋποθέσεις και περιορισμοί για πραγματοποίηση ενδοδοντικής θεραπείας χειρουργικά αλλάζουν. Έτσι λοιπόν ο κλινικός καλείται να είναι συνεχώς ενημερωμένος και εκπαιδευμένος κατάλληλα. Σκοπός της παρουσίασης μας είναι η ανάλυση των ενδείξεων και περιορισμών της χειρουργικής ενδοδοντικής θεραπείας σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα. Επιπλέον θα γίνει αναφορά σε αντίστοιχα κλινικά περιστατικά και ανάλυση τους.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω χρήσης βάσεων δεδομένων (pubmed, google scholar, scopus) και επιστημονικών περιοδικών (international endodontic journal) αλλά και στη βιβλιοθήκη της οδοντιατρικής σχολής Αθηνών, με λέξεις κλειδιά: ‘endodontic surgical retreatment’, ‘apical surgery’, ‘root-end filling’, ‘microsurgical endodontics’.

Αποτελέσματα: Η χειρουργική ενδοδοντική θεραπεία αποτελεί μια πολύ καλή λύση σε περιπτώσεις που η συμβατική προσέγγιση μέσω του μυλικού θαλάμου είναι αδύνατη ή πρέπει να αποφευχθεί για οποιοδήποτε λόγο. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις που η πρόσβαση μέσω της μύλης δεν είναι δυνατή λόγω προσθετικής αποκατάστασης είτε επειδή είναι πρόσφρατη είτε επειδή δεν είναι δυνατή η πρόσβαση. Επίσης, σε περιπτώσεις συμβάματος (σπασμένο εργαλείο στο ακρορριζικό τρίτημόριο, διατρήσεις ριζικού σωλήνα, έξοδος εμφρακτικών υλικών στους περιακρορριζικούς ιστούς) κατά την αρχική ενδοδοντική θεραπεία το οποίο προκαλεί παθολογία και μπορεί να αντιμετωπιστεί εύκολα χειρουργικά, σε αντιμετώπιση πιθανής παθολογικής κατάστασης ακρορριζικά και προβλημάτων που προκαλούν παθολογία (απορροφήσεις, τερηδόνα), για διαγνωστικούς σκοπούς (κατάγματα ρίζας), σε συστήματα ριζικών με δύσκολη ανατομία όπως και σε προηγούμενες εμφράξεις με υλικά τα οποία είναι σχεδόν αδύνατον να αφαιρεθούν. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθούν και οι περιορισμοί της χειρουργικής προσέγγισης όπως η μη αποκαταστάσιμη μύλη, η κοντή ρίζα του δοντιού, η στενή γειτνίαση με ανατομικά μόρια, η επιβαρυσμένη περιοδοντική κατάσταση του δοντιού και το μεγάλο πάχος του οστικού πετάλου.

Συμπεράσματα: Η χειρουργική ενδοδοντική θεραπεία στις μέρες μας μπορεί να αποκαταστήσει δόντια τα οποία στο παρελθόν ήταν καταδικασμένα λόγω της αδυναμίας συμβατικής επανεπέμβασης στους ριζικούς σωλήνες. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό ο ειδικός να μπορεί να διακρίνει τις περιπτώσεις στις οποίες είναι εφικτό και ενδείκνυται να πραγματοποιηθεί χειρουργική ενδοδοντική θεραπεία.

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ Ι

19) Τζιτζίδης Θ. Νεκρωτικές Βλάβες Περιοδοντίου.

Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Σκοπός: Να διευρύνουμε τις γνώσεις μας και να ενημερώσουμε τους συναδέλφους για σπάνιες οξείες βλάβες.

Υλικά και Μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση στη βιβλιοθήκη PubMed από την οποία επιλέχθηκαν και μελετήθηκαν 8 άρθρα, εκ των οποίων τα 7 ήταν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και 1 παρουσίαση περιστατικών.

Αποτελέσματα: Οι νεκρωτικές περιοδοντικές νόσοι είναι οξείες βλάβες του περιοδοντίου, μικροβιακής αιτιολογίας. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει τη νεκρωτική ουλίτιδα, τη νεκρωτική περιοδοντίτιδα και τη νεκρωτική στοματίτιδα, οι οποίες φαίνεται να είναι τρία διαδοχικά στάδια της ίδιας κατάστασης.

Τα τυπικά κλινικά χαρακτηριστικά τους είναι ο πόνος, η νέκρωση του επιθηλίου των μεσοδόντιων θηλών και η αιμορραγία. Αν και η αιτιολογία αυτών των νόσων είναι η οδοντική μικροβιακή πλάκα, στην παθογένεση τους συντρέχουν προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η ανοσοανεπάρκεια, ο υποσιτισμός, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και το στρες.

Επιδημιολογικά πρόκειται για εξαιρετικά σπάνιες νόσους στο γενικό πληθυσμό, ωστόσο μπορούν να αποβούν μοιραίες για την πρόγνωση ενός δοντιού και είναι ιδιαίτερα καταστροφικές για τους ιστούς και το οστόν και για αυτό είναι σημαντική η έγκαιρη διάγνωσή τους. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με μια απλή κλινική εξέταση, ενώ στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται φυσαλιδώδεις παθήσεις, ερπητική ουλοστοματίτιδα και διάβρωση από την οδοντόβουρτσα.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την απομάκρυνση των νεκρών ιστών και την τακτική επαναξιολόγηση από πλευράς ιατρού και την προσεκτική στοματική υγιεινή μέσω βουρτσίσματος και πλύσεων με στοματικά διαλύματα από πλευράς ασθενούς. Οι νεκρωτικές περιοδοντικές έχουν την τάση να υποστρέφουν μετά τη θεραπεία.

Συμπεράσματα: Οι νεκρωτικές περιοδοντικές βλάβες είναι οξείες και σπάνιες. Ο επιπολασμός τους εξαρτάται από την πληθυσμιακή ομάδα που μελετάται και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των ασθενών. Ο αυξημένος ρυθμός καταστροφής των περιοδοντικών ιστών τις καθιστά ιδιαίτερα επιθετικές και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Η θεραπεία τους συνίσταται στην απομάκρυνση του μικροβιακού παράγοντα και την αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων.

20) Μακρή ΕΜ, Αλεξίου Ε. Βιολογικό εύρος πρόσφυσης. Δεδομένα απαραίτητα και σίγουρα όχι δεδομένο.

Επιβλέπων: Δερέκα Ξ.

Το βιολογικό εύρος πρόσφυσης (νεότερη ονομασία: υπερφατνιακή πρόσφυση των ιστών - supracrestal tissue attachment) αποτελεί βασικό παράγοντα για την διατήρηση της υγείας των περιοδοντικών ιστών. Ορίζεται ως το άθροισμα του εύρους του προσπεφυκώτος επιθηλίου με το εύρος σε ακρορριζική-μυλική διάσταση της περιοχής πρόσφυσης των ινών του συνδετικού ιστού, οι οποίες βρίσκονται επάνω από την κορυφή της φατνιακής απόφυσης στη ριζική επιφάνεια. Δρα ως προστατευτικός φραγμός για το περιρριζίο και το φατνιακό οστόν έναντι της μικροβιακής προσβολής αλλά και κάθε υλικού (όπως εμφρακτικό υλικό ή προσθετικές αποκαταστάσεις) που είναι δυνατόν να προκαλέσει την έναρξη ή την διατήρηση της περιοδοντικής φλεγμονής. Η παραβίαση της πρόσφυσης αυτής θα οδηγήσει σε ακρορριζική μετακίνηση του προσπεφυκώτος επιθηλίου, οστική απώλεια και απώλεια πρόσφυσης και θα εκδηλωθεί με τη δημιουργία θυλάκου ή υφίζησης ανάλογα με τον περιοδοντικό φαινότυπο.

Σκοπός: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της σημασίας της υπερφατνιακής πρόσφυσης και του ρόλου της διαμόρφωσής της για την περιοδοντική υγεία κυρίως στα δόντια-στηρίγματα των προσθετικών αποκαταστάσεων.

Υλικά και Μέθοδοι: Αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις επιστημονικών μελετών και συστηματικών ανασκοπήσεων για τα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν στην αξιολόγηση και τις τεχνικές αποκατάστασης της υπερφατνιακής πρόσφυσης των ιστών.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος του εύρους της υπερφατνιακής πρόσφυσης των ιστών δυνατόν να κυμαίνεται μεταξύ 2,15 και 2,30 mm. Ο τύπος του δοντιού και η θέση του, η ύπαρξη προσθετικής αποκατάστασης και περιοδοντικής νόσου επηρεάζουν τις διαστάσεις της πρόσφυσης. Η εκτίμηση του εύρους της πρόσφυσης γίνεται με τον περιοδοντικό ανιχνευτήρα με τοπική αναισθησία, μετρώντας την απόσταση της παρυφής των ελευθέρων ούλων από την κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας (bone sounding). Απαιτείται η ύπαρξη απόστασης τουλάχιστον 3 mm μεταξύ των ορίων της αποκατάστασης και της κορυφής της φατνιακής ακρολοφίας. Εφόσον αξιολογηθούν σωστά οι ενδείξεις και οι προϋποθέσεις, η απόδοση των απαιτούμενων διαστάσεων της πρόσφυσης γίνεται με χειρουργικές (ουλεκτομή, ακρορριζικά μετατοπιζόμενος κρημνός με ή χωρίς αφαίρεση οστού) και ορθοδοντικές τεχνικές.

Συμπεράσματα: Η αποκατάσταση και η διατήρηση της περιοδοντικής υγείας καθώς και η εξασφάλιση του εύρους της υπερφατνιακής πρόσφυσης θα πρέπει να είναι βασικά μέριμνα του κλινικού προτού προβεί σε οποιαδήποτε προσθετική αποκατάσταση.

21) Μαύρου Β. Θεραπευτική αντιμετώπιση υφιζήσεων. Ένας ενδιαφέρων κλινικός προβληματισμός.
Επιβλέπων: Καρούσης Ι.

Σκοπός: Οι υφιζήσεις αποτελούν ορισμένες φορές ένα σημαντικό προβληματισμό για οδοντιάτρους και ασθενείς. Στην εργασία αυτή αναφέρονται τα αίτια πρόκλησης των υφιζήσεων, η ταξινόμησής τους, η αιτιολογική θεώρηση για την κάλυψη των εκτεθειμένων ριζών, καθώς και οι τεχνικές της αποκαταστατικής χειρουργικής των περιοδοντικών ιστών που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των υφιζήσεων. Επιπρόσθετα, πραγματοποιείται μια συγκριτική αξιολόγηση των τεχνικών αυτών.

Υλικά-Μέθοδοι: Πρόκειται για παρουσίαση ενδιαφέροντος κλινικού θέματος. Για την υποστήριξη της εργασίας, πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και επιλέχθηκαν για μελέτη τυχαιοποιημένες έρευνες και συστηματικές ανασκοπήσεις που ανευρέθηκαν στη βάση δεδομένων PubMed. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα: root coverage, gingival recession, periodontal plastic surgery, connective tissue graft. Επιπλέον, αξιοποιήθηκαν γνώσεις και πληροφορίες από βιβλία και διδακτικά συγγράμματα ελληνικά και διεθνή.

Αποτελέσματα: Έχουν περιγραφεί πολλές τεχνικές για τη διόρθωση των υφιζήσεων, οι οποίες αποτελούν ένα αισθητικό και λειτουργικό πρόβλημα για πολλούς ασθενείς. Στις τεχνικές της αποκαταστατικής χειρουργικής που έχουν εφαρμοστεί για κάλυψη ρίζας συμπεριλαμβάνονται ελεύθερα μοσχεύματα, μισχωτοί κρημνοί, συνδυασμός κρημνών με μεμβράνες με σκοπό την καθοδηγούμενη ιστική ανάπτυξη και συνδυασμός μισχωτών κρημνών με μοσχεύματα συνδετικού ιστού. Στην παρουσίαση αυτή παρατίθενται μερικές από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες τεχνικές για την αντιμετώπιση μεμονωμένων ή πολλαπλών υφιζήσεων. Συζητούνται οι ενδείξεις εφαρμογής τους καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους. Με μια κριτική επιλογή παρουσιάζονται δεδομένα αναφορικά με την αποτελεσματικότητα των τεχνικών αυτών ως προς το μέσο όρο των ποσοστών κάλυψης ρίζας και ως προς το ποσοστό των περιπτώσεων στις οποίες επιτυγχάνεται πλήρης κάλυψη των εκτεθειμένων ριζικών επιφανειών.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση των υφιζήσεων είναι μια απαιτητική διαδικασία και χρειάζεται άριστη γνώση των τεχνικών και ιδιαίτερη δεξιότητα από τον/την κλινικό. Η επιλογή της σωστής τεχνικής για κάθε περίπτωση στηρίζεται στις ενδείξεις, οι οποίες με τη σειρά τους προκύπτουν από την εντόπιση της υφίζησης (άνω ή κάτω γνάθος), την έκταση (κατηγορία) και τον αριθμό των υφιζήσεων, το φαινότυπο των ούλων κ.ά. Η ενδεδειγμένη τεχνική θα βελτιώσει την επιτυχία κάλυψης της ρίζας. Σε ό,τι αφορά τη συγκριτική αξιολόγηση των τεχνικών, φαίνεται ότι ο συνδυασμός μοσχεύματος συνδετικού ιστού με μυλικά μετατοπιζόμενο κρημνό ή παραλλαγή του, αποτελεί τη χρυσή σταθερά μεταξύ των επιλογών που προσφέρονται για τη θεραπεία των υφιζήσεων.

22) Τζανετόπουλος Ρ, Παπαθανασόπουλος ΚΕ. Ενδοστικές βλάβες: Ταξινόμηση, ανάλυση και εναλλακτικές τεχνικές αντιμετώπισης.
Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Εισαγωγή: Οι ενδοστικές βλάβες είναι δομικές ανωμαλίες του φατνιακού οστού που χαρακτηρίζονται από γωνιώδη οστική καταστροφή και πυθμένα ο οποίος βρίσκεται ακρορριζικότερα της κορυφής της φατνιακής απόφυσης. Η παρούσα εργασία εξετάζει την πολύπλευρη φύση, την αιτιολογία, τις ταξινομήσεις και τις σύγχρονες εναλλακτικές προσεγγίσεις για την αποκατάστασή τους και τη διατήρηση της περιοδοντικής υγείας.

Σκοπός: Η εξέταση των διαφόρων κατηγοριών ενδοστικών βλαβών και η ανάλυση των πιο αποτελεσματικών τεχνικών αποκατάστασης των οστικών ελλείψεων.

Μέθοδος: Περιλαμβάνει ενδελεχή ανασκόπηση της σύγχρονης ελληνικής και αγγλόφωνης βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων “Pubmed” και “Google Scholar”, τη μελέτη πανεπιστημιακών συγγραμμάτων, τη συλλογή και την ανάλυση επιστημονικών ερευνών και κλινικών μελετών που αναφέρονται στην κατάταξη και τις εναλλακτικές τεχνικές προσέγγισης των ενδοοστικών βλαβών.

Αποτελέσματα: Υπάρχουν ποικίλες τεχνικές αντιμετώπισης των ενδοοστικών βλαβών, όπως η καθοδηγούμενη οστική ανάπλαση (GBR), το οστικό μόσχευμα, η θεραπεία με δομικές πρωτεΐνες της αδαμαντίνης (EMD) και η θεραπεία με πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια ή φιβρίνη (PRP και PRF). Ακόμη, μπορεί να γίνει και συνδυασμός των τεχνικών σε απαιτητικά περιστατικά με εκτεταμένες βλάβες. Τέλος, ερευνάται μια νέα αποκαταστική τεχνική με μεταμόσχευση ανθρώπινων βλαστοκυττάρων με στόχο την ιστική ανάπλαση.

Συμπέρασμα: Στην καθημερινή κλινική πράξη εφαρμόζονται διάφορες εναλλακτικές τεχνικές αποκατάστασης των ενδοοστικών ελλειμμάτων. Εντούτοις, αν και όλες έχουν καλά κλινικά και ερευνητικά αποτελέσματα, καμία από αυτές δεν έχει αποδειχθεί να πλεονεκτεί και απαιτείται περαιτέρω έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο. Ως εκ τούτου, ο κλινικός οφείλει να είναι κατάλληλα καταρτισμένος και να προσαρμόζει τη θεραπεία στις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Απαραίτητο κρίνεται ακόμα να ενημερώνεται για τις εξελίξεις στο πεδίο των διαφόρων τεχνικών αποκατάστασης των ενδοοστικών βλαβών και να εκπαιδεύεται στις νέες προσεγγίσεις.

Λέξεις-Κλειδιά: Ενδοστικές βλάβες, καθοδηγούμενη οστική ανάπλαση, οστικό μόσχευμα, Enamel Matrix Derivative Therapy (EMD), Platelet-Rich Plasma (PRP) and Platelet-Rich Fibrin (PRF), stem cells

23) Κοξαράκη Ε, Ρακιντζάκη Θ, Δήμου Μ. Το υαλουρονικό οξύ ως ένας πολλά υποσχόμενος βιολογικός παράγοντας για την μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία.

Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της συμβολής της τοπικής χρήσης του υαλουρονικού οξέος (HA) επικουρικά στην μη χειρουργική περιοδοντική θεραπεία, λόγω της αντιφλεγμονώδους και αντιβακτηριακής δράσης του και του σημαντικού ρόλου του στη ταχύτερη επούλωση των ιστών.

Υλικά-Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας από τη βάση δεδομένων “PubMed” και “Google scholar”. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: υαλουρονικό οξύ, περιοδοντικός θύλακος, επούλωση, ριζική απόξεση, αντιμικροβιακή δράση.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η εφαρμογή υαλουρονικού οξέος (HA) κατά τη φάση ελέγχου φλεγμονής στους θυλάκους φαίνεται να συμβάλει θετικά στη περίοδο επούλωσης. Επίσης δείχθηκε από διάφορες κλινικές μελέτες ότι προλαμβάνει τον επαναποικισμό από περιοδοντοπαθογόνους μικροοργανισμούς (*Campylobacter*, *Prevotella intermedia*, και *Porphyromonas gingivalis*) και ότι η χρήση του συμβάλει στην ελάττωση των περιοδοντικών θυλάκων και βελτιώνει το επίπεδο κλινικής πρόσφυσης στατιστικά σημαντικά.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά φαίνεται πως η χρήση του υαλουρονικού οξέος (HA) είναι διαδεδομένη στην οδοντιατρική κοινότητα. Συγκεκριμένα στη μη χειρουργική θεραπεία φαίνεται πως προσφέρει αντιμικροβιακή δράση και μειώνει το κίνδυνο επαναμόλυνσης. Παράλληλα βελτιώνει το επίπεδο πρόσφυσης μέσω των επουλωτικών μηχανισμών του και βοηθάει στον περαιτέρω περιορισμό των περιοδοντικών θυλάκων. Ωστόσο συνίσταται περαιτέρω έρευνα για τον καθορισμό του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος (HA) κατά τη περιοδοντική θεραπεία.

24) Μαρινάκη Μ, Μουγκογιάννη Α, Γαλάνη Κ. Ανατομικές ιδιαιτερότητες της περιοχής συμβολής των ριζών και η κλινική τους σημασία για τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία της περιοδοντίτιδας σε πολύρριζα δόντια.

Επιβλέπων: Καρούσης Ι.

Σκοπός: Η εργασία αποσκοπεί στην ανάδειξη των προβλημάτων που προκύπτουν από τις ανατομικές ιδιαιτερότητες των σημείων συμβολής των ριζών. Η δυσκολία στη διάγνωση της περιοδοντικής προσβολής και στην προσπέλαση κατά τη θεραπεία στις περιοχές αυτές, δυσχεραίνει την αποτελεσματικότητα της περιοδοντικής θεραπείας.

Υλικά και μέθοδοι: Για την υλοποίηση αυτής της εργασίας πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις ηλεκτρονικές πλατφόρμες PubMed, Google Scholar καθώς και στη βάση δεδομένων της Βιβλιοθήκης των Επιστημών Υγείας. Επίσης συμπεριλήφθηκαν αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στο εργαστήριο της Περιοδοντολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αποτελέσματα: Οι γομφίοι και οι πρώτοι άνω προγόμφιοι είναι πολύρριζα δόντια και συχνά εμφανίζουν πολύπλοκη μορφολογία. Η θεραπεία της περιοδοντίτιδας σε αυτά τα δόντια αποτελεί ένα θέμα με ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον. Συγκεκριμένα η απώλεια πρόσφυσης και η οστική καταστροφή στο σημείο συμβολής των ριζών χαρακτηρίζεται ως μία πρόκληση για τον/την οδοντίατρο. Στοιχεία που πρέπει ο/η οδοντίατρος να αξιολογεί είναι το ύψος του σώματος της ρίζας, το εύρος της εισόδου της μεσορριζικής περιοχής, ο βαθμός απόκλισης των ριζών, η ύπαρξη αυλάκων κ.α. Η γνώση των παραπάνω πρέπει να συνδυάζεται με τη γνώση της διαμέτρου των περιοδοντικών ανιχνευτήρων, του μεγέθους των κοπτικών άκρων των περιοδοντικών εργαλείων και των εργαλείων υπερήχων, ώστε να αποφεύγεται η λανθασμένη διάγνωση και να βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα κατά το δεύτερο βήμα της περιοδοντικής θεραπείας. Σε αυτό, απομακρύνονται οι μικροβιακές και τρυγιακές εναποθέσεις από τις προσβεβλημένες περιοχές με σκοπό τον έλεγχο της φλεγμονής και την εν γένει επίτευξη των στόχων της περιοδοντικής θεραπείας. Αξίζει να αναφερθεί πως σε κάποιες περιπτώσεις είναι δυνατή η κλινική διαπίστωση της προσβολής του σημείου συμβολής των ριζών, μόνο αφού η απώλεια πρόσφυσης έχει προχωρήσει σημαντικά κάτω από την είσοδο της συμβολής.

Συμπεράσματα: Η ανατομία των πολύρριζων δοντιών επηρεάζει την αποτελεσματικότητα και την έκβαση της περιοδοντικής θεραπείας. Η γνώση των ανατομικών ιδιαιτεροτήτων των πολύρριζων δοντιών καθώς και των χρησιμων κλινικών πληροφοριών οι οποίες παρουσιάζονται σε αυτή την εργασία είναι απαραίτητο εργαλείο του/της κλινικού που προσφέρει σημαντική βοήθεια για την πραγματοποίηση ορθής διάγνωσης και ενδεδειγμένης θεραπείας.

ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Ι

25) Καψάλη Μ, Νικολόπουλος Κ. Τερηδόνα ρίζας σε περιοδοντικούς ασθενείς και ασθενείς με υφίζηση.

Επιβλέπων: Ραχιώτης Χ.

Σκοπός: Να αναδειχθεί ο ρόλος της περιοδοντικής νόσου και του ουλοβλενογόνιου προβλήματος της υφίζησης ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση τερηδόνας ρίζας.

Υλικά και μέθοδοι: Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus απ' όπου επιλέχθηκαν συστηματικές ανασκοπήσεις και μετά-αναλύσεις. Το χρονικό όριο δημοσίευσης των επιλεγμένων άρθρων τέθηκε στην τελευταία 20ετία (2000 – 2024).

Αποτελέσματα: Από την μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης τερηδόνας ρίζας και της έκθεσης της ριζικής επιφάνειας στο στοματικό περιβάλλον. Εκτεθειμένες ριζικές επιφάνειες μπορεί να είναι συνέπεια ενεργής περιοδοντικής νόσου, χειρουργικής του περιοδοντίου κατά την φάση αποκατάστασης των βλαβών καθώς και υφίζησης μη σχετιζόμενης με περιοδοντίτιδα.

Συμπεράσματα: Η έκθεση της ριζικής επιφάνειας οφειλόμενη σε περιοδοντική νόσο ή/και υφίζηση λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση και εξέλιξη τερηδονικών βλαβών στην ρίζα. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η κατάστρωση σχεδίων θεραπείας που θα στοχεύουν στην πρόληψη και κοινή αντιμετώπιση των παραπάνω νοσολογικών οντοτήτων.

26) Κάββουρα Α, Καλογεράτου Κ. Νάνοι πλάγιοι.

Επιβλέπων: Διαμαντοπούλου Σ.

Σκοπός: Σκοπό της εργασίας αποτελεί η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους νάνους πλάγιους τομείς στην άνω γνάθο και η διερεύνηση της μορφολογίας τους, των επιδημιολογικών στοιχείων που σχετίζονται με την παρουσία τους καθώς και των πιθανών τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar, χρησιμοποιώντας τις αντίστοιχες λέξειςκλειδιά.

Αποτελέσματα: Ως νάνοι ορίζονται οι πλάγιοι τομείς των οποίων η εγγύς-άπω διάσταση στο κοπτικό άκρο είναι μικρότερη από την κοπτικό-αυχενική. Παγκοσμίως, η συχνότητα εμφάνισης νάνων πλάγιων της άνω γνάθου ανέρχεται στο 1,8% του γενικού πληθυσμού. Παρατηρούνται διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης μεταξύ των διαφόρων φυλών και τα ποσοστά εμφάνισης στους ορθοδοντικούς ασθενείς είναι μεγαλύτερα από του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον, τα ποσοστά ετερόπλευρης ή αμφοτερόπλευρης παρουσίας νάνων πλάγιων είναι παρόμοια. Οι γυναίκες είναι 1.35 φορές πιο πιθανό να έχουν νάνους πλάγιους σε σχέση με τους άνδρες. Η αιτιολογία εμφάνισης των νάνων πλάγιων είναι πολυπαραγοντική και σχετίζεται με γενετικούς, επιγενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο γενετικός μηχανισμός φαίνεται να είναι κοινός με την αγενεσία των άνω πλάγιων τομέων και κληρονομείται με τον αυτοσωμικό επικρατούντα τύπο. Η ύπαρξη νάνων πλάγιων τομέων συχνά συνοδεύεται και από άλλες οδοντικές ανωμαλίες.

Η παρουσία νάνου/νάνων πλάγιων επηρεάζει σημαντικά την αισθητική του χαμόγελου. Συνήθως υπάρχει πρόβλημα χώρου στον φραγμό, είτε ετερόπλευρα είτε αμφοτερόπλευρα. Η θεραπευτική προσέγγιση του προβλήματος καθορίζεται από την ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του προβλήματος αλλά και από άλλες παραμέτρους και μπορεί να γίνει με συνδυασμό ορθοδοντικής θεραπείας και επανορθωτικής οδοντιατρικής. Επανορθωτικά, η αλλαγή σχήματος μπορεί να γίνει είτε με άμεσες είτε με έμμεσες τεχνικές.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση της εμφάνισης νάνων άνω πλάγιων είναι σημαντική για την αποκατάσταση της αισθητικής του χαμόγελου και του προσώπου. Η σωστή διάγνωση και αντιμετώπιση απαιτεί συχνά συνεργασία ορθοδοντικής και επανορθωτικής οδοντιατρικής με στόχο το βέλτιστο δυνατό αποτέλεσμα.

27) Τσίλη Μ, Βλασερός Μ. Επίδραση των λευκαντικών παραγόντων στις αρχόμενες τερηδονικές αλλοιώσεις.

Επιβλέπων: Γκαβέλα Γ, Διαμαντοπούλου Σ.

Σκοπός: Σε πολλές περιπτώσεις στην καθ'ημέρα οδοντιατρική πράξη, η λεύκανση των δοντιών αποτελεί ένα από τα στάδια του γενικού σχεδίου θεραπείας για την αισθητική αποκατάσταση ασθενών όλων των ηλικιών. Ωστόσο, υπάρχουν ερωτηματικά αναφορικά με την παρουσία αρχόμενων τερηδονικών βλαβών και την καταλληλότερη χρονική στιγμή αντιμετώπισης αυτών σε σχέση με τη λεύκανση. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανάλυση της επίδρασης των λευκαντικών παραγόντων σε αρχόμενες τερηδονικές βλάβες, με στόχο να προταθεί ένα πρωτόκολλο αντιμετώπισής τους σε συνδυασμό με τη λεύκανση.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση με χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων (PubMed, EMBASE και Google Scholar) με τη χρήση λέξεων-κλειδιών για μελέτες που συσχετίζουν την επίδραση λευκαντικών σκευασμάτων υπεροξειδίου του καρβαμιδίου και υπεροξειδίου του υδρογόνου, διαφόρων συγκεντρώσεων, στην επιφάνεια της αδαμαντίνης και συγκεκριμένα σε αρχόμενες τερηδονικές βλάβες.

Αποτελέσματα: Βάση των επιλεχθέντων ερευνών, με τη χρήση υπεροξειδίου του καρβαμιδίου σε συγκέντρωση 10%, αναδείχθηκε μη στατιστικά σημαντική διαφορά στον βαθμό απομεταλλικοποίησης της αδαμαντίνης σε δόντια με πρώιμες τερηδονικές βλάβες και σε ακέραια δόντια, καθώς επίσης και μείωση του πληθυσμού *S.mutans*. Ωστόσο, η έκθεση των εξωτερικών στρωμάτων της αδαμαντίνης σε λευκαντικούς παράγοντες μπορεί να τροποποιεί την μικροσκληρότητα και την επιφανειακή αδρότητά της, κυρίως με τη χρήση σκευασμάτων μεγαλύτερης συγκέντρωσης ή στις θεραπείες στο χώρο του ιατρείου. Ωστόσο, η ορθή διεκπεραίωση της λεύκανσης προϋποθέτει τη σταδιακή κλινική παρακολούθηση του ασθενούς από τον οδοντίατρο και την εξατομικευμένη επιλογή του πρωτοκόλλου λεύκανσης.

Συμπέρασμα: Η επίδραση των λευκαντικών παραγόντων είναι παρόμοια τόσο σε ακέραια όσο και σε δόντια με αρχόμενες τερηδόνες. Σε κλινικό επίπεδο, αυτό προσφέρει τη δυνατότητα της αποκατάστασης των τερηδονικών βλαβών μετά το πέρας της λεύκανσης. Έτσι, αίρεται η αναγκαιότητα πραγματοποίησης των εμφράξεων πριν την έναρξη της θεραπείας και η επακόλουθη αντικατάστασή τους, μειώνοντας τον χρόνο εργασίας και την επεμβατικότητα του κλινικού στους υγιείς οδοντικούς ιστούς.

28) Τσοβός Μ, Παρασκευά ΜΕ. Η χρήση εργαλείων ψηφιακής ροής στην εφαρμογή βασικών αρχών σχεδίασης χαμόγελου.

Επιβλέπων: Τζίμας Κ, Παππά Ε.

Σκοπός: Η εισαγωγή τεχνολογικών μέσων στη σύγχρονη οδοντιατρική επιστήμη, οδήγησε στην ενσωμάτωση ψηφιακών προγραμμάτων τόσο σε πλαίσια διάγνωσης, όσο και σε πλαίσια συλλογής δεδομένων για την ορθή σχεδίαση αισθητικών και λειτουργικών αποκαταστάσεων. Το Digital Smile Design (DSD) είναι ένα καινοτόμο εργαλείο ψηφιακής ροής που βασίζεται στην εφαρμογή των βασικών αισθητικών αρχών σχεδίασης χαμόγελου.

Η παρούσα ελεύθερη ανακοίνωση στοχεύει στην παρουσίαση αυτού του ψηφιακού εργαλείου και στην ανάλυση των παραμέτρων που λαμβάνονται υπόψη για την ψηφιακή δημιουργία ενός χαμόγελου.

Μέθοδοι/ υλικά: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης, διεθνούς βιβλιογραφίας, στις βάσεις δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar) και με λέξεις κλειδιά “Digital Smile Design” μεμονωμένα, ή συνδυαστικά όπως “Digital Smile Design” ΚΑΙ “esthetics”. Η αναζήτηση αφορά στο DSD ως μέθοδο ψηφιακής ανάλυσης του προσώπου και ψηφιακής προσομοίωσης του προσδοκώμενου αισθητικού αποτελέσματος.

Αποτελέσματα: Το DSD εστιάζει στην λήψη φωτογραφιών και βίντεο του προσώπου και του χαμόγελου σε μετωπιαίο και οβελιαίο επίπεδο καθώς και στην επεξεργασία ενδοστοματικών απεικονίσεων, προκειμένου να διαμορφωθεί το αισθητικά βέλτιστο αποτέλεσμα. Μεταξύ των παραμέτρων αξιολόγησης συγκαταλέγονται πληθώρα χαρακτηριστικών προσώπου, οδόντων, χειλέων και μαλακών ιστών. Στόχος είναι η επίτευξη συμμετρίας μέσης γραμμής προσώπου και μέσης γραμμής άνω και κάτω οδοντικού φραγμού, η ταύτιση καμπυλότητας των χειλέων και των οδοντικών τόξων, και η συμμετρία στις διαστάσεις των δοντιών (εύρος – μήκος) και στα ουλικά περιγράμματα (παρυφή ούλων, ζενίθ ούλων).

Συμπέρασμα: Το DSD συμβάλλει στην διαμόρφωση εξατομικευμένων αισθητικών αποκαταστατικών σχεδίων θεραπείας, συνυπολογίζοντας τόσο τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή, όσο και τις αισθητικές του απαιτήσεις, ακολουθώντας ταυτόχρονα τις βασικές αρχές αισθητικής. Διευκολύνει την επικοινωνία τόσο μεταξύ οδοντιάτρου και ασθενή όσο και οδοντιάτρου και οδοντικού τεχνολόγου, επιτρέποντας την προεπισκόπηση του τελικού αποτελέσματος, την πρόβλεψη τυχόν προβλημάτων κατά την εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας και την αποτελεσματικότερη και ταχύτερη ολοκλήρωση των σταδίων. Παράλληλα προάγει τις αρχές αισθητικής, εστιάζοντας στην αρμονία του προσώπου, και στην αρχή της ελάχιστης παρέμβασης, διατηρώντας όσο το δυνατόν αναλλοίωτη τη φυσική δομή των δοντιών. Τέλος, πέραν των αρχών αισθητικής, ακολουθεί τις λειτουργικές αρχές, οι οποίες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τη μακροβιότητα των αποκαταστάσεων.

29) Πετρούλιας Α, Λεκάκης Γ, Ξύδη Χ. Η χρήση των CAD/CAM υβριδικών υλικών για έμμεσες αποκαταστάσεις
Επιβλέπων: Κόκλα Ε, Παππά Ε.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των CAD/CAM υβριδικών υλικών και η σύγκριση τους τόσο μεταξύ τους, όσο και με τα ευρέως χρησιμοποιούμενα ρητινώδη και κεραμικά υλικά για την κατασκευή έμμεσων αποκαταστάσεων. Τα υλικά αυτά αποτελούν είτε κεραμικά διηθημένα από πολυμερή (PICN) είτε σύνθετες ρητίνες με διασκορπισμένες ενισχυτικές ουσίες (ICDFs).

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στο PubMed και στο Google Scholar. Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν κλινικές και εργαστηριακές μελέτες σχετικά με τη μακροβιότητά τους, τις μηχανικές ιδιότητες, τη χρωματική σταθερότητα, τη φθορά και την ικανότητα συγκόλλησης με τους οδοντικούς ιστούς.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά τη μακροβιότητα, τα PICN φαίνεται να έχουν ελαφρώς υποβαθμισμένη απόδοση από τα κεραμικά υλικά παρότι το συνολικό ποσοστό επιβίωσης στα πρώτα 2 χρόνια ξεπερνάει το 99.5%. Τα PICN έχουν καλύτερη αντοχή στη φθορά από τις σύνθετες ρητίνες, παρουσιάζουν υψηλή αντοχή στην κάμψη και παρόμοια ελαστικότητα με την οδοντίνη. Τα PICN συχνά παρουσιάζουν αντοχή σε κάμψη κοντά στα 200 MPa, αντοχή σε θλίψη που φτάνει τα 380 MPa και ρυθμό αποτριβής κατά μέσο όρο μεταξύ 2 και 10 μm ετησίως, ενώ το μέτρο ελαστικότητάς τους κυμαίνεται γύρω στα 15 GPa. Το διπυριτικό λίθιο παρουσιάζει μεγαλύτερη αντοχή στη φθορά από ότι τα ICDFs τα οποία παρουσιάζουν και αρκετές αποκλίσεις μεταξύ τους. Αποκαταστάσεις διπυριτικού λιθίου προκαλούν μεγαλύτερη φθορά στο φυσικό ανταγωνιστή συγκριτικά με τα PICN. Τα PICN παρουσιάζουν λιγότερη φθορά από όλα τα ICDFs. Σχετικά με την τροποποίηση της επιφάνειας τους για συγκόλληση, κάθε κατηγορία υλικού (PICN, ICDFs) χαρακτηρίζεται από διαφορετική σύσταση και ιδιότητες, γι' αυτό και το πρωτόκολλο τροποποίησης της επιφάνειάς τους και συγκόλλησης με τους οδοντικούς ιστούς θα πρέπει να εξειδικεύεται κατά περίπτωση. Η χρωματική σταθερότητα του PICN είναι υποδεέστερη από ότι των ICDFs, αλλά και των δύο υπολείπεται από τα κεραμικά.

Συμπεράσματα: Ενώ οι ιδιότητες των υβριδικών υλικών CAD/CAM βελτιώνονται ραγδαία και σε μερικούς τομείς πλησιάζουν ή/και ξεπερνούν τις αντίστοιχες των συμβατικών υλικών, συνολικά υπολείπονται και θα πρέπει να εξελιχθούν περαιτέρω για να υπάρξει ευρεία χρήση τους στην κλινική πράξη.

30) Κλαδούχας Χ, Ζουμπουνέλης ΣΝ, Χαλκιάς Γ. Digital smile design: Ένα χρήσιμο διαγνωστικό εργαλείο για το σχεδιασμό του χαμόγελου.
Επιβλέπων: Πεπονής Μ, Παπάζογλου Ε.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη της αξίας του DSD, ως αρωγός στην οργάνωση και αντιμετώπιση αισθητικών περιστατικών, καθώς και η ανάλυση και σύγκριση των διαθέσιμων προγραμμάτων και των χαρακτηριστικών τους.

Μέθοδος/Υλικά: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης, διεθνούς βιβλιογραφίας, μέσω χρήσης βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar) και με λέξεις κλειδιά "Digital smile design", "Smile design", "Digital smile analysis". Παράλληλα, παρουσιάζεται περιστατικό του Μεταπτυχιακού προγράμματος της Επανορθωτικής οδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, στο οποίο πραγματοποιήθηκε ψηφιακό διαγνωστικό κέρωμα (με το πρόγραμμα Exocad) στην άνω πρόσθια αισθητική ζώνη και στη συνέχεια mock-up με δισακρυλική ρητίνη με τη βοήθεια κλειδιού σιλικόνης.

Αποτελέσματα: Η ψηφιακή ανάλυση του χαμόγελου ανοίγει νέους ορίζοντες για την επιστήμη της Οδοντιατρικής. Το DSD συνιστά ένα εργαλείο πολλαπλών χρήσεων, που δίνει την δυνατότητα άμεσου διαγνωστικού και οπτικού σχεδιασμού του σχεδίου θεραπείας, ψηφιακά, διευκολύνοντας την επικοινωνία μεταξύ οδοντίατρου και οδοντικού τεχνολόγου, ενώ ταυτόχρονα προϊδεάζει και ενεργοποιεί τον ασθενή για το τελικό αισθητικό αποτέλεσμα. Τα διάφορα προγράμματα (Medit-link, Exocad, 3Shape, Smile cloud) βασίζονται στις βασικές αρχές του Digital Smile Design, όπως αυτό περιγράφηκε αρχικά, χρησιμοποιώντας μία φωτογραφία χαμόγελου και μία φωτογραφία του ασθενούς σε σύγκλιση. Παράλληλα, η δυνατότητα ενσωμάτωσης των ψηφιακών αποτυπωμάτων στις φωτογραφίες από μερικά προγράμματα διευκολύνει το ψηφιακό διαγνωστικό κέρωμα, καθώς γίνεται με βάση αισθητικά οδηγία σημεία του προσώπου. Ο σχεδιασμός γραμμών αναφοράς, των περιγραμμάτων των δοντιών και επιθυμητών αναλογιών στις φωτογραφίες του ασθενούς συμβάλλει στη διαγνωστική οπτικοποίηση του διαγνωστικού κερώματος και βοηθάει τον οδοντίατρο στην αξιολόγηση παραγόντων όπως οι ασυμμετρίες, οι δυσαρμονίες και η παραβίαση των αισθητικών αρχών

Συμπεράσματα: Η χρήση προγραμμάτων ψηφιακής ανάλυσης του χαμόγελου, συμβάλλει στην ανάδειξη των παρεμβάσεων που χρειάζονται για την βελτίωση του χαμόγελου, οπτικοποιεί τις μελλοντικές διορθώσεις, ενεργοποιεί τον ασθενή για τις παρεμβάσεις που θα γίνουν, διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ οδοντίατρου και οδοντικού τεχνολόγου και τέλος συμβάλλει στη δημιουργία ενός ψηφιακού διαγνωστικού κερώματος με βάση τα χαρακτηριστικά του προσώπου.

ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΙΙ-ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

31) Χατζηαργύρης Α, Σκεμπετζή Χ, Σβανιάς Κ. Ψηφιακή ροή εργασίας με τρισδιάστατη εκτύπωση (3D-Printing).

Επιβλέπων: Ντόβας Π, Παπάζογλου Ε.

Σκοπός: Μία βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την διαδικασία άμεσης κατασκευής μόνιμων προσθετικών αποκαταστάσεων με 3D Printing. Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση της τεχνικής αυτής, βήμα προς βήμα, μιας και η τρισδιάστατη εκτύπωση αποτελεί σπουδαία καινοτομία στην Οδοντιατρική.

Υλικά και μέθοδοι: Πληροφορίες για την ανάλυση της διαδικασίας ψηφιακής αποτύπωσης και κατασκευής μόνιμων αποκαταστάσεων με 3D Printing συλλέχθηκαν από διάφορα βιβλία και διαδικτυακές πηγές.

Αποτελέσματα: Εκτενής ανάλυση των σταδίων της ψηφιακής αποτύπωσης (Scan) είτε με χειροκίνητο scanner, είτε εναλλακτικά με συμβατική αποτύπωση, γύψινο εκμαγείο και εξειδικευμένο πρόγραμμα (Desktop scanner). Περιγραφή της διαδικασίας σχεδιασμού (Design) του τρισδιάστατου ψηφιακού μοντέλου σε CAD λογισμικό. Στη συνέχεια αναφορά στον “τεμαχισμό” (Slicing), δηλαδή την μετατροπή του μοντέλου σε μία σειρά από λεπτά στρώματα που θα δώσουν την τελική αποκατάσταση. Οδηγίες για τον προσανατολισμό εκτύπωσης (Print Orientation), για την μεταεπεξεργασία (Post-Processing) που ακολουθεί την εκτύπωση (Printing) και τέλος, για τις τελικές απαραίτητες παρεμβάσεις πριν την συγκόλληση (Finishing).

Συμπεράσματα: Με την εισαγωγή του 3D Printing στην Οδοντιατρική, η κατασκευή μόνιμων αποκαταστάσεων μπορεί να γίνει άμεσα, στην ίδια συνεδρία, χωρίς την ανάγκη μεταβατικών. Μέσα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα (λιγότερο από 1 ώρα), πιο οικονομικά και με λιγότερη ταλαιπωρία για τον ασθενή, ο κλινικός μπορεί εύκολα να δημιουργήσει το επιθυμητό τελικό αποτέλεσμα με όλες τις διαδικασίες να λαμβάνουν χώρα στο ιατρείο του.

32) Παπαναστασίου Τ, Αντωνόπουλος Α, Αχιλλέως Σ. Τεχνική ICON: Μια συντηρητική προσέγγιση για τη βελτίωση της αισθητικής του χαμόγελου.
Επιβλέπων: Καράγεωργα Χ, Αναγνώστου Μ.

Σκοπός: Η τεχνική διήθησης με υγρή ρητίνη (ICON) χρησιμοποιείται για τη συντηρητική αφαίρεση λευκών κηλίδων οι οποίες οφείλονται σε αρχόμενες τερηδόνες, κηλίδες από φθορίωση, τραύμα ή υποπλασία. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να διερευνηθεί τόσο η προβλεψιμότητα της τεχνικής όσο και η μακροχρόνια σταθερότητα του θεραπευτικού αποτελέσματος που προσφέρει. Τέλος, παρουσιάζονται δεδομένα σύγκρισης με εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές.

Υλικά και Μέθοδος: Η εν λόγω ανασκόπηση έγινε χρησιμοποιώντας τις μηχανές αναζήτησης PubMed και Google Scholar, συμπεριλήφθηκαν άρθρα που δημοσιεύτηκαν στο διάστημα Οκτώβρης 2016 έως Ιούλιος 2023 και λέξεις κλειδιά: ICON® resin infiltration, white spot lesions, caries infiltrant.

Αποτελέσματα: Η τεχνική διήθησης οδηγεί στην επιτυχή και προβλέψιμη βελτίωση της εικόνας των βλαβών, πληρώνοντας την πορώδη μάζα του ιστού και τροποποιώντας έτσι τον δείκτη διάθλασης ώστε να πλησιάσει εκείνον της υγιούς αδαμαντίνης. Συγκριτικά με άλλες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των λευκών κηλίδων, οι θεραπείες με βερνίκι NaF και CPP-ACP, ενώ έχουν εξαιρετικά αποτελέσματα στην επαναμεταλλικοποίηση της αδαμαντίνης, αδυνατούν να τις εξαλείψουν οπτικά. Μελέτες που διερευνούν τη σταθερότητα του αποτελέσματος, έπειτα από την εφαρμογή της τεχνικής, έχουν διαστήματα παρακολούθησης που ποικίλουν και αφορούν σε έως και 1 έτος για τις κηλίδες από φθορίωση, έως 2 έτη για υποπλαστικές κηλίδες και έως 6 έτη για λευκές κηλίδες. Όλες αναφέρουν στατιστικά μη σημαντική διαφορά στην κλινική εικόνα των διηθημένων βλαβών σε σχέση με την αρχική κατάσταση και κατά συνέπεια σταθερότητα αποτελέσματος. Όσον αφορά τη σταθερότητα του αποτελέσματος, οι υπάρχουσες μελέτες αναφέρουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλινική εικόνα μεταξύ αρχικής κατάστασης και επανεξέτασης, με τα διαθέσιμα χρονικά διαστήματα να ποικίλουν από 6 μήνες έως και 6 έτη. Το τελευταίο διάστημα αφορά σε λευκές κηλίδες μετά από ορθοδοντική.

Συμπεράσματα: Οι διηθημένες βλάβες παρουσιάζουν βελτιωμένη εμφάνιση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των διάφορων τρόπων αντιμετώπισης, όσον αφορά την τελική επαναμεταλλικοποίηση της αδαμαντίνης, είναι αμφιλεγόμενα. Η τεχνική ICON υπερέχει καθώς είναι η μόνη τεχνική που τροποποιεί οπτικά τις βλάβες. Σε κάθε περίπτωση, κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή περισσότερων τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών με μεγαλύτερα διαστήματα παρακολούθησης.

33) Ραχιώτης Ι, Χαβδούλας Κ, Καλδιριμιτζιάν Σ. Ψηφιακή ροή εργασίας για την κατασκευή αθλητικών ναρθήκων με τη τεχνική της τρισδιάστατης εκτύπωσης (3D Printing): Μια σύγχρονη προσέγγιση.
Επιβλέπων: Ντόβας Π, Ραχιώτης Χ.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο τη μελέτη της κατασκευής αθλητικών ναρθήκων μέσω της τρισδιάστατης εκτύπωσης. Συγκεκριμένα, αναλύονται τα υλικά, οι μέθοδοι κατασκευής, η βιοσυμβατότητα τους αλλά και η επίδραση τους στην απόδοση των αθλητών.

Υλικά και μέθοδοι: Η άντληση των δεδομένων για την σύνταξη της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε μέσα από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed (MEDLINE).

Αποτελέσματα: Οι αθλητικοί νάρθηκες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του βασικού εξοπλισμού των αθλητών σε πληθώρα αθλημάτων, ειδικότερα αθλημάτων επαφής, όπως η καλαθοσφαίριση, το αμερικανικό ποδόσφαιρο, οι πολεμικές τέχνες, το χόκεϊ κ.ά. Τα τελευταία χρόνια, παράλληλα με την ανάπτυξη των ενδοστοματικών σαρωτών, των 3D εκτυπωτών, καθώς και των διαθέσιμων υλικών γίνεται προσπάθεια για τη κατασκευή αθλητικών ναρθήκων μέσω της ψηφιακής ροής εργασίας.

Για την δημιουργία τους έχουν προταθεί τεχνικές εκτύπωσης όπως η τεχνική σύντηξης διαδοχικών στρώσεων (FFF), η στερεολιθογραφία (SLS), και οι τεχνικές Polyjet 3d printing και Drop On Demand. Τα υλικά που έχουν χρησιμοποιηθεί ανήκουν στα θερμοπλαστικά ελαστομερή τύπου πολουρεθάνης (TPU), πολυμερή και ελαστομερή τύπου σιλικόνης (πολυβινυλοσιλοξάνη).

Οι μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της κατασκευής ναρθήκων σε δύο στρώματα δείχνουν ικανοποιητική εφαρμογή και άνεση του ασθενή, σε σχέση με τις συμβατικές αναλογικές μεθόδους κατασκευής (θερμομόρφωση-Thermoforming). Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της κατασκευής αθλητικών ναρθήκων με τη κατασκευή της τρισδιάστατης εκτύπωσης είναι ο αυξημένος έλεγχος κατά της σχεδίαση τους, τόσο στην απόδοση της σύγκλησης όσο και κατά την εξατομίκευση του πάχους του υλικού στα διάφορα τμήματα του, συνδιάζοντας τη προστασία με την μεγαλύτερη δυνατή άνεση των αθλητών. Ωστόσο, η πλειονότητα των διαθέσιμων υλικών, όπως η πολυβινυλοσιλοξάνη και οι ρητίνες, εγείρει ανησυχίες για πιθανή τοξική δράση στους ιστούς της στοματικής κοιλότητας, λόγω του υπολειπόμενου μονομερούς και των απολυμέριστων διπλών δεσμών.

Συμπεράσματα: Η κατασκευή αθλητικών ναρθήκων μέσω της τρισδιάστατης εκτύπωσης, αποτελεί μια από τις νεότερες εφαρμογές στην αθλητική οδοντιατρική, με μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον. Απαιτούνται περισσότερες μελέτες για τις ιδιότητες των νέων υλικών, καθώς και για την κλινική συμπεριφορά και την προστασία που παρέχουν οι αθλητικοί νάρθηκες που κατασκευάζονται από αυτά. Παράλληλα υπάρχει ανάγκη για την εισαγωγή στην αγορά, περισσότερων πιστοποιημένων υλικών, κατάλληλων για την κατασκευή αθλητικών ναρθήκων μέσω της ψηφιακής ροής εργασίας.

34) Μπέσσα Μ, Κρόκου ΑΜ. Λεύκανση δυσχρωμικών ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών.
Επιβλέπων: Αναγνώστου Μ.

Σκοπός: Σημαντικός αριθμός των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών εμφανίζει δυσχρωμίες, δημιουργώντας προβλήματα κυρίως στην αισθητική ζώνη του χαμόγελου. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να περιγραφούν οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του αποχρωματισμού των δοντιών αυτών. Θα αναλυθούν οι ενδείξεις και αντενδείξεις εφαρμογής τους, τα είδη των διαθέσιμων λευκαντικών παραγόντων, ενώ θα αξιολογηθεί και η προβλεψιμότητα του αποτελέσματος που επιτυγχάνουν. Τέλος, θα παρουσιαστούν τα πιθανά συμβάματα των τεχνικών.

Υλικά και Μέθοδοι: Πρόκειται για βιβλιογραφική ανασκόπηση της οποίας η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω αναζήτησης άρθρων από την βάση διεθνούς βιβλιογραφίας PubMed.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: internal bleaching, teeth discoloration, bleach techniques, non-vital teeth, smile design, laser system, review.

Αποτελέσματα: Κύρια τεχνική αντιμετώπισης των δυσχρωμικών ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών είναι η εσωτερική λεύκανση, η οποία για να εφαρμοστεί προϋποθέτει μία άρτια κλινικά και ακτινογραφικά ενδοδοντική θεραπεία με ερμητική έμφραξη του ακρορριζίου και με απουσία σημείων και συμπτωμάτων φλεγμονής.

Συνδυαστικά, στην ίδια συνεδρία στο οδοντιατρείο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η εξωτερική λεύκανση με την εφαρμογή των λευκαντικών παραγόντων στην προστοματική επιφάνεια των δοντιών. Τέλος, έχει περιγραφεί η εφαρμογή λευκαντικών παραγόντων στο δυσχρωμικό δόντι μέσω της χρήσης εξατομικευμένων ναρθήκων στο σπίτι.

Ο κύριος σε χρήση λευκαντικός παράγοντας είναι το υπεροξειδίο του υδρογόνου σε μορφή γέλης διαφορετικών συγκεντρώσεων, συνηθέστερα 25-35%, ενώ στην βιβλιογραφία αναφέρεται η σπανιότερη χρήση του υπερβωρικού νατρίου και του υπεροξειδίου του καρβαμιδίου. Η δράση τους μπορεί να επιταχυνθεί μέσω συσκευών εκπομπής φωτός ή θέρμανσης, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι συσκευές λέιζερ.

Μεταξύ των συμβαμάτων περιλαμβάνονται η εξωτερική αυχενική απορρόφηση, χημικά εγκαύματα και έλκη στους παρακείμενους μαλακούς ιστούς. Τέλος, συχνά παρατηρείται υποτροπή του αποτελέσματος μακροπρόθεσμα.

Συμπεράσματα: Η λεύκανση των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών, με κυριότερη τεχνική την εσωτερική εφαρμογή του λευκαντικού παράγοντα, αποτελεί μια συντηρητική και ασφαλή διαδικασία. Σημαντικό ρόλο σε αυτό διαδραματίζει η λήψη λεπτομερούς οδοντιατρικού ιστορικού και η τήρηση των πρωτοκόλλων χρήσης των λευκαντικών παραγόντων. Ωστόσο, η διατήρηση του αποτελέσματος μακροπρόθεσμα δεν είναι πάντα προβλέψιμη.

35) Ανθοπούλου Ε, Παπαϊωάννου Φ. Επιλέγω να μην καπνίζω.

Επιβλέπων: Στούφη-Δήμα Ε, Παπαϊωάννου Β.

Σκοπός: Στόχος της εργασίας είναι η συνειδητοποίηση του σημαντικού ρόλου του Οδοντιάτρου στη διακοπή καπνίσματος και η κατάρτισή του με γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να προσφέρουμε αποτελεσματικά συμβουλευτική παρέμβαση στους οδοντιατρικούς ασθενείς για να διακόψουν το κάπνισμα.

Υλικά και μέθοδοι: Για την εργασία πλοηγηθήκαμε στις ιστοσελίδες: PubMed, World Health Organization (WHO), Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Tobacco Induced Diseases (TID), World Dental Federation (FDI) και American Academy of Oral Medicine (AAOM). Η αναζήτηση έγινε χωρίς χρονικό περιορισμό και στην αγγλική γλώσσα, με κριτήρια τις λέξεις-κλειδιά: tobacco, e-cigarettes, pipes, vape, caries, periodontal disease, oral cancer, inflammation, oral diseases, smoking, oral health, nicotine.

Αποτελέσματα: Το κάπνισμα αποτελεί μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο και τη δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Οι καπνοβιομηχανίες αναπτύσσουν συνεχώς καινούργιες και διαφορετικές μορφές καπνικών προϊόντων: πούρα, πίπες, καπνό για μάσημα ενώ πρόσφατα εισήγαγαν το ηλεκτρονικό τσιγάρο ώστε να προσελκύσουν νέους πελάτες και κυρίως τους νέους. Όλες οι παραπάνω μορφές περιέχουν νικοτίνη και άλλες χημικές και καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες βλάπτουν τον ίδιο τον καπνιστή και τους γύρω του. Η νικοτίνη αποτελεί την τρίτη ισχυρότερη εξαρτησιογόνο ουσία και γι' αυτό το λόγο η διακοπή καπνίσματος είναι ένα δύσκολο εγχείρημα. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να συνδράμουν ενεργά στη διαδικασία αυτή, μεταξύ άλλων και μέσω συμβουλευτικής παρέμβασης και με τη βοήθεια των μοντέλων 5As και 5Rs της FDI. Τα μοντέλα αυτά πραγματεύονται μια εξατομικευμένη προσέγγιση σε ασθενείς αποφασισμένους ή όχι να διακόψουν το κάπνισμα μέσω της ενημέρωσης των επιπτώσεων του καπνίσματος στην γενική και στοματική υγεία και παροχή συμβουλών και κατάλληλων μέσων για την διακοπή.

Συμπεράσματα: Εν κατακλείδι, κρίνεται απαραίτητη η ενημέρωση και εκπαίδευση των Οδοντιάτρων ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν τα κατάλληλα μέσα στους ασθενείς τους και να αποτελέσουν το σύμμαχό τους στη προστασία της υγείας τους. Ο ρόλος δε των νέων Οδοντιάτρων είναι πολύ σημαντικός δεδομένου ότι η προσέγγιση της νέας γενιάς καπνιστών είναι πολύ αποτελεσματική, όταν οι ίδιοι οι νέοι απευθύνονται στους συνομήλικους τους.

36) Τσαγκαράκη Ε. Η μαστίχα Χίου, ένα πολύτιμο μέσο στοματικής υγιεινής και υγεία.
Επιβλέπων: Παπαϊωάννου Β.

Σκοπός: Ο σκοπός είναι η παρουσίαση μιας ολοκληρωμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης σχετικά με τις ευεργετικές ιδιότητες της μαστίχας στην πρόληψη των νόσων του στόματος ως εναλλακτικό μέσο στοματικής υγιεινής.

Υλικά/μέθοδοι: Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε μέσω του pubmed καθώς και μελετώντας τη γκρίζα βιβλιογραφία μέσω Google στα Αγγλικά ή Ελληνικά χρησιμοποιώντας συνδυασμό λέξεων-κλειδιών και φράσεων. Χρησιμοποιήθηκαν όροι αναζήτησης «Mastiha and oral health», «Mastic gum», «Chios mastic» και «Pistacia lentiscus». Η αναζήτησή περιορίστηκε στην περίοδο 2003 έως 2023. Από 40 άρθρα που εντοπίστηκαν μόνο τα 10 πληρούσαν τα κριτήρια και συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν την ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Από τα 10 άρθρα που επιλέχθηκαν, τα έξι αναφέρονταν στις αντιμικροβιακές επιδράσεις της φυσικής ρητίνης έναντι των στοματικών και περιοδοντικών παθογόνων, δύο σχετικά με επιδράσεις κατά της πλάκας και στο pH του σάλιου, το ένα στην επίδραση στην κακοσμία (χαλίτωση) του στόματος και τη στοματική υγιεινή σε ορθοδοντικούς ασθενείς και ένα για τον ρόλο της στην πρόληψη του καρκίνου στόματος. Οι μελέτες υποστηρίζουν ότι η μαστίχα Χίου και τα προϊόντα της έχουν αντιμικροβιακή, αντιφλεγμονώδη, αντιτερηδονική δράση, μειώνοντας την οδοντική μικροβιακή πλάκα (κατά 41,5%) και ευεργετική επίδραση στα ούλα και τους περιοδοντικούς ιστούς. Ειδικότερα, η μάζηση της μαστίχας προκαλεί στατιστικά σημαντική μείωση των *Streptococcus mutans* και *Lactobacilli* (Aksoy και συν. 2006). Έχουν δείξει ότι η φυσική ρητίνη δρα κατά του *Porphyromonas gingivalis*, ενός ιδιαίτερα σημαντικού περιοδοντοπαθογόνου, συμβάλλοντας σημαντικά και στην αντιμετώπιση της κακοσμίας του στόματος. Στην ίδια μελέτη η μαστίχα είχε ευεργετικές επιδράσεις στη βιωσιμότητα των κυττάρων, σε σύγκριση με CHX και το H₂O₂ (Koychev S, και συν. 2017). Επίσης, η μαστίχα παρουσιάζει αντιμυκητιακές ιδιότητες, κυρίως έναντι του στελέχους *Candida albicans*. Είναι σημαντικό ακόμη να αναφερθεί, ότι η μαστίχα προκαλεί αύξηση του pH του σάλιου και συντελεί στην καταπραϋντική αντιμετώπιση της ξηροστομίας (Aksoy και συν. 2007). Τέλος, για τον καρκίνο του στόματος, αρκετές κλινικές δοκιμές αποκάλυψαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα κατά του κυτταρικού πολλαπλασιασμού, της επαγωγής απόπτωσης και της ρύθμισης των ενδοκυτταρικών οδών σηματοδότησης. (Alwadi και συν. 2023)

Συμπεράσματα: i. Η μαστίχα μειώνει το μικροβιακό φορτίο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πιθανός μη τοξικός τοπικός παράγοντας ii. Έχει αντιμικροβιακές και αντιβακτηριδιακές ιδιότητες και iii. Συμβάλει στην μείωση της φλεγμονής.

37) Κομβούτης Μ, Τασιόπουλος Κ. Οι επιπτώσεις της Κοινωνικής Ανισότητας στη Στοματική Υγεία. Η περίπτωση της Ελλάδας.

Επιβλέπων: Συγγελάκης Α, Παπαϊωάννου Β.

Σκοπός: Η διερεύνηση του επιπέδου στοματικής υγείας και πρόσβασης στην οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα και η συσχέτισή τους με τις κοινωνικές ανισότητες.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική έρευνα, καθώς και έρευνα στις βάσεις δεδομένων της ΕΛΣΤΑΤ και της Eurostat, ενώ αξιοποιήθηκε η πρόσφατη Λευκή Βίβλος για τις Ανισότητες στη Στοματική Υγεία του Economist.

Αποτελέσματα: Σε έρευνα σε 4.410 παιδιά ηλικίας 5,12 και 15 ετών βρέθηκε ότι οι βλάβες της τερηδόνας ήταν αρκετά συχνές, κυρίως της αρχόμενης τερηδόνας στις μασητικές επιφάνειες (των νεογιλών και μόνιμων γομφίων, ιδιαίτερα της κάτω γνάθου), ενδεικτικό της ανάγκης εφαρμογής εμφράξεων οπών και σχισμών (Davidoroulou et al., 2022). Η σύγκριση μεταξύ παιδιών ίδιας ηλικίας με μεταναστευτικό ή μη υπόβαθρο έδειξε ότι εκείνα με μεταναστευτικό υπόβαθρο εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά τερηδόνας και είχαν ανάγκες θεραπείας σε υψηλότερα ποσοστά. Η ισχύς της συσχέτισης μεταξύ της εθνοτικής καταγωγής και των επιπέδων τερηδόνας μειώνεται σταδιακά με την αύξηση της ηλικίας. Το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας μεταξύ των μεταναστών ήταν σημαντικός δείκτης για την τερηδόνα στη μόνιμη οδοντοφυΐα. Οι έφηβοι με λιγότερο μορφωμένες μητέρες εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα τερηδόνας (Diamanti et al., 2021). Ανάλογη είναι η κατάσταση και στους ενήλικες, όπου καταγράφονται έντονες ανισότητες πρόσβασης στην οδοντιατρική φροντίδα και στο επίπεδο της στοματικής υγείας (Yfantopoulos et al. 2014). Επιπλέον, από την έναρξη της οικονομικής κρίσης έως σήμερα, παρατηρούνται αυξημένοι δείκτες ακάλυπτων αναγκών οδοντιατρικής φροντίδας. Καταγράφεται, μία έντονη κοινωνική διαβάθμιση (social gradient). Στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα η πρόσβαση στην οδοντιατρική φροντίδα είναι ακόμη πιο δυσχερής (ΕΛΣΤΑΤ 2024, Eurostat 2024).

Συμπεράσματα: Υπάρχει ανάγκη αλλαγής προσανατολισμού του συστήματος υγείας και οδοντιατρικής φροντίδας με εστίαση στην πρόληψη και, ιδίως, σε παρεμβάσεις δημόσιας υγείας που αφορούν στον πληθυσμό, η κοινή διαχείριση, προληπτική και θεραπευτική, των νόσων του στόματος και των μη μεταδιδόμενων νόσων, η εισαγωγή Ρήτρας Στοματικής Υγείας για την εξασφάλιση πόρων που θα επιτρέψουν την ευχερέστερη πρόσβαση στην οδοντιατρική φροντίδα όλου του πληθυσμού και ειδικότερα των κοινωνικά ευπαθών ομάδων (Syngelakis et al. 2024).

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΙΙ

38) Ζαβού Γ, Αριστείδου Α. Οι απαρχές της Ορθοδοντικής επιστήμης: ΙΙ. Πρώιμοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί
Επιβλέπων: Σηφακάκης Ι.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η περιγραφή των ορθοδοντικών μηχανημάτων και των τεχνικών που χρησιμοποιήθηκαν στις απαρχές του 18ου αιώνα, για την αντιμετώπιση των ορθοδοντικών προβλημάτων. Επιπλέον αναλύεται η εξέλιξη των μηχανημάτων αυτών μέχρι την σύγχρονη εποχή.

Υλικά και Μέθοδοι: Αναζητήθηκαν δεδομένα από τα συγγράμματα “History of Orthodontics”, “Βασικές Αρχές Ορθοδοντικής – Δεύτερος Τόμος”, “Εισαγωγή στην Ορθοδοντική” καθώς και από το διαδικτυακό άρθρο “Orthodontic Appliances” της ιστοσελίδας “pocketdentistry”.

Αποτελέσματα: Ο Pierre Fauchard ήταν από τους πρώτους που ασχολήθηκε με την Ορθοδοντική κατασκευάζοντάς τη συσκευή Bandalette (1723). Άλλες συσκευές με ιδιαίτερο ορθοδοντικό ενδιαφέρον αποτέλεσαν η επιγναθίδα – chin strap του JS Gunnell (1840), η συσκευή διεύρυνσης της γνάθου, του Emerson C Angel (1860) καθώς και η συσκευή συγκράτησης Hawley από τον Charles A Hawley η οποία χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα. Ο Edward Hartley Angle αποτέλεσε ιδιαίτερα σημαντική φυσιογνωμία στην Ορθοδοντική, με την επινόηση συσκευών οι οποίες βρίσκουν εφαρμογή μέχρι και σήμερα όπως η E-arch, για τη διεύρυνση οδοντικών τόξων, η Pin and tub, για μετακίνηση ριζών, η Ribbon arch, για μετακίνηση δοντιών καθώς και η Edgewise συσκευή, για κλείσιμο διαστημάτων και εξασφάλιση φυσιολογικής σύγκλεισης. Παράλληλα με τη χρήση των παραπάνω ορθοδοντικών μηχανημάτων, εφαρμόστηκαν και ορισμένες ειδικές τεχνικές βελτίωσης των ορθοδοντικών ανωμαλιών. Μερικές από αυτές είναι το Baker anchorage από τον Henry A Baker με την χρήση διαγναθικών ελαστικών (1893), η τεχνική Jumping the bite από τον Norman William Kingsley (1866) η οποία θεωρείτο θεραπεία για τον προγναθισμό, καθώς και η χρήση βιδών από τον William Lintott για μετακίνηση δοντιών με κλίση (1841) κ.α.

Συμπεράσματα: Τόσο τα μηχανήματα, όσο και οι τεχνικές που εφαρμόζονταν από τον 18ο αιώνα αποτέλεσαν ακρογωνιαίο λίθο στη πορεία της Ορθοδοντικής. Η συμβολή των ορθοδοντικών της εποχής, καθώς και οι ιδέες τους, ήταν καταλυτικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του τότε αλλά και για την εξέλιξη στην αντιμετώπιση του σήμερα.

39) Ιντζές Α, Κλαδούχας Χ, Μερκούρη Ε. Το ύψος της φατνιακής ακρολοφίας σε ενήλικες που φέρουν εμφυτεύματα στην πρόσθια ζώνη.
Επιβλέπων: Κωνσταντίνης Δ, Βασταρδή Ε.

Σκοπός: Η ανασκόπηση των διαθέσιμων γνώσεων σχετικά με το ύψος της φατνιακής ακρολοφίας σε ενήλικες με επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, των παραγόντων που το επηρεάζουν, και τα αισθητικά προβλήματα που δημιουργούνται.

Υλικά και μέθοδοι: Ανασκόπηση της πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας από τις βάσεις δεδομένων PubMed (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov), Elsevier (www.elsevier.com) και ScienceDirect (www.sciencedirect.com), σε άρθρα στην Αγγλική γλώσσα, με τις λέξειςκλειδιά dental, implant, alveolar, height, growth, infraocclusion, infraposition και στοχευμένες αναζητήσεις σύμφωνα με πληροφορίες που προέκυπταν κατά την συγγραφή.

Αποτελέσματα: Από τις μελέτες που εξετάστηκαν, εντοπίστηκαν ποικίλοι παράγοντες που συσχετίζονται με την πιθανότητα φαινομενικής υπέκφυσης του εμφυτεύματος σε ενήλικες ασθενείς σε βαθμό που να καθίσταται αντιληπτή και ενδεχομένως να προκαλεί αισθητικά προβλήματα. Οι κυριότεροι που θεωρείται ότι συμμετέχουν είναι η ηλικία και η υπολειπόμενη αύξηση, το φύλο, η θέση του εμφυτεύματος, ο τύπος προσώπου, η καθυστερημένη τοποθέτηση εμφυτεύματος, και η παρουσία συγκλεισιακών επαφών, χωρίς όμως να υπάρχει συμφωνία για όλους αυτούς τους παράγοντες μεταξύ των διαφόρων μελετών. Αντίστοιχα, η αποτριβή των κοπτικών επιφανειών των όμορων φυσικών δοντιών μετριάξει το αισθητικό πρόβλημα της διαφοράς ύψους, όχι όμως την πιθανή ασυμμετρία στο ουλικό περίγραμμα. Η παρουσία του «αγκυλωμένου» εμφυτεύματος ενδέχεται να οδηγήσει σε οστική απώλεια της όμορης επιφάνειας των παρακείμενων δοντιών με σημαντική επίπτωση στην αισθητική λόγω απώλειας μεσοδόντιων θηλών. Αισθητικά προβλήματα που αναφέρονται λόγω απορρόφησης του παρειακού πετάλου ίσως σχετίζονται με αλλαγές στην κατακόρυφη θέση και στις γωνίες εμφυτεύματος-SNL και εμφυτεύματος-NL, που οφείλονται στην συνεχιζόμενη κρανιοπροσωπική αύξηση κατά την ενήλική ζωή. Ειδικά στις περιπτώσεις μονόπλευρης τοποθέτησης εμφυτεύματος στην πρόσθια περιοχή, ακόμα και μικρής έκτασης υπέκφυση μπορεί να γίνει ευκολότερα αντιληπτή από τον ασθενή και να οδηγήσει σε επιθυμία για αισθητική παρέμβαση.

Συμπεράσματα: Η φαινομενική υπέκφυση εμφυτευμάτων σε σύγκριση με όμορα φυσικά δόντια στην περιοχή των άνω τομέων ενδέχεται να οδηγήσει σε αισθητικά προβλήματα ακόμα και σε ενήλικες ασθενείς. Ο παράγοντας στον οποίο συμφωνούν οι περισσότεροι ερευνητές, για την διαφορά ύψους που προκύπτει, είναι η ηλικία του ασθενούς.

**40) Πολάκης Π. Φάρμακα που εμποδίζουν την ορθοδοντική μετακίνηση.
Επιβλέπων: Σηφακάκης Ι**

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η περιγραφή των φαρμάκων, τα οποία δυσχεραίνουν την ορθοδοντική μετακίνηση των δοντιών. Θα αναλυθούν οι μηχανισμοί που δρουν τα φάρμακα αυτά.

Υλικά και μέθοδοι: Διενεργήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων MEDLINE την 10η Απριλίου 2024 σχετικά με φάρμακα, η χρήση των οποίων παρεμβαίνει στην ορθοδοντική μετακίνηση.

Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά: "medication" και "drugs" σε συνδυασμό με "tooth movement" ή / και "orthodontics". Από τα αποτελέσματα έγινε επιλογή 12 άρθρων.

Αποτελέσματα: Σε κάποιες περιπτώσεις φαρμάκων που μειώνουν το ρυθμό μετακίνησης των δοντιών, αυτή τους η επίδραση τους στην ορθοδοντική θεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως μια "παρενέργεια". Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις είναι μέρος της δράσης τους, με κύριο παράδειγμα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία της οστεοπόρωσης. Η βαρύτητα της επίδρασης που έχει ένα φάρμακο στη μετακίνηση των δοντιών διαφέρει αναλόγως της κατηγορίας φαρμάκων. Έχουν διενεργηθεί αρκετές έρευνες σε πειραματόζωα, αλλά τα αποτελέσματά τους δεν είναι δυνατόν να αναχθούν απόλυτα στον ανθρώπινο οργανισμό.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικό ο ορθοδοντικός να γνωρίζει και να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα αποτελέσματα που έχει ή θα μπορούσε να έχει μια φαρμακευτική αγωγή στην ορθοδοντική θεραπεία. Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού από κάθε ασθενή πριν την έναρξη της ορθοδοντικής θεραπείας είναι καθοριστικής σημασίας καθώς και η συνεχής ενημέρωσή του επί αυτού του θέματος καθ'όλη την διάρκεια της θεραπείας.

41) Τότα Ρ, Τσίλη Μ. Διαφανείς νάρθηκες VS ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί: Κριτήρια επιλογής.
Επιβλέπων: Κωνσταντίνης Δ, Βασταρδή Ε.

Σκοπός: Όλο και περισσότεροι ορθοδοντικοί ασθενείς, ανεξαρτήτως ηλικίας, καταλήγουν στην επιλογή θεραπείας με διαφανείς νάρθηκες εξ' αιτίας των αισθητικών περιορισμών που θέτουν οι ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί. Η εκτεταμένη χρήση των διαφανών νάρθικων προκαλεί στους κλινικούς, αμφιβολίες, ως προς την αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε σχέση με τους διαχρονικά αξιόπιστους ακίνητους μηχανισμούς. Στόχος μας αποτελεί η διερεύνηση της καταλληλότητας της κάθε μεθόδου ανάλογα με την ορθοδοντική ανωμαλία.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση με χρήση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων (PubMed, EMBASE και Google Scholar) και λέξεις-κλειδιά για την ανεύρεση κλινικών μελετών που συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων ορθοδοντικών μετακινήσεων που απαιτούνται ανάλογα με τις σκελετικές τάξεις με διαφανείς νάρθηκες και ακίνητους ορθοδοντικούς μηχανισμούς.

Λέξεις κλειδιά: σύνδεσμοι, ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί, διάφανοι νάρθηκες, ορθοδοντική, συστηματική έρευνα, αποτέλεσμα θεραπείας, Invisalign.

Αποτελέσματα: Βάσει των ανευρεθέντων μελετών διαπιστώνεται ότι η επιλογή θεραπείας με διαφανείς νάρθηκες ή με ακίνητους ορθοδοντικούς μηχανισμούς εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες. Οι διάφανοι νάρθηκες δύνανται να αποτελέσουν θεραπεία εκλογής σε περιστατικά τάξης I γομφίων και κυνοδόντων, όπου παρατηρείται μέτριος συνωστισμός (χωρίς εμπλοκή σκελετικών ανωμαλιών) στοχεύοντας κυρίως στην παρειο-γλωσσική μετακίνηση των δοντιών. Αντίθετα, οι ακίνητοι μηχανισμοί επιλέγονται σε πιο σύνθετα ορθοδοντικά περιστατικά, με συνωστισμό ή αραιοδοντία >5mm, ύπαρξη στροφής μύλης >15-20°, σε οδοντικά τόξα με πολλαπλές ελλείψεις δοντιών, χασμοδοντίες, υπερσυγκλίσεις, προσθιοπίσθιες σκελετικές αποκλίσεις πάνω από 2 mm και σε δόντια με μικρή κλινική μύλη. Επιπροσθέτως, κάποιες φορές έχει καταγραφεί η ανάγκη τοποθέτησης ακινήτων μηχανισμών σε ασθενείς μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας με διαφανείς νάρθηκες προκειμένου να βελτιστοποιηθεί το συγκλεισιακό αποτέλεσμα. Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι οι σύνδεσμοι των ακινήτων μηχανισμών προκαλούν υπενασβεστιώσεις σε ασθενείς που δεν διατηρούν υψηλό επίπεδο στοματικής υγιεινής, καθιστώντας αντένδειξη τη χρήση τους σε ασθενείς με ήδη υπάρχουσες υπενασβεστιώσεις.

Συμπέρασμα: Τόσο οι διαφανείς νάρθηκες όσο και οι ακίνητοι ορθοδοντικοί μηχανισμοί, σε λιγότερο απαιτητικά περιστατικά, φαίνεται ότι αποφέρουν παρόμοια αποτελέσματα με την διαφορά ότι στην παραδοσιακή ορθοδοντική, η θεραπεία μπορεί να διαρκεί μικρότερο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, σε περίπλοκες οδοντικές και σκελετικές καταστάσεις, οι νάρθηκες αδυνατούν να ανταποκριθούν εξίσου αποτελεσματικά. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η κατάρτιση του κλινικού και η εξατομικευμένη μελέτη κάθε περιστατικού πριν προβεί στη θεραπευτική επιλογή.

42) Βισάκης Η. Έγκλειση κυνοδόντων: Θεραπεία με ή χωρίς CBCT?

Επιβλέπων: Βασταρδή Ε.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά στην αναγκαιότητα χρήσης της Υπολογιστικής Τομογραφίας Κωνικής Δέσμης (CBCT) στη διάγνωση, θεραπεία και πρόγνωση εγκλείστων κυνοδόντων.

Μέθοδος: Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στη βάση δεδομένων PubMed με την χρήση των λέξεων κλειδίων: impacted canine, CBCT, diagnosis, Cone-beam computed tomography, panoramic radiography.

Αποτελέσματα: Παρότι η συμβατική πανοραμική ακτινογραφία συνεχίζει να αποτελεί «standard of care» για έναν ασθενή ερχόμενο πρώτη φορά στο ιατρείο για ορθοδοντική αξιολόγηση, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις όπου η δισδιάστατη απεικόνιση που παρέχει και η αλληλεπίθεση δομών που παρουσιάζει, δυσχεραίνει το έργο της διάγνωσης. Στις περιπτώσεις έγκλεισης κυνοδόντων, η CBCT επιτρέπει την απεικόνιση της τρισδιάστατης εικόνας και πιο συγκεκριμένα την καλύτερη αντίληψη της κλίσης, του βάθους και γενικότερα του προσανατολισμού αυτών των δοντιών. Την κυριότερη και αδιαμφισβήτητη ένδειξη για CBCT αποτελεί η ανίχνευση απορρόφησης ριζών γειτονικών δοντιών τόσο πριν όσο και μετά την ορθοδοντική παρέμβαση, καθώς με αυτήν τη μέθοδο μπορούμε επιτυχώς να οπτικοποιήσουμε όχι μόνο προχωρημένες αλλά και ήπιες απορροφήσεις στα όμορα δόντια. Σημαντικό προβληματισμό για τη χρήση της CBCT στους ασθενείς αποτελεί πρώτον, το υψηλότερό της κόστος και δεύτερον, η αυξημένη δόση ακτινοβολίας σε σχέση με την πανοραμική. Ωστόσο, τηρώντας τις προτεινόμενες κατευθυντήριες συστάσεις όπως τα DIMITRA guidelines (πχ. χαμηλό ανατομικό πεδίο όρασης, υψηλή ανάλυση, κατάλληλη αποτελεσματική δόση ακτινοβολίας και διάρκεια ακτινοβολήσης) μπορούμε να πετύχουμε τον σκοπό μας ακολουθώντας τους κανόνες “As Low As Reasonably Achievable” (ALARA) και «As Low As Diagnostically Achievable (ALADA)».

Συμπέρασμα: Η CBCT αποτελεί την πιο αξιόπιστη ακτινογραφία όσον αφορά τους εγκλείστους κυνοδόντες λόγω της υψηλής της διαγνωστικής της αξίας, τη δυνατότητα τρισδιάστατης απεικόνισης καθώς και την διάγνωση απορρόφησης γειτονικών ριζών. Όλες αυτές οι παράμετροι μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τη θεραπευτική προσέγγιση και την πρόγνωση του δοντιού, βελτιστοποιώντας το θεραπευτικό αποτέλεσμα και μειώνοντας τις πιθανότητες για μεγαλύτερη ανεπιθύμητη επεμβατικότητα.

ΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ /ΓΗΡΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

43) Κωστούλας ΕΑ, Κωστούλας Θ. Επιεμφυτευματικές επένθετες μερικές οδοντοστοιχίες: πλεονεκτήματα, ενδείξεις και περιορισμοί.
Επιβλέπων: Καμποσιώρα Φ.

Οι επιεμφυτευματικές μερικές οδοντοστοιχίες έχουν έρθει στο προσκήνιο ταυτόχρονα με την πρόοδο στον τομέα της εμφυτευματολογίας και αποτελούν μια πολλά υποσχόμενη θεραπευτική επιλογή για μερικά νωδούς ασθενείς.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να αναλύσει αυτή την θεραπευτική προσέγγιση αναλύοντας τα πλεονεκτήματα, τις ενδείξεις-αντενδείξεις και τους περιορισμούς τους

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως Pubmed, Google Scholar και Medline με λέξεις κλειδιά “removable partial dentures”, “implant supported rpd” και “implant dentistry”.

Αποτελέσματα: Οι επιεμφυτευματικές μερικές οδοντοστοιχίες έχουν αρκετά πλεονεκτήματα συγκριτικά με τις συμβατικές μεθόδους κινητής προσθετικής προσφέροντας καλύτερη συγκράτηση και σταθερότητα στις αποκαταστάσεις. Επιπλέον μην έχοντας την ανάγκη για συγκρατητικά στοιχεία αίρονται οι αναγκαίες προϋποθέσεις για τα δόντια στηρίγματα, δεν επιβαρύνουν με δυνάμεις τα παρακείμενα δόντια και πλεονεκτούν αισθητικά ιδιαίτερα αν τα δόντια στηρίγματα βρίσκονται στην αισθητική ζώνη. Παρόλα αυτά υπάρχουν και σημαντικοί ανατομικοί και συστηματικοί περιορισμοί που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας.

Συμπεράσματα: Οι επιεμφυτευματικές μερικές οδοντοστοιχίες αποτελούν μια θεραπευτική προσέγγιση που πρέπει να λαμβάνεται υπ’ όψη στις περιπτώσεις μερικής νοδότητας με σκοπό την καλύτερη δυνατή αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση.

44) Κωστούλας ΕΑ, Κωστούλας Θ. Κατευθυνόμενη επούλωση μετεξακτικού φατνίου μέσω μεταβατικών αποκαταστάσεων στην αισθητική ζώνη
Επιβλέπων: Καμποσιώρα Φ.

Εισαγωγή: Η εξαγωγή δοντιού και η επούλωση του μετεξακτικού φατνίου οδηγεί στην απώλεια της μεσοδόντιας θηλής και έχει συχνά ως αποτέλεσμα την σημαντική και άτακτη συρρίκνωση των μαλακών ιστών. Όταν αυτό συμβαίνει στην πρόσθια αισθητική ζώνη δημιουργεί σημαντικές δυσκολίες στην κατασκευή μιας αισθητικής προσθετικής αποκατάστασης, ιδίως στην περιοχή του γεφυρώματος και των μεσοδοντίων θηλών και καθίσταται πολλές φορές αδύνατη η επίτευξη σωστού προφίλ ανάδυσης στην περιοχή του ελλείποντος δοντιού.

Σκοπός: Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η ανάδειξη του ρόλου και της σημασίας των μεταβατικών αποκαταστάσεων και ειδικά του γεφυρώματος κατά την διαδικασία επούλωσης του μετεξακτικού φατνίου έτσι ώστε να επιτύχουμε μια κατά το δυνατόν κατευθυνόμενη ιστική επούλωση. Μέσω της διαδικασίας αυτής θα βελτιωθεί κατά πολύ το αισθητικό αποτέλεσμα της τελικής προσθετικής αποκατάστασης.

Υλικά και μέθοδοι: Θα γίνει παρουσίαση κλινικών περιστατικών τα οποία αποκαταστάθηκαν με ακίνητες προσθετικές αποκαταστάσεις και τοποθετήθηκαν άμεσα μετεξακτικά μεταβατικές αποκαταστάσεις με συγκεκριμένη διαμόρφωση του γεφυρώματος με σκοπό την κατευθυνόμενη επούλωση των μαλακών ιστών έτσι ώστε η τελική αποκατάσταση να έχει σωστό προφίλ ανάδυσης. Θα γίνει επίσης αναφορά των ενδείξεων, αντενδείξεων καθώς και των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της συγκεκριμένης μεθόδου.

Αποτελέσματα: Με την χρήση κατάλληλα διαμορφωμένων μεταβατικών με ωσειδές σχήμα γεφυρώματος μπορεί να επιτευχθεί διατήρηση των μαλακών ιστών και με άσκηση ελαφράς πίεσης σε αυτούς να ο δημιουργηθεί σωστό προφίλ ανάδυσης για τη μελλοντική μόνιμη ακίνητη αποκατάσταση.

Συμπέρασμα: Η κατάλληλη διαμόρφωση των μεταβατικών αποκαταστάσεων στην πρόσθια αισθητική ζώνη έχει σημαντική συμβολή στην απόδοση της σωστής αισθητικής της τελικής προσθετικής αποκατάστασης.

45) Καρά Αλή Αχμέτ Σ, Παππά Ζ. Αναφορά Περιστατικού: Επένθετη Ολική Οδοντοστοιχία κάτω γνάθου με ball attachments επί φυσικών δοντιών.

Επιβλέπων: Βάκου Δ, Γιαννακόπουλος ΝΝ.

Εισαγωγή: Από το 1960 μέχρι και σήμερα, η αξιοποίηση των φυσικών δοντιών ως στηρίγματα μιας επένθετης ολικής οδοντοστοιχίας (Ο.Ο.) φαίνεται να αποτελεί μια αποδεκτή εναλλακτική λύση απέναντι στην εξαγωγή των εναπομεινάντων δοντιών. Η επιλογή μιας τέτοιας κινητής προσθετικής αποκατάστασης προϋποθέτει κατάλληλη τροποποίηση των δοντιών – στηριγμάτων και χρήση ειδικών συνδέσμων ακριβείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις επένθετες Ο.Ο. κάτω γνάθου με ενδορριζικούς συνδέσμους ακριβείας σφαιρικού τύπου (ball attachments) επί 2 φυσικών δοντιών. Η συγκεκριμένη αποκατάσταση παρουσιάζεται και μέσω ενός περιστατικού από την Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης Ασθενών (Κ.Σ.Α.Α) του 4ου έτους, για το οποίο επιλέχθηκε ως σχέδιο θεραπείας η επένθετη Ο.Ο. κάτω γνάθου με ball attachments επί φυσικών δοντιών.

Υλικά και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Google Scholar) και συγγράμματα Προσθετικής, για να οριστικοποιηθούν τα στάδια που θα ακολουθηθούν, αλλά και οι τεχνικές που θα εφαρμοστούν για την κατασκευή της συγκεκριμένης κινητής προσθετικής αποκατάστασης. Το περιστατικό αφορά σε ασθενή ηλικίας 63 ετών που προσήλθε στην Προπτυχιακή Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης Ασθενών (Κ.Σ.Α.Α) του 4ου έτους (υπεύθυνος κ. Ν.Ν. Γιαννακόπουλος) για πλήρη λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση του οδοντικού φραγμού του.

Αποτελέσματα: Ο συγκεκριμένος τύπος επένθετης κινητής προσθετικής αποκατάστασης, παρουσιάζει ποσοστά επιβίωσης μετά από 5 χρόνια 94,6%, μετά από 10 χρόνια 87,6% και μετά από 14 χρόνια 86,2%. Επιπλέον, γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με την βιβλιογραφία παρουσιάζει χαμηλά ποσοστά αποτυχίας, κυρίως λόγω τερηδονισμού ή περιοδοντικής νόσου στα δόντια – στηρίγματα, με ποσοστά 8,8% στα 5 έτη και 17,6% στα 10 έτη. Τέλος, η ποιότητα της στοματικής υγιεινής που εφαρμόζει ο κάθε ασθενής συσχετίστηκε, σε κάποιο βαθμό, με τον κίνδυνο απώλειας των δοντιών στήριξης. Το γεγονός πως η επένθετη Ο.Ο. στηρίχθηκε σε φυσικά δόντια μέσω των ball attachments, έδωσε στον ασθενή το πλεονέκτημα της αυξημένης συγκράτησης της οδοντοστοιχίας.

Συμπεράσματα: Οι επένθετες Ο.Ο. που στηρίζονται σε ενδορριζικούς συνδέσμους ακριβείας επί φυσικών δοντιών εμφανίζουν αυξημένη συγκράτηση σε σχέση με τις συμβατικές Ο.Ο.. Επιπλέον, διατηρούν το ύψος της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας στην περιοχή των δοντιών. Ακόμη, διατηρούν την ιδιοδεκτική ικανότητα, βελτιώνοντας τη μάσηση και ενισχύοντας την ψυχολογία των ασθενών, δίνοντας τους μεγαλύτερη σιγουριά.

46) Πισκοπάνη Β, Μαλισιόβας Κ. Προβλήματα σχετιζόμενα με τη χρήση ολικών οδοντοστοιχιών από ηλικιωμένους ασθενείς.

Επιβλέπων: Κωνσταντοπούλου Κ, Κοσιώνη Α .

Σκοπός: Οι ολικές οδοντοστοιχίες κατασκευάζονται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα λόγω του αυξημένου επιπολασμού της ολικής νωδότητας στις μεγαλύτερες ηλικίες. Ωστόσο η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει αρκετά προβλήματα αν δεν τηρούνται κάποιοι βασικοί κανόνες κατασκευής, χρήσης και συντήρησης των προσθετικών αποκαταστάσεων. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναλυθούν τα συνηθέστερα προβλήματα που συνδέονται με τη χρήση των ολικών οδοντοστοιχιών από ηλικιωμένα άτομα και οι τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισής τους.

Μέθοδος

Έγινε διερεύνηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και παρουσίαση σχετικών κλινικών περιστατικών.

Αποτελέσματα: Τα συνηθέστερα προβλήματα από τη χρήση των ολικών οδοντοστοιχιών από ηλικιωμένα άτομα περιλαμβάνουν τα τραύματα από τις οδοντοστοιχίες, τη συγγελίτιδα, τη στοματίτιδα και την πτυχωτή ινώδη υπερπλασία. Η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες χαρακτηρίζεται από φλεγμονή του στοματικού βλεννογόνου στις περιοχές που καλύπτονται από την κινητή προσθετική εργασία και προκαλείται από χρόνια τραυματισμό ή/και λοίμωξη. Η πτυχωτή ινώδης υπερπλασία οφείλεται συνήθως σε χρόνια τραυματισμό του βλεννογόνου της ουλοχειλικής ή ουλοπαρειακής αύλακας λόγω κακής εφαρμογής της οδοντοστοιχίας. Η συγγελίτιδα είναι μια φλεγμονώδης νοσολογική οντότητα με πολυπαραγοντική αιτιολογία που εντοπίζεται στις συγγελίες. Οι συνηθέστεροι αιτιολογικοί/ επιβαρυντικοί παράγοντες των παραπάνω προβλημάτων είναι τα κατασκευαστικά λάθη, η πλημμελής υγιεινή και λανθασμένη χρήση των οδοντοστοιχιών που ευνοούν την τοπική φλεγμονή και λοίμωξη, η έλλειψη συστηματικής ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ηλικιωμένων ασθενών και των φροντιστών τους στη φροντίδα στόματος και οδοντοστοιχιών, η απουσία συστηματικών επανεξετάσεων λόγω αδιαφορίας, αμέλειας, ή αδυναμίας πρόσβασης στον οδοντίατρο, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με τη γενική υγεία και το επίπεδο λειτουργικής αυτοδυναμίας των χρηστών. Η αντιμετώπιση των τραυμάτων γίνεται με άρση του αιτίου με αντίστοιχο εκτροχισμό των οδοντοστοιχιών, ενώ για την πτυχωτή ινώδη υπερπλασία τα θεραπευτικά σχήματα μπορεί να περιλαμβάνουν συντηρητική προσθετική ή και χειρουργική αντιμετώπιση. Η θεραπεία για τη στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες και τη συγγελίτιδα είναι ανάλογη της αιτιολογίας (μηχανικής ή μικροβιακής). Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη έχουν οι συστηματικές επανεξετάσεις των ασθενών και η εκπαίδευση αυτών και των φροντιστών τους στις σωστές οδηγίες υγιεινής των οδοντοστοιχιών και φροντίδας του στόματος.

Συμπεράσματα: Απαιτείται συστηματική ενημέρωση και εκπαίδευση των οδοντιάτρων, ασθενών και φροντιστών για την πρόληψη και διαχείριση των προβλημάτων που προκύπτουν από τη χρήση των ολικών οδοντοστοιχιών από ηλικιωμένους ασθενείς.

ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ II /ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ II/ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

47) Ανδρέου Γ. Smear layer: μέθοδοι και εργαλεία για την αφαίρεσή του.

Επιβλέπων: Λάμπρου Μ , Κερεζούδης Ν .

Εισαγωγή: Το οδοντινικό επίχρισμα (smear layer) είναι ένα στρώμα ανόργανων και οργανικών συστατικών που επικάθεται στα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα μετά από τη μηχανική επεξεργασία του. Αποτελείται από ρινίσματα οδοντίνης, υπολείμματα πολφικού ιστού, βακτήρια και προϊόντα τους. Η δομή του περιλαμβάνει δύο στρώματα, ένα επιφανειακό πάχους 1-2μm και ένα εν τω βάθη που προεκτείνεται μέσα στα οδοντινοσωληνάρια σε βάθος έως και 40 μm. Συστήνεται η αφαίρεσή του γιατί έτσι, απομακρύνεται ο μικροβιακός παράγοντας, εισχωρούν καλύτερα τα φάρμακα απολύμανσης και η έμφραξη του ριζικού σωλήνα γίνεται ερμητικότερη. Για την απομάκρυνση του έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι.

Σκοπός: Η αναφορά των μεθόδων αφαίρεσης του οδοντινικού επιχρίσματος (smear layer) και η σύγκριση της αποτελεσματικότητάς τους.

Υλικά και μέθοδοι: Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας με περιεχόμενο το smear layer, τους διακλυσμούς και τις συσκευές που χρησιμοποιούνται για την αφαίρεσή του.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα: Υπάρχουν τρεις κύριες μέθοδοι απομάκρυνσης του smear layer, οι διακλυσμοί με χημικά μέσα, η χρήση υπερήχων και οι συσκευές LASER.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αφαίρεσης είναι ο συνδυασμός διαλύματος υποχλωριώδους νατρίου με MTAD ή αιθυλενοδιαμινοτετραοξικό οξύ (EDTA). Η ενεργοποίηση διαλυμάτων με υπερήχους ή με ακτίνες LASER προσφέρει επίσης ικανοποιητικά αποτελέσματα ειδικά σε δυσπρόσιτες ανατομικά περιοχές. Υπάρχουν επιπλέον πολλά άλλα διαλύματα αλλά και συσκευές που εμφανίζουν υποσχόμενα αποτελέσματα, αλλά απαιτείται περαιτέρω μελέτη. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι αναφερόμενες μέθοδοι εξατομικεύονται με βάση τις κλινικές παραμέτρους κάθε περιστατικού.

48) Μάρης Δ, Κοκολάκη Σ, Καρκαμπούνα Ι. Η επίδραση του αριθμού των συνεδριών στο αποτέλεσμα της ενδοδοντικής θεραπείας.
Επιβλέπων: Τζανετάκης Γ.

Σκοπός: Να δειχθεί εάν ο αριθμός των συνεδριών έχει πιθανά σχέση με το αποτέλεσμα (επιτυχία/αποτυχία) της ενδοδοντικής θεραπείας.

Υλικά- Μέθοδοι: Θα λάβει χώρα μια κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση κλινικών μελετών που εξετάζουν το αποτέλεσμα της ενδοδοντικής θεραπείας συγκριτικά σε μία ή περισσότερες συνεδρίες. Οι μελέτες θα αναζητηθούν στη βιβλιογραφική βάση Pubmed χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά όπως: “single visit vs multiple visit root canal treatment”, “outcome of single visit endodontic treatment”.

Αποτελέσματα: Δε φαίνεται να υπάρχουν διαφορές όσον αφορά το αποτέλεσμα της ενδοδοντικής θεραπείας είτε αυτή ολοκληρώνεται σε μία είτε σε περισσότερες συνεδρίες. Ορισμένες μελέτες δε, καταλήγουν ότι η μία συνεδρία υπερτερεί σε σχέση με τις περισσότερες συνεδρίες. Θα πρέπει να τονιστεί όμως ότι η πλειονότητα των μελετών αυτών έχει λάβει χώρα σε ασυμπτωματικά δόντια με νεκρό πολφό.

Συμπεράσματα: Η ενδοδοντική θεραπεία ασυμπτωματικών δοντιών με νεκρό πολφό συστήνεται να ολοκληρώνεται σε μία συνεδρία. Ωστόσο απαιτείται η διενέργεια περισσότερων κλινικών μελετών για περισσότερο τεκμηρίωση της παραπάνω σύστασης ιδίως σε περιπτώσεις ύπαρξης συμπτωμάτων ή μεγάλων περιακρορριζικών αλλοιώσεων. Μέχρι τότε, στις περιπτώσεις με οξεία συμπτώματα ή μεγάλες περιακρορριζικές βλάβες συστήνεται η θεραπεία να ολοκληρώνεται σε δεύτερη συνεδρία με ενδιάμεση τοποθέτηση ενδορριζικού φαρμάκου.

49) Κοκολάκη Σ. Θεραπεία της περιεμφυτευματίτιδας με αεροστίλβωση και με Er:YAG laser.

Επιβλέπων: Ζορμπάς Α, Φουρμούζης Ι.

Σκοπός: σκοπός της παρουσίασης είναι να επεξηγηθεί ο ορισμός της νόσου, να παρουσιαστούν οι μέθοδοι αυτοί θεραπείας με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μίας και να συγκριθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Υλικά και μέθοδοι: βιβλιογραφία και άρθρα που έχουν επιλεγεί.

Αποτελέσματα: Και οι δύο επιλογές θεραπείας έχουν παρόμοια αποτελέσματα μακροπρόθεσμα, ενώ σε ανασκοπήσεις δεν έχει φανεί η θεραπεία με laser να υπερτερεί έναντι της συμβατικής θεραπείας της περιεμφυτευματίτιδας.

Συμπεράσματα: Οι δύο αυτές θεραπείες επιφέρουν βελτίωση της κλινικής εικόνας της νόσου για ορισμένο χρονικό διάστημα, όμως απαιτούνται περισσότερες τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες που θα διερευνήσουν κι θα αποφανθούν για το συγκεκριμένο θέμα.

50) Σαμνιώτης Β, Κλαδούχας Χ. Σύγκριση του πρωτοκόλλου Guided Biofilm Therapy (GBT) για την αντιμετώπιση των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών νόσων έναντι της ριζικής απόξεσης.
Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Σκοπός: Το πρωτόκολλο GBT αποτελεί μια νέα καινοτόμα προσέγγιση απομάκρυνσης του βιομενίου που σχηματίζεται στα δόντια. Το βιομενίο είναι καθοριστικός παράγοντας στην αιτιοπαθογένεια των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών νόσων. Η καταστροφή των περιοδοντικών και περιεμφυτευματικών ιστών είναι αποτέλεσμα δράσης τοξικών παραγόντων των μικροβίων και των μηχανισμών άμυνας του οργανισμού. Υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα, ο Σ.Δ., το AIDS κ.ά., που επιδρούν στους παραπάνω μηχανισμούς, επιταχύνοντας συνήθως την εξέλιξη της νόσου.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναδείξουμε τα πλεονεκτήματα και τους περιορισμούς του πρωτοκόλλου, καθώς και τα αποτελέσματα για τον περιοδοντικό ασθενή.

Υλικά και μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν άρθρα από το Pubmed.

Αποτελέσματα: Πλεονεκτήματα του πρωτοκόλλου: Η χρήση αποκαλυπτικού παράγοντα ευαισθητοποιεί τον ασθενή για καλύτερη εφαρμογή των ΟΣΥ, αφού οπτικοποιεί περιοχές η στοματική υγιεινή είναι ανεπαρκής.

Το AIRFLOW MAX εξαλείπτει το βιομενίο υπερουλικά έως 4χιλ. υποουλικά. Το PERIOFLOW αφαιρεί βιομενίο σε βαθείς θυλάκους έως 9χιλ. Τα μέσα αυτά είναι ανώδυνα και ελάχιστα επεμβατικά. Η χρήση υπερήχων αποκλειστικά μόνο στη τρυγία μειώνει την ευαισθησία που προκαλούν. Μικρότερη διάρκεια συνεδρίας, εξοικονόμηση χρόνου.

Η σκόνη ερυθιτόλης και γλυκίνης δεν είναι διαβρωτικά για τους οδοντικούς ιστούς και τις προσθετικές αποκαταστάσεις, όπως συμβαίνει με το διττανθρακικό ασβέστιο. Η ερυθιτόλη είναι αποτελεσματική στη μείωση του βάθους θυλάκων μετά από επανεξέταση 12 μηνών. Η χρήση του αποκαλυπτικού παράγοντα με την ολοκλήρωση της συνεδρίας επιβεβαιώνει την ποιότητα του επαγγελματικού καθαρισμού.

Περιορισμοί του πρωτοκόλλου: Στην αντιμετώπιση της περιεμφυτευματίτιδας τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν παρόμοιους ή λιγότερο ικανοποιητικούς κλινικούς δείκτες. Δεν είναι σαφές αν είναι λιγότερο, το ίδιο, ή περισσότερο αποτελεσματικό στους ασθενείς με επιβαρυντικούς παράγοντες.

Συμπεράσματα: Το πρωτόκολλο GBT είναι πολλά υποσχόμενο αφού είναι αποτελεσματικό στην απομάκρυνση του βιομενίου από δόντια και από εμφυτεύματα. Η αποτελεσματικότητα της διαδικασίας μετά από τρεις μήνες είναι μειωμένη, όπως στην ριζική απόξεση. Σε σχέση με την τελευταία, είναι πιο ανεκτό κάνοντας τους ασθενείς περισσότερο πρόθυμους για υποστηρικτική θεραπεία. Η επίδρασή της σε ασθενείς με συστηματική νόσο πρέπει να αξιολογηθεί σε μακροπρόθεσμες μελέτες όπως και για την αντιμετώπιση της περιεμφυτευματίτιδας, όπου δεν επαρκεί ως μονοθεραπεία.

51) Μπάτσι Ε, Γιωλιανάκη Μ, Μπελέρης Ν. Η επίδραση του θερμαινόμενου μη καίόμενου καπνού και του ατμίσματος στην περιοδοντική υγεία.

Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Σκοπός: Τα συστήματα καπνού είναι σχετικά νέα και εξαιρετικά διαφημιζόμενα προϊόντα στην αγορά ως μια λιγότερο επιβλαβής εναλλακτική μορφή καπνίσματος κατά την οποία είτε ο καπνός θερμαίνεται, αλλά δεν καίγεται, σε αντίθεση με το συμβατικό τσιγάρο, είτε λειτουργεί με θέρμανση ενός υγρού διαλύματος που εμπεριέχει ένα μείγμα ουσιών συμπεριλαμβανομένου της νικοτίνης και διαφόρων υγραντικών, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των ηλεκτρονικών τσιγάρων. Παρά το γεγονός ότι κυριαρχεί η πεποίθηση πως λειτουργούν ως λιγότερο επιβαρυντική συνήθεια για την υγεία, πολλαπλές μελέτες καταδεικνύουν πιθανές αρνητικές συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό και συγχρόνως καταστροφικές επιπτώσεις για το στόμα και το περιοδόντιο. Πιο συγκεκριμένα, η νικοτίνη που περιέχεται στα παραπάνω προϊόντα έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να επιδεινώσει άμεσα ή έμμεσα τους περιοδοντικούς ιστούς μέσω ενεργοποίησης των νικοτονικών υποδοχέων της ακετυλοχολίνης, καταστολής των ινοβλαστών του περιοδοντικού συνδέσμου, αύξησης των δραστικών μορφών οξυγόνου στα κύτταρα καθώς και των κυτοκινών/ χημειοκινών και των αυξητικών παραγόντων, διαταράσσοντας την ισορροπία της μικροβιακής χλωρίδας και απορρυθμίζοντας την έκφραση των miRNAs.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τον αντίκτυπο των εναλλακτικών μορφών πρόσληψης νικοτίνης στους περιοδοντικούς ιστούς.

Υλικά και μέθοδοι: Για την επίτευξη του σκοπού αυτού πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση βιβλιογραφίας από τις βάσεις δεδομένων Pubmed και Google Scholar με άρθρα που χρονολογούνται από το 2020 έως το 2024 και αφορούν συγχρονικές μελέτες, ανασκοπήσεις συστηματικές και μη, έρευνες κοορτών και στατιστικές αναλύσεις SPSS. Αποτελέσματα: Ως αποτέλεσμα της χρήσης των προϊόντων αυτών είναι να δημιουργούνται ευνοϊκές συνθήκες για την έναρξη φλεγμονωδών διεργασιών και επομένως για την εγκατάσταση της περιοδοντικής νόσου. Συμπληρωματικά, έρευνες αναφέρουν ότι περιοδοντοπαθογόνα βακτήρια, όπως το *A. actinomycetemcomitans* και το *P. gingivalis*, εντοπίστηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα στο υποουλικό βιοϋμένιο των συγκεκριμένων καπνιστών, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση καπνιστών συμβατικών τσιγάρων.

Συμπεράσματα: Βάσει αυτών των ευρημάτων, η νικοτίνη ρυθμίζει επιλεκτικά την ανάπτυξη περιοδοντοπαθογόνων μικροβίων στην υποουλική χλωρίδα στους ευπαθείς ασθενείς. Επιπροσθέτως, έρευνες αναφέρουν αυξημένο επιπολασμό περιοδοντικών παθήσεων σε χρήστες εναλλακτικών μορφών τσιγάρου, τονίζοντας βέβαια ότι η επιζήμια επίδραση τους στο περιοδόντιο, μετρήσιμη μέσω περιοδοντικών δεικτών, είναι μικρότερης βαρύτητας από εκείνης των καπνιστών συμβατικών τσιγάρων. Εν κατακλείδι, παρά τους συσχετισμούς μεταξύ προϊόντων νικοτίνης και περιοδοντικών παθολογικών ευρημάτων, απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα των αναφορών που υπάρχουν στην σύγχρονη βιβλιογραφία.

52) Μπάτσι Ε, Τζάκερι Ε. Η υποσχόμενη εφαρμογή των εξωσωμάτων στην αναγέννηση του οδοντικού πολφού
Επιβλέπων: Κιτράκη Ε.

Σκοπός: Τα εξωσώματα είναι εξωκυττάρια κυστίδια που παράγονται από πολλά είδη είδη κυττάρων και αποτελούν μεταφορείς βιομορίων όπως DNA, RNA, πρωτεϊνών, υποδοχέων επιφανείας, κυτοκινών, κ.ά. Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διακυτταρική επικοινωνία, ελέγχοντας διαδικασίες κυτταρικού πολλαπλασιασμού, ιστικής διαφοροποίησης, αγγειογένεσης, απόκρισης στο κυτταρικό stress και ανοσοαπόκρισης. Έχουν παρόμοιες θεραπευτικές δυνατότητες με τα βλαστοκύτταρα των ιστών, όμως πλεονεκτήματά τους όπως βιοσυμβατότητα, ικανότητα μεταφοράς φαρμάκων, ευκολία απομόνωσης, περιορισμένες παρενέργειες, σταθερότητα και η χαμηλή τοξικότητα, τα καθιστούν ιδανικά για εφαρμογές ιστομηχανικής και αναγεννητικής ιατρικής.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου των εξωσωμάτων στην ιστική αναγέννηση και των δυνατοτήτων αξιοποίησης τους στο πεδίο της ενδοδοντίας, διανοίγοντας νέους ορίζοντες στην αναγέννηση του συμπλέγματος οδοντίνης – πολφού ως εναλλακτική των συμβατικών στρατηγικών θεραπείας του πολφού.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη βάση δεδομένων PubMed για πρόσφατες δημοσιεύσεις των τελευταίων τεσσάρων ετών με βάση τους όρους dental pulp, exosomes, endodontics και έπειτα επιλογή των πλέον σχετικών άρθρων.

Αποτελέσματα: Τα εξωσώματα των βλαστοκυττάρων του οδοντικού πολφού που μελετήθηκαν σε *in vitro* και σε *in vivo* πειράματα σε πειραματόζωα, φαίνεται πως μπορούν να πυροδοτήσουν την αναγέννηση των ιστών που συγκροτούν το σύμπλεγμα οδοντίνης-πολφού. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω βιολογικών διεργασιών που συμπεριλαμβάνουν την οδοντογενετική διαφοροποίηση κυρίως μέσω των σηματοδοτικών μονοπατιών TGFβ1/smads και MAPK, την οδοντιογένεση, την αγγειογένεση κυρίως μέσω των μορίων VEGF, Ang-2, FGF-2, τη νευρογένεση με την συμβολή για παράδειγμα νευροτροφικών παραγόντων και των κυττάρων Schwann, την ρύθμιση της ανοσολογικής απόκρισης ελέγχοντας κυρίως τη φλεγμονή και την λειτουργία των λεμφοκυττάρων και γενικότερα την κυτταρική μετανάστευση και διαφοροποίηση των εμπλεκόμενων κυττάρων.

Συμπεράσματα: Παρόλο που η αναγεννητική ενδοδοντία έχει βρεθεί στο επίκεντρο των ερευνών τα τελευταία χρόνια, οι cell-free θεραπείες απέχουν από την καθημερινή οδοντιατρική πρακτική, καθώς απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για επιβεβαίωση της αποτελεσματικότητάς τους. Η εφαρμογή των εξωσωμάτων στη θεραπεία του πολφού αποτελεί μία πολλά υποσχόμενη καινοτόμο προσέγγιση, που αναμένεται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στα μελλοντικά πρωτόκολλα αντιμετώπισης των νόσων του πολφού.

ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ / ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

53) Παναγιωτόπουλος Φ, Γούλα Φ. Η επίδραση της εμφάνισης του οδοντίατρου και του ιατρού σε παιδοδοντιατρικούς ασθενείς.

Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίδρασης της εμφάνισης του οδοντίατρου και του ιατρού στην ψυχολογία του παιδοδοντιατρικού ασθενούς. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Έγινε αναζήτηση στη βιβλιογραφική βάση Pubmed, στην αγγλική γλώσσα με τις εξής λέξεις κλειδιά: pediatric patient, dental office, dentist's attire, anxiety, effect, environment, psychology. Η αναζήτηση έγινε χωρίς περιορισμό στην χρονολογία και στο είδος των μελετών.

Αποτελέσματα: Τα δεδομένα έδειξαν πως όταν το οδοντιατρείο ήταν διακοσμημένο με συγκεκριμένα χρώματα (μπλε, ροζ), περιέχει παιχνίδια και χαρακτήρες από κινούμενα σχέδια -τόσο στο περιβάλλον όσο και στην οδοντιατρική έδρα-μειώνεται το άγχος των παιδιών. Τα στοιχεία συμφωνούν, ακόμα, και στην αρωματισμένη ατμόσφαιρα, συνοδευόμενη από μουσική, για τη δημιουργία φιλικότερου περιβάλλοντος. Από δύο συστηματικές ανασκοπήσεις, βρέθηκε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ λευκής ιατρικής μπλούζας έναντι της παιδιατρικής μπλούζας, ωστόσο παιδιά και έφηβοι με άγχος προτιμούν την δεύτερη. Παιδιά ηλικίας 6-9 ετών, όσον αφορά την ενδυμασία του παιδοδοντίατρου, φαίνεται να προτιμούν τη χρήση των χρωμάτων μπλε, ροζ, κίτρινο, πράσινο. Σημαντικό ρόλο επίσης φαίνεται να διαδραματίζει η ενδεχόμενη προηγούμενη επίσκεψή σε οδοντιατρείο, όπου, τα παιδιά που είχαν επισκεφτεί ξανά τον παιδοδοντίατρο εμφανίζουν λιγότερο άγχος έναντι αυτών που έρχονται για πρώτη φορά. Αξιοσημείωτη ήταν και η επιλογή άνδρα οδοντίατρου από αγόρια και γυναίκας από κορίτσια, αλλά αυτό πιθανώς έχει να κάνει με την κουλτούρα και την χώρα που έχει διεξαχθεί η κάθε μελέτη.

Συμπεράσματα: Η διακόσμηση του ιατρού και εν γένει η ατμόσφαιρα που δημιουργεί το περιβάλλον του ιατρού, προκύπτει πως επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στην ψυχολογία του μικρού ασθενούς, ενώ για την εμφάνιση τα δεδομένα δεν είναι ξεκάθαρα. Θετικά, επίσης, επηρεάζονται οι εν λόγω ασθενείς από τα -οικεία στα παιδιά-παιχνίδια και καρτούν, καθώς τέλος, και από την καλή εμπειρία από προηγούμενη επίσκεψη στον οδοντίατρο.

54) Αθανασίου Α, Νικολού Β, Παππά Α. Αντιμετώπιση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε παιδιά και εφήβους μετά από ορθοδοντική θεραπεία.

Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός: Η παρουσίαση των τρόπων αντιμετώπισης αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε παιδιά και εφήβους μετά από ορθοδοντική θεραπεία

Υλικά και μέθοδοι: Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar με περιορισμό σε συστηματικές ανασκοπήσεις με και χωρίς μετα-ανάλυση από το 2016 μέχρι το 2024, στην αγγλική γλώσσα και λέξεις κλειδιά τους όρους: «white spot lesions», «fixed orthodontic appliances», «enamel demineralization», «resin infiltration», «fluoride varnish», «treatment», «systematic review», «meta-analysis».

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 4 συστηματικές ανασκοπήσεις και 8 συστηματικές ανασκοπήσεις με και χωρίς μετα-ανάλυση. Από τις συστηματικές ανασκοπήσεις με μετα-ανάλυση, 2 κατέδειξαν την τεχνική μικροδιήθησης με ρητίνη ως την αποτελεσματικότερη μέθοδο για αισθητική αποκατάσταση των βλαβών, μία επισήμανε τη θετική επίδραση του ολιγοπεπτιδίου P11-4 σε συνδυασμό με τα φθοριούχα βερνίκια, μία επιβεβαίωσε την αποτελεσματικότητα των σκευασμάτων CPP-ACP και μία των φθοριούχων βερνικιών, στη βελτίωση των βλαβών. Από τις συστηματικές ανασκοπήσεις χωρίς μετα-ανάλυση, εκτός από τα προηγούμενα ευρήματα, μία μελέτη κατέληξε ότι η φωτοδυναμική αντιμικροβιακή θεραπεία ως επικουρικό μέσο μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση των λευκών κηλίδων και μία υποστήριξε την καθημερινή στοματική υγιεινή με τη χρήση φθοριούχου οδοντόπαστας ως την αποτελεσματικότερη μέθοδο στην επαναμεταλλικοποίηση των βλαβών. Ένα ακόμα εύρημα ήταν ότι η θεραπευτική προσέγγιση των βλαβών δεν διαφοροποιείται ανάλογα με το χρησιμοποιούμενο διαγνωστικό εργαλείο για την εντόπιση των βλαβών.

Συμπεράσματα: Με υψηλή τεκμηρίωση καταδεικνύεται ότι η τεχνική μικροδιήθησης με ρητίνη αποτελεί την καλύτερη στρατηγική για την αισθητική αποκατάσταση των λευκών κηλίδων. Σε ό,τι αφορά την επαναμεταλλικοποίηση των βλαβών, τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα, ωστόσο συνηγορούν στη θετική επίδραση του βερνικιού φθοριούχου νατρίου. Σε κάθε περίπτωση, είναι απαραίτητη η διατήρηση υψηλού επιπέδου στοματικής υγιεινής κατά τη διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας με χρήση οδοντόπαστας υψηλής περιεκτικότητας σε φθόριο. Αναφορικά με τους υπόλοιπους τρόπους αντιμετώπισης των βλαβών, απαιτούνται περισσότερες κλινικές μελέτες για τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους και σε μακροχρόνια βάση.

55) Γαλυφιανάκης ΧΕ, Μάγκος ΝΠ, Βουρλιώτης Ε. Αντιμετώπιση και πρόγνωση ολικής εκγύμφωσης μόνιμου τομέα σε παιδιά και εφήβους.
Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση του τρόπου αντιμετώπισης και της πρόγνωσης της ολικής εκγύμφωσης των μόνιμων τομέων σε παιδιά και εφήβους μετά από τραυματισμό.

Υλικά και Μέθοδοι: Έγινε λεπτομερής αναζήτηση στην βάση δεδομένων, PubMed με λέξεις κλειδιά: tooth avulsion, treatment of tooth avulsion, dental trauma, reimplantation of avulsed tooth από το 2020 και μετά. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε η επίσημη οδηγία αντιμετώπισης εκγυμφωμένων δοντιών της International Association of Dental Traumatology.

Αποτελέσματα: Η ολική εκγύμφωση μόνιμων δοντιών αποτελεί έναν από τους σοβαρότερους οδοντικούς τραυματισμούς κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και με το βαρύτερο ψυχολογικό αντίκτυπο τόσο στον ασθενή όσο και την οικογένειά του.

Η θεραπεία εκλογής είναι η όσο το δυνατόν πιο άμεση επαναφύτευση του δοντιού στο φατνίο, αμέσως μετά τον τραυματισμό. Ωστόσο αυτό δεν είναι πάντα εφικτό μια και σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα που βρίσκονται στο χώρο του ατυχήματος είτε δεν γνωρίζουν την ανάγκη για άμεση επαναφύτευση, είτε δεν έχουν την απαραίτητη ψυχραιμία να το πράξουν. Επίσης υπάρχουν μεμονωμένες περιπτώσεις στις οποίες δεν είναι δυνατή η επαναφύτευση όπως, η εκτεταμένη τερηδόνα ή σοβαροί ιατρικοί λόγοι.

Η επιτυχία της θεραπείας και η επακόλουθη πρόγνωση, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον χρόνο παραμονής του δοντιού εκτός φραγμού, το μέσο διατήρησης του δοντιού μέχρι την επαναφύτευση, την μετέπειτα σωστή διαχείριση του περιστατικού στο οδοντιατρείο και τον βαθμό διάπλασης της ρίζας του.

Συμπεράσματα: Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση ολικής εκγύμφωσης μόνιμου τομέα σε παιδιά και εφήβους, πρέπει να εφαρμόζονται μετά από σχολαστική αξιολόγηση της κλινικής κατάστασης κάθε μεμονωμένου περιστατικού, έτσι ώστε να βοηθούν τους οδοντιάτρους αλλά και τους ασθενείς στην σωστή λήψη αποφάσεων.

56) Χαπίτα Α. Διατροφή εγκύου και στοματική υγεία παιδιού.

Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός: Να ερευνηθεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της διατροφής της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη και της οδοντικής υγείας και ανάπτυξης του νεογνού στη νεογνική ή και μόνιμη οδοντοφυΐα

Υλικά και μέθοδοι: Η αναζήτηση έγινε στη βιβλιογραφική βάση του Pubmed στην αγγλική γλώσσα, με λέξεις-κλειδιά: diet, pregnancy, dental health, dental caries, children, για τη χρονική περίοδο 2010-2024 και χωρίς περιορισμό στο είδος των ερευνών.

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκαν στη βιβλιογραφία έρευνες που να αναλύουν την επίδραση του συνόλου των διατροφικών συνηθειών της εγκύου στην οδοντική ανάπτυξη και μετέπειτα οδοντική υγεία του παιδιού. Ωστόσο έχουν πραγματοποιηθεί ανεξάρτητες μελέτες που αφορούν στην επίδραση της βιταμίνης D και B12, του φυλλικού και φολικού οξέος, του ασβεστίου και της ζάχαρης. Αναφέρεται ότι αυξημένη κατανάλωση ασβεστίου κατά την εγκυμοσύνη μειώνει τον τερηδονικό κίνδυνο του παιδιού μελλοντικά, ενώ αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης μπορεί να προκαλέσει αύξηση αυτού. Η βιταμίνη D δεν βρέθηκε να έχει επίδραση στην οδοντική ανάπτυξη, ενώ όσον αφορά στον τερηδονικό κίνδυνο μερικές έρευνες αναφέρουν αρνητική συσχέτιση ενώ άλλες χαμηλή, μη αξιόλογη συσχέτιση. Η χορήγηση φυλλικού οξέος σε εγκύους αναφέρεται πως μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης σχιστιών και παράλληλα καθυστερεί την οδοντική ανάπτυξη των παιδιών κατά 1-2 μήνες. Τέλος, δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων βιταμίνης B12 και φολικού οξέος της εγκύου με την οδοντική υγεία των νεογνών.

Συμπεράσματα: Οι παρούσες έρευνες δεν επαρκούν για να σχηματιστεί μία συνολική εικόνα της επίδρασης της διατροφής των εγκύων στην οδοντική υγεία των παιδιών. Ευεργετικά φαίνεται πως δρουν το ασβέστιο και το φυλλικό οξύ, ενώ η αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης δρα βλαπτικά. Η βιταμίνη D φαίνεται να έχει θετική επίδραση, όμως απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την τεκμηρίωσή της.

57) Ανδρουλιδάκη Ε, Χρυσόχου Γ, Καρέτσου Π, Πετρούλια Π. Διερεύνηση συσχέτισης χαμηλού βάρους γέννησης και πρόωρου τοκετού με την εμφάνιση αναπτυξιακών οδοντικών ανωμαλιών.
Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του χαμηλού βάρους γέννησης και του πρόωρου τοκετού με την εμφάνιση αναπτυξιακών οδοντικών ανωμαλιών τόσο στη νεογιλή όσο και στη μόνιμη οδοντοφυΐα (υποπλασία και υπενασβεστίωση της αδαμαντίνης).

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed και Google Scholar, χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά τους όρους “low birth weight”, “preterm birth”, “developmental enamel defects”, “enamel hypoplasia”, “enamel hypomineralization”, “amelogenesis imperfecta”, “primary dentition”, “permanent dentition”. Η αναζήτηση έγινε στην αγγλική γλώσσα με περιορισμένο χρονολογικό εύρος από το 2000 έως το 2024. Βρέθηκαν συνολικά 7096 αποτελέσματα, από τα οποία καταλήξαμε σε 8 συστηματικές μελέτες, 5 ανασκοπήσεις και 14 κλινικές μελέτες-παρατήρησης με τα εξής κριτήρια: Χαμηλό Βάρος Γέννησης < 2500g, Πρόωρη Γέννηση < 37 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι παιδιά με χαμηλό βάρος γέννησης και παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα παρουσιάζουν μεγαλύτερο επιπολασμό στην ανάπτυξη βλαβών αδαμαντίνης στην νεογιλή οδοντοφυΐα με συχνότερη την υποπλασία. Τα συχνότερα προσβεβλημένα από την υποπλασία νεογιλά δόντια ήταν οι τομείς της άνω γνάθου. Όσον αφορά τη μόνιμη οδοντοφυΐα, τα αποτελέσματα ήταν αντικρουόμενα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σαφές συμπέρασμα. Ο πρόωρος τοκετός και το χαμηλό βάρος γέννησης σχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση αναπτυξιακών οδοντικών ανωμαλιών και η συχνότητά της αυξάνεται περαιτέρω με τη συνεργική δράση άλλων παραγόντων μετά τη γέννηση, όπως η ενδοτραχειακή διασωλήνωση και η ανεπάρκεια ορισμένων βιταμινών.

Συμπεράσματα: Οι οδοντίατροι οφείλουν να είναι ενημερωμένοι για τη συσχέτιση των δύο καταστάσεων με τις αναπτυξιακές ανωμαλίες δοντιών και να προσαρμόζουν το προληπτικό και θεραπευτικό πρόγραμμα για την ορθή αντιμετώπιση των οδοντικών προβλημάτων σε παιδιά με ιστορικό προωρότητας και χαμηλού βάρους γέννησης. Επομένως, είναι εξέχουσας σημασίας η λήψη ιατρικού ιστορικού να εστιάζει και σε αυτές τις παραμέτρους.

58) Τσακνή Δ, Τζάκερι Ε. Εφαρμογή της Lean διαχείρισης (Lean management) στην οδοντιατρική.
Επιβλέπων: Αντωνιάδου Μ.

Η εφαρμογή της lean διαχείρισης στον τομέα της οδοντιατρικής αποτελεί μία σημαντική εξέλιξη στον τρόπο που οι οδοντίατροι και οι οργανισμοί υγείας διαχειρίζονται τις δραστηριότητές τους. Η αύξηση του κόστους της φροντίδας υγείας, σε συνδυασμό με τους περιορισμένους πόρους και τους αυξανόμενους προβληματισμούς για την ποιότητα των υπηρεσιών, έχει αναγκάσει τους επαγγελματίες της υγείας, μεταξύ αυτών και τους οδοντιάτρους, να αναζητήσουν καινοτόμες προσεγγίσεις. Η lean διαχείριση αναδεικνύεται ως μία από τις πιο υποσχόμενες. Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις βασικές αρχές και την εφαρμογή της Lean διαχείρισης στην οδοντιατρική.

Υλικά και μέθοδοι : Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε σε βάσεις δεδομένων όπως PubMed, Scopus και Web of Science με χρήση συνδυασμών λέξεων-κλειδιών όπως "lean management", "healthcare", "dentistry", "systematic review", "socio-technical factors".

Αποτελέσματα: Η lean διαχείριση εστιάζει στη μείωση των αχρείαστων δραστηριοτήτων (άσκοπων κινήσεων, καθυστερήσεων, παραγωγής περισσότερων προϊόντων ή υπηρεσιών από ό,τι απαιτείται) με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Στον τομέα της οδοντιατρικής, αυτό μπορεί να σημαίνει μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, βελτίωση της ροής εργασίας στο ιατρείο, ελαχιστοποίηση των αποβλήτων και βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του οδοντιάτρου και του ασθενή. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν το αυξανόμενο ενδιαφέρον για εφαρμογή της lean διαχείρισης στην οδοντιατρική. Παρόλο που πολλές μελέτες προτείνουν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της υγειονομικής μονάδας, οι υλοποιήσεις παρατηρούνται συχνά σε τμήματα και σπάνια σε ολόκληρο τον οργανισμό. Τα πιο συχνά εξεταζόμενα στοιχεία που συνδέονται με την επιτυχή εφαρμογή της lean διαχείρισης, περιλαμβάνουν την οργανωτική δομή, τις τεχνικές και τα εργαλεία μείωσης του Muda, (δραστηριότητες χωρίς προστιθέμενη αξία στις διαδικασίες που είναι απαραίτητες για τον τελικό ασθενή), του Mura (ανομοιομορφία, και παρατυπία στην εκτέλεση των οδοντιατρικών υπηρεσιών) και του Muri (υπερβολή, πέρα από τη δύναμη των εργαζομένων).

Συμπεράσματα: Η τυποποίηση των διαδικασιών στο οδοντιατρείο μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή του Muri ώστε να κατανέμεται ομοιόμορφα ο φόρτος εργασίας και να μην επιβαρύνεται υπερβολικά κανένας συγκεκριμένος υπάλληλος ή εξοπλισμός. Παρά τις θετικές επιπτώσεις της lean διαχείρισης στην οδοντιατρική, υπάρχει έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων για την μακροχρόνια βιωσιμότητα των αποτελεσμάτων. Παρ'όλα αυτά η εφαρμογή της lean διαχείρισης στην οδοντιατρική αναδεικνύει τη σημασία της διαχείρισης των ανθρώπινων και υλικών πόρων μέσω μίας συστηματικής προσέγγισης για την επίτευξη βελτιώσεων στην παροχή των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

59) Βλάχου Γ. Ιστορική αναδρομή της αποστείρωσης.
Επιβλέπων: Σηφακάκης Ι, Αντωνιάδου Μ.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση της εξέλιξης της αποστείρωσης από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, παρουσιάζοντας υλικά, μεθόδους, εργαλεία και συσκευές που έχουν χρησιμοποιηθεί για αυτό το σκοπό καθώς και προσωπικότητες που κατείχαν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της αποστείρωσης όπως τη γνωρίζουμε σήμερα.

Υλικά και Μέθοδοι: Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με το Μουσείο Τμήματος Οδοντιατρικής του ΕΚΠΑ, το οποίο και παραχώρησε οπτικό υλικό. Επιπλέον έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar και στη Βιβλιοθήκη της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών.

Αποτελέσματα: Αρχικά αναλύεται ο ορισμός της αποστείρωσης, οι διάφοροι μέθοδοι και οι βασικές αρχές, όπως αυτές έχουν θεσμοθετηθεί από τον ΕΟΔΥ. Στην συνέχεια γίνεται εκτενής αναφορά στους επιστήμονες που συνέβαλαν στην κατανόηση και επίδειξη της σημασίας της αποστείρωσης, όπως ο Γαληνός, ο οποίος εισήγαγε την φιλοσοφία του βρασμού των εργαλείων μεταξύ των διάφορων ασθενών. Όσον αφορά στο κομμάτι των συσκευών, πρωτοπόρος ήταν ο Charles Chamberland, ο οποίος ανέπτυξε τον πρώτο αποστειρωτή υπό πίεση.

Συμπεράσματα: Οι βασικές αρχές της αποστείρωσης μένουν αναλλοίωτες τα τελευταία χρόνια, με την ασφάλεια, τις συσκευές και την παρακολούθηση της διαδικασίας να αποτελούν το κύριο μέρος της εξέλιξης.

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

60) Γιωτάκου Μ, Χρονοπούλου ΑΜ, Γκούζουλα Δ. Αντιμετώπιση ασθενών με διαταραχές πηκτικότητας στο οδοντιατρείο.

Επιβλέπων: Μητσιάλης Μ, Κολόμβος Ν.

Η αντιμετώπιση των ασθενών με διαταραχές πήξης του αίματος αποτελεί πολύ σημαντικό ζήτημα στην καθημερινή κλινική πράξη. Διάφορες διαταραχές πηκτικότητας του αίματος είναι η αιμορροφιλία Α (HA) και Β (HB), και η νόσος von Willebrand. Οι παθολογικές καταστάσεις που δυνητικά μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγική διάθεση συγκροτούν την ομάδα των αιμορραγικών νόσων και είναι συγγενούς ή επίκτητης αιτιολογίας. Διαταραχές πηκτικότητας προκύπτουν επίσης και από την χορήγηση φαρμάκων τα οποία μειώνουν την πηκτική ικανότητα του αίματος με σκοπό την ελάττωση της πιθανότητας δημιουργίας θρόμβου.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η συνοπτική αναφορά των νοσημάτων και των φαρμάκων που προκαλούν διαταραχές πήξης καθώς και η ανάλυση ενός ορθού προφυλακτικού και θεραπευτικού πρωτοκόλλου για την ενδεδειγμένη αντιμετώπιση των ασθενών με διαταραχές πηκτικότητας του αίματος στο οδοντιατρείο.

Υλικό και μέθοδος: Έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane Library και Scopus

Αποτελέσματα: Κατά τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας διαπιστώθηκε η ύπαρξη ενός μεγάλου αριθμού νοσημάτων του αιμοποιητικού, καθώς και πολλών φαρμακευτικών ουσιών που προκαλούν διαταραχές πηκτικότητας, τα οποία ο σύγχρονος οδοντίατρος πρέπει να τα έχει υπόψη του ώστε να λαμβάνει τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα.

Συμπεράσματα: Σε κάθε ασθενή θα πρέπει να διερευνάται προεγχειρητικά η ύπαρξη νόσων του αιμοποιητικού και η λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν την πηκτικότητα του αίματος και μετά από συνεργασία με το θεράποντα ιατρό να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα πριν την οδοντιατρική επέμβαση.

61) Δαφερέρας Α, Ευαγγελίου Σ, Κομισσοπούλου ΕΜ. Αφαίρεση δοντιών που βρίσκονται σε σχέση με το ιγμόρειο άντρο.

Επιβλέπων: Χρονοπούλου ΑΜ, Κολόμβος Ν.

Σκοπός: Η μελέτη των κατάλληλων τεχνικών για την αφαίρεση δοντιών γειτνιαζόντων με το ιγμόρειο, καθώς επίσης και των πιθανών επιπλοκών και των αιτιών πρόκλησής τους, την πρόληψή τους, της πρόληψης εμφάνισής τους και της μετεγχειρητικής πορείας των περιστατικών αυτών.

Υλικά και Μέθοδοι: Η παρούσα εργασία βασίστηκε στην ανασκόπηση της σχετικής με το θέμα ελληνικής και αγγλόφωνης βιβλιογραφίας, αλλά και σε κλινικές έρευνες που έχουν δημοσιευθεί στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar με τις ακόλουθες λέξεις / φράσεις-κλειδιά: ιγμόρειο άντρο, εξαγωγή, διεγχειρητικές επιπλοκές, στοματοκολπική επικοινωνία, μετεγχειρητική φροντίδα.

Αποτελέσματα: Διάφορες παθολογικές και αναπτυξιακές καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικό τρόπο αφαίρεσης των δοντιών, που βρίσκονται σε σχέση με το ιγμόρειο άντρο. Η σχέση και η διάγνωσή τους καθορίζεται αφενός με τη λήψη ενός λεπτομερούς ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού και αφετέρου με την κλινική εξέταση και τον ακτινογραφικό έλεγχο. Ανάλογα με το πόσο έγκαιρη είναι η διάγνωση, επιλέγεται η εφαρμογή είτε προληπτικών μέτρων, είτε εξειδικευμένης θεραπείας. Στην παρούσα εργασία, περιγράφεται η ανατομία των ιγμορείων άντρων και η ακτινογραφική απεικόνιση ριζών εντός ή όμορα αυτών. Επιπλέον, γίνεται αναφορά σε απλές και χειρουργικές τεχνικές εξαγωγής, σε πιθανές διεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. αιμορραγία, στοματοκολπική επικοινωνία κ.α.), όπως και στους τρόπους πρόληψής τους (π.χ. χρήση ενδεδειγμένων εργαλείων). Ακολουθεί η παρουσίαση ορισμένων συμβαμάτων: προώθηση ρίζας ή δοντιού εντός του ιγμορείου (αίτια, πιθανή εξέλιξη και αντιμετώπιση) και στοματοκολπική επικοινωνία (παράγοντες κινδύνου, πρόληψη και αντιμετώπιση με προστομιακή, υπερώια ή γεφυρωτή τεχνική σύγκλεισης, κσθώς και πλήρωση με λιπώδη σφαίρα της παρειάς). Τέλος, επισημαίνεται η αυξημένη προσοχή σε επισφαλείς ενέργειες, που θα πρέπει να αποφεύγονται από τον ιατρό, καθώς και οι αναγκαίες μετεγχειρητικές οδηγίες, που θα πρέπει να δίνονται στον ασθενή για την ομαλή έκβαση της θεραπείας.

Συμπεράσματα: Οι επιπλοκές και τα συμβαματα κατά τις εξαγωγές δοντιών, που σχετίζονται με το ιγμόρειο άντρο μπορούν να αποφευχθούν, εάν ο θεράπων ιατρός είναι εξοικειωμένος με την ανατομία των ιγμορείων άντρων, γνωρίζει τις κατάλληλες τεχνικές εξαγωγής των δοντιών αυτών και τα συμπτώματα που υποδεικνύουν την ύπαρξη στοματοκολπικής επικοινωνίας, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης των παραπάνω.

62) Γεωργιάδης Κ, Αθανασάκος Π, Ζουμπουνέλης Σ. Θεραπευτική αντιμετώπιση της νευραλγίας τριδύμου και γλωσσοφαρυγγικού νεύρου.
Επιβλέπων: Κολόμβος Ν.

Ως νευραλγία τριδύμου νεύρου ορίζεται η μονόπλευρη νευρολογική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έντονο περιοδικό πόνο που προσομοιάζει με την αίσθηση διαπέρασης ηλεκτρικού ρεύματος κι ο οποίος έχει αιφνίδια έναρξη και αποδρομή και εντοπίζεται στις περιοχές κατανομής του τρίδυμου νεύρου. Από την άλλη, ως νευραλγία γλωσσοφαρυγγικού νεύρου ορίζεται μία ασυνήθης νευροπαθολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρο και έντονο διαξιφιστικό πόνο εντοπιζόμενο στο ους, στη βάση της γλώσσας, στον αμυγδαλικό βόθρο ή στην περιοχή κάτωθεν της γωνίας της κάτω γνάθου. Ως εκ τούτου, η νευραλγία του τριδύμου νεύρου και του γλωσσοφαρυγγικού νεύρου είναι σπάνιες οντότητες που χαρακτηρίζονται από έντονο διαξιφιστικό πόνο με πολλαπλές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Η θεραπευτική προσέγγιση εστιάζει κυρίως στην ελαχιστοποίηση του πόνου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της κλινικής εικόνας, διαγνωστικής διερεύνησης και των δεδομένων που πιθανόν χαρακτηρίζουν τη θεραπευτική αντιμετώπιση της νευραλγίας του τριδύμου και γλωσσοφαρυγγικού νεύρου.

Υλικό: Ανασκόπηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Ως πρώτη γραμμή αντιμετώπισης περιλαμβάνεται η φαρμακευτική αγωγή που στοχεύει στη μείωση του πόνου και την ανακούφιση των συμπτωμάτων, ενώ σε περιπτώσεις όπου ο πόνος παραμένει σταθερός ή επιδεινώνεται, μπορεί να εξεταστεί η χειρουργική επέμβαση. Η πρώτη περιλαμβάνει τη χορήγηση νευροτροποποιητικών ουσιών, ενώ η χειρουργική θεραπεία καλύπτει ευρύ φάσμα τεχνικών. Τεχνικές όπως η αγγειακή αποσυμπίεση ή η διαδερμική θερμοπληξία με ραδιοσυχνότητες μπορούν να εξεταστούν σε αυτές τις περιπτώσεις.

Συμπεράσματα: Αναφέρεται μια ποικιλία διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης που στοχεύουν στην ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα της νευραλγίας. Ωστόσο, παράγοντες που συνθέτουν το ιατρικό προφίλ του ασθενούς και τις ανατομικές και νευροπαθοφυσιολογικές ιδιαιτερότητές του, θέτουν περιορισμούς στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

**63) Χατζηδάκη Ζ, Μιουμπί Μ. Οστεονέκρωση άνω γνάθου από φάρμακα σταδίου III και θεραπεία.
Επιβλέπων: Καλφαρέτζος Ε, Κολόμβος Ν.**

Σκοπός: Η αναφορά των κατηγοριών φαρμάκων που ενέχουν αυξημένο κίνδυνο οστεονέκρωσης, των προδιαθεσιακών και επιβαρυντικών παραγόντων, η παρουσίαση ενός περιστατικού οστεονέκρωσης από φάρμακα άνω γνάθου και η περιγραφή της θεραπείας του.

Μέθοδοι και Υλικά: Πληροφορίες αναζητήθηκαν στις βάσεις δεδομένων pubmed, google scholar αλλά και στην ελληνική βιβλιογραφία σε άρθρα και μελέτες που χρονολογούνται τα τελευταία 10 χρόνια. Ως λέξεις-κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν “MRONJ maxilla”, “MRONJ stage III”, “MRONJ treatment”. Τέλος, λήφθηκε υπόψη η διαχείριση περιστατικού της κλινικής γναθοπροσωπικής χειρουργικής του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», η οποία αποτέλεσε την κύρια βάση για την αναφορά μας στην θεραπεία της οστεονέκρωσης σταδίου III.

Αποτελέσματα: Η πρόκληση μικροβιακής ή τραυματικής φλεγμονής στην περιοχή των γνάθων που συχνά σχετίζεται με χειρουργική οδοντιατρική πράξη σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιοστεολυτικά και αντιαγγειογενετικά φάρμακα έχει συσχετιστεί με εμφάνιση MRONJ. Η θεραπεία της οστεονέκρωσης, εξαρτάται από το στάδιο της και εξατομικεύεται ανάλογα με τις συνθήκες και τις ανάγκες του ασθενή. Όπως παρουσιάζεται και στο κλινικό περιστατικό, η οστεονέκρωση από φάρμακα σταδίου III μπορεί να διευθετηθεί χειρουργικά, ωστόσο ερευνώνται και άλλες πιο συντηρητικές μέθοδοι, στις οποίες θα γίνει και αναφορά.

Συμπεράσματα: Η οστεονέκρωση από φάρμακα είναι μια κατάσταση με μικρά ποσοστά εμφάνισης, αλλά με μεγάλες επιπλοκές και δύσκολη αντιμετώπιση. Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική, εξαρτάται από την σταδιοποίηση της βλάβης και συνδυάζεται με διακοπή των υπεύθυνων φαρμάκων για κάποιο χρονικό διάστημα ή προσαρμογή της δοσολογίας τους. Ακόμα δεν υπάρχει επαρκής βιβλιογραφία επι του ζητήματος αλλά έχει σημειωθεί σημαντική εξέλιξη στη μελέτη των εναλλακτικών θεραπειών. Αν και περίπλοκη κατάσταση, με πιθανή επέκταση και σε άλλες δομές, η οστεονέκρωση άνω γνάθου μπορεί να είναι πλήρως θεραπεύσιμη, όπως άλλωστε έχει συμβεί και στο περιστατικό που μελετήθηκε.

64) Παπουτσή Δ, Παπανικολάου ΛΔ, Αναστασοπούλου Β. Λιπώματα στοματικής κοιλότητας.
Παρουσίαση περιπτώσεων.
Επιβλέπων: Κολόμβος Ν.

Σκοπός: Η εργασία αυτή αποσκοπεί στην παρουσίαση περιπτώσεων λιπωμάτων της στοματικής κοιλότητας, καθώς και της θεραπευτικής αντιμετώπισης τους.

Υλικά και Μέθοδοι: Η εργασία βασίστηκε σε ανασκοπήσεις ελληνικής και αγγλόφωνης βιβλιογραφίας σχετική με το θέμα και κλινικές μελέτες που έχουν δημοσιευθεί στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar με τις ακόλουθες λέξεις/φράσεις κλειδιά: λιπώματα στοματικής κοιλότητας, καλοήγη νεοπλάσματα στόματος, λιπώδης ιστός. Επίσης, έμφαση θα δοθεί στη διαγνωστική διερεύνηση και τη χειρουργική αντιμετώπιση ασθενών με λιπώματα της στοματικής κοιλότητας που εντοπίζονταν στην παρειά, στην ουλοπαρειακή αύλακα και στη γλώσσα.

Αποτελέσματα: Τα λιπώματα είναι καλοήγη νεοπλάσματα του λιπώδους ιστού που δεν εμφανίζονται συχνά στη στοματική κοιλότητα. Κλινικά το λίπωμα του στόματος εμφανίζεται ως ασυμπτωματικός, μαλακής συστάσεως, σαφώς περιγεγραμμένος και βραδέως αναπτυσσόμενος όγκος υποκίτρινης χροιάς. Η διάγνωση τους πραγματοποιείται με τη λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, την κλινική εξέταση, τον ακτινολογικό και εργαστηριακό έλεγχο. Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εξαίρεση της βλάβης με περικαμψική εκτομή του όγκου. Η υποτροπή είναι σχετικά σπάνια, με ποσοστό εμφάνισης μικρότερο από 5% και μειώνεται με ευρεία χειρουργική εκτομή του όγκου, ωστόσο είναι ιδιαίτερα συχνή σε διηθητικά λιπώματα, των οποίων η αφαίρεση είναι δύσκολη.

Συμπεράσματα: Παρόλο που τα λιπώματα είναι συχνά εμφανιζόμενοι καλοήγητες όγκοι του σώματος, παρατηρούνται σχετικά σπάνια στη στοματική κοιλότητα σε ποσοστό 14% και κυρίως σε ασθενείς ηλικίας 40-60 ετών. Εντοπίζονται σε πολυάριθμες θέσεις στη στοματική κοιλότητα, η πιο συχνή εκ των οποίων είναι ο παρειακός βλεννογόνας. Η ιστοπαθολογική εξέταση είναι πολύ σημαντική για τη σωστή διάγνωση και διαφοροποίηση μεταξύ των διαφορετικών τύπων λιπωμάτων και προστατεύει τον ασθενή από ενδεχόμενη ύπαρξη κακοήθειας. Η θεραπεία που προτείνεται είναι η χειρουργική αφαίρεση τους και η πρόγνωση τους είναι καλή.

65) Παντελάκη Α, Νούχου Α, Παρασύρης Α. Αποτυχία της στελεχιαίας αναισθησίας του κάτω φατνιακού νεύρου. Πού μπορεί να οφείλεται;
Επιβλέπων: Κολόμβος Ν.

Η οδοντιατρική περίθαλψη στη σύγχρονη κοινωνία είναι μείζονος σημασίας για την ζωή του ανθρώπου καθώς επηρεάζει την γενική του σωματική υγεία και βασικές καθημερινές του λειτουργίες όπως η μάσηση, η ομιλία και η αισθητική του. Ωστόσο πολλοί παραβλέπουν την στοματική τους υγεία λόγω του φόβου-άγχους που προκαλεί η επίσκεψη στον οδοντίατρο και η αίσθηση του πόνου σε ποσοστό που φτάνει έως και το 95% των ασθενών. Στην αντιμετώπιση αυτού έχει συμβάλει η αναισθησία η οποία κατά καιρούς έχει απασχολήσει την οδοντιατρική κοινότητα από την αρχαιότητα έως και σήμερα. Αν και οι μέθοδοι αναισθησίας έχουν εξελιχθεί και η αντιμετώπιση του πόνου είναι πλέον αποτελεσματικότερη από οποιαδήποτε άλλη εποχή, υπάρχουν ακόμα δυσκολίες στην επίτευξη της με σημαντικά ποσοστά πλήρης ή μερικής αποτυχίας. Συγκεκριμένα όσον αφορά την στελεχιαία αναισθησία του κάτω φατνιακού νεύρου που αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα όπλα στην φαρέτρα όλων των οδοντιατρικών ειδικοτήτων -ως κύρια μέθοδο αναισθητοποίησης της κάτω γνάθου, -παρατηρούμε επιτυχία μόνο στο 80-85% των περιπτώσεων.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να διερευνηθούν οι ποικίλοι παράγοντες που οδηγούν σε αποτυχία, όπως ανατομικές παραλλαγές του κάτω φατνιακού νεύρου που αφορούν την νεύρωση και το τρήμα, σκελετικές διαφοροποιήσεις, σφάλματα τεχνικής (π.χ. ακατάλληλη τοποθέτηση βελόνας, ενδοαγγειακή έγχυση), τοπικές παθολογικές αλλαγές, όπως μολύνσεις και φλεγμονές, ψυχολογικοί παράγοντες του ασθενή, ανεπαρκές άνοιγμα του στόματος, φαινομενική αποτυχία λόγω μειωμένου ουδού διέγερσης σε πολύ ανήσυχους ασθενείς, χορήγηση ανεπαρκούς ποσότητας αναισθητικού ή αναισθητικών που έχουν αλλοιωθεί, καθώς και η βιασύνη ή η έλλειψη εμπειρίας του οδοντίατρου. Επίσης, θα παρουσιαστούν εναλλακτικές μέθοδοι εκτέλεσης της τοπικής αναισθησίας (Akinosi, Gow-Gates), με τις οποίες μπορεί να επιτευχθεί ικανοποιητικού βαθμού αναισθησία.

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΙΙ /ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ Ι

66) Μιχαλιά Ε, Γιαννακόπουλος Δ. Φλεγμονώδεις παθήσεις ιγμορείου άντρου: κλινική εικόνα, πρόληψη, αντιμετώπιση.

Επιβλέπων: Χρονοπούλου ΑΜ, Κολόμβος Ν.

Η ιγμορίτιδα είναι η οξεία ή χρόνια φλεγμονή του γναθιαίου κόλπου, που μπορεί να οφείλεται σε βακτηριακά, μυκητιασικά ή ιογενή αίτια. Συνήθως είναι ρινογενής και σπανιότερα οδοντογενής αιτιολογίας.

Σκοπός: Η περιγραφή της κλινικής εικόνας των φλεγμονωδών νόσων οδοντογενούς προέλευσης και η παράθεση των νοσολογικών οντοτήτων του ιγμορείου άντρου με επισήμανση των γενεσιουργών αιτιών, της διαγνωστικής προσέγγισης αλλά και της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης.

Υλικό και μέθοδο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας

Αποτελέσματα: Τα ιγμόρεια άντρα ή γναθιαίοι κόλποι αποτελούν μέρος του συμπλέγματος των παραρρίνιων κόλπων και για την ακρίβεια το μεγαλύτερο μέρος αυτών, είναι αεροφόρες κοιλότητες του σπλαγχνικού κρανίου οι οποίες υγροποιούν, φιλτράρουν και ζεσταίνουν αυτό που αναπνέουμε. Στο ιγμόρειο μπορεί να αναπτυχθεί ένα ευρύ φάσμα παθήσεων είτε ενδογενών (ενδοκολπικές κυστικές εξεργασίες, παχυβλενογονίτιδα, πολύποδες) είτε εξωγενών από την ρινική (ρινογενής ιγμορίτιδα οξεία ή χρόνια) και την στοματική (οδοντογενής ιγμορίτιδα από περιακρορριζική φλεγμονή και ιατρογενή εγκατάσταση στοματοκολπικής επικοινωνίας) κοιλότητα. Οι οδοντογενείς ιγμορίτιδες αντιπροσωπεύουν το 10-15% όλων των φλεγμονωδών παθήσεων του γναθιαίου κόλπου, με συνηθέστερη αιτία την απώθηση ρίζας ή δοντιού εντός αυτού και την επέκταση οδοντογενών κύστεων προς αυτό. Σε γενικές γραμμές η κλινική εικόνα της ιγμορίτιδας περιλαμβάνει: δύσοσμη βλενοπυώδη ρινική έκκριση, ρινική απόφραξη, αίσθημα βάρους στην πάσχουσα πλευρά, κεφαλαλγία, πόνος στα οπίσθια δόντια της άνω γνάθου(ιδίως κατά την επίκρουση) και γενικά συμπτώματα όπως ανορεξία, πυρετός και κακουχία. Η διαγνωστική προσέγγιση επιτυγχάνεται με τη λήψη ιατρικού ιστορικού, λεπτομερή κλινική εξέταση και απεικονιστικό έλεγχο, Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, χειρουργική επέμβαση ή και συνδυασμό τους.

Συμπεράσματα: Οι φλεγμονώδεις παθήσεις του ιγμορείου άντρου προκύπτουν είτε από παθολογία των γειτονικών ανατομικών δομών δηλαδή της ρινικής και στοματικής κοιλότητας είτε από παθολογία του ίδιου βλενογόνου και απαιτούν άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση για πρόληψη επιπλοκών. Τα κλινικά συμπτώματα παρουσιάζουν παρόμοια εμφάνιση και ως επί το πλείστον πρώτη θεραπευτική επιλογή αποτελούν τα αντιβιοτικά ευρέως φάσματος και σε εμμένουσα φλεγμονή ακολουθεί χειρουργική προσέγγιση, ενώ εφίσταται η προσοχή στο χειρουργό οδοντίατρο για προσεκτικές κινήσεις κατά την οδοντιατρική πράξη.

67) Βλυσίδης Ν, Αντωνίου Β, Χαλκιάς Γ. Μέτριου προς μεγάλου μεγέθους κυστικές εξεργασίες της κάτω γνάθου. Προβληματισμός στον τρόπο αντιμετώπισης.

Επιβλέπων: Κολόμβος Ν.

Εισαγωγή: Ως κύστη χαρακτηρίζεται ο παθολογικός σχηματισμός που συνιστάται από υγρό (υψηλής, χαμηλής ή μέσης ρευστότητας), εξωτερικά περιβάλλεται από συνδετικό ιστό και εσωτερικά από επιθήλιο ή μη (ψευδοκύστεις). Κυστικές εξεργασίες απαντώνται πολύ συχνότερα στις γνάθους από ότι στα υπόλοιπα οστά του σκελετού κι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στις γνάθους μερικές φορές παραμένουν επιθηλιακά υπολείμματα από δυσπλαστικές παρεκκλίσεις της οδοντογένεσης, ενώ και η παρουσία των ίδιων των δοντιών πολλές φορές δρα σαν εκλυτικός παράγοντας ερεθισμού αυτών των επιθηλιακών υπολειμμάτων. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ευμεγεθών κυστικών εξεργασιών των γνάθων πολλές φορές επιφέρει έντονο προβληματισμό στον θεράποντα ιατρό, που έχει να επιλέξει κυρίως μεταξύ εκπυρήνισης και μαρσιποποίησης. Γενικότερα, προτιμάται είτε χειρουργική εκπυρήνιση, δηλαδή πλήρης αφαίρεση της κύστης και επούλωση κατά πρώτο σκοπό, είτε μαρσιποποίηση όπου γίνεται διάνοιξη οπής σε συγκεκριμένο σημείο της βλάβης, παροχετεύεται το κυστικό περιεχόμενο και γίνεται επούλωση κατά δεύτερο σκοπό.

Σκοπός είναι να εκτεθεί ο προβληματισμός της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ευμεγεθών κυστικών αλλοιώσεων της κάτω γνάθου και τα πιθανά πλεονεκτήματα που προκύπτουν από τη χρήση της μαρσιποποίησης μόνης ή σε συνδυασμό με εκπυρήνιση σε β' χρόνο.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων αναφορικά με το θέμα σε βάσεις δεδομένων, όπως το PubMed/Medline, Scopus και Google Scholar, με τη χρήση όρων-κλειδιών.

Αποτελέσματα: Παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών που η χειρουργική αντιμετώπιση εκτελέσθηκε χωρίς διεγχειρητικά συμβάματα κι απώτερες επιπλοκές, η οστική επούλωση επιτεύχθηκε, ενώ δεν παρουσιάσθηκαν υποτροπές.

Συμπεράσματα : Η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη σωστή διαφορική διάγνωση μεταξύ των κύστεων η οποία διενεργείται ανάλογα με την κλινική εικόνα, την ιστοπαθολογική και ακτινογραφική εξέταση.

68) Γράσσοσ Δ, Αίσωποσ Δ, Γκερδούκη Κ. Διαχείριση ασθενών με λοιμώδη νοσήματα στο οδοντιατρείο.

Επιβλέπων: Σκούρασ Α, Κολόμβοσ Ν.

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται όλο και συχνότερη εμφάνιση ασθενών με λοιμώδη νοσήματα, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ενημέρωση του πληθυσμού και ιδιαίτερα των επαγγελματιών υγείας για τη διαχείρισή τους. Πρόκειται για μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ο σύγχρονος οδοντίατρος, καθώς η άγνοια τον καθιστά ευάλωτο τόσο στη μόλυνση, όσο και στη μετάδοση των νοσημάτων αυτών. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω του ιατρικού ιστορικού και η εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων πρόληψης είναι ζωτικής σημασίας για την προστασία της υγείας του ιατρού, του προσωπικού, αλλά και των ασθενών.

Σκοπός: Η εκτενής αναφορά σχετικά με την εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα υγιεινής και τα μέτρα πρόληψης για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση περιστατικών με λοιμώδη νοσήματα σε περίπτωση τραυματισμού κατά την κλινική πράξη.

Υλικά και μέθοδοσ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής κι αγγλόφωνης βιβλιογραφίας την σχετική με το θέμα (PubMed/Medline, Google Scholar, Scopus και Cochrane Library) με τις ακόλουθεσ λέξεισ/φράσεισ-κλειδιά: Λοιμώδη νοσήματα, μέτρα προστασίασ, αποστείρωση/απολύμανση, πρωτόκολλα ασφάλειασ, διαχείριση επιπλοκών.

Αποτελέσματα: Η χρήση κατάλληλου προστατευτικού εξοπλισμού και η τήρηση πρωτοκόλλων ασφάλειασ διασφαλίζουη την πρόληψη της μετάδοσης λοιμώξεων μεταξύ ασθενών και του ιατρικού προσωπικού. Οι οδοντίατροι πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τις τελευταίες κατευθυντήριεσ οδηγίεσ και πρακτικέσ που αφορούη στη διαχείριση των λοιμώξεων και να τις εφαρμόζουη πιστά στην καθημερινή κλινική τουσ πράξη. Επιπλέον, η όλο και αυξημένη ενασχόληση του γενικού οδοντίατρου με ύποπτουσ ασθενείσ, τον υποχρεώνη για έγκαιρη αναγνώριση των κλινικών σημείων στην στοματική κοιλότητα εκτελώντασ ενδελεχή κλινική εξέταση. Ακρογωνιαίο λίθο για τη διάγνωση αποτελεί η λήψη ενός λεπτομερούσ ιστορικού ώστε να αναγνωρισούη τυχόν συμπεριφορέσ υψηλού κινδύνου. Σε περίπτωση τραυματισμού πρέπει να τηρηθεί συγκεκριμένο πρωτόκολλο.

Συζήτηση -Συμπεράσματα: Η πλημμελήσ τήρηση των μέτρων ασφάλειασ από μέρος του οδοντίατρου ή/και του ιατρικού προσωπικού είτε λόγω αμέλειασ, είτε λόγω περιορισμένων γνώσεων επί του θέματοσ, θέτει σε κίνδυνο όλουσ τουσ εμπλεκομένουσ στην οδοντιατρική κλινική. Η αποτελεσματική κι ασφαλήσ διαχείριση τέτοιων περιστατικών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κλινικήσ και πρακτικήσ εκπαίδευσησ και κάθε ασθενήσ πρέπει ν' αντιμετωπίζηται ωσ δυνητικός φορέασ, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο αριθμόσ των νέων κρουσμάτων. Επιπλέον, ο οδοντίατροσ οφείλη να είναι σε θέση να δράσει άμεσα κι αποτελεσματικά σε περίπτωση έκθεσησ.

69) Χαλκιάς Γ, Αλέρτας Α, Βούτος Π. Συμβάματα και επιπλοκές κατά τη χειρουργική αφαίρεση των εγκλείστων σωφρονιστήρων και τρόποι αντιμετώπισης.

Επιβλέπων: Χρονοπούλου ΑΜ, Κολόμβος Ν.

Εισαγωγή: Η παραμονή των εγκλείστων σωφρονιστήρων των γνάθων προδιαθέτει ορισμένες φορές στην ανάπτυξη διαφόρων παθολογικών καταστάσεων και γι' αυτόν το λόγο, πολλές φορές επιβάλλεται η αφαίρεσή τους, όμως η συγκεκριμένη χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται συχνά από συμβάματα κι επιπλοκές, οι οποίες είναι συχνότερα ήπιες, αλλά ορισμένες φορές αποδεικνύονται πιο σοβαρές.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των συμβαμάτων και επιπλοκών κατά τη χειρουργική αφαίρεση των εγκλείστων τρίτων γομφίων των γνάθων και που σχετίζονται με την προεγχειρητική, τη διεγχειρητική, αλλά και την άμεση και απώτερη μετεγχειρητική περίοδο, καθώς και οι τρόποι αντιμετώπισής τους στο σύγχρονο οδοντιατρείο.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ενώ αναζητήθηκαν άρθρα σχετικά με το θέμα, στις βάσεις δεδομένων pubmed/MEDLINE, καθώς και google scholar, με κριτήριο τη δημοσίευση μέσα στα τελευταία 5 έτη.

Αποτελέσματα: Η χειρουργική αφαίρεση εγκλείστων σωφρονιστήρων αποτελεί ίσως τη συνηθέστερη πράξη της χειρουργικής στόματος. Η τεχνική χειρουργικής αφαίρεσης περιλαμβάνει κάποια στάδια, όπως ο σχεδιασμός της τομής, η αποκόλληση, η αφαίρεση του δοντιού, καθώς και η περιποίηση του τραύματος, κατά τη διάρκεια των οποίων παρουσιάζονται συμβάματα. Ακόμη, πρέπει να τονιστεί ότι επιπλοκές παρουσιάζονται τόσο διεγχειρητικά, όσο και μετεγχειρητικά. Μάλιστα οι περισσότερες χαρακτηρίζονται ως ιατρογενείς.

Συμπεράσματα: Τα συμβάματα και οι επιπλοκές που αφορούν τη χειρουργική αφαίρεση των εγκλείστων σωφρονιστήρων δεν είναι τόσο σπάνια. Αν και η χειρουργική αφαίρεση εγκλείστων τρίτων γομφίων αποτελεί συνήθης οδοντιατρική πράξη, θα πρέπει να πραγματοποιείται με προεγχειρητική μελέτη του περιστατικού, με ιδιαίτερα προσεκτικούς χειρισμούς από τον σχεδιασμό της τομής, την αφαίρεση του εγκλείστου, έως και τη συρραφή του τραύματος. Κρίσιμης σημασίας είναι οι οδηγίες προς τον ασθενή, αλλά και η πρόληψη ενός συμβάματος από τη σκοπιά του κλινικού, καθώς μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση των επιπλοκών διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

70) Δημητρίου Ε, Νικολού Β. Πλασματοκυτταρική ουλίτιδα: Παρουσίαση δυο περιπτώσεων.
Επιβλέπων: Αράδα Ε, Πιπέρη Ε.

Εισαγωγή: Η πλασματοκυτταρική ουλίτιδα (ΠΟ) αποτελεί μία χρόνια, ασυνήθη νοσολογική οντότητα που χαρακτηρίζεται από πυκνή φλεγμονώδη διήθηση των ούλων από πολυκλωνικά πλασματοκύτταρα. Παρότι πιστεύεται ότι η νόσος αποτελεί αντίδραση υπερευαισθησίας σε αντιγόνα προερχόμενα συνήθως από προϊόντα στοματικής υγιεινής, εντούτοις ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός της μηχανισμός παραμένει αδιευκρίνιστος. Εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία, προσβάλλοντας συχνότερα γυναίκες, και εκδηλώνεται με εξέρυθρα, οιδηματώδη, λεία και στιλπνά προστομιακά ούλα, συνήθως της άνω γνάθου, ενώ μπορεί να συνοδεύεται από ήπια υποκειμενικά ενοχλήματα ή σπάνια να επεκτείνεται και σε άλλες περιοχές του βλεννογόνου (πλασματοκυτταρική βλεννογονίτιδα).

Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων πλασματοκυτταρικής ουλίτιδας και η συζήτηση της διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης της οντότητας.

Παρουσίαση περιπτώσεων: Άνδρας ηλικίας 79 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης υπό θεραπεία, προσήλθε παραπονούμενος για επώδυνα, διογκωμένα και αιμορραγικά προστομιακά κυρίως και υπερώια ούλα της άνω γνάθου, με συνοδές εστιακές εξελκώσεις και πτυχώσεις του βλεννογόνου του άνω χείλους, διάρκειας 2 περίπου μηνών, για τη αντιμετώπιση των οποίων είχε λάβει αντιβιοτικό σχήμα ευρέως φάσματος για 15 ημέρες χωρίς αποτέλεσμα. Στη δεύτερη περίπτωση, γυναίκα ηλικίας 70 ετών με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και ελκώδους κολίτιδας υπό αγωγή, προσήλθε για την αξιολόγηση εξέρυθρων προστομιακών ούλων της άνω και κάτω γνάθου διάρκειας 5 περίπου ετών. Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονταν η πλασματοκυτταρική ουλίτιδα, κοκκιωματώδη νοσήματα όπως η νόσος Crohn και η αποφλοιωτική ουλίτιδα. Ο αιματολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός ενώ η λήψη διαγνωστικής βιοψίας και η ιστοπαθολογική εξέταση έδειξε και στις δύο περιπτώσεις πυκνή πλασματοκυτταρική διήθηση του υποκείμενου χορίου, για την τυποποίηση της οποίας πραγματοποιήθηκε ανοσοϊστοχημική διερεύνηση έναντι των κάππα και λάμδα ελαφρών αλύσεων των ανοσοσφαιρινών, που κατέδειξε την πολυκλωνικότητα του πλασματοκυτταρικού πληθυσμού. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με απομάκρυνση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων και συστηματική ή τοπική αγωγή κορτικοστεροειδών με ποικίλη ανταπόκριση.

Συμπεράσματα: Η ΠΟ αποτελεί νοσολογική οντότητα με κλινική εικόνα που προσομοιάζει με άλλες οντότητες όπως η αποφλοιωτική και η κοκκιωματώδης ουλίτιδα και ως εκ τούτου η ιστοπαθολογική εξέταση και η ανοσοϊστοχημική διερεύνηση είναι απαραίτητες για την τεκμηρίωση της διάγνωσης. Η αντιμετώπιση της ΠΟ περιλαμβάνει την απομάκρυνση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων ενώ για την ύφεση των σημείων και συμπτωμάτων συστήνεται η τοπική ή συστηματική χορήγηση κορτικοστεροειδών.

ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΙΙ/ΣΤΟΜΑΤΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

71) Ιντζές Α, Κλαδούχος Χ. Δυνητικά κακοήθεις διαταραχές στόματος. Διαγνωστική προσέγγιση και αλγόριθμος επιλογής μερικής ή ολικής βιοψίας.

Επιβλέπων: Ραφελέτος Γ, Γεωργάκη Μ.

Εισαγωγή: Οι δυνητικά κακοήθεις διαταραχές του στόματος αποτελούν μια μεγάλη ετερογενή ομάδα διαταραχών με αυξημένο κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής. Η συνηθέστερη προκαρκινική κατάσταση είναι η λευκοπλακία, η οποία μαζί με την ερυθροπλακία αποτελούν κλινικούς όρους, χωρίς να υποδηλώνεται το ιστοπαθολογικό τους φάσμα, το οποίο είναι ευρύ συμπεριλαμβανομένων της επιθηλιακής υπερπλασίας, ποικίλου βαθμού επιθηλιακής δυσπλασίας, καρκίνωμα in situ, πρώιμο διηθητικό καρκίνωμα ή ακόμα και ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα. Η ορθή διάγνωση, λοιπόν, κρίνεται αναγκαία με τελικό σκοπό την κατάλληλη αντιμετώπιση.

Σκοπός: Η καταγραφή της διαγνωστικής προσέγγισης και των κριτηρίων επιλογής μεταξύ μερικής ή ολικής βιοψίας σε προκαρκινικές βλάβες στόματος.

Υλικά Μέθοδος: Τα στοιχεία αντλήθηκαν από τις βάσεις δεδομένων PubMed/MEDLINE και Cochrane, στην αγγλική γλώσσα, με λέξεις κλειδιά: “excisional biopsy”, “incisional biopsy”, “oral leukoplakia”, “pre-malignant lesions”, “pre-malignancy”.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των μελετών που εξετάστηκαν η διενέργεια βιοψίας, λήψη ιστού με στόχο την εξέταση στο μικροσκόπιο, αποτελεί το “gold standard” για την ορθή, τεκμηριωμένη διάγνωση των προκαρκινικών βλαβών, ενώ καίριας σημασίας είναι η επιλογή μερικής ή ολικής βιοψίας. Η κλινική εικόνα, το μέγεθος και η θέση εντόπισης της βλάβης, η επιλογή της κατάλληλης/ύποπτης θέσης και το αντιπροσωπευτικό μέγεθος του δείγματος με το κατάλληλο βάθος, προς αποφυγή υποδιάγνωσης, σε συνδυασμό με το ιστορικό του ασθενούς αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που συνεκτιμώνται από τον κλινικό για την επιλογή της κατάλληλης τεχνικής. Σε βλάβες λοιπόν που εγείρουν υποψία για κακοήθεια ή όταν στην διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται οντότητες αυτοάνοσης ή φλεγμονώδους αιτιολογίας, η μερική βιοψία φαίνεται να αποτελεί την μέθοδο επιλογής, ενώ στις περιπτώσεις μικρών κυρίως βλαβών ή βλαβών που δεν εγείρουν σημαντική υποψία για κακοήθεια, επιλέγεται η ολική βιοψία ως διαγνωστικό και ταυτόχρονα θεραπευτικό μέσο.

Συμπεράσματα: Η διενέργεια βιοψίας και ιστοπαθολογικής εξέτασης αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό στάδιο των προκαρκινικών βλαβών. Η επιλογή μεταξύ μερικής ή ολικής εξαίρεσης αποτελεί σημαντική και σε κάποιες περιπτώσεις δύσκολη απόφαση για τον κλινικό, ο οποίος θα πρέπει να αξιολογήσει σωστά την κάθε περίπτωση, να συνεκτιμήσει το ιστορικό του ασθενούς και τους διαφόρους κλινικούς παραγόντες με τελικό στόχο την έγκαιρη διάγνωση και κατ’ επέκταση την κατάλληλη αντιμετώπιση των προκαρκινικών βλαβών.

72) Ανανιάδη Ε, Ατματζίδου Χ, Χριστοπούλου Α. Νευροανατομία του τριδύμου νεύρου και εμπλοκή του στον στοματοπροσωπικό πόνο
Επιβλέπων: Ψάρρας Β.

Σκοπός: Το τρίδυμο νεύρο είναι το μεγαλύτερο και πιο πολύπλοκο από τα κρανιακά νεύρα. Χρησιμεύει ως κύριος αγωγός της αισθητηριακών ερεθισμάτων εισόδου από το πρόσωπο και παρέχει κινητική νεύρωση στους μύες της μάσησης. Ο ρόλος του στην ευαισθησία του προσώπου και την αναγνώριση, μετάδοση και κατανόηση του πόνου από τη Στοματοπροσωπική περιοχή είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Είναι το νευροανατομικό υπόστρωμα ποικίλων και δύσκολων καταστάσεων στοματοπροσωπικού πόνου, όπως -μεταξύ άλλων- οι Κρανιογναθικές διαταραχές, οι πρωτοπαθείς και οι δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες, η νευραλγία τριδύμου. Αυτή η εργασία έχει σκοπό να παρέχει μια δομημένη παρουσίαση της υπάρχουσας γνώσης για το σύστημα του τριδύμου, από τα κλασικά ανατομικά δεδομένα μέχρι την πιο πρόσφατη βιβλιογραφία.

Υλικά και μέθοδοι: Διενεργήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση "Pubmed" των ανασκοπήσεων (reviews) των τελευταίων 35 ετών. Επιλέχθηκαν τα άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια " orofacial pain AND Trigeminal nerve anatomy".

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση κατέληξε σε 240 αποτελέσματα δείχνοντας το ιδιαίτερο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας.

Συμπεράσματα: Το τρίδυμο νεύρο είναι το μεγαλύτερο και πιο πολύπλοκο από τα κρανιακά νεύρα. Η γνώση και η ορθή εκτίμηση της ευαίσθητης -όσο και πολύπλοκης ανατομικής διάταξης της οδού του τριδύμου είναι ένα από τα κλειδιά για την κατανόηση της παθοφυσιολογίας των παθολογικών καταστάσεων στοματοπροσωπικού πόνου και την αντιμετώπιση τους.

73) Χάμκο Μ. Κεφαλαλγία τύπου τάσης & κраниογναθικές διαταραχές. Διαφορετικές οντότητες κοινές εκδηλώσεις? Ανασκόπηση & παρουσίαση περιστατικού.
Επιβλέπων: Ψάρρας Β.

Σκοπός: Η κεφαλαλγία τύπου τάσης (ΚΤΤ) είναι μια από τις πρωτογενείς κεφαλαλγίες (η ημικρανία και οι αυτόνομες κεφαλαλγίες του τριδύμου είναι οι άλλες δυο), που προκαλούν επεισοδιακό ή και χρόνια πόνο και σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς, σε απουσία υποκείμενης παθολογικής διαδικασίας, ασθένειας ή τραυματισμού. Οι Κраниογναθικές Διαταραχές είναι επίσης πολλαπλές παθολογικές καταστάσεις που εκδηλώνονται στη περιοχή νεύρωσης του τριδύμου, με συχνές εκδηλώσεις στοματοπροσωπικό πόνο και κεφαλαλγίες. Φαίνεται ότι πολλές φορές, η μια παθολογική κατάσταση συνεισφέρει στην εμφάνιση κι επιβάρυνση της άλλης. Αυτή η παρουσίαση σκοπό έχει να πραγματοποιήσει σύντομη ανασκόπηση στη κλινική εικόνα, την παθοφυσιολογία και την αντιμετώπιση καθεμιάς, με αφορμή την αντιμετώπιση ενός νεαρού ασθενή με συνυπάρχουσα Κεφαλαλγία τύπου Τάσης (ΚΤΤ) και Κраниογναθικές Διαταραχές (ΚρΓΔ), στα πλαίσια της Προπτυχιακής Κλινικής Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος.

Υλικά και μέθοδοι: Διενεργήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση Pubmed των ανασκοπήσεων (reviews) των τελευταίων 35 ετών. Επιλέχθηκαν τα άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια “Tension Type Headache AND TMD”.

Αποτελέσματα: Η αναζήτηση κατέληξε ότι αν και η σχέση μεταξύ ΚΤΤ και ΚρΓΔ διερευνάται εδώ και δεκαετίες, εμφανίσθηκαν 10 μόλις αποτελέσματα. Από τη μελέτη τους προκύπτει ότι οι δυο παθολογικές καταστάσεις μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης, τη συχνότητα και τη βαρύτητα των δύο συννοσηρών καταστάσεων.

Η συννοσηρότητα τους μπορεί να μεταπέσει σε χρόνια, ανατρέποντας τη κλασική κατάταξη και διαφοροποίηση σε νευρολογικές και μυοσκελετικές παθήσεις.

Συμπεράσματα: Η συννοσηρότητα μεταξύ ΚΤΤ και ΚρΓΔ αυξάνει τη διαγνωστική δυσκολία, συμβάλλει σε λανθασμένες διαγνώσεις κι αυξάνει τη δυσκολία διαχείρισης τόσο της μιας, όσο και της άλλης. Συνολικά, υπάρχει μια συνεργιστική αμφίδρομη σχέση στη συννοσηρότητα ΚΤΤ και ΚρΓΔ, με τελικό αποτέλεσμα να αυξάνεται η επίπτωση στη μειωμένη ποιότητα ζωής του ασθενή. Η κατάλληλη αντιμετώπιση των Κраниογναθικών διαταραχών -όταν συνυπάρχουν- βελτιώνει πολλές φορές της ποιότητας ζωής του κεφαλαλγικού ασθενούς.

74) Κατζαγιαννάκη Ε, Κοξαράκη Ε. Το φάσμα Ημερήσιου και Νυχτερινού Βρυγμού.

Επιβλέπων: Κοκοτή Μ, Ψάρρας Β.

Σκοπός: Ανάλυση Διαφορών Ημερήσιου (HB) και Νυχτερινού Βρυγμού (NB) όσον αφορά την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την κλινική εικόνα και τη θεραπεία.

Υλικά και Μέθοδοι: Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η ηλεκτρονική αναζήτηση έγινε στη βάση δεδομένων PubMed, με λέξεις κλειδιά: parasomnias, oral parafunction, sleep bruxism, awake bruxism, TMJ, adult bruxism. Τα κριτήρια επιλογής ήταν: μελέτες δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα, από το 2018 έως το 2023. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: εργαστηριακές μελέτες, μελέτες περίπτωσης, βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, μελέτες με δείγμα παιδιά ή εφήβους.

Αποτελέσματα: Ο NB εμφανίζει στοιχεία κληρονομικότητας, ενώ ο HB όχι. Ο NB μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα υποκείμενων νευρολογικών διαταραχών, και σχετίζεται με αυπνίες, εφιάλτες, πρωινή κεφαλαλγία, εμβοές, ενώ ο HB αποτελεί παραλειειτουργική έξη και μπορεί να συνοδεύεται από ήχους της ΚΓΔ.

Στον HB τα συμπτώματα εντείνονται κατά τη διάρκεια της ημέρας και η διάγνωση γίνεται με βάση το ιστορικό και την κλινική εξέταση, καθώς και την παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενούς. Στον NB τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του ύπνου, οπότε η διάγνωση επιτυγχάνεται με τεχνικές παρακολούθησης της δραστηριότητας των μυών τη νύχτα, όπως το εγκεφαλομυογράφημα και την πολυυπνογραφία.

Η θεραπεία προτείνεται επί συμπτωμάτων του στοματογναθικού συστήματος. Σε αυτήν περιλαμβάνονται ασκήσεις χαλάρωσης, φυσικοθεραπεία και έγχυση βοτουλινικής τοξίνης στους μασητηριούς μύες. Για τον HB θεραπείες εκλογής είναι η αλλαγή συνηθειών και έξεων, ψυχοθεραπεία και θεραπεία βιοανάδρασης. Αντίθετα, για τον NB προτείνονται κυρίως οι ενδοστοματικοί νάρθηκες.

Συμπεράσματα: Ο NB εμφανίζεται στο 8-13% του γενικού πληθυσμού, ενώ ο HB στο 16-32%. Και οι δυο μορφές βρυγμού μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου και έχουν παρόμοιες συνέπειες για το στοματογναθικό σύστημα, αλλά φαίνεται να έχουν διαφορετική αιτιολογία και παθοφυσιολογία, αποτελώντας δύο διαφορετικές οντότητες. Αν και η ευκολότερη πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών έχει αυξήσει την ευαισθητοποίηση των ασθενών που πάσχουν από βρυγμό, αυτοί συχνά αναζητούν ιατρική συμβουλή όταν τα συμπτώματα είναι ήδη προχωρημένα. Έτσι, η διεύρυνση των γνώσεων των ιατρών για τον βρυγμό και τη διαφορική διάγνωση μεταξύ HB και NB είναι απαραίτητη προκειμένου να επιτυγχάνεται έγκαιρη διάγνωση και εφαρμογή κατάλληλης θεραπείας.

ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ/ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ

75) Γεωργιάδης Κ, Αλέρτας Α. Περιπτώσεις ασθενών με φυματίωση μείζονων σιαλογόνων αδένων.

Επιβλέπων: Σκούρος Α, Κολόμβος Ν.

Εισαγωγή: Η φυματίωση ανήκει στις χρόνιες ειδικές φλεγμονές κι οφείλεται στο ομώνυμο μυκοβακτηρίδιο και η μετάδοσή της γίνεται με εισπνοή σταγονιδίων από βήχα πάσχοντος ή από πόση μολυσμένου γάλακτος και προσβάλλει πολλά όργανα.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των σύγχρονων δεδομένων σχετικά με τη σπάνια αυτή νόσο των μείζονων σιαλογόνων αδένων μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση άρθρων στην διεθνή βιβλιογραφία τη σχετική με το θέμα στις βάσεις δεδομένων pubmed/MEDLINE, καθώς και στο google scholar. Επίσης, παρουσιάζονται περιπτώσεις ασθενών με φυματίωση των μείζονων σιαλογόνων αδένων (στην παρωτίδα και στον υπογνάθιο σιαλογόνο αδένα).

Αποτελέσματα: Η φυματίωση των μείζονων σιαλογόνων αδένων ή αλλιώς φυματιώδης σιαλαδενίτιδα αποτελεί ιδιαίτερα σπάνια νόσο, ενώ χαρακτηριστικό είναι πώς μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί μόλις 100 περιστατικά στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Εντάσσεται στις εξωπνευμονικές εκδηλώσεις της νόσου της φυματίωσης και παρουσιάζεται κυρίως σε νεαρά σε ηλικία άτομα. Παρουσιάζεται ως επώδυνη, ευκίνητη ή σταθερά προσφυόμενη, μικρή και συνήθως μονόπλευρη διόγκωση ή όγκος. Σε ακραία περιστατικά έχουν αναφερθεί και εξωστοματικά συρίγγια (εκβάλλουν στο υπερκείμενο δέρμα), όταν πρόκειται για χρόνιες και παραμελημένες περιπτώσεις. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται μόνο μετά από ανεύρεση μυκοβακτηριδίων σε άμεση εξέταση επιχρισμάτων πύου και στην ανεύρεση φυματίων ή μυκοβακτηριδίων εντός των ιστών σε υλικό βιοψίας. Όσον αφορά τη θεραπευτική της αντιμετώπιση προτείνεται συνήθως η λήψη αντιφυματικής χημειοθεραπευτικής αγωγής για τουλάχιστον 6 με 9 μήνες (όταν υπάρχει ενεργός φυματιώδης εστία και σε άλλα όργανα) ή χειρουργική αφαίρεση της βλάβης με περιθώριο υγιούς αδενικού ιστού πολλές φορές.

Συμπεράσματα: Η φυματίωση των μείζονων σιαλογόνων αδένων λόγω της σπανιότητάς της, αλλά και του γεγονότος ότι μπορεί να προκαλέσει διαφοροδιαγνωστικούς προβληματισμούς, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τον σύγχρονο κλινικό. Επίσης, είναι μεγάλης σημασίας η πραγματοποίηση νέων ερευνών και ανασκοπήσεων, με σκοπό την διεξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων όσον αφορά τη διάγνωση, την κλινική εικόνα και την θεραπευτική αντιμετώπιση.

76) Ζήκου Θ, Πάνου Β. Οδοντογενής κερατινοκύστη της κάτω γνάθου μετά από υποτροπή.
Επιβλέπων: Κολόμβος Ν.

Εισαγωγή: Η οδοντογενής κερατινοκύστη είναι μια κύστη η οποία εντοπίζεται κυρίως στην οπίσθια περιοχή του σώματος της κάτω γνάθου. Μπορεί να αποτελεί μονήρες εύρημα ή να αποτελεί μέρος του συνδρόμου Gorlin, σε περίπτωση που παρατηρηθούν πολλαπλές κύστεις. Ιστολογικά χαρακτηριστική είναι η ύπαρξη παρακερατινοποιημένου επιθηλίου αποτελούμενο από 6-8 σειρές πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου. Τα εμπλεκόμενα δόντια διατηρούν τη ζωτικότητα τους ενώ ορισμένες φορές παρατηρείται απορρόφηση των ακρορριζίων τους.

Σκοπός: Η ανάδειξη της συχνότητας υποτροπής της κερατινοκύστης της κάτω γνάθου και του τρόπου με τον οποίο επηρεάζει τη θεραπευτική αντιμετώπιση, αλλά και το σύστημα επανεξετάσεων του ασθενή.

Υλικό και Μέθοδος: Η εργασία βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και αγγλόφωνης βιβλιογραφίας τη σχετική με το θέμα κι έρευνες που έχουν δημοσιευθεί στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar με τις ακόλουθες λέξεις/φράσεις-κλειδιά: οδοντογενής κερατινοκύστη, αντιμετώπιση, υποτροπή, επιδημιολογία.

Αποτελέσματα: Η θεραπευτική αντιμετώπιση που προτείνεται είναι η χειρουργική αφαίρεση με εκπυρήνιση ή με περιφερική οστεκτομή και έγχυση διαλύματος Carnoy. Σε περίπτωση που η κύστη είναι ευμεγέθης, προτείνεται αρχικά μαρσιποίηση για τη μείωση του μεγέθους της και στην συνέχεια χειρουργική αφαίρεση της. Τα εμπλεκόμενα δόντια εξάγονται. Η οδοντογενής κερατινοκύστη έχει την τάση να υποτροπιάζει, κυρίως εξαιτίας της μη ολοκληρωτικής αφαίρεσης της, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ξανά η κύστη. Οι υποτροπές είναι πολύ συχνές λόγω του μεγάλου αριθμού μυοϊνοβλαστών στον συνδετικό ιστό που βοηθάει την διήθηση του οδοντογενούς επιθηλίου, της παρουσίας δορυφόρων κύστεων και της ευθρυπτότητας του κυστικού τοιχώματος που καθιστά δύσκολη την πλήρη αφαίρεση της κύστης.

Συμπεράσματα: Τα ποσοστά υποτροπής της κερατινοκύστης κάτω γνάθου είναι πολύ υψηλά, ιδιαίτερα όταν η θέση εντόπισης της είναι στο οπίσθιο τμήμα του σώματος της κάτω γνάθου, φτάνοντας το 30 %. Το ποσοστό αυτό επιβάλλει την υποβολή του ασθενή σε τακτικές επανεξετάσεις μετά την χειρουργική εκτομή της κύστης.

77) Αγγελούλου Α. Η χρήση νάρθηκων στην αντιμετώπιση των κροταφογοναθικών διαταραχών.

Επιβλέπων: Φλώρου Ε, Κολόμβος Ν.

Οι ενδοστοματικές συσκευές τύπου νάρθηκα θεωρητικά αποτελούν ένα μέσο μείωσης των διαφόρων εκφυλιστικών δυνάμεων που ασκούνται στο στοματογοναθικό σύστημα και κυρίως στην κροταφογοναθική διάρθρωση (ΚΓΔ), τα επιμέρους ανατομικά σκληρά και μαλακά μέρη που σχετίζονται με αυτή και φυσικά στην οδοντοφυΐα. Ανάλογα με το υλικό κατασκευής του διακρίνονται σε σκληρές, μαλακές και διπλής επίστρωσης κι ανάλογα με το αν καλύπτουν ολόκληρο ή τμήμα του οδοντικού φραγμού ταξινομούνται σε ολικής και μερικής επικάλυψης. Χρησιμοποιούνται γι' απλές περιπτώσεις χαλάρωσης των μασητήριων μυών και αποφόρτισης των αρθρώσεων κι επίσης για σύνθετες περιπτώσεις επανατοποθέτησης της κάτω γνάθου και αποφρακτικής υπνικής άπνοιας. Σε ορισμένους ασθενείς, -ιδιαίτερως τους βρυγμομανείς, -έχουν συνεισφέρει στην μείωση της συμπτωματολογίας των στοματογοναθικών διαταραχών, Αποτελούν το πιο συχνό οδοντιατρικό θεραπευτικό μέσο αντιμετώπισης ΚΓΔ κι είναι σχεδόν πάντα αποτελεσματικοί, δεδομένης φυσικά της επαρκούς γνώσης και κατάρτισης του θεράποντος. Η θεραπεία με ενδοστοματικό νάρθηκα έχει σαν σκοπό τη βελτίωση της λειτουργίας των μασητήριων μυών και των κροταφογοναθικών διαρθρώσεων, ενώ σε ό,τι αφορά το βρυγμό δεν εμποδίζουν την παραλειειτουργική έξη, αλλά μειώνουν τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ένταση της δραστηριότητας. Σημειώνεται ότι σε ένα ποσοστό ασθενών είναι πιθανό να παρουσιαστούν παρενέργειες, ωστόσο για την πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι αποτελεσματικές.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να περιγραφεί η συσχέτιση των κροταφογοναθικών διαταραχών και η αντιμετώπισή τους με τη χρήση ενδοστοματικών νάρθηκων, καθώς γίνεται παράλληλη περιγραφή της κατασκευής και λειτουργίας σειράς εξ' αυτών.

Υλικό και Μέθοδος: Η εργασία βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και αγγλόφωνης βιβλιογραφίας τη σχετική με το θέμα κι έρευνες που έχουν δημοσιευθεί στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar με λέξεις / φράσεις-κλειδιά:

Συμπεράσματα: Η χρήση ενδοστοματικών νάρθηκων μπορεί να συνεισφέρει είτε μεμονωμένα, είτε συμπληρωματικά στην αντιμετώπιση διαφόρων διαταραχών της ΚΓΔ. Παρά την έλλειψη γνώσεων αναφορικά με την ακριβή τους λειτουργία, έχουν σε πολλές περιπτώσεις σημαντική επιρροή στη λειτουργία και νευρομυϊκή αναπροσαρμογή στοιχείων της ΚΓΔ.

78) Αντωνίου Β, Βλυσίδης Ν. Θραύση βελόνης κατά τη διενέργεια στελεχιαίας αναισθησίας του κάτω φατνιακού νεύρου και απομάκρυνσή της από τον πτερυγογναθιαίο χώρο.
Αναφορά περίπτωσης και ανασκόπηση βιβλιογραφίας.
Επιβλέπων: Κολόμβος Ν.

Εισαγωγή: Ο πτερυγογναθιαίος χώρος σχηματίζεται σε ευρεία διάνοιξη του στόματος και αφορίζεται εξωτερικά από την έσω επιφάνεια του κλάδου της κάτω γνάθου, εσωτερικά από τον έσω πτερυγοειδή μυ, μπροστά από τον αγκιστρογναθικό και σφηνογναθικό σύνδεσμο και προς τα πίσω από το σώμα της παρωτίδας. Περιλαμβάνει τις εξής ανατομικές δομές: Κάτω φατνιακό νεύρο πριν την είσοδο του στο έσω γναθιαίο τρήμα, γλωσσικό νεύρο, κάτω φατνιακή αρτηρία και φλέβα. Ακόμη περιέχει συνδετικό και λιπώδη ιστό. Αποτελεί περιοχή έγχυσης του αναισθητικού κατά την πραγματοποίηση στελεχιαίας αναισθησίας του κάτω φατνιακού νεύρου και είναι μια από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους αναισθητοποίησης για πραγματοποίηση οδοντιατρικών πράξεων στο οστόν και δόντια της κάτω γνάθου. Παρόλα αυτά ένα σπάνιο σύμβαμα που μπορεί να προκύψει κατά την εκτέλεση της είναι η θραύση της βελόνης και η προώθηση της εντός του πτερυγογναθιαίου διαστήματος. Σε περίπτωση που συμβεί, δύνανται να εγκλωβιστεί ή να μετακινηθεί σε ανατομικούς χώρους καθιστώντας δυσχερή την εύρεση και αφαίρεση του θραύσματος.

Σκοπός: Η αναφορά περίπτωσης ασθενούς στον οποίο προέκυψε θραύση βελόνης στον πτερυγογναθιαίο χώρο κατά τη διενέργεια στελεχιαίας ΚΦΝ και η οποία αφαιρέθηκε με ενδοστοματική προσπέλαση.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε βάσεις δεδομένων, (Pub med, Scopus και Google Scholar) και παρουσίαση κλινικού περιστατικού.

Αποτελέσματα: Οι παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν σε μια τέτοια επιπλοκή αποτελούν η απότομη κίνηση του ασθενούς κατά την έμπαρση της βελόνης, οι πολλαπλές μετακινήσεις της βελόνας εντός των μαλακών ιστών, η είσοδος της πάνω από τα 2/3 του μήκους της ή η χρήση μικρότερων σε μήκος και διάμετρο βελόνας και η μεγάλη κάμψη της. Κατά την παρατήρηση αυτού του συμβάματος απαιτείται άμεση ανεύρεση και αφαίρεση της βελόνης χειρουργικά, εφόσον έχει επιβεβαιωθεί η θέση της με κάποιο απεικονιστικό μέσο.

Συμπεράσματα: Αποτελεί ένα εξαιρετικά σπάνιο σύμβαμα, παρόλα αυτά για να αποφευχθεί απαιτείται έλεγχος της ποιότητας των χρησιμοποιούμενων υλικών, επιλογή της κατάλληλης τεχνικής και διαχείριση της συμπεριφοράς του ασθενή. Απαραίτητη είναι η εμπειρία του θεράποντα για ανάσυρση της βελόνης, αλλά και σωστή κρίση για άμεση παραπομπή σε ειδικό επί αδυναμία ανάκτησής της.

79) Τομαή ΣΙ, Πάνου Β. Προβλήματα στην κατάποση, ομιλία και αισθητική λόγω όγκου πλάγιας επιφάνειας γλώσσας. Διαγνωστική προσέγγιση και χειρουργική αντιμετώπιση.
Επιβλέπων: Κολόμβος Ν.

Εισαγωγή: Η ύπαρξη ογκώδους μάζας στην πλάγια επιφάνεια της γλώσσας μπορεί να παραπέμψει τον κλινικό σε μια σειρά κλινικών οντοτήτων που μπορούν να εμφανιστούν στην συγκεκριμένη περιοχή. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει προβλήματα στην κατάποση, στην ομιλία και στην αισθητική. Επομένως, είναι απαραίτητο ο κλινικός να ακολουθήσει μια σωστή σειρά διαγνωστικών διαδικασιών, για την εύρεση της σωστής διάγνωσης, η οποία θα καθορίσει και την θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σκοπός: Η ανάδειξη της σωστής διαγνωστικής προσέγγισης από τον κλινικό για την σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση ενός όγκου στην πλάγια επιφάνεια της γλώσσας.

Υλικά και μέθοδοι: Η εργασία βασίστηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνικής και αγγλόφωνης βιβλιογραφίας σχετική με το θέμα και έρευνες που έχουν δημοσιευθεί στις βάσεις δεδομένων pubmed, google scholar με τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: όγκος γλώσσας, διάγνωση, βιοψία, χειρουργική αντιμετώπιση.

Αποτελέσματα: Η λήψη ενός ολοκληρωμένου ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού καθώς και η κλινική εξέταση θα πρέπει να αποτελέσουν την πρώτη φάση του σχεδίου θεραπείας. Συγκεκριμένα, ο χρόνος εμφάνισης και οι συνθήκες γύρω από αυτόν, η σύσταση του όγκου, εάν έχει αλλάξει μέγεθος και η ύπαρξη πόνου, είναι κάποιες ερωτήσεις που θα πρέπει να απαντηθούν από τον ασθενή. Ανάλογα με τα παραπάνω, ο κλινικός μπορεί να συμπεράνει εάν πρόκειται για κάποιο καλόηθος ή κακόηθος νεόπλασμα επιθηλιακού ή αγγειακού ιστού, για κάποια οντότητα τραυματικής αιτιολογίας ή εξωτερικών αιτίων.

Σε περίπτωση ύπαρξης τραυματικής δήξης ή οξύαιχμων ορίων αποκαταστάσεων, συνίσταται η άρση του αίτιου. Σε περίπτωση που η σύσταση, το μέγεθος και η κλινική εμφάνιση προβληματίζει τον θεράποντα, συνίσταται η πραγματοποίηση βιοψίας για περαιτέρω διερεύνηση. Η χειρουργική αντιμετώπιση που θα ακολουθηθεί μπορεί να είναι χειρουργική εξαίρεση του όγκου ή και μερική ή ολική γλωσσεκτομή.

Συμπεράσματα: Είναι σημαντικό ο κλινικός να ακολουθήσει μια ολοκληρωμένη διαγνωστική προσέγγιση κατά την αντιμετώπιση ενός ασθενούς με όγκο στην επιφάνεια της γλώσσας μιας και η σωστή διάγνωση θα καθορίσει και την ενδεχόμενη χειρουργική αντιμετώπιση.

80) Ρήγου Β, Δρίβα Σ. Αντιμετώπιση έγκλειστων κυνοδόντων της άνω γνάθου.
Επιβλέπων: Κολόμβος Ν.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση των διάφορων στρατηγικών αντιμετώπισης των έγκλειστων κυνοδόντων της άνω γνάθου.

Υλικά και μέθοδοι: Η εργασία βασίστηκε σε συστηματικές ανασκοπήσεις της ελληνικής και αγγλόφωνης βιβλιογραφίας τη σχετική με το θέμα και κλινικές έρευνες που έχουν δημοσιευθεί στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar με τις ακόλουθες λέξεις/φράσεις-κλειδιά: έγκλειστος άνω κυνόδοντα, διάγνωση έγκλεισης, προβλήματα παραμονής έγκλειστων, αίτια εγκλεισμού, χειρουργική αποκάλυψη έγκλειστου άνω κυνόδοντα, κλειστή και ανοιχτή τεχνική, επιπλοκές στη χειρουργική αποκάλυψη, ορθοδοντική μετακίνηση.

Αποτελέσματα: Διάφορες παθολογικές και αναπτυξιακές καταστάσεις μπορεί να οδηγήσουν στην έγκλειση των κυνοδόντων της άνω γνάθου. Η διάγνωση πραγματοποιείται με τη λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, την κλινική εξέταση και τον ακτινογραφικό έλεγχο. Καθώς η έγκλειση των κυνοδόντων έχει επιπλοκές στη φυσιολογική αρχιτεκτονική των οστών και προκαλεί διαταραχές στο οδοντικό τόξο, ανάλογα με το πόσο έγκαιρη είναι η διάγνωση, επιλέγονται είτε προληπτικά μέτρα, είτε εξειδικευμένη θεραπεία. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση της έγκαιρης διάγνωσης, προτείνεται η εξαγωγή των νεογιλών δοντιών της περιοχής και η διεύρυνση της υπερώας. Αντίθετα, σε περίπτωση μη έγκαιρης διάγνωσης, επιλέγεται η χειρουργική αποκάλυψη του έγκλειστου κυνόδοντα, με χειρουργικές μεθόδους που διαφέρουν ανάλογα με τον εντοπισμό της έγκλεισης. Διακρίνονται 2 μέθοδοι χειρουργικής αποκάλυψης, η κλειστή και η ανοιχτή. Ακολουθεί ορθοδοντική θεραπεία για την ανατολή του κυνόδοντα και τη μετακίνησή του σε γραμμή σύγκλεισης. Στις άλλες περιπτώσεις, και ιδίως σε μη έγκαιρη διάγνωση, προτιμάται η χειρουργική εξαγωγή του έγκλειστου κυνόδοντα της άνω γνάθου.

Συμπεράσματα: Οι έγκλειστοι άνω κυνόδοντες αποτελούν ένα από τα συνηθέστερα έγκλειστα δόντια έχοντας τόσο αισθητική όσο και λειτουργική σημασία. Ο εγκλεισμός τους, μπορεί να αντιμετωπιστεί είτε προληπτικά, δημιουργώντας ένα ευνοϊκό περιβάλλον ανατολής, είτε μεταγενέστερα με τη συνεργασία χειρουργικής και ορθοδοντικής θεραπείας.

81) Γράσσοι Δ, Αίσωπος Δ, Γκερδούκη Κ. Πρόληψη οστεονεκρωτικών επιπλοκών με Δενοσουμάμπη.

Επιβλέπων: Καλφαρέτζος Ε, Κολόμβος Ν.

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης και προσοχής από τον οδοντίατρο. Η δενοσουμάμπη αποτελεί ένα από τα φάρμακα που χρειάζεται να ληφθεί άμεση πρόληψη για την αποφυγή επιπλοκών στην κλινική πράξη. Χορηγείται κυρίως σε ασθενείς με οστεοπόρωση, μεταστατικούς καρκίνους στα οστά και πρέπει να λαμβάνονται ειδικές προφυλάξεις προς αποφυγή ιατρογενούς οστεονέκρωσης των γνάθων. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό ότι η ενημέρωση του οδοντίατρου σχετικά με τη συστηματική λήψη φαρμάκων είναι ζωτικής σημασίας.

Σκοπός: Η εκτενής αναφορά σχετικά με τη βαρύτητα της πρόληψης σε ασθενείς που λαμβάνουν δενοσουμάμπη προς αποφυγή οστεονεκρωτικών επιπλοκών.

Υλικά και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής κι αγγλόφωνης βιβλιογραφίας την σχετική με το θέμα που είναι καταχωρημένη σε ποικίλες μηχανές αναζήτησης (PubMed/Medline, Google Scholar, Scopus και Cochrane Library) με τις ακόλουθες λέξεις/φράσεις-κλειδιά: Denosumab, επιπλοκές, πρόληψη, οστεονέκρωση, οστεοπόρωση, μεταστατικός καρκίνος, Prolia, Xgeva.

Αποτελέσματα: Η λήψη ενός πλήρους και λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού σε συνδυασμό με τη γνώση των τελευταίων κατευθυντηρίων οδηγιών από την Αμερικανική Εταιρεία Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, αποτελούν τον καλύτερο συνδυασμό για την πρόληψη οστεονεκρωτικών επιπλοκών σε ασθενείς που βρίσκονται υπό θεραπεία με Δενοσουμάμπη. Τόσο με τα παραπάνω όσο και με τη σχολαστικότητα των ασθενών όσον αφορά στην στοματική υγιεινή και την διακοπή επιβαρυντικών παραγόντων (αλκοόλ, κάπνισμα), επιτυγχάνεται σημαντική μείωση της πιθανότητας οστεονεκρωτικών επιπλοκών. Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής οφείλεται να είναι ενημερωμένος.

Συζήτηση – Συμπεράσματα: Το όλο και αυξανόμενο ποσοστό ανθρώπων που λαμβάνουν μονοκλωνικά αντισώματα (πχ Denosumab) έχει σαν αποτέλεσμα ο μέσος οδοντίατρος να έρχεται αντιμέτωπος αρκετά συχνά με τέτοια περιστατικά. Συνεπώς, η θεωρητική του κατάρτιση όσον αφορά στη διαχείριση ασθενών υπό φαρμακευτική αγωγή με Δενοσουμάμπη θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της συνολικής του εκπαίδευσης, αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τη δυσάρεστη μετεγχειρητική επιπλοκή, αλλά και κερδίζοντας την εμπιστοσύνη του ασθενούς.

82) Γκιώνη Χ, Χριστοπούλου Ε. Βλεννογονίτιδα ως οξεία επιπλοκή σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημείο/ακτινοθεραπεία στην περιοχή κεφαλής & τραχήλου: Παρουσίαση περίπτωσης.

Επιβλέπων: Βάρδας Ε, Νικητάκης Ν.

Σκοπός: Η βλεννογονίτιδα, αποτελεί την κυριότερη οξεία επιπλοκή του στοματικού βλεννογόνου σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημείο/ακτινοθεραπεία κεφαλής & τραχήλου. Η επιπλοκή εκδηλώνεται αρχικά ως ερύθημα, με σταδιακή εμφάνιση ελκώσεων. Διακρίνεται σε χημειοβλεννογονίτιδα, ως αποτέλεσμα χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, και σε ακτινοβλεννογονίτιδα ύστερα από ακτινοθεραπεία στην στοματογναθοπροσωπική περιοχή. Η χημειοβλεννογονίτιδα εκδηλώνεται 1-2 εβδομάδες μετά την χορήγηση της χημειοθεραπείας, ενώ η ακτινοβλεννογονίτιδα εκδηλώνεται περίπου την 2η εβδομάδα μετά την έναρξη της ακτινοθεραπείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών και της θεραπευτικής προσέγγισης της ακτινοβλεννογονίτιδας μέσω της παρουσίασης ενός κλινικού περιστατικού.

Υλικό και μέθοδος: Άνδρας 62 ετών που είχε διαγνωστεί με ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα σταφυλής και είχε ήδη ξεκινήσει χημειοθεραπεία, προσήλθε στην κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής 2 ημέρες πριν ξεκινήσει ακτινοθεραπεία. Ο ασθενής έφερε ολική άνω και μερική κάτω οδοντοστοιχία. Δόθηκαν οδηγίες στοματικής υγιεινής και συστήθηκαν επανεξετάσεις ανά εβδομάδα. Κατά την πορεία της ακτινοθεραπείας, ο ασθενής παρουσίασε ερυθρότητα και διάχυτες ελκώσεις σχεδόν σε όλη την έκταση του στοματικού βλεννογόνου. Με βάση τα κλινικά ευρήματα, τέθηκε η διάγνωση ακτινοβλεννογονίτιδας σταδίου III. Αποτελέσματα: Στον ασθενή συστήθηκε σχολαστική στοματική υγιεινή και στοματοπλύσεις με διάλυμα χλιαρού χαμομηλιού με σκοπό τη μείωση του μικροβιακού φορτίου και την πρόληψη λοιμώξεων, καθώς και διάλυμα πόνου για την ύφεση των συμπτωμάτων. Κλινικά, παρατηρήθηκε σταδιακή ύφεση των βλαβών του στοματικού βλεννογόνου και ανακούφιση του πόνου. Ο ασθενής τέθηκε σε τακτικές επανεξετάσεις όχι μόνο έως την ολοκλήρωση της χημειο/ακτινοθεραπείας αλλά και μετά το πέρας αυτής έως την πλήρη ύφεση της βλεννογονίτιδας.

Συμπεράσματα: Για την αντιμετώπιση της επιπλοκής δεν υπάρχει ειδική θεραπεία, αλλά η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει διάφορα μέσα για την παροδική ανακούφιση του ασθενούς όπως καλυπτικά βλεννογόνου, διάλυμα πόνου και ουδέτερα στοματικά διαλύματα. Σε προχωρημένα στάδια, η βλεννογονίτιδα μπορεί να αποτελέσει αιτία διακοπής της αντινεοπλασματικής θεραπείας. Επομένως, η τήρηση καλής στοματικής υγιεινής όπως και η τακτική παρακολούθηση του ασθενούς είναι απαραίτητες για την πρόληψη αλλά και την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση τόσο λοιμώξεων όσο και της βλεννογονίτιδας, με σκοπό τη διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών και τη διασφάλιση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

83) Ποντιφήξ Α, Αγγέλου Χ. Θεραπευτική προσέγγιση της σχετιζόμενης με φάρμακα οστεονέκρωσης των γνάθων: Παρουσίαση περιστατικού.

Επιβλέπων: Τζιβελέκα Σ, Παπαδοπούλου Ε.

Σκοπός: Η σχετιζόμενη με φάρμακα οστεονέκρωση των γνάθων (MRONJ) αποτελεί μία σοβαρή επιπλοκή, η οποία σχετίζεται κατά κύριο λόγο, με τη χορήγηση αντιοστεολυτικής αγωγής. Η επιπλοκή έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών και η αντιμετώπισή της αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των κλινικών χαρακτηριστικών καθώς και της θεραπευτικής προσέγγισης της επιπλοκής, η οποία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική, μέσω της παρουσίασης ενός κλινικού περιστατικού.

Υλικά και Μέθοδοι: Άνδρας 82 ετών προσήλθε στην κλινική της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής λόγω πόνου και οιδήματος στην κάτω γνάθο δεξιά. Ο ασθενής είχε διαγνωστεί με Ca προστάτη και 11 χρόνια μετά παρουσίασε οστικές μεταστάσεις για τις οποίες λάμβανε υποδόρια δενοσουμάμπη για 2,5 έτη. Πραγματοποιήθηκε κλινική και ακτινογραφική εξέταση όπου διαπιστώθηκε ότι οι γομφίοι #46, 47 έχρηζαν εξαγωγής. Προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι οδοντικές εξαγωγές και κατόπιν συνεννόησης με τον θεράποντα ογκολόγο, συστήθηκε διακοπή της αντιοστεολυτικής αγωγής για 2 μήνες, πραγματοποίηση των εξαγωγών και επιπλέον αποχή από τη δενοσουμάμπη για άλλους 3 μήνες. Ο ασθενής δεν προσήλθε στις επανεξετάσεις και 3 μήνες μετά τις εξαγωγές προσήλθε παραπονούμενος για ενοχλήσεις στην κάτω γνάθο. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε αποκαλυμμένο, νεκρωμένο οστό στην νωδή φατνιακή ακρολοφία της κάτω γνάθου δεξιά (στην περιοχή όπου είχαν πραγματοποιηθεί οι εξαγωγές). Ανέφερε ότι, παρά τις οδηγίες των θεραπόντων, έλαβε ακόμα μια δόση δενοσουμάμπης ένα μήνα μετά τις εξαγωγές χωρίς να ενημερώσει.

Αποτελέσματα: Στον ασθενή συστήθηκε αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT), η οποία αποκάλυψε διάχυτες οστεολυτικές περιοχές στην κάτω γνάθο δεξιά. Με πιθανή κλινική διάγνωση την σχετιζόμενη με δενοσουμάμπη MRONJ, ο ασθενής παραπέμφθηκε στην Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής για αξιολόγηση. Μετά από συνεννόηση και με τον θεράποντα ογκολόγο, αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση του ασθενούς. Πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός της περιοχής και λήψη ιστοτεμαχίου για ιστολογική εξέταση ώστε να επιβεβαιωθεί η διάγνωση της οστεονέκρωσης. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή και τέθηκε υπό επανεξετάσεις.

Συμπεράσματα: Η θεραπευτική αντιμετώπιση της MRONJ (συντηρητική ή χειρουργική) αποτελεί μία πολύπλοκη και εξατομικευμένη για κάθε ασθενή διαδικασία, η οποία είναι απόρροια διεπιστημονικής συνεργασίας. Απαραίτητη είναι και η συμμόρφωση του ασθενούς με τις οδηγίες των θεραπόντων καθώς και τις τακτικές επανεξετάσεις.

84) Γιαννακέα Α, Αναστασοπούλου Α, Γιάλης Ν. Σχέση εναλλακτικών μορφών καπνίσματος με τη λευκοπλακία και τον καρκίνο του στόματος.

Επιβλέπων: Χαρίτος Φ, Τόσιος Κ.

Σκοπός: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της επίδρασης των εναλλακτικών μορφών καπνίσματος, δηλαδή του ηλεκτρονικού τσιγάρου, της συσκευής θέρμανσης καπνού (IQOS) και του ναργιλέ, στην εμφάνιση λευκοπλακίας και καρκίνου του στόματος.

Υλικά και μέθοδοι: Αντλήθηκε υλικό από τις πλατφόρμες PubMed και GoogleScholar για το χρονικό διάστημα 2014 ως και Μάρτιος 2024. Εφαρμόστηκαν οι λέξεις-κλειδιά [tobacco heating systems, e-cigarettes, iqos, vape, water pipe smoking] AND [oral cancer, precancerous lesions, leukoplakia]. Από την αρχική αναζήτηση βρέθηκαν συνολικά 424 δημοσιεύσεις και μετά την αξιολόγηση του τίτλου και της περίληψης αξιολογήθηκαν 18. Συγκεκριμένα, για το ηλεκτρονικό τσιγάρο βρέθηκαν 344 δημοσιεύσεις και αξιολογήθηκαν 9, για τη συσκευή θέρμανσης καπνού 29 δημοσιεύσεις και αξιολογήθηκαν 2, και για τον ναργιλέ 51 δημοσιεύσεις και αξιολογήθηκαν 7 .

Αποτελέσματα: Οι εναλλακτικές μορφές καπνίσματος σχετίζονται με την εμφάνιση βλαβών στο στόμα, ειδικότερα καρκίνου του στόματος, ενώ δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τη λευκοπλακία. Επιβλαβής για τη στοματική υγεία μπορεί να είναι τόσο η συσκευή θέρμανσης καπνού που προωθείται ως μέσο διακοπής καπνίσματος, όσο και ο ναργιλές, ο τελευταίος στον ίδιο βαθμό με το τσιγάρο.

Συμπεράσματα: Τα εναλλακτικά μέσα καπνίσματος δεν θεωρούνται ασφαλή, αν και για την τεκμηρίωση της σχέσης με την ανάπτυξη λευκοπλακίας και καρκίνου του στόματος απαιτούνται περαιτέρω έρευνες. Επιδημιολογικά, η μακροχρόνια χρήση ναργιλέ έχει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στόματος, χωρίς αυτό να έχει αποδειχθεί κλινικά.

85) Γρηγοροπούλου Μ, Καρανάσιος Α. “LOST TO FOLLOW-UP”: Κακοήθης εξαλλαγή δυνητικά κακοηθών διαταραχών του στόματος σε ασθενείς με ελλειμματική παρακολούθηση. Παρουσίαση δύο περιπτώσεων.

Επιβλέπων: Τζαναβάρης Κ, Νικητάκης Ν.

Εισαγωγή: Ως δυνητικά κακοήθεις διαταραχές (ΔΚΔ) του στόματος ονομάζονται οι βλάβες ή καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής (ΚΕ) σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στόματος (ΑΚΣ). Η έγκαιρη ανίχνευση, ορθή διάγνωση και κατάλληλη αντιμετώπιση των ΔΚΔ αποτελούν τις βάσεις για τη δευτερογενή πρόληψη του ΑΚΣ. Η μακροχρόνια και στενή παρακολούθηση των ασθενών με ΔΚΔ είναι απαραίτητο στοιχείο της αποτελεσματικής αντιμετώπισής τους.

Σκοπός: Η παρουσίαση δύο περιπτώσεων ανάπτυξης ΑΚΣ σε ασθενείς με ΔΚΔ στους οποίους δεν υπήρξε η ενδεδειγμένη παρακολούθηση μετά την αρχική διάγνωση.

Παρουσίαση Περιπτώσεων: Περίπτωση 1: Άνδρας 74 ετών, καπνιστής, προσήλθε λόγω ανώδυνης βλάβης στην αριστερή (ΑΡ) παρειά και διόγκωσης στην ΑΡ τραχηλική χώρα, από 3μήνου και 2μήνου, αντίστοιχα. Στο ιστορικό αναφέρονταν προηγούμενες πολλαπλές βιοψίες ερυθρόλευκων βλαβών στον ΑΡ παρειακό βλεννογόνο (αρχικά πριν 2,5 έτη) με διάγνωση έντονου βαθμού επιθηλιακής δυσπλασίας (ΕΔ), οι οποίες είχαν αφαιρεθεί πλήρως με laser, παράλληλα με σύσταση για διακοπή καπνίσματος και τακτική παρακολούθηση που είχε όμως διακοπεί τους τελευταίους 20 μήνες. Κλινικά, διαπιστώθηκε έλκωση με μικροκοκκώδη όψη στον ΑΡ πρόσθιο παρειακό βλεννογόνο, ερυθρόλευκη πλάκα στον ΑΡ οπίσθιο παρειακό βλεννογόνο και δύο σκληροελαστικές διογκώσεις στην ΑΡ υπογνάθια και τραχηλική χώρα. Πραγματοποιήθηκαν βιοψίες με ιστοπαθολογική διάγνωση ΑΚΣ καλής διαφοροποίησης και έντονου βαθμού ΕΔ για τις βλάβες του ΑΡ πρόσθιου και οπίσθιου παρειακού βλεννογόνου, αντίστοιχα. Περίπτωση

2: Γυναίκα 84 ετών, μη καπνίστρια, προσήλθε λόγω διόγκωσης στη γλώσσα δεξιά (ΔΕ) από 3μήνου. Η ασθενής ανέφερε κλινική διάγνωση ομαλού λειχήνα προ 29 ετών, η παρακολούθηση της οποίας είχε διακοπεί τα τελευταία 17 έτη. Κλινικά, διαπιστώθηκε ευμεγέθους εξελκωμένη διόγκωση στη ΔΕ ραχιαία επιφάνεια προς πλάγιο χείλος γλώσσας, όπως και διάσπαρτες ερυθρόλευκες βλάβες με υποψία δικτύου σε άλλα σημεία του στοματικού βλεννογόνου. Πραγματοποιήθηκαν αντιπροσωπευτικές βιοψίες με ιστοπαθολογική διάγνωση ΑΚΣ καλής διαφοροποίησης για τη βλάβη της γλώσσας ΔΕ, όπως και ΕΔ ποικίλου βαθμού και λειχηνοειδούς φλεγμονής στις άλλες θέσεις.

Συμπεράσματα: Οι ΔΚΔ του στόματος εμφανίζουν ετερογένεια στα κλινικά και ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά τους, όπως και διαφορετικό κίνδυνο υποτροπής και δυναμικό ΚΕ. Η έγκαιρη διάγνωση και άμεση αντιμετώπισή τους είναι απαραίτητη, αλλά δεν άρει την ανάγκη συστηματικής και μακροχρόνιας παρακολούθησης των ασθενών για ανίχνευση και κατάλληλη παρέμβαση σε πιθανές υποτροπές και συνακόλουθα πρόληψη ή, στη χειρότερη περίπτωση, πρώιμη διάγνωση ΑΚΣ.

ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ/ΒΙΟΪΛΙΚΑ

86) Κρασανού Κ-Μ, Κουτσούκος Χ-Κ. Εφαρμογές των εξωσωμάτων με προέλευση από μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα στην αναγέννηση των περιοδοντικών ιστών.

Επιβλέπων: Κιτράκη Ε.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των εφαρμογών που έχουν τα εξωσώματα με προέλευση από τα μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα στην αναγέννηση των περιοδοντικών ιστών και δυνητικά στη θεραπεία της περιοδοντικής νόσου.

Υλικά και μέθοδοι: Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα χρησιμοποιώντας τη βάση δεδομένων PubMed και το VPN του ΕΚΠΑ ώστε να υπάρχει απρόσκοπτη πρόσβαση σε όλα τα άρθρα. Χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 2020 και μετά και εστίαζαν στις θεραπευτικές εφαρμογές των εξωσωμάτων που προήλθαν από μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα στην αναγέννηση των περιοδοντικών ιστών.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η χρήση των εξωσωμάτων με προέλευση από τα μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα προώθησε την οστεογένεση *in vitro* και οδήγησε σε μείωση της φλεγμονής και ανάπλαση του επιθηλίου και του οστού που είχαν καταστραφεί σε πειραματόζωα *in vivo*.

Συμπεράσματα: Οι έως τώρα πειραματικές μελέτες έχουν καταδείξει πως η χρήση των εξωσωμάτων έχει αρκετά καλά αποτελέσματα στη ρύθμιση της ανοσολογικής απόκρισης και την προώθηση της επούλωσης και της αναγέννησης των ιστών. Παρόλα αυτά, χρειάζονται ακόμα αρκετές μελέτες μέχρι οι πολλά υποσχόμενες ιδιότητές τους να εφαρμοστούν κλινικά στη θεραπεία των περιοδοντικών ασθενών.

87) Πούλιου Χ, Μπιρμπίλη Ε, Καραγιάννη Α. Εξωσώματα: Βιοδείκτες και θεραπευτικά μέσα στον καρκίνο του στόματος.
Επιβλέπων: Κιτράκη Ε.

Σκοπός: Τα εξωσώματα αποτελούν εξωκυττάρια κυστίδια που κυκλοφορούν στα βιολογικά υγρά και περιέχουν πληθώρα βιομορίων όπως DNA (πυρηνικό, μιτοχονδριακό, ιϊκό), μηκωδικοποιητικά RNA, πρωτεΐνες και λιπίδια, συμμετέχοντας σημαντικά στη διακυτταρική επικοινωνία/ ρύθμιση. Σκοπός της εργασίας, η ανάδειξη της χρησιμότητας των εξωσωμάτων του σάλιου στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου της τραχηλοπροσωπικής χώρας.

Μεθοδολογία: Συλλέξαμε πληροφορίες από επιστημονικά άρθρα δημοσιευμένα την τελευταία 3-ετία στον ιστότοπο pubmed, χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά: exosomes, microRNA, oral cancer, diagnose.

Αποτελέσματα: Στους ασθενείς με τραχηλοπροσωπικό καρκίνο παρατηρείται αύξηση της συγκέντρωσης των εξωσωμάτων στο σάλιο και το πλάσμα. Φαίνεται μάλιστα, να συμμετέχουν στην εξέλιξη της νόσου, στο διηθητικό και μεταστατικό δυναμικό του όγκου, την ινοβλαστική κινητοποίηση, την αγγειογένεση, την υποβάθμιση της ανοσολογικής απόκρισης και την αντοχή στη θεραπεία μέσω μεταφοράς MMPs, miRNA, lncRNA, mtDNA. Ειδικότερα, τα miRNA: miR-21, Let-7d που εμπεριέχονται σε αυτά, συσχετίζονται με το μεταστατικό δυναμικό του όγκου, ενώ συγχρόνως ανιχνεύονται υψηλές συγκεντρώσεις circ-RNA. Επιπλέον, στο ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα, τα miR-24-3p, miR-155, miR-21, miR-130a, καθώς και το lncRNA ADAMTS9-AS2 θεωρούνται χρήσιμοι διαγνωστικοί δείκτες ακόμη και για τα πρώιμα στάδια της νόσου.

Όσον αφορά στην θεραπεία, τα εξωσώματα μπορούν να λειτουργήσουν ως φορείς αντικαρκινικών φαρμάκων (χημειοθεραπευτικών ή βιομορίων). Αυτό καθίσταται εφικτό χάρη στο εργονομικό τους μέγεθος, τη σταθερότητά τους στα βιολογικά υγρά και τη βιοσυμβατότητά τους. Το τελευταίο ισχύει όταν γίνεται λήψη ιδίων εξωσωμάτων του ασθενή, τα οποία μπορεί και να προέρχονται από καλλιέργειες οδοντικής προέλευσης βλαστοκυττάρων του. Τέλος, η τροποποίησή τους ώστε να εκφράζουν CD3 αντισώματα οδηγεί στην ενεργοποίηση των T λεμφοκυττάρων, δηλαδή στην κινητοποίηση αλλογενετικής θεραπείας.

Συμπέρασμα: Από τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα γίνεται φανερό πως τα εξωσώματα μέσω των ποιοτικών και ποσοτικών μεταβολών τους, καθώς επίσης των δομικών και λειτουργικών χαρακτηριστικών τους αποτελούν, αντίστοιχα, πολλά υποσχόμενα διαγνωστικά και θεραπευτικά εργαλεία για τον καρκίνο του στόματος το άμεσο μέλλον.

88) Κατσιούπα Ι, Μεμετάϊ Β. Σύγχρονες εξελίξεις στις τεχνικές cad/cam στην κατασκευή αποκαταστάσεων Ζιρκονίας.

Επιβλέπων: Ζηνέλης Σ.

Σκοπός: Η Ζιρκονία αποτελεί ένα υλικό που συνδυάζει μηχανική αντοχή, υψηλή βιοσυμβατότητα και ικανοποιητικά αισθητικά αποτελέσματα. Στην οδοντιατρική χρησιμοποιείται κυρίως στην κατασκευή στεφανών, γέφυρων, εμφυτευμάτων και προσθετικών κολοβωμάτων. Η επιλογή της τεχνικής κατασκευής των αποκαταστάσεων σχετίζεται άμεσα με την κλινική τους συμπεριφορά. Η παρούσα εργασία στοχεύει στην περιγραφή αυτών των τεχνικών και στην καταγραφή των νεότερων εξελίξεων τους.

Μέθοδοι-Υλικά: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση επιστημονικής βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων PubMed, μέσα από τις κατάλληλες λέξεις κλειδιά και επιλέχθηκαν δημοσιεύσεις της τελευταίας δεκαετίας.

Αποτελέσματα: Η Ζιρκονία εφαρμόστηκε πρώτη φορά ως 3Y-TZP με ικανοποιητικές μηχανικές ιδιότητες, αλλά λόγω της αδιαφάνειάς της χρησιμοποιήθηκε ως σκελετός που επενδύεται με πορσελάνη. Η σύγχρονη προσέγγιση για την βελτίωση της ημιδιαφάνειας της αφορά την μείωση την αύξηση σε ύττρια, που σταθεροποιεί την κυβική δομή και την ανάπτυξη υλικών με 4Y-και 5Y-PSZ με κόστος όμως την υποβάθμιση της μηχανική αντοχής.

Οι αποκαταστάσεις 3Y, 4Y και 5Y-TZP και οι υβριδικοί πολυστρωματικοί τύποι τους στις μέρες μας, κατά βάση κατασκευάζονται από CAD/CAM συσκευές κοπής, με σημαντικούς περιορισμούς την φθορά των κοπτικών εργαλείων και την απώλεια υλικού.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε η τεχνολογία προσθετικής κατασκευής (3D printing). Αυτή έχει αναδειχθεί ως μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος και εναλλακτική της κοπής τεχνολογία στην κατασκευή αποκαταστάσεων Ζιρκονίας. Παρά την μείωση του κόστους υπολείπεται ακόμα σε μηχανικές ιδιότητες και σε ακρίβεια διαστάσεων ενώ η ανάπτυξη εσωτερικού πορώδους είναι ένα ακόμα αδύνατο σημείο αυτής της κατασκευαστικής μεθόδου.

Συμπεράσματα: Οι αφαιρετικές τεχνικές κατασκευής αποκαταστάσεων Ζιρκονίας είναι πολύ καλά εδραιωμένες. Η «μαλακή» κατεργασία προ-πυροσυσσωματωμένων τεμαχίων Ζιρκονίας αποτελεί τη πιο διαδεδομένη τεχνική, ωστόσο η απώλεια υλικών και το κόστος σε ενέργεια και χρόνο είναι μεγάλο. Μέθοδοι όπως η ταχεία πυροσυσσωμάτωση και οι τεχνικές προσθετικής κατασκευής αποτελούν νεότερες εναλλακτικές. Παρά τη σημαντική εξέλιξη τους, απαιτείται περαιτέρω έρευνα ώστε να επιτευχθεί η ενσωμάτωση τους στην κλινική πράξη και η δημιουργία επαρκώς αισθητικών και ανθεκτικών υλικών.

ΑΚΙΝΗΤΗ/ΚΙΝΗΤΗ

89) Αργυροπούλου Χ, Ζήση Κ. Ιατρογενή σφάλματα κατά τη διάρκεια των παρασκευών.
Επιβλέπων: Τοούλια Α, Σαραφianού Α.

Σκοπός: Με την εξέλιξη της οδοντιατρικής, δημιουργήθηκε έντονος προβληματισμός αναφορικά με τις οδοντικές παρασκευές. Η επιτυχία τους όμως εξακολουθεί να στηρίζεται στις εξής βασικές αρχές: την διατήρηση όσο το δυνατό περισσότερης υγιούς οδοντικής ουσίας εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα σχήμα συγκράτησης και ευστάθειας, την προστασία των περιοδοντικών ιστών καθώς επίσης και την αισθητική. Εάν δεν ληφθούν υπόψη οι αρχές αυτές, υπονομεύεται η επιτυχία της προσθετικής αποκατάστασης. Η συγκεκριμένη ανασκόπηση στοχεύει στην αξιολόγηση της τρέχουσας γνώσης και την απαρίθμηση των ιατρογενών σφαλμάτων κατά τη διάρκεια των παρασκευών ολικής επικάλυψης, με σκοπό την αναγνώριση και προσπάθεια αποφυγής τους από τον κλινικό.

Υλικά και μέθοδοι: Διεξήχθη μελέτη της βιβλιογραφίας στηριγμένη στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed με λέξεις κλειδιά «Οδοντικές παρασκευές», «ιατρογενή σφάλματα» και «Ανασκόπηση».

Αποτελέσματα: Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι οι μηχανικές αρχές στις οποίες στηρίζεται μια σωστή παρασκευή είναι η συγκράτηση, η ευστάθεια, η φορά ένθεσης και η ευκρίνεια του τελικού ορίου. Η μη παραλληλότητα των τοιχωμάτων, η μεγάλη κωνικότητα και η υπερ-ή υπο-παρασκευή υπονομεύουν τα τρία πρώτα, ενώ η έλλειψη ευκρίνειας στο τελικό όριο οδηγεί σε αποκατάσταση με ασαφές αυχενικό όριο. Ως προς τις βιολογικές αρχές, οι αδέξιοι χειρισμοί και η άσκηση υπερβολικής πίεσης κατά τον τροχισμό προκαλούν τραυματισμό των περιοδοντικών ιστών, άσκοπη απώλεια οδοντικής ουσίας και καταστροφή της ακεραιότητας των όμορων δοντιών. Η μείωση της αιματικής ροής κι η αδυναμία αντιστάθμισης των θερμών ερεθισμάτων λόγω της αναισθησίας, το μεγάλο βάθος της παρασκευής και η υπέρμετρη αύξηση της πίεσης και της θερμότητας προκαλούν νέκρωση του πολφού. Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγει και η παραμονή τερηδόνας και η μικροδιείσδυση μικροβίων. Ακόμη, η παραβίαση του βιολογικού εύρους πρόσφυσης επηρεάζει αρνητικά την υγεία του περιοδοντίου. Ως προς τις αισθητικές, η λανθασμένη οριοθέτηση του αυχενικού ορίου, η μη δημιουργία επαρκούς χώρου και η παρασκευή σε ένα επίπεδο χωρίς να ακολουθείται η ανατομία του φυσικού δοντιού, περιορίζουν τη δυνατότητα του οδοντικού τεχνολόγου να δημιουργήσει μια φυσική αποκατάσταση.

Συμπεράσματα: Γνωρίζοντας τα σφάλματα που μπορεί να συμβούν κατά τη διάρκεια των οδοντικών παρασκευών, ο κλινικός δε βελτιώνει μόνο την ποιότητα της εργασίας του αλλά ταυτόχρονα, διευκολύνει την συνεργασία με τον οδοντικό τεχνολόγο για την αρτιότερη και με μακρά διάρκεια ζωής προσθετική αποκατάσταση.

Λέξεις -κλειδιά: Οδοντικές παρασκευές, ιατρογενή σφάλματα, ανασκόπηση

90) Μαυρομάτη Ε, Μάτσα Η, Γκίκας Γ. Η επιλογή της αποκατάστασης ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών σε σχέση με τους εναπομείναντες οδοντικούς ιστούς.
Επιβλέπων: Σωτηροπούλου Α, Σαραφιανού Α.

Σκοπός: Η διερεύνηση του καταλληλότερου τύπου προσθετικής αποκατάστασης ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών, με κριτήριο τα εναπομείναντα οδοντικά τοιχώματα και τα σύγχρονα πρωτόκολλα αποκατάστασης.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στη σύγχρονη βιβλιογραφία των τελευταίων χρόνων και χρησιμοποιήθηκαν άρθρα από τις μηχανές αναζήτησης Βιβλιοθήκη και Κέντρο Πληροφόρησης Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΒΚΠ ΕΚΠΑ), PubMed, Google Scholar, Scopus, Ecnicon καθώς και πηγές από συγγράμματα.

Αποτελέσματα: Πάνω από το 50% της αποτυχίας των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών που καταλήγουν σε εξαγωγή οφείλεται σε αποτυχία της αποκατάστασης της μύλης και όχι σε αποτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας. Η αντοχή του δοντιού και της αποκατάστασης αυξάνεται με τη διατήρηση της μέγιστης δυνατής υγιούς οδοντικής ουσίας. Τα σύγχρονα υλικά και πρωτόκολλα συγκόλλησης μας επιτρέπουν να αποκαταστήσουμε οπίσθια δόντια που διατηρούν τουλάχιστον 3 τοιχώματα πάχους 2 χιλιοστών, με άμεση αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης. Σε απώλεια 2 τοιχωμάτων ικανού πάχους, η αποκατάσταση εκλογής μπορεί να είναι συντηρητική έμμεση αποκατάσταση μερικής κάλυψης ή στεφάνη ολικής κάλυψης, αναλόγως την έκταση του ελλείμματος. Στην περίπτωση παραμονής ενός ή δυο μόνο τοιχωμάτων η βιβλιογραφία συγκλίνει στην αποκατάσταση με άξονα και ψευδομύλη και εν συνεχεία στεφάνη. Η ύπαρξη ή όχι ζώνης οδοντικής στήριξης είναι κρίσιμος παράγοντας για την επιλογή και την επιτυχία μιας αποκατάστασης.

Συμπεράσματα: Η πλέον συντηρητική αποκατάσταση υποστηρίζεται από τη σύγχρονη βιβλιογραφία ως αποκατάσταση εκλογής, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του εκάστοτε περιστατικού. Αυτή βασίζεται στις αισθητικές απαιτήσεις του περιστατικού, στο γενικότερο σχέδιο θεραπείας, στις έξεις του ασθενούς και στην ποιότητα των εναπομείναντων οδοντικών ιστών. Η μακροβιότητα των συντηρητικών αποκαταστάσεων με νεότερα υλικά δεν έχει μελετηθεί σε βάθος χρόνου στο βαθμό που έχουν μελετηθεί οι μεταλλοκεραμικές στεφάνες. Ωστόσο τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί παρουσιάζουν μια αξιόπιστη κλινική συμπεριφορά για κάθε αποκατάσταση που συντηρεί μεγάλο μέρος των οδοντικών ιστών.

91) Πάλλης Π, Παπακωνσταντίνου Μ, Βάλτα Α. Μειωμένη οστική στήριξη και προσθετική διευθέτηση.

Επιβλέπων: Κοντούλη Ι, Σαραφιανού Α.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία πραγματεύεται: το πως επηρεάζει η οστική στήριξη την προσθετική αποκατάσταση σε περιοδοντικά δόντια, την επιλογή δοντιών στηριγμάτων μετά το πέρας της περιοδοντικής θεραπείας, καθώς τον τρόπο οριοθέτησης των παρασκευών.

Υλικά και μέθοδοι: Αξιοποιήθηκαν βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις από την μηχανή αναζήτησης PubMed καθώς και πηγές από ακαδημαϊκά συγγράμματα.

Αποτελέσματα: Η σχεδίαση της μόνιμης αποκατάστασης πρέπει να πραγματοποιείται μετά την ολοκλήρωση της περιοδοντικής θεραπείας. Κατά τη φάση ελέγχου της φλεγμονής και μετά τη ριζική απόξεση κατασκευάζονται οι μεταβατικές αποκαταστάσεις οι οποίες πρέπει να είναι ατραυματικές και να σέβονται τους περιοδοντικούς ιστούς. Η μόνιμη προσθετική αποκατάσταση τοποθετείται στη φάση αποκατάστασης του φραγμού, όταν έχει επέλθει η υγεία των περιοδοντικών ιστών, και σε θέση ώστε να διευκολύνει την στοματική υγιεινή για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Για να έχει ένα δόντι στήριγμα καλή πρόγνωση, η ελάχιστη δυνατή αναλογία μύλης-ρίζας πρέπει να είναι 1:1. Όσον αφορά την κινητικότητα, πλέον χρησιμοποιούνται ακόμα και δόντια με κρίσιμη οστική μάζα 50% ως στηρίγματα. Αυτή η δυνατότητα βασίζεται στην εξάλειψη του μικροβιακού παράγοντα και στον έλεγχο της φλεγμονής. Επομένως, χάρη στις τακτικές επανεξετάσεις και την σωστή στοματική υγιεινή, είναι εφικτή η σταθεροποίηση ή ακόμα και ελάττωση της κινητικότητας, καθώς και η χρήση τους ως δόντια στηρίγματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα προκαθορισμένα δόντια στηρίγματα δεν επαρκούν για την συγκράτηση της αποκατάστασης, οπότε καλούμαστε να ναρθηκοποιήσουμε περαιτέρω δόντια για αύξηση της μηχανικής αντοχής και την άσκηση λιγότερων δυνάμεων στους περιοδοντικούς ιστούς. Στον σχεδιασμό γεφυρωμάτων, το εφίππιο πρέπει να είναι τροποποιημένο για τα πρόσθια δόντια και κωνικό για τα οπίσθια, για να επιτρέπει άριστη στοματική υγιεινή. Η οριοθέτηση μπορεί να πραγματοποιηθεί ενδοσχισμικά ή εξωσχισμικά ανάλογα με τις αισθητικές απαιτήσεις και την ευαισθησία των δοντιών και πάντα με σεβασμό του βιολογικού εύρους πρόσφυσης. Σημασία δίνεται στην απόδοση ατραυματικού συγκλεισιακού σχήματος. Επιπλέον συνίσταται η σχέση των επιμηκών αξόνων να μην αποκλίνει >25ο-30ο.

Συμπεράσματα: Προκειμένου να αποκαταστήσουμε προσθετικά έναν φραγμό με ελαττωμένη οστική στήριξη, σημαντική είναι η απόδοση υγείας μετά την περιοδοντική θεραπεία και ακολούθως η σωστή επιλογή δοντιών στηριγμάτων με ή χωρίς κινητικότητα. Γίνεται κατάλληλη διαμόρφωση και οριοθέτηση των παρασκευών και διατηρείται αυστηρό πρόγραμμα επανεξετάσεων.

92) Μεμετάϊ Β, Κατσιούπα Ι, Μερσίνογλου ΜΡ. Επιλογή χρώματος στην ακίνητη προσθετική με συμβατικά και ψηφιακά μέσα.
Επιβλέπων: Σαραφianού Α.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να συνοψίσει τους παράγοντες που καθιστούν αισθητικά αποδεκτή την επιλογή του χρώματος μιας ακίνητης προσθετικής αποκατάστασης.

Υλικά και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση επιστημονικής βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων PubMed και με τις κατάλληλες λέξεις κλειδιά επιλέχθηκαν δημοσιεύσεις της τελευταίας δεκαετίας. Παράλληλα, η χειροκίνητη αναζήτηση στην ελληνική βιβλιογραφία κατέδειξε την διαχρονικότητα του θέματος και τη συνεχιζόμενη προσπάθεια για την βελτίωση των μεθόδων επιλογής χρώματος από τον οδοντίατρο αλλά και αναπαραγωγής του από το οδοντοτεχνικό εργαστήριο.

Αποτελέσματα: Η διαδικασία επιλογής και αναπαραγωγής του χρώματος των δοντιών για μια ακίνητη αποκατάσταση παρουσιάζει δυσκολίες. Θα πρέπει κανείς να γνωρίζει ότι το χρώμα είναι μια έννοια που δημιουργείται στον ανθρώπινο εγκέφαλο, όταν μια φωτεινή πηγή εκπέμπει μια φωτεινή ακτινοβολία, η οποία προσπίπτει σε ένα αντικείμενο και τροποποιημένη πια φτάνει στο ανθρώπινο μάτι και γίνεται αντιληπτή ως χρώμα με τις τρεις διαστάσεις του: χροιά, τόνος, ένταση. Η δυσκολία στην καταγραφή και αναπαραγωγή του χρώματος των δοντιών από τα προσθετικά υλικά έγκειται στο ότι το δόντι δεν είναι μονοχρωματικό σώμα, αλλά η αντίληψη του χρώματός του εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ο κλινικός σήμερα έχει στη διάθεσή του κυρίως δυο μεθόδους για την καταγραφή του χρώματος των δοντιών. Η συμβατική και πιο απλή είναι η χρήση ειδικών χρωματολογίων, ωστόσο οι κατασκευαστικές τους ανεπάρκειες δεν την καθιστούν και τόσο ασφαλή. Οι ψηφιακές συσκευές επιλογής χρώματος, και κυρίως τα σπεκτροφωτόμετρα και οι ενδοστοματικοί σαρωτές, αρχίζουν να καταλαμβάνουν θέση ως μέσο λήψης χρώματος λόγω της αντικειμενικότητας και της υψηλότερης επαναληψιμότητας σε σύγκριση με την συμβατική μέθοδο. Από την άλλη μεριά, το είδος της αποκατάστασης παίζει και αυτό τον ρόλο του στην αναπαραγωγή του επιλεγμένου χρώματος, καθώς από την μια στα μεταλλοκεραμικά συστήματα το χρώμα επηρεάζεται από το είδος του κράμματος, την διαστρωμάτωση της πορσελάνης και τους κύκλους των οπτήσεων, και από την άλλη στις αποκαταστάσεις από ζirkονία το λευκό χρώμα και η χαμηλή ημιδιαφάνεια του υλικού δυσχεραίνουν την απομίμηση των φυσικών δοντιών.

Συμπεράσματα: Για την ασφαλέστερη καταγραφή του χρώματος και την μεταφορά της πληροφορίας στο οδοντοτεχνικό εργαστήριο προτείνεται να συνδυάζονται συμβατική και ψηφιακή μέθοδος για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος. Σε όλες τις περιπτώσεις, η περαιτέρω έρευνα για βελτίωση των αποκαταστατικών υλικών και των ψηφιακών συσκευών καταγραφής χρώματος, καθώς και η απαραίτητη εκπαίδευση οδοντιών και οδοντοτεχνιτών στο θέμα του χρώματος κρίνονται απαραίτητα για την δημιουργία αποκαταστάσεων αισθητικά αποδεκτών από τους ασθενείς.

93) Θεοδούλου Γ, Γεωργιάδου Ν, Κουτσαντώνη Ε. Εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου.
Επιβλέπων: Γαλανόπουλος Π, Σαραφιανού Α.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των εμφυτευμάτων μικρής διαμέτρου σε κατηγορίες ανάλογα με το μέγεθός τους, την κλινική τους εφαρμογή ανά κατηγορία καθώς και τα ποσοστά επιβίωσής και επιτυχίας τους σε σύγκριση με τα εμφυτεύματα κανονικής διαμέτρου (Standar Dental Implants-SDI) σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.

Υλικά και Μέθοδοι: Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από άρθρα δημοσιευμένα στο PubMed και Google Scholar για την ταξινόμηση των εμφυτευμάτων μικρής διαμέτρου (NDI), την κλινική τους εφαρμογή και τα ποσοστά επιβίωσης και επιτυχίας τους.

Αποτελέσματα: Η χρήση των εμφυτευμάτων μικρής διαμέτρου (NDI) συστήνεται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει ικανό οστικό υπόβαθρο για τοποθέτηση εμφυτευμάτων κανονικής διαμέτρου (SDI) και δεν θέλουμε είτε δεν μπορούμε να προχωρήσουμε σε οστική ανάπλαση καθώς και σε περιπτώσεις όπου το εύρος της νωδότητας εγγύς-άπω είναι περιορισμένο.

Τα εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Στην κατηγορία 1 ανήκουν τα εμφυτεύματα με διάμετρο μικρότερη των 2,5 χιλ., στην κατηγορία 2 τα εμφυτεύματα με διάμετρο 2,5 χιλ – $3,3$ χιλ. και στην κατηγορία 3 τα εμφυτεύματα με διάμετρο 3,3 – 3,5 χιλ.

Οι κατηγορίες 1 και 2 μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη στήριξη επένθετης οδοντοστοιχίας της κάτω γνάθου. Η κατηγορία 1 μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη στήριξη μεταβατικών αποκαταστάσεων (κινητών-ακίνητων). Η κατηγορία 2 μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μονήρεις αποκαταστάσεις δοντιών στην πρόσθια αισθητική περιοχή με περιορισμένο εύρος εγγύς – άπω. Τα εμφυτεύματα της κατηγορίας 3 μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη στήριξη επένθετων οδοντοστοιχιών, για αποκατάσταση δοντιών σε περιορισμένο εύρος οστικής ακρολοφίας αλλά και για αποκατάσταση πολλαπλών δοντιών. Τα ποσοστά επιβίωσης της 1ης κατηγορίας των NDI είναι $94.5\% \pm 5\%$ στα 1-6,5 έτη παρακολούθησης, της 2ης κατηγορίας $97.3\% \pm 4\%$ στα 1-5 έτη και της 3ης κατηγορίας $97.7\% \pm 2\%$ στα 1-9 έτη.

Συμπεράσματα: Εμφυτεύματα μικρής διαμέτρου (NDI) χαρακτηρίζονται τα εμφυτεύματα με διάμετρο μικρότερη των 3,5 χιλ. Τα εμφυτεύματα αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε περιστατικά με περιορισμένο εύρος οστού για την αποκατάσταση νωδών περιοχών αποφεύγοντας εκτεταμένες χειρουργικές τεχνικές οστικής ανάπλασης. Τα ποσοστά επιβίωσης και επιτυχίας των NDI είναι υψηλά και συγκρίσιμα με τα ποσοστά των εμφυτευμάτων κανονικής διαμέτρου (SDI) και για αυτό το λόγο, όταν τηρούνται οι προϋποθέσεις, θεωρούνται μία αξιόπιστη εναλλακτική λύση.

94) Δήμου Μ, Γωνιανάκη Μ, Ιγνατιάδου Ε. Προσθετική σε περιοδοντικούς ασθενείς:
Βιολογική Προσέγγιση.
Επιβλέπων: Κοντούλη Ι, Σαραφιανού Α.

Σκοπός: Ραγδαία εμφανίζεται η ανάπτυξη του κλάδου της προσθετικής. Προκειμένου να μπορεί κάποιος να μιλήσει για επιτυχημένη προσθετική αποκατάσταση θα πρέπει οι ιστοί της στοματικής κοιλότητας να βρίσκονται σε αρμονία και να απουσιάζει η φλεγμονή. Διαφαίνεται λοιπόν η άμεση αλληλεξάρτηση της προσθετικής με τον κλάδο της περιοδοντολογίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δείξει την προσθετική αντιμετώπιση σε υπόβαθρο ολοκληρωμένης περιοδοντικής θεραπείας, στο στάδιο διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση βιβλιογραφίας από τις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar καθώς και από εκπαιδευτικά συγγράμματα.

Αποτελέσματα: Μετά το πέρας της περιοδοντικής θεραπείας προκύπτει μία νέα κατάσταση αποκαλούμενη «υγιές θεραπευμένο περιοδόντιο». Προκύπτουν αλλαγές οι οποίες επηρεάζουν την στήριξη και τους περιβάλλοντες ιστούς. Συγκεκριμένα, το μήκος της κλινικής μύλης αυξάνεται λόγω απώλειας πρόσφυσης και πολλές φορές παρατηρείται παθολογική μετανάστευση. Παρατηρούνται δόντια με προσβολή στο σημείο συμβολής τα οποία έχουν καλή πρόγνωση εφόσον ασκείται αποτελεσματική στοματική υγιεινή. Συχνά, οι υφιζήσεις προκαλούν αισθητικό πρόβλημα ιδίως στην πρόσθια ζώνη καθώς τα δόντια μπορεί να φαίνονται πιο ευμεγέθη. Τέλος, παρατηρούνται ιστολογικές διαφορές στην νέα ουλοδοντική σχισμή όπου έχει αρχικά ελάχιστο βάθος που αυξάνεται με τον χρόνο της επούλωσης και σταθεροποιείται έπειτα από 8-10 εβδομάδες. Στην περίπτωση που έχουμε υπολειμματικούς θυλάκους αυτοί θεωρούνται αποδεκτοί εφόσον ο αριθμός τους είναι μικρός, το βάθος τους κυμαίνεται 5-6 χιλιοστά και απουσιάζει αιμορραγία κατά την ανίχνευση. Βέβαια θύλακοι με αυξημένο βάθος δεν σημαίνει ότι προδικάζουν περαιτέρω απώλεια κλινικής πρόσφυσης με προϋπόθεση την πλήρη απομάκρυνση τοπικού παράγοντα, την άριστη στοματική υγιεινή και την αυστηρή τήρηση επανεξετάσεων.

Συμπεράσματα: Εκ των ανωτέρω, αναδεικνύεται η αλληλένδετη σχέση μεταξύ προσθετικής και περιοδοντολογίας, τονίζοντας την αναγκαιότητα αξιολόγησης των μεταβολών των περιοδοντικών ιστών μετά την θεραπεία, με απώτερο σκοπό την βέλτιστη και αποτελεσματικότερη προσθετική θεραπεία αισθητικά, βιολογικά και λειτουργικά. Απαραίτητη προϋπόθεση για την πραγματοποίηση των ανωτέρω αποτελεί η συνεργασία ασθενούς, με την άσκηση αποτελεσματικής στοματικής υγιεινής, ώστε να καταφέρει να διατηρήσει το θεραπευμένο περιοδόντιό του υγιές τόσο πριν όσο και μετά την ολοκλήρωση της προσθετικής θεραπείας, καθώς η μακροβιότητα και η λειτουργικότητα της προσθετικής αποκατάστασης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υγεία των περιοδοντικών ιστών, χωρίς καμία ένδειξη φλεγμονής.

95) Ανδρεοπούλου Π, Αποστολάκη Μ, Σαμαρά ΜΕ. Vertical Preparations- Οδοντικές παρασκευές τύπου «πτερού»: Μια ελάχιστη παρεμβατική προσέγγιση για ολοκεραμικές αποκαταστάσεις.

Επιβλέπων: Τασάκου ΑΧ, Σαραφιανού Α.

Σκοπός: Κύριο στόχο στη σύγχρονη επανορθωτική οδοντιατρική αποτελεί η δημιουργία αισθητικών και λειτουργικών αποκαταστάσεων αξιοποιώντας παράλληλα ελάχιστη παρεμβατικά πρωτόκολλα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά σε μία ελάχιστη παρεμβατική τεχνική οδοντικών παρασκευών, γνωστή ως παρασκευή τύπου «πτερού» (Vertical/ feather edge preparation), ως μέθοδο στην διαδικασία της προσθετικής αποκατάστασης, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα που παρουσιάζει.

Υλικά και Μέθοδοι: Αξιοποιήθηκαν δημοσιεύσεις κλινικών περιστατικών από την μηχανή αναζήτησης PubMed, διεθνή οδοντιατρικά περιοδικά καθώς και πηγές από ακαδημαϊκά συγγράμματα.

Αποτελέσματα: Η παρασκευή δίκην πτερού προσφέρει μια συντηρητική εναλλακτική, όπου το όριο της αντιπροσωπεύεται από μια περιοχή και όχι από μια οριζόντια γραμμή. Τα όρια της αποκατάστασης καθορίζονται από τον οδοντικό τεχνολόγο με βάση τις πληροφορίες του ουλικού περιγράμματος, ενώ η οδοντική αφαίρεση περιορίζεται στην ελάχιστη δυνατή (0.3-1.5 χιλ). Στοχεύει στην μίμηση των φυσικών δοντιών, έτσι ώστε η κυρτή ανατομικότητα των αυχενικών τριτημορίων τους να μεταφερθεί στην τελική προσθετική αποκατάσταση, δημιουργώντας ένα φυσικό προφίλ ανάδυσης. Ενδείκνυται συνήθως για περιοδοντικά προσβεβλημένα δόντια που χρησιμεύουν ως στηρίγματα σε ακίνητες αποκαταστάσεις. Επίσης θα μπορούσε να αποτελέσει επιλογή σε περιπτώσεις δοντιών που έχουν υποστεί ενδοδοντική θεραπεία και σε ζωντανά δόντια κυρίως σε άτομα νεαρής ηλικίας, καθώς από βιολογική άποψη, η διατήρηση μεγαλύτερου όγκου υγιούς οδοντικού ιστού προσφέρει μια πιο συντηρητική εναλλακτική. Αυτό το είδος παρασκευών μπορεί να πραγματοποιηθεί τόσο για ολοκεραμικές αποκαταστάσεις ολικής κάλυψης όσο και για όψεις. Η ελάχιστη παρασκευή των οδοντικών ιστών, η δυνατότητα τοποθέτησης της τελικής γραμμής σε διάφορα επίπεδα που εξυπηρετούν τις εκάστοτε ανάγκες αισθητικής και η δυνατότητα διαμόρφωσης του προφίλ ανάδυσης αποτελούν μερικά από τα βασικά πλεονεκτήματα της μεθόδου. Ωστόσο, δεν παύει να παρουσιάζει και ορισμένα μειονεκτήματα όπως είναι η δυσκολία στον προσδιορισμό της τελικής γραμμής, ο κίνδυνος παραβίασης του βιολογικού εύρους αλλά και η δυσκολία στον έλεγχο της αυχενικής ακεραιότητας της αποκατάστασης.

Συμπεράσματα: Οι παρασκευές δίκην πτερού αποτελούν μία ελάχιστη επεμβατική προσέγγιση, κατάλληλη για πληθώρα κλινικών περιπτώσεων. Λαμβάνοντας υπόψιν τόσο τα πλεονεκτήματα όσο τα μειονεκτήματα και τους περιορισμούς της, μπορεί να αποτελέσει μέθοδο εκλογής στα χέρια του κλινικού για τα κατάλληλα περιστατικά, με επιτυχία τόσο στην αισθητική όσο και στην λειτουργία.

96) Βλαχάκης Ν, Σπύρου Η, Καρίκης Β. Ενδοστοματική σάρωση: εξελίξεις και δυνατότητες στην οδοντιατρική.

Επιβλέπων: Τασάκου ΑΧ, Σαραφιανού Α.

Σκοπός: Η εξέλιξη της τεχνολογίας στον κλάδο της οδοντιατρικής παρέχει νέες δυνατότητες στα σύγχρονα ψηφιακά πρωτόκολλα, πρώτο βήμα των οποίων αποτελεί η ενδοστοματική σάρωση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά στην αρχή λειτουργίας των ενδοστοματικών σαρωτών (intraoral scanners), τα πλεονεκτήματα καθώς και τους ενδεχόμενους περιορισμούς στην κλινική πράξη.

Υλικά και μέθοδοι: Αξιοποιήθηκαν συστηματικές ανασκοπήσεις και δημοσιεύσεις από τη μηχανή αναζήτησης PubMed με κύριες λέξεις-κλειδιά: intraoral scanner, digital impressions, ios.

Αποτελέσματα: Οι συσκευές ενδοστοματικής σάρωσης αποτελούνται από μια φορητή κάμερα (hardware), έναν υπολογιστή κι ένα λογισμικό (software). Στόχο έχουν την ακριβή καταγραφή της τρισδιάστατης γεωμετρίας ενός αντικείμενου. Οι περισσότεροι σαρωτές χρησιμοποιούν μια πηγή φωτός που προβάλλεται στο αντικείμενο προς σάρωση. Η ανακλώμενη επιφάνεια λαμβάνεται ως εικόνες ή βίντεο και ύστερα από επεξεργασία, το λογισμικό συνθέτει μια τρισδιάστατη εικόνα μέσω της τριγωνοποίησης. Οι τρισδιάστατες πληροφορίες αποθηκεύονται συνήθως σε δεδομένα στερεολιθογραφίας (STL data) και μπορούν να αξιοποιηθούν με την μέθοδο CAD/CAM. Ωστόσο, υπάρχει δυνατότητα αποθήκευσης και σε μορφή αρχείων Polygon File Format και OBJ file format. Υπάρχουν πολλοί σαρωτές με μικρές διαφορές στη τεχνολογία “ανάγνωσης” της επιφάνειας και συνιστάται να ακολουθείται το μοτίβο σάρωσης που προτείνει κάθε κατασκευαστής. Η ψηφιακή σάρωση παρέχει δυνατότητα καταγραφής των μαλακών και σκληρών ιστών της άνω και κάτω γνάθου, της στατικής και δυναμικής σύγκλεισης καθώς και των χειλέων. Η εμφάνιση του τρισδιάστατου θετικού ομοιώματος της στοματικής κοιλότητας πραγματοποιείται άμεσα σε πραγματικό χρόνο, παρέχοντας δυνατότητα ελέγχου και αξιολόγησης τόσο της αποτύπωσης όσο και των αποτυπωμένων περιοχών. Σε περίπτωση λάθους μπορεί να πραγματοποιηθεί άμεση επανάληψη και δυνατότητα συνεννόησης με τον οδοντικό τεχνολόγο για τελική επιβεβαίωση προτού αποχωρήσει ο ασθενής. Αποφεύγοντας τη χρήση αποτυπωτικών υλικών, παρατηρείται μείωση δυσφορίας του ασθενή, κινδύνου μόλυνσης και αποβλήτων ενώ αποφεύγοντας τη δημιουργία εκμαγείων, καθίσταται εύκολη η αποθήκευση και αρχειοθέτηση. Βέβαια, υπάρχουν και περιορισμοί καθώς είναι αναγκαία η εκπαίδευση των χρηστών και των συνεργατών, ενώ βασικότερο μειονέκτημα θεωρείται το υψηλό κόστος.

Συμπεράσματα: Η ενδοστοματική σάρωση βρίσκει εφαρμογή σε όλους τους οδοντιατρικούς τομείς και μπορεί να κριθεί αναγκαία σε ορισμένες κλινικές περιπτώσεις. Αποτελεί σπουδαίο εργαλείο στα χέρια του οδοντιάτρου βελτιώνοντας τόσο την επικοινωνία του με τους ασθενείς όσο και με τους υπόλοιπους συνεργάτες.

97) Αλέρτας Α, Γεωργιάδης Κ, Αντωνίου Β. Εκμαγεία κατασκευασμένα με την τεχνική της τρισδιάστατης εκτύπωσης: Σύγχρονα δεδομένα.

Επιβλέπων: Παχιού Α, Σαραφιανού Α.

Εισαγωγή: Με την πρόοδο της Ψηφιακής Οδοντιατρικής, υπάρχουν ολοένα και περισσότερες εφαρμογές της στην Προσθετική. Η ψηφιακή σάρωση ήταν αρχή πολλών εξελίξεων, οπότε οδήγησε και στην μεγαλύτερη ανάγκη για ψηφιακά εκμαγεία, τα οποία κυριότερα κατασκευάζονται μέσω τρισδιάστατης εκτύπωσης (3d printing).

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι να καταγράψει τα σύγχρονα δεδομένα της βιβλιογραφίας για τα εκμαγεία που κατασκευάζονται με την μέθοδο της τρισδιάστατης εκτύπωσης.

Μέθοδος-Υλικά: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση επιστημονικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed/Medline και Scopus μέσα από κατάλληλες λέξεις-κλειδιά. Επιλέχθηκαν δημοσιεύσεις μόνο της τελευταίας πενταετίας.

Αποτελέσματα: Η ψηφιακή κατασκευή άρτιων τελικών εκμαγείων είναι κρίσιμη για τη σύνδεση μεταξύ αναλογικών και ψηφιακών πρωτοκόλλων. Η ακρίβεια των εκτυπωμένων εκμαγείων είναι ενδεικτική της ποιότητας της τελικής προσθετικής αποκατάστασης. Εξαρτάται από την διαδικασία κατασκευής τους, τον εκτυπωτή, τις συνθήκες φύλαξης και αποθήκευσης και την αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών μεταξύ τους. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι η γωνία εκτύπωσης, η κατεύθυνση εκτύπωσης και τα επίπεδα που προστίθεται το υλικό. Τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά ως προς την ακρίβεια των εκμαγείων σε σύγκριση με τα αναλογικά κατασκευασμένα με γύψο τύπου IV. Σχετικά με τις συνθήκες φύλαξης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, καθώς επηρεάζουν τη σταθερότητα διαστάσεων και ανάλογα με την μέθοδο εκτύπωσης μπορεί να παρουσιαστούν μεταβολές στην ακρίβεια όπως και χρωματική μεταβολή εκμαγείων, ανάλογα και με το είδος του εκτυπωτή.

Συμπεράσματα: Η ακρίβεια των 3d printed εκμαγείων επηρεάζεται σημαντικά από το είδος του εκτυπωτή ειδικά όσον αφορά την λεία επιφάνεια και την απόδοση τυχόν ακμών. Ο ποιοτικός τους έλεγχος θεωρείται αναγκαίος πριν από την κλινική περαιτέρω χρήση τους.

98) Ραχιώτης Ι, Καλδιριμιτζιάν Σ, Χαβδουλάς Κ. 3D printing: Τεχνικές, υλικά και εφαρμογές στην Ακίνητη Προσθετική.
Επιβλέπων: Γόγολα Μ, Σαραφιανού Α.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αναφέρεται στη διερεύνηση των διαφόρων μεθόδων τρισδιάστατης εκτύπωσης στην ακίνητη προσθετική, των διαθέσιμων υλικών, αλλά και των εργαστηριακών και κλινικών περιπτώσεων στις οποίες βρίσκει εφαρμογή.

Υλικά και μέθοδοι: Η συλλογή του υλικού έγινε μέσα από τη βάση δεδομένων PubMed και επιλέχθηκαν συστηματικές και μη ανασκοπήσεις με τις κατάλληλες λέξεις κλειδιά. Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν είναι δημοσιευμένα την τελευταία πενταετία.

Αποτελέσματα: Τα τελευταία χρόνια η χρήση της τρισδιάστατης εκτύπωσης παρουσιάζει ραγδαία αύξηση στην οδοντιατρική και ιδιαίτερα στον τομέα της ακίνητης προσθετικής. Η ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει φέρει στο προσκήνιο αποτελεσματικές τεχνικές εκτύπωσης, όπως η στερεολιθογραφία (SLA), η επιλεκτική πυροσυσσωμάτωση με λέιζερ (SLS), η ψηφιακή προβολή φωτός (DLP) και άλλες.

Τα υλικά που χρησιμοποιούνται στο 3D Printing είναι οι ρητίνες (polymers), τα κράματα μετάλλων (metal-based materials) και ορισμένα κεραμικά (ceramics).

Οι τεχνικές και τα υλικά αυτά βρίσκουν εφαρμογή κυρίως στην κατασκευή μεταβατικών αποκαταστάσεων και τα τελευταία χρόνια στην δημιουργία μόνιμων στεφανών, γεφυρών, ενθέτων και επενθέτων. Παράλληλα, η τρισδιάστατη εκτύπωση αξιοποιείται για την κατασκευή εκμαγείων μελέτης και εργασίας αλλά και στην καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, δεν μπορεί να υποστηριχθεί πλήρως ότι οι τρισδιάστατα εκτυπούμενες ακίνητες αποκαταστάσεις δεν υστερούν όσον αφορά την ακρίβεια και τη μηχανική αντοχή των χρησιμοποιούμενων υλικών συγκριτικά με τις συμβατικές τεχνικές και τα υλικά. Έτσι, απαιτούνται περισσότερες κλινικές μελέτες για να τεκμηριώσουν τη μακροβιότητα και την κλινική επιτυχία των παραπάνω εφαρμογών στην ακίνητη προσθετική.

99) Παπαγεωργίου ΑΜ, Παπαγεωργίου Γ. Η Ζιρκονία ως υλικό εκλογής για την κατασκευή ολοκεραμικών αποκαταστάσεων.
Επιβλέπων: Λαδιά Ο, Σαραφιανού Α.

Σκοπός: Η διερεύνηση της χρήσης της Ζιρκονίας ως υλικού για την κατασκευή ολοκεραμικών αποκαταστάσεων. **Υλικά και Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων pubmed, με χρήση κατάλληλων λέξεων-κλειδιών και επιλογή άρθρων δημοσιευμένων την τελευταία πενταετία. **Αποτελέσματα:** Η Ζιρκονία (τετραγωνική πολυκρυσταλλική σταθεροποιημένη με υτρία-Y-TZP) είναι κεραμικό υλικό που αξιοποιείται κλινικά για την κατασκευή ολοκεραμικών αποκαταστάσεων όπως ένθετα, επένθετα, γέφυρες προσθίων-οπισθίων, συγκολλούμενες γέφυρες και στεφάνες. Συνδυάζει εξαιρετικές μηχανικές ιδιότητες, όπως υψηλή αντοχή στη κάμψη και στη θραύση (δυσθραυστότητα), βιοσυμβατότητα και ικανοποιητικές οπτικές ιδιότητες και αισθητική. Διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, στα πλαίσια της κλινικής εφαρμογής της, τη μονολιθική ζιρκονία και την κατασκευή σκελετού από ζιρκονία με επικάλυψη από πορσελάνη. Η πρώτη υπερτερεί σε μηχανικές ιδιότητες ενώ η δεύτερη σε αισθητική.

Συμπεράσματα: Η Ζιρκονία συνιστά ένα πολλά υποσχόμενο υλικό στην αξιοποίηση της στη Προσθετική. Η γνώση των ιδιοτήτων του υλικού, των πλεονεκτημάτων και των πιθανών προβλημάτων, θα συμβάλλει στην ορθότερη και αποτελεσματικότερη χρήση της ως υλικό εκλογής στην κλινική πράξη.

100) Καλλιάνου Ε, Κουλούρη ΜΑ, Κουγιούτα ΜΝ. Μόνιμες αποκαταστάσεις ελλειπόντων μονήρων προσθίων δοντιών.

Επιβλέπων: Γιαννακόπουλος Ν.

Σκοπός: Ο σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι να διερευνήσει τις διαθέσιμες επιλογές προσθετικών αποκαταστάσεων σε περιπτώσεις έλλειψης μονήρους προσθίου δοντιού.

Υλικά και Μέθοδοι: Στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με λέξεις κλειδιά που αφορούν στα αίτια απώλειας μονήρους προσθίου δοντιού όπως επίσης και στα κύρια σημεία των επιλογών αποκατάστασης του ελλείμματος. Βασικές πηγές της εργασίας αποτελούν συστηματικές ανασκοπήσεις (με ή χωρίς μετα-ανάλυση) από την επιστημονική βάση δεδομένων Medline (PubMed).

Αποτελέσματα: Ως κύριο αίτιο απώλειας δοντιών αναγνωρίζεται ο εκτεταμένος τερηδονισμός του δοντιού, ακολουθούμενος από την περιοδοντική νόσο. Η αποκατάσταση ελλειπόντων μονήρων δοντιών επιτυγχάνεται στην κλινική πράξη με ακίνητες προσθετικές εργασίες στηριζόμενες σε δόντια ή εμφύτευμα. Τέσσερα είδη ακίνητων προσθετικών εργασιών βρέθηκαν στην παρούσα έρευνα: οι συμβατικές γέφυρες ολικής κάλυψης τριών τεμαχίων, οι ρητινωδώς συγκολλούμενες γέφυρες με συγκρατητικά στοιχεία με ένα ή δύο πτερύγια, οι συμβατικές στεφάνες με πρόβολο στο ελλείπον τμήμα και οι μονήρεις επιεμφυτευματικές στεφάνες. Από τα αποτελέσματα αναδείχθηκε ότι, η δεκαετής επιβίωση των συμβατικών γεφυρών φτάνει έως 90,2%, ενώ η αντίστοιχη των ρητινωδώς συγκολλούμενων γεφυρών εμφανίζει μεγάλο εύρος στα ποσοστά επιτυχίας της με το υψηλότερο να είναι το 90%. Πρέπει να τονιστεί ωστόσο, ότι οι αποτυχίες των ρητινωδώς συγκολλούμενων γεφυρών έχουν πολύ μικρότερη επίπτωση από ό,τι των συμβατικών, καθώς οι επανασυγκόλληση είναι εύκολα υλοποιήσιμη. Η μονοπτέρυγη συγκολλούμενη γέφυρα χαρακτηρίζεται από αυξημένη δεκαπενταετή επιβίωση, η οποία μπορεί να φτάνει στο 100% των περιπτώσεων, ειδικά στους τομείς, σε σχέση με άλλες συμβατικές γέφυρες. Οι θεραπευτικές λύσεις με εμφυτεύματα εφαρμόζονται υπό προϋποθέσεις, όπως ο βιότυπος των ούλων και το πάχος του παρεϊακού οστικού πετάλου, και διακρίνονται σε άμεση και καθυστερημένη εμφύτευση. Η πρώτη έχει καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα στην πρόσθια ζώνη, ενώ μεταξύ τους υπάρχει αμελητέα στατιστική διαφορά ως προς τη μακροβιότητα.

Συμπεράσματα: Παρά τα σαφή πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μίας από τις προαναφερθείσες επιλογές αποκαταστάσεων, τα εμφυτεύματα παρουσιάζουν μακροπρόθεσμα καλύτερα ποσοστά επιβίωσης με λιγότερες επιπλοκές. Ο κλινικός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του, πέρα από τις αντικειμενικές παραμέτρους που καθιστούν τον ασθενή κατάλληλο υποψήφιο για μια προσθετική αποκατάσταση, όπως την ηλικία του, και την προτίμηση του θεραπευόμενου.

101) Τσόγκας ΠΜ. Προσθετική αποκατάσταση ασθενούς με μουκορμύκωση.
Επιβλέπων: Αρτοπούλου Ι.

Σκοπός της εργασίας είναι η περιγραφή της αιτιοπαθογένειας, της επιδημιολογίας και των κλινικών χαρακτηριστικών της μουκορμύκωσης της γναθοπροσωπικής χώρας, καθώς και τα στάδια της γναθοπροσωπικής προσθετικής αποκατάστασης των δημιουργούμενων ενδοστοματικών ελλειμάτων.

Η μουκορμύκωση ή ζυγωμύκωση είναι μυκητίαση οφειλόμενη σε μύκητες της ομοταξίας Zygomycetes (Rhizopus, Rhizomucor, Mucor κ.ά). Προσβάλλει συνηθέστερα άτομα με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα (ανοσοκαταστολή, διαβητική κετοξέωση) και εκδηλώνεται με τις εξής μορφές: ρινοεγκεφαλική (η συνηθέστερη), πνευμονική, γαστρεντερική, ηπατική, δερματική, νεφρική, νευρολογική και διάχυτη νόσος. Θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εκτομή του προσβεβληθέντος οστού και φαρμακευτική αγωγή με αμφοτερικίνη Β (iv/p.os).

Θα παρουσιαστούν περιστατικά ασθενών με μουκορμύκωση στην περιοχή της γναθοπροσωπικής χώρας, όπως αυτά αντιμετωπίστηκαν με χειρουργικά. Η χειρουργική εκτομή της βλάβης, συχνά οδηγεί σε εκτεταμένα ενδοστοματικά ελλείματα με σημαντικά λειτουργικά και αισθητικά προβλήματα για τους ασθενείς. Θα περιγράψουν τα στάδια της προσθετικής αποκατάστασης των δημιουργούμενων ενδοστοματικών ελλειμάτων που σκοπό έχει την αποκατάσταση της φώνησης, της κατάποσης και της αισθητικής, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ Ι/ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ Ι

102) Τοχταμής Κ, Παπαδάκη Β, Αλεξίου Α. Αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση κλινικού περιστατικού με αγενεσία άνω πλάγιων τομέων.

Επιβλέπων: Καναβάκης Γ, Χαλαζωνίτης Δ.

Εισαγωγή: Η αγενεσία των άνω μονίμων πλάγιων τομέων αποτελεί την δεύτερη συχνότερη συγγενή έλλειψη, προκαλώντας αισθητικά, λειτουργικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα στον ασθενή. Οι συνηθέστερες θεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την ορθοδοντική σύγκλειση ή διάνοιξη των διαστημάτων συνδυαστικά με εξατομικευμένη προσθετική αποκατάσταση.

Σκοπός: Στόχος της εργασίας είναι να αναδείξει τις θεραπευτικές προκλήσεις της διαχείρισης των αγενεσιών και να αναφέρει το σχέδιο της ορθοδοντικής και προσθετικής αποκατάστασης σε μια ενήλικη ασθενή.

Υλικά – Μέθοδοι: Γυναίκα ηλικίας 38 ετών προσήλθε στη Μεταπτυχιακή Ορθοδοντική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, αναζητώντας ορθοδοντική θεραπεία. Ελήφθησαν ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό και διενεργήθηκε ολοκληρωμένη κλινική και ακτινογραφική εξέταση.

Αποτελέσματα: Η αρχική εκτίμηση της ασθενούς ανέδειξε την αγενεσία των άνω πλάγιων τομέων. Συγκεκριμένα η εξωστοματική εξέταση αποκάλυψε έναν επιμήκη τύπο προσώπου, κυρτό προφίλ με έντονη γενειοχειλική αύλακα και ήπια διαταραχή στις αναλογίες άνω και κάτω προσθίου ύψους προσώπου, με ελαφρώς αυξημένο το κάτω πρόσθιο ύψος το οποίο επιβεβαιώνει και η κεφαλομετρική ανάλυση. Ενδοστοματικά παρουσιάζει σκελετική και οδοντική Τάξη II, αγενεσία των άνω πλάγιων, έλλειψη του άνω δεξιού δεύτερου προγομφίου λόγω παρελθοντικού κατάγματος και παραμονής της ρίζας του αντίστοιχου αριστερού προγομφίου, έντονο συνωστισμό στην πρόσθια περιοχή του κάτω οδοντικού τόξου και μεγάλο αριθμό οδοντιατρικών εργασιών, με χαρακτηριστική την μεταλλοκεραμική στεφάνη στον άνω μόνιμο κυνόδοντα δεξιά με πρόβολο στον χώρο του ελλείποντος πλάγιου. Η ορθοδοντική θεραπεία της ασθενούς περιλαμβάνει ακίνητες ορθοδοντικές συσκευές, εξαγωγή της ρίζας του άνω δευτέρου προγομφίου δεξιά και των δύο κάτω πρώτων προγομφίων. Η μεταλλοκεραμική στεφάνη αντικαταστάθηκε με μεταβατικό κατασκευασμένο από υλικό BisGMA.

Η ασθενής βρίσκεται σε ενεργό φάση ορθοδοντικής θεραπείας, στοχεύοντας στην σύγκλειση των διαστημάτων στην άνω πρόσθια περιοχή, στην επαναξιολόγηση των διαθέσιμων χώρων στην άνω οπίσθια περιοχή και στην επίλυση του συνωστισμού στο κάτω οδοντικό τόξο. Κατά την διάρκεια της ορθοδοντικής θεραπείας, μειώνεται η εγγύς διάσταση του προβόλου. Μετά το πέρας της ορθοδοντικής, θα αξιολογηθεί εκ νέου η ασθενής από το μεταπτυχιακό της προσθετικής με στόχο την τελική αισθητική αποκατάσταση.

Συμπέρασμα: Οι λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις της αγενεσίας των άνω μονίμων πλάγιων τομέων μειώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Η ορθοδοντική και προσθετική αντιμετώπιση είναι δυνατή στις περιπτώσεις αυτές, ωστόσο απαιτείται εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας.

103) Γιαννάκος Χ, Χριστοπούλου Ι, Νασικά Μ. Τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά ασθενούς με ακολουθία Pierre Robin.
Επιβλέπων: Καναβάκης Γ, Σηφακάκης Ι.

Εισαγωγή: Η αλληλουχία Pierre Robin (PRS) ορίζεται ως η κλινική παρουσία συγγενούς μικρογναθίας, γλωσσοπτώσης και υπερωιοσχιστίας [3]. Ο επιπολασμός του φαινομένου κυμαίνεται από 1:8000-1:14000, με τη συχνότητα εμφάνισης να είναι ίδια μεταξύ των δύο φύλων. Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η παρουσίαση ενός κλινικού περιστατικού με PRS, καθώς και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά της ακολουθίας αυτής.

Υλικά και Μέθοδοι: Το περιστατικό αφορά κορίτσι ηλικίας 10 ετών με PRS, που προσήλθε στην Ορθοδοντική κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών. Η διαγνωστική διαδικασία περιελάμβανε τη λήψη εξωστοματικών και ενδοστοματικών φωτογραφιών, ακτινογραφιών (πανοραμική και πλάγια κεφαλομετρική) και αποτυπωμάτων για την κατασκευή εκμαγείων μελέτης.

Αποτελέσματα: Από την ορθοδοντική εξέταση διαπιστώθηκε ΙΙη σκελετική Τάξη (ANB:5,6°) και υπεραποκλίνοντα σκελετικά επίπεδα (FMA:36,1°). Η κάτω γνάθος ήταν οπισθογναθική με SNB 66,5°, το ύψος του κλάδου ήταν κοντό και συνοδευόταν από κοντό οπίσθιο ύψος προσώπου. Επίσης, η ασθενής εμφανίζει υπερωιοσχιστία, για την αντιμετώπιση της οποίας πραγματοποιήθηκε χειρουργική επέμβαση σε ηλικία 2 ετών. Ωστόσο, δεν έχει γίνει πλήρης σύγκλειση της υπερωιοσχιστίας με αποτέλεσμα να υπάρχει διαφυγή αέρα και συνοδή ένρινη ομιλία. Ενδοστοματικά η ασθενής παρουσιάζει ΙΙη Τάξη κυνοδόντων και γομφίων αμφοτερόπλευρα, αυξημένα οριζόντια πρόταξη και βαθιά δήξη. Όσον αφορά στα οδοντικά χαρακτηριστικά, εντοπίζεται συγγενή έλλειψη των άνω δεύτερων προγομφίων.

Η ασθενής κρίθηκε αναγκαίο να υποβληθεί σε ορθοδοντική θεραπεία με ακίνητους μηχανισμούς με στόχο την επίλυση της ΙΙης σκελετικής Τάξης και την διευθέτηση των δοντιών στα οδοντικά τόξα.

Συζήτηση: Η διαθέσιμη βιβλιογραφία συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με τα κλινικά ευρήματα του συγκεκριμένου περιστατικού. Πιο συγκεκριμένα, σε ασθενείς με PRS, η υπερωιοσχιστία απαντάται σε ποσοστό 85%, η σκελετική ΙΙ Τάξη στο 57,7% (με το 79,2% των ασθενών να εμφανίζουν οπισθογναθική κάτω γνάθο) και τα υπεραποκλίνοντα σκελετικά επίπεδα σε ποσοστό 92,3%. Η συγγενής έλλειψη μονίμων δοντιών παρατηρείται σε ποσοστό 22,4%. Στην πλειονότητα των ασθενών η χειρουργική και ορθοδοντική παρέμβαση στην κατάλληλη ηλικία, μαζί με την αύξηση του ασθενούς, οδηγούν σε ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Σε περιστατικά με ακολουθία PRS κρίνεται απαραίτητη η ορθοδοντική εκτίμηση σε νεαρή ηλικία, καθώς και η συνεργασία μεταξύ διαφόρων ειδικοτήτων για τη σωστή και έγκαιρη διαχείριση του περιστατικού.

*η ηλεκτρονική αναζήτηση αφορούσε τις εξής πηγές αναζήτησης: Pubmed, MEDLINE, EMBASE, Google Scholar, Cochrane Library

104) Ραπατζίκου Ο, Καραμολέγκου Μ, Χαλαζωνίτης Δ. Η συμβολή της γναθοχειρουργικής και της ορθοδοντικής στην αντιμετώπιση εξεσημασμένης οδοντοφόρου κύστης: Παρουσίαση περιστατικού.
Επιβλέπων: Χαλαζωνίτης Δ.

Σκοπός: Οι ορθογναθικές ανωμαλίες οφείλονται σε διάφορους παράγοντες, ένας από του οποίους αποτελούν και οι οδοντοφόρες κύστεις. Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού οδοντοφόρου κύστης άνω αριστερού κυνόδοντα και ο τρόπος αντιμετώπισής του.

Υλικά και μέθοδοι: Νεαρή ασθενής, 11 ετών, προσήλθε στο ιατρείο για ορθοδοντική εκτίμηση. Εμφάνιζε ορθοδοντικό πρόβλημα Τάξης II κατά Angle, κατηγορίας 1, είχε έντονο συνωστισμό στο άνω οδοντικό τόξο και ασυμμετρία των μέσων οδοντικών γραμμών. Η πανοραμική εξέταση αποκάλυψε την ύπαρξη οδοντοφόρου κύστης του άνω αριστερού κυνόδοντα, ο οποίος ερχόταν σε επαφή με το κάτω τοίχωμα του αριστερού οφθαλμικού κογχου. Αποφασίστηκε η μαρσιποποίηση της κύστης για να μειωθεί το μέγεθός της και σε δεύτερο χρόνο έγινε και η αφαίρεσή της. Κατόπιν, ακολούθησε ορθοδοντική θεραπεία με χρήση εξωστοματικού μηχανήματος αυχενικής έλξης και ορθοδοντικών αγκυλίων. Για την αντιμετώπιση του συνωστισμού και των οδοντικών ασυμμετριών πραγματοποιήθηκαν εξαγωγές των προγομφίων 14, 34 και 44.

Αποτελέσματα: Μετά το τέλος της θεραπείας η ασθενής εμφάνισε αρμονική σχέση μεταξύ των δύο ημιμορίων, και Ταξη I γομφίων κατά Angle. Επίσης, δεν προέκυψε αισθητικό πρόβλημα από την απώλεια του 23, αφού ο 24 είχε παρόμοια μορφολογία.

Συμπεράσματα: Κατά την αφαίρεση μιας οδοντοφόρου κύστης, όχι μόνο μπορούμε να διορθώσουμε την ασυμμετρία που προκύπτει από το δόντι που χάθηκε, αλλά και να διευθετήσουμε την αισθητική και λειτουργική δυσαρμονία που υπήρχε εξαιτίας αυτής.

105) Κουφοπαντελή Δ, Καραγεωργίου Μ, Χριστοπούλου Ι. Τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά ασθενούς με σύνδρομο Apert.
Επιβλέπων: Καναβάκης Γ, Σηφακάκης Ι.

Εισαγωγή: Το σύνδρομο Apert είναι μία σπάνια διαταραχή που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους Baumgartner και Wheaton το 1842. Το 97% των περιπτώσεων του συνδρόμου οφείλονται σε μεταλλάξεις του γονιδίου που κωδικοποιεί τον υποδοχέα 2 του FGFR2. Ο επιπολασμός εκτιμάται ότι είναι 1:65000 και αποτελεί περίπου το 4,5% των περιπτώσεων κρανιοσυνοστέωσης. Θεωρείται από τα πιο κοινά σύνδρομα κρανιοσυνοστέωσης και κλινικά παρατηρείται πρόωρη σύντηξη των κρανιακών ραφών, ανώμαλο κρανιακό σχήμα, κοντό ανάστημα, διαταραχές στο σκελετό και συνδακτυλία στα χέρια και πόδια.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού με σύνδρομο Apert, καθώς και η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου.

Αποτελέσματα: Το περιστατικό αφορά αγόρι ηλικίας 11 ετών με σύνδρομο Apert που προσήλθε στην Ορθοδοντική κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών. Για την απόκτηση πλήρους ορθοδοντικού αρχείου ο ασθενής υποβλήθηκε σε εξωστοματικές και ενδοστοματικές, φωτογραφίες, ακτινογραφίες (πανοραμική και πλάγια κεφαλομετρική) και αποτυπώματα άνω και κάτω γνάθου για την κατασκευή εκμαγείων μελέτης.

Ο ασθενής εμφανίζει κρανιοσυνοστέωση, κοντό ανάστημα, συνδακτυλία και διαταραχή στο βάδισμα. Σχετικά με τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά εμφανίζει υπερωιοσχιστία, τρίτη σκελετική Τάξη, στένωση στην υπερώα, αμφοτερόπλευρη σταυροειδή και έλλειψη χώρου στο άνω και κάτω οδοντικό τόξο. Ο ασθενής είχε υποβληθεί σε σύγκλιση της υπερωιοσχοστίας σε ηλικία 1 έτους και σε διατατική οστεογένεση σε ηλικία 7 ετών.

Όσον αφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση, προκειμένου να γίνει διευθέτηση των δοντιών στο οδοντικό τόξο χρειάστηκε να γίνει εξαγωγή των άνω δεύτερων προγομφίων. Στη συνέχεια τοποθετήθηκε μηχανήμα ταχείας διεύρυνσης της υπερώας. Ο ασθενής συνεχίζει να παρακολουθείται και θα προχωρήσει σε δεύτερη φάση ορθοδοντικής θεραπείας με ακίνητους μηχανισμούς προκειμένου όλα τα δόντια να διευθετηθούν στον φραγμό.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι οι ασθενείς με σύνδρομο Apert εμφανίζουν κρανιοσυνοστέωση, κοντό ανάστημα, συνδακτυλίες και διαταραχές στην αύξηση. Σχετικά με τα κρανιοπροσωπικά χαρακτηριστικά η πλειονότητα των ασθενών.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά οι ασθενείς με σύνδρομο Apert καλό είναι να αντιμετωπίζονται από μια ομάδα επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένου και του ορθοδοντικού, προκειμένου να εξασφαλιστεί μια σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση της πιθανής σκελετικής δυσαρμονίας.

*η ηλεκτρονική αναζήτηση αφορούσε τις εξής πηγές αναζήτησης: Pubmed, MEDLINE, EMBASE, Google Scholar, Cochrane Library

106) Χαρίτωνος Α, Χαχολιάδου Δ. Πρωτογενής έγκλειση δοντιών: αιτιολογία, κλινική εικόνα και διαφορική διάγνωση.
Επιβλέπων: Σηφακάκης Ι.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης αποτελεί η ανάλυση των αιτιολογικών παραγόντων της πρωτογενούς έγκλεισης δοντιών και η παρουσίαση των κλινικών, ακτινογραφικών και γενετικών ευρημάτων που θα οδηγήσουν στην έγκαιρη και αξιόπιστη διάγνωση.

Υλικά και Μέθοδοι: Επιλέχθηκαν στοιχεία και πληροφορίες από άρθρα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα χρησιμοποιώντας ηλεκτρονική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar (από 2013 έως 2024) αλλά και στη Βιβλιοθήκη της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών. Η αναζήτηση έγινε με συνδυασμό των όρων “Primary impaction of teeth”, “Primary eruption of teeth”, “Αδυναμία ανατολής μόνιμων δοντιών”.

Αποτελέσματα: Ο όρος πρωτογενής έγκλειση αναφέρεται στη μερική ή πλήρη αδυναμία ανατολής ενός ή περισσότερων δοντιών στη στοματική κοιλότητα. Μπορεί να οφείλεται σε τοπικούς μηχανικούς παράγοντες, σε συστηματικούς παράγοντες ή σε διαταραχή του μηχανισμού ανατολής των δοντιών. Η διάγνωση της αδυναμίας ανατολής μόνιμων δοντιών βασίζεται κυρίως στη συλλογή πληροφοριών από το ιστορικό και την κλινική, ακτινογραφική και γενετική εξέταση. Αξιολογούνται κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα με βάση την εντόπιση, τον αριθμό και τον τύπο των προσβεβλημένων δοντιών, καθώς και την κατάσταση του δοντιού που βρίσκεται άνω του προσβεβλημένου. Ορισμένες φορές επιβάλλεται και η περαιτέρω διερεύνηση πιθανής γενετικής αλλοίωσης σε τουλάχιστον ένα γονίδιο (PTH1R). Η προσπάθεια ορθοδοντικής ανατολής των δοντιών πρέπει να αποφεύγεται σε ορισμένες περιπτώσεις, αφού μπορεί να έχει ως ανεπιθύμητο αποτέλεσμα την αγκύλωση.

Συμπεράσματα: Η διαφορική διάγνωση των αιτιών της πρωτογενούς έγκλεισης είναι καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση του κάθε ασθενούς αλλά η διάγνωση αυτή παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες σε ορισμένες περιπτώσεις.

107) Γιαννακοπούλου ΦΑ, Αλεξίου Α, Κατσούλη Κ. Ορθοδοντική ανατολή ενσφηνωμένου άνω μόνιμου κεντρικού τομέα: Παρουσίαση περιστατικού.

Επιβλέπων: Καναβάκης Γ, Σηφακάκης Ι.

Εισαγωγή: Οι οδοντικοί τραυματισμοί συμβαίνουν αρκετά συχνά και αποτελούν το 5% του συνόλου όλων των τραυματισμών. Το 25% όλων των παιδιών σχολικής ηλικίας έχουν βιώσει κάποιο οδοντικό τραύμα. Η κατηγοριοποίησή του αφορά: α) τραύμα των σκληρών οδοντικών ιστών, β) τραύμα των στηρικτικών ιστών του δοντιού και γ) τραύμα στους μαλακούς ιστούς. Συγκεκριμένα, η εκγόμφωση έγκειται στην βίαιη απομάκρυνση του δοντιού από το φατνίο. Η διάσειση αποτελεί ήπιο τραυματισμό των περιοδοντικών ιστών χωρίς την παρατήρηση κινητικότητας του δοντιού. Σημαντικότερα, η ενσφήνωση αφορά στην μετατόπιση του δοντιού εντός του φατνιακού οστού με ακρορριζική κατεύθυνση, σε τραυματισμό του πολφού και ενδεχόμενη νέκρωσή του ανάλογα με το στάδιο διάπλασης της ρίζας. Σε δόντια με ανοιχτό ακρορρίζιο συχνά παρατηρείται αυτόματη επαν-ανατολή και υψηλή πιθανότητα διατήρησης της ζωτικότητας, ενώ σε κλειστό ακρορρίζιο συνήθως σημειώνεται πολφική νέκρωση και απορρόφηση της ρίζας. Στην δεύτερη περίπτωση, η ορθοδοντική παρέμβαση για ανατολή είναι απαραίτητη.

Σκοπός: Στόχος αυτής της παρουσίασης είναι να αναδείξει το σχέδιο ορθοδοντικής θεραπείας με εφαρμογή ορθοδοντικής ανατολής σε έναν νεαρό ασθενή ο οποίος υπέστη οδοντικό τραυματισμό.

Υλικό και Μέθοδος: Ένα 11χρονο αγόρι παραπέμφθηκε στη Μεταπτυχιακή Ορθοδοντική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ), αναζητώντας ορθοδοντική θεραπεία. Ελήφθησαν ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό και διενεργήθηκε ολοκληρωμένη κλινική και ακτινογραφική εξέταση.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής τραυματίστηκε λόγω πτώσης από ποδήλατο προ δύο εβδομάδων από την προσέλευση του στην κλινική και διαπιστώθηκε πλήρης εκγόμφωση και απώλεια του άνω κεντρικού τομέα δεξιά, ενσφήνωση και κοιπτικό κάταγμα του άνω κεντρικού τομέα αριστερά και διάσειση των άνω μόνιμων πλαγίων τομέων αμφοτερόπλευρα. Η ορθοδοντική θεραπεία περιελάμβανε την ορθοδοντική ανατολή του ενσφηνωμένου δοντιού με τοποθέτηση ακίνητων μηχανισμών στα έξι άνω πρόσθια δόντια. Η ορθοδοντική μετακίνηση διήρκεσε συνολικά τρεις εβδομάδες, με ενεργοποίηση της έλξης κάθε εβδομάδα. Κατά την τελευταία επίσκεψη αναφέρθηκε αυτόματος πόνος στο δόντι, με την ακτινογραφική εικόνα να αποκαλύπτει αυχενική και ακρορριζική φλεγμονώδη απορρόφηση, με αποτέλεσμα την άμεση διενέργεια ενδοδοντικής θεραπείας από την Μεταπτυχιακή Παιδοδοντιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ.

Συμπεράσματα: Οι λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις των οδοντικών τραυματισμών μπορεί να μειώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Η ορθοδοντική αντιμετώπιση σε ασθενείς με ενσφήνωση είναι δυνατή, ωστόσο απαιτείται άμεση παρέμβαση με εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας.

108) Παπαϊωάννου Ε. Παπαθεοδωράκη Ε, Λαμπροπούλου Χ. Γονίδια και έγκλειση κυνοδόντων.

Επιβλέπων: Καραμάνη Ι, Σηφακάκης Ι.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναζήτηση του πιθανού γενετικού υπόβαθρου της έγκλεισης των κυνοδόντων.

Υλικά και Μέθοδος: Μια ηλεκτρονική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar μέχρι τον Απρίλιο του 2024. Οι λέξεις κλειδιά και οι φράσεις που χρησιμοποιήθηκαν είναι: “genes”, “impacted canines”, “canine impaction”, “genetic origin”.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι πολυμορφισμοί ή παραλλαγές των γονιδίων MSX1, PAX9, RSPO4, NELL1, καθώς επίσης και μεταγραφικοί παράγοντες του σηματοδοτικού μονοπατιού WNT/b-catenin συνδέονται με υπερώια έγκλειση κυνοδόντων και αγενεσία τρίτων γομφίων στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Ωστόσο, ο περιορισμένος αριθμός μελετών σε συνδυασμό με το περιορισμένο δείγμα ασθενών συγκεκριμένων εθνικοτήτων δεν επιτρέπει τη διεύρυνση των γνώσεών μας στο συγκεκριμένο θέμα. ..

Συμπεράσματα: Περισσότερες μελέτες θα πρέπει να διεξαχθούν για να αποσαφηνιστεί ο ρόλος της γενετικής στον εγκλεισμό των κυνοδόντων, καθώς η παραπάνω επιστημονική τεκμηρίωση θα αποτελούσε χρήσιμο εργαλείο στα χέρια του ορθοδοντικού για έγκαιρη διάγνωση, ευνοϊκότερη πρόγνωση και συνεπώς ταχύτερη και ευκολότερη αντιμετώπιση του προβλήματος της έγκλεισης στα άτομα που εμφανίζουν συγκεκριμένες παραλλαγές.

109) Βιλλιώτη Α. Υλικά για πολφτομή νεογιλών δοντιών.

Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση των τρέχουσων οδηγιών από τους παγκόσμιους παιδοδοντιατρικούς οργανισμούς όσον αφορά τα συνιστώμενα υλικά για την πολφτομή νεογιλών δοντιών και η τεκμηρίωσή τους μέσα από την πρόσφατη βιβλιογραφία.

Υλικά & μέθοδοι: Για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας έγινε αναζήτηση στις ιστοσελίδες του αμερικανικού (AAPD), ευρωπαϊκού (EAPD) και παγκόσμιου (IAPD) οργανισμού παιδοδοντιατρικής - για τις κατευθυντήριες οδηγίες και πολιτικές όσον αφορά την πολφτομή-καθώς και στην ψηφιακή βιβλιογραφική βάση PubMed, αναζήτηση συστηματικών ανασκοπήσεων, μετα-αναλύσεων αλλά και κλινικών μελετών από το 2015 μέχρι και σήμερα με λέξεις κλειδιά: pulpotomy, primary teeth, materials, στην αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Τα βασικά υλικά που συστήνονται σήμερα στις επίσημες οδηγίες είναι το MTA, η φορμοκρεσόλη και ο θειικός σίδηρος. Το MTA είναι το υλικό εκλογής καθώς είναι βακτηριοκτόνο, έχει αναγεννητική δράση στους ιστούς -δημιουργεί γέφυρα οδοντίνηςκαι έχει πολύ καλή εμφρακτική ικανότητα, παρόλα αυτά έχει υψηλό κόστος και σχετική δυσκολία στους χειρισμούς λόγω της στοκώδους σύστασής του. Η φορμοκρεσόλη έχει επίσης βακτηριοκτόνο δράση και «ταριχεύει» το επιφανειακό τμήμα του εναπομείναντα ριζικού πολφού, όμως σύγχρονες μελέτες σε πειραματόζωα δείχνουν πως έχει πιθανή κυτταροτοξική και ενδεχομένως καρκινογόνο δράση χωρίς αυτό να έχει επαληθευθεί κλινικά. Τέλος, ο θειικός σίδηρος είναι ένας αιμοστατικός παράγοντας ο οποίος σχηματίζει θρόμβο στην αποκομμένη επιφάνεια του ριζικού πολφού, που συμβάλλει στη διατήρησή του, δεν είναι τοξικός ωστόσο δεν έχει βακτηριοκτόνο δράση και η αποτελεσματικότητά του φαίνεται να είναι ελαφρώς υποδεέστερη των προηγούμενων δύο υλικών.

Συμπεράσματα: Το MTA πλέον αποτελεί το κύριο υλικό για χρήση σε πολφτομή καθώς είναι βιοσυμβατό και εξαιρετικά αποτελεσματικό, ωστόσο μπορούν ακόμη να χρησιμοποιηθούν τόσο η φορμοκρεσόλη, που επί σειρά δεκαετιών θεωρείται «gold standard», όσο και ο θειικός σίδηρος.

110) Δασκαλάκη Ε, Ντεν Μπράμπερ ΕΑ, Τσιπούρα Μ. Η επίδραση του οδοντιατρικού αλφαβητισμού (Oral Health Literacy) των γονέων στην στοματική υγεία των παιδιών.
Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διερευνήσει το ρόλο του οδοντιατρικού αλφαβητισμού των γονέων στη στοματική υγεία των παιδιών τους.

Υλικά και μέθοδοι: Η αναζήτηση έγινε στη βιβλιογραφική βάση δεδομένων PubMed χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά : oral health literacy, parents, children, oral health, για χρονική περίοδο από το 2010 και έπειτα, στα αγγλικά, χωρίς περιορισμό στο είδος των μελετών.

Αποτελέσματα: Ως οδοντιατρικός αλφαβητισμός ορίζεται ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν την ικανότητα να λαμβάνουν, να επεξεργάζονται και να κατανοούν βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για τη λήψη κατάλληλων αποφάσεων σχετικά με τη στοματική υγεία. Ο ρόλος των γονέων, και ιδιαίτερα των μητέρων, στην καθιέρωση και αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας των παιδιών τους έχει τεκμηριωθεί καλά. Ο οδοντιατρικός αλφαβητισμός των μητέρων με καλές συνήθειες όπως το βούρτσισμα και η σωστή διατροφή σχετίζονται άμεσα με την κατάσταση στοματικής υγείας των παιδιών τους. Χαμηλός οδοντιατρικός αλφαβητισμός των κηδεμόνων έχει συσχετιστεί με υψηλό τερηδονικό κίνδυνο των παιδιών και λανθασμένες συνήθειες όπως η χρήση μπιμπερό την νύχτα και η απουσία καθημερινού καθαρισμού δοντιών και ούλων. Γονείς με υψηλό επίπεδο οδοντιατρικού αλφαβητισμού κατανοούν καλύτερα την σημασία της διατροφής στην στοματική υγεία των παιδιών τους. Χαμηλός γονεϊκός οδοντιατρικός αλφαβητισμός συσχετίζεται με κακή στοματική κατάσταση των παιδιών τους και χειρότερες συμπεριφορές στοματικής υγείας, οι οποίες είχαν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των παιδιών που σχετίζεται με τη στοματική υγεία. Τέλος, ο οδοντιατρικός αλφαβητισμός είναι πιθανό να επηρεάσει τις αποφάσεις των γονιών σχετικά με την οδοντιατρική περίθαλψη των παιδιών, αφού βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των παιδιών που είχαν πάει στον οδοντίατρο ήταν υψηλότερος μεταξύ εκείνων των γονέων με υψηλότερο επίπεδο οδοντιατρικού αλφαβητισμού σε σύγκριση με εκείνους με χαμηλότερο επίπεδο.

Συμπεράσματα: Προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ του χαμηλού επιπέδου οδοντιατρικού αλφαβητισμού των γονέων και της κακής στοματικής υγείας των παιδιών τους. Επομένως, η βελτίωση των γνώσεων των γονέων σχετικά με τη στοματική υγεία και η πραγματική κατανόησή τους θα έχει θετική επίδραση στην στοματική υγεία των παιδιών τους.

ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΙΙ/ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ ΙΙ

111) Αδαμάκη Σ, Γκελβέρη Σ. Οδοντικές και Ορθοδοντικές προκλήσεις σε ασθενείς με σύνδρομο Down.

Επιβλέπων: Βασταρδή Ε.

Σκοπός: Η καταγραφή των κρανιοπροσωπικών ανωμαλιών ασθενών με Σύνδρομο Down (ΣΔ) που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής από οδοντίατρο και ορθοδοντικό.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση βιβλιογραφίας από τη βάση δεδομένων “PubMed” και χρησιμοποιήθηκαν 12 άρθρα δημοσιευμένα τα έτη 2020-2024. Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά: “Down Syndrome”, “Dental Abnormalities”, “Tooth Eruption”, “Craniofacial Morphology”, “Dental Microbiome”, “Periodontal Disease”.

Αποτελέσματα: Πενταπλάσια σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό αναφέρονται τα ποσοστά οδοντικών ανωμαλιών όπως ταυροδοντισμού, κυρίως δευτέρων κάτω γομφίων, μικροδοντίας που χαρακτηρίζεται από μειωμένο πάχος αδαμαντίνης-οδοντίνης, ευμεγέθη πολφό και κωνικό σχήμα, και οδοντικής αγενεσίας, με συχνότερη εντόπιση στην άνω γνάθο, αμφοτερόπλευρα, με σειρά τους άνω πλάγιους τομείς>άνω δεύτερους προγόμφιους>κάτω τομείς>κάτω δεύτερους προγόμφιους.

Οι ασθενείς με ΣΔ εμφανίζουν ελλιπή φαγοκυττάρωση και χημειοταξία ουδετεροφίλων, επομένως μειωμένη αντίσταση στη φλεγμονή και πρόωρη απώλεια δοντιών. Αναφέρεται επίσης η απουσία του «gubernacular cord», δομής που φυσιολογικά ευωδώνει την οδοντική ανατολή με αποτέλεσμα την καθυστέρησή της.

Χαρακτηριστική είναι η βραχυκεφαλία, υποπλαστικό μέσο τριτημόριο προσώπου (άνω γνάθος), τριγωνική υπερώα, χαμηλό ριζορρίνιο και μειωμένο κάτω πρόσθιο ύψος. Οι ασθενείς με ΣΔ έχουν υποπλαστική κρανιακή βάση και αυξημένη γωνία της βάσης του κρανίου. Οι συχνότερες σκελετικές διαταραχές σε ασθενείς με ΣΔ είναι κατά σειρά ο προγναθισμός κάτω γνάθου, η πρόσθια χασμοδοντία και η οπίσθια σταυροειδής σύγκλιση. Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισής τους οφείλεται στην ιδιαίτερη κρανιοπροσωπική μορφολογία και στο μειωμένο μυϊκό τόνο προσώπου και γλώσσας η οποία είναι υπερμεγέθης.

Σε ασθενείς με ΣΔ παρατηρείται συχνά βρουξισμός ύπνου, στοματική αναπνοή, βλάβες στα χείλη, αποφρακτική άπνοια ύπνου, μυϊκή ατονία και επιρρέπεια στις παραλειτουργικές έξεις.

Ο σάλιας αυτών των ασθενών διαθέτει αυξημένη ρυθμιστική ικανότητα, επαναφέροντας το pH του στόματος μετά τη βρώση από όξινο σε ουδέτερο εξηγώντας έτσι, τον μειωμένο επιπολασμό σε τερηδονικές βλάβες. Στο ΣΔ εμφανίζεται αυξημένη πρωτεολυτική ενζυμική δραστηριότητα, αυξημένοι παράγοντες φλεγμονής, μειωμένη αντιγονική απάντηση και λεμφοπενία T-κυττάρων, στοιχεία που συμμετέχουν στην καταστροφή του περιοδοντικού συνδέσμου, καθώς και περιοπαθογόνα μικροβιακά στελέχη που σχετίζονται με ανθεκτικές μορφές περιοδοντίτιδας.

Συμπεράσματα: Καταλήγουμε ότι ο ασθενής με ΣΔ χρήζει ιδιαίτερης προσοχής λόγω των πολυάριθμων εκδηλώσεων στην κρανιοπροσωπική περιοχή που επιβαρύνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του.

112) Αφουξενίδης Μ, Βαλιράκη ΕΥ. Ορθοδοντική θεραπεία σε ασθενείς με οστεοπόρωση:
Προκλήσεις και λύσεις.
Επιβλέπων: Βασταρδή Ε.

Η οστεοπόρωση είναι μία νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένη οστική πυκνότητα λόγω διαταραχής του μηχανισμού οστικής αναδιαμόρφωσης και επηρεάζει καθοριστικά την ορθοδοντική θεραπεία. Κατά την ορθοδοντική μετακίνηση ενός δοντιού συντελείται απορρόφηση οστού στην περιοχή συμπίεσης και εναπόθεση οστού στην περιοχή εφελκυσμού επομένως, η διαταραχή της οστεοβλαστικής και οστεοκλαστικής ισορροπίας θα έχει αρνητικές συνέπειες στη θεραπεία κάποιων ασθενών.

Σκοπός: Η εργασία αυτή αποσκοπεί στη διερεύνηση των ιδιαιτεροτήτων της ορθοδοντικής θεραπείας σε έδαφος οστεοπόρωσης. Επιπλέον, εξετάζονται οι παρενέργειες της λήψης φαρμάκων, τρόποι καταπολέμησής τους και λύσεις/συστάσεις ώστε η νόσος αυτή να μην καθίσταται εμπόδιο στην επίτευξη ενός υγιούς και όμορφου χαμόγελου.

Υλικά και Μέθοδοι: Για την σύνθεση της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν ως βάση δεδομένων οι ιστοσελίδες Google Scholar & Pub Med με τις εξής λέξεις /φράσεις κλειδιά: “pathogenesis of osteoporosis”, “treatment”, “osteoporosis”, “orthodontic tooth movement”, “bisphosphonates”, “corticosteroids” καθώς και ελληνική βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα: Με βάση κλινικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε ζώα και ανθρώπους παρατηρήθηκαν οι εξής διαφοροποιήσεις σε ασθενείς με οστεοπόρωση. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε γρήγορη και ανεξέλεγκτη οδοντική μετακίνηση, απώλεια πρόσφυσης, αυξημένες μετακινήσεις δοντιών μετά την αφαίρεση των ορθοδοντικών μηχανισμών και προοδευτική μείωση της ικανότητας των δοντιών για μετακίνηση. Επιπλέον, σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν στα άτομα τα οποία λάμβαναν θεραπεία διφωσφονικών σκευασμάτων. Τα περιστατικά αυτά παρουσίασαν μειωμένη ταχύτητα οδοντικής μετακίνησης με άμεσο επακόλουθο την παράταση της χρονικής διάρκειας της θεραπείας ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρήθηκε οστεονέκρωση. Στις περιπτώσεις ορθοδοντικών ασθενών με οστεοπόρωση ο κλινικός οφείλει να ρυθμίζει τις δυνάμεις ανάλογα με το ύψος του φατνιακού οστού, να εφαρμόζει ελαφρύτερες και ελεγχόμενες δυνάμεις και να προσαρμόζει το σχέδιο θεραπείας με τέτοιο τρόπο ώστε η διάρκεια του να είναι σύντομη, να προτείνει στον ασθενή την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και τέλος, να εξασφαλίζει τη παρατεταμένη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος μέσω εξατομικευμένου μηχανισμού συγκράτησης και συχνών επανεξετάσεων. Τέλος, πρέπει να διευκρινιστεί ότι δεν υπάρχει κάποιο εμπειριστατωμένο επιστημονικό πρωτόκολλο για την ακριβή αντίδραση των οδοντικών και περιοδοντικών ιστών κατά την ορθοδοντική θεραπεία οστεοπορωτικών ασθενών.

Συμπεράσματα: Λόγω των προοδευτικά αυξανόμενων ενήλικων ασθενών που αναζητούν ορθοδοντική θεραπεία, τα περιστατικά οστεοπόρωσης έχουν πολλαπλασιαστεί στο σύγχρονο ορθοδοντικό ιατρείο. Ως εκ τούτου, πρωταρχικής σημασίας για τον ορθοδοντικό είναι να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις για να προσφέρει την κατάλληλη θεραπεία σε τέτοιου είδους περιστατικά.

113) Διαμαντοπούλου Α, Πάνου Β. Παρουσίαση περιστατικού αποκάλυψης έγκλειστου κυνόδοντα σε ενήλικη ασθενή.

Επιβλέπων: Παλάσκα Κ, Καναβάκης Γ.

Σκοπός: Σκοπός της αναρτημένης παρουσίασης αυτής είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού αποκάλυψης έγκλειστου άνω κυνόδοντα σε ενήλικη ασθενή με γενικευμένη απορρόφηση ριζών όπου αποφασίστηκε η εξαγωγή των άνω πλαγίων τομέων και σύγκλειση των διαστημάτων με τοποθέτηση των κυνοδόντων σε θέση πλαγίων.

Υλικά και μέθοδοι : Γυναίκα 37 ετών προσήλθε για ορθοδοντική θεραπεία. Εξωστοματικά η ασθενής παρουσιάζει συμμετρία προσώπου στην κατα μέτωπο εξέταση και ορθογναθικό προφίλ. Ενδοστοματικά παρατηρείται έντονη παρέκκλιση της μέσης γραμμής των δοντιών της άνω γνάθου προς τα δεξιά, Ιη Τάξη γομφίων κατά Angle αμφοτερόπλευρα και ΙΙη Τάξη κυνοδόντων αριστερά και απροσδιόριστη δεξιά. Επίσης παρατηρείται σταυροειδής οπισθια σύγκλειση αριστερά και μειωμένη οριζόντια και κατακόρυφη πρόταξη προσθίων (κοπτική προς κοπτική) και συνωστισμός των κάτω δοντιών. Ακτινογραφικά παρατηρείται έλλειψη των 28, 38 και 48 και έγκλειση του 13. Παρατηρείται επίσης έντονη γενικευμένη απορρόφηση ριζών. Το σχέδιο θεραπείας περιλάμβανε χειρουργική αποκάλυψη του 13 με κλειστή τεχνική, εξαγωγές των 12, 22, 34, 44 και ακίνητους ορθοδοντικούς μηχανισμούς στην άνω και κάτω γνάθο. Αποφασίστηκε η τοποθέτηση των κυνοδόντων στη θέση των πλαγίων.

Αποτελέσματα: Η θεραπεία ολοκληρώθηκε με τους κυνόδοντες στη θέση των πλαγίων και αλλαγή του σχήματός του ώστε να προσομοιάζουν σε πλάγιους τομείς, η μέση γραμμή βελτιώθηκε σημαντικά και συμπίπτει με τη μέση γραμμή του προσώπου. Παραμένουν αισθητικοί προβληματισμοί που αφορούν το ουλικό περίγραμμα καθώς και τη διαφορά οδοντικής μορφολογίας των κυνοδόντων ως προς το μέγεθος και τη μορφολογία της μύλης καθώς και η απόδοση κατάλληλης χρωματικής προσομοίωσης δεδομένου ότι κάποια πρόσθια δόντια φέρουν όψεις.

Συμπέρασμα: Η αποκάλυψη του εγκλείστου κυνόδοντα σε ενήλικα και η αντικατάσταση πλαγίων τομέων με έντονη ριζική απορρόφηση από τους κυνόδοντες μπορεί να αποτελέσει μια αποδεκτή λύση.

114) Κουλούρη Λ, Καλλιάνου Ε, Αλεξίου Α. Μονοζυγωτικές δίδυμες με κλειδοκρανιακή δυσόστωση (ccd): Παρουσίαση περιστατικών.
Επιβλέπων: Καναβάκης Γ, Σηφακάκης Ι.

Εισαγωγή: Η κλειδοκρανιακή δυσόστωση (CCD) είναι μια αυτοσωμική επικρατούσα νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία κρανιοπροσωπικών, σκελετικών και οδοντικών ανωμαλιών, συμπεριλαμβανομένης της απλασίας ή υποπλασίας της κλείδας, της καθυστερημένης σύγκλεισης των ραφών, του κοντού αναστήματος, της υποπλασίας του μέσου προσώπου, της βραχυκεφαλίας και των υπεραρίθμων δοντιών. Η CCD προκαλείται από μεταλλάξεις στο γονίδιο Runx2, το οποίο κωδικοποιεί έναν μεταγραφικό παράγοντα που ενεργοποιεί τη διαφοροποίηση των οστεοβλαστών και τη μορφογένεση των οστικών δομών. Παρά την αυτοσωμική επικρατούσα φύση της CCD, τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά της νόσου παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων ακόμη και σε άτομα εντός της ίδιας οικογένειας.

Σκοπός: Ο στόχος αυτής της παρουσίασης είναι να περιγράψει τις κλινικές εκδηλώσεις της CCD και να αναφέρει τα σχέδια ορθοδοντικής θεραπείας σε δύο νεαρές δίδυμες ασθενείς.

Υλικό και Μέθοδος: Δύο 13χρονης δίδυμες αδερφές παραπέμφθηκαν στη Μεταπτυχιακή Ορθοδοντική Κλινική του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, αναζητώντας ορθοδοντική θεραπεία. Ελήφθησαν ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό και έγιναν ολοκληρωμένες κλινικές και ακτινογραφικές εξετάσεις.

Αποτελέσματα: Οι νεαρές ασθενείς εμφανίζουν χαρακτηριστική εικόνα με κοντό ανάστημα, στενό θώρακα και ευρύ μέτωπο. Η εξωστοματική εξέταση αποκάλυψε φυσιολογικό/μέσο τύπο προσώπου, αρμονικό προφίλ, υπερτελορισμό, ευρεία ράχη της μύτης και υποπλασία της άνω γνάθου. Η ενδοστοματική εξέταση σε συνδυασμό με την πανοραμική ακτινογραφία και την κεφαλομετρική ανάλυση αποκάλυψαν σκελετικό και οδοντικό πρότυπο Τάξης I, εντοπισμένη σταυροειδή σύγκλειση, εγκλείστους μόνιμους κεντρικούς και πλάγιους άνω τομείς, καθυστερημένη απόπτωση των νεογιλών δοντιών και αδυναμία ανατολής των διαδόχων μόνιμων δοντιών. Η ορθοδοντική θεραπεία των ασθενών περιλαμβάνει χειρουργική αποκάλυψη των εγκλείστων δοντιών σε συνδυασμό με ακίνητες ορθοδοντικές συσκευές.

Συμπεράσματα: Οι λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις της CCD μπορούν να μειώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Η ορθοδοντική αντιμετώπιση είναι δυνατή σε ασθενείς με CCD, ωστόσο απαιτείται εξατομικευμένο σχέδιο θεραπείας.

115) Παντελάκη Α. Ατλαντοϊνιακή συνοστέωση: Γναθοπροσωπικές δυσλειτουργίες και τρισδιάστατη ανακατασκευή του προσώπου σε κρανίο που τις παρουσιάζει.

Επιβλέπων: Καναβάκης Γ.

Η σύντηξη του άτλαντα (C1) με το ινιακό οστό αντιπροσωπεύει μια ασυνήθιστη δυσπλασία με έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον στο πεδίο της ιατρικής και της οδοντιατρικής και είναι γνωστή ως ατλαντοϊνιακή συνοστέωση. Πρόκειται για μια συγγενή οστική ανωμαλία, που εμφανίζεται στην βάση του κρανίου στην περιοχή του ινιακού τρήματος και μπορεί να εκδηλωθεί είτε μερικώς είτε πλήρως ανάλογα με την έκταση της σύντηξης. Συνήθως παρουσιάζεται ως ασυμπτωματικό και τυχαίο εύρημα, ενώ άλλες φορές οδηγεί σε συμπίεση των νευροαγγειακών δομών, εμφανίζοντας έντονη συμπτωματολογία. Για παράδειγμα, μπορεί να ευθύνεται για την εμφάνιση του συνδρόμου Foramen magnum, ενώ έχει παρατηρηθεί να σχετίζεται με την δυσπλασία Arnold Chiari και το σύνδρομο Klippel Feil. (1) Ο επιπολασμός του φαινοτύπου εκτιμάται στο 3,63% στον γενικό πληθυσμό και οφείλεται σε μετάλλαξη γονιδίων της ομάδας Hox. (2), (3) Η διάγνωση επιτυγχάνεται, μέσω της πλάγιας κεφαλομετρικής ακτινογραφίας(4), ενώ κλινικά μπορεί να παρουσιάζεται με ανώμαλη στάση κεφαλής, κοντό πρόσωπο, περιορισμένη κινητικότητα στον αυχένα, πόνο στον τράχηλο, υπεροσχιστία, ελλείψεις δοντιών, καθώς και μικρωτία. (5) (6) Επιπλέον, ο ασθενής, μπορεί να αντιμετωπίζει κεφαλαλγίες και δυσκαταποσία.

Λόγω της λήψης κεφαλομετρικής ακτινογραφίας πριν την έναρξη της θεραπείας στους περισσότερους ορθοδοντικούς ασθενείς, η διάγνωση της ανωμαλίας μπορεί εύκολα να γίνει από τον ορθοδοντικό, ο οποίος όμως πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει την παρουσία της συνοστέωσης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της ατλαντοϊνιακής συνοστέωσης σε ένα ανθρώπινο κρανίο ελληνικής καταγωγής και των γναθοπροσωπικών δυσλειτουργιών τις οποίες παρουσίασε. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας θα παρουσιαστεί η τρισδιάστατη ανακατασκευή του προσώπου που στοχεύει στην αναπαραγωγή των ατομικών του χαρακτηριστικών, βασιζόμενη στην ερμηνεία του κρανίου ,με σκοπό την αναγνώριση που οδηγεί ακόμα και στην ταυτοποίηση. (7) (8)

116) Παπαϊωάννου Φ, Κοξαράκη Ε. Οφέλη και Κίνδυνοι για φοιτητές Οδοντιατρικής και οδοντιάτρους από την χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης.

Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός : Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης (ΜΚΔ) για φοιτητές Οδοντιατρικής και οδοντιάτρους.

Υλικά και Μέθοδοι: Για την μελέτη έγινε ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων PubMed χωρίς χρονικό περιορισμό για τα υπάρχοντα άρθρα, στην αγγλική γλώσσα, με λέξεις-κλειδιά: social media, dentistry, dental students, dentist, Facebook, Instagram, Youtube, Twitter, LinkedIn, TikTok, users/use, danger. Κριτήρια επιλογής αποτέλεσαν οι μελέτες, οι οποίες αφορούσαν μόνο φοιτητές Οδοντιατρικής και οδοντιάτρους.

Αποτελέσματα: Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση εντοπίστηκαν: 11 ανασκοπήσεις, 2 συστηματικές ανασκοπήσεις, 4 opinion papers και 17 ερευνητικές εργασίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ΜΚΔ παρουσιάζουν πολλαπλά οφέλη αλλά και αρκετούς κινδύνους όταν χρησιμοποιούνται από φοιτητές Οδοντιατρικής και οδοντιάτρους. Εφόσον τα ΜΚΔ χρησιμοποιούνται σωστά, διευκολύνουν την διασπορά μηνυμάτων σχετικά με την προαγωγή της στοματικής υγείας και την επικοινωνία μεταξύ φοιτητών καθηγητών-οδοντιάτρων καθώς και συμβάλλουν στην εκπαίδευση με διαδραστικό τρόπο. Παρόλα αυτά, η κακή χρήση των ΜΚΔ μπορεί να οδηγήσει σε παραβίαση προσωπικών δεδομένων των ασθενών, έκθεση σε παραποιημένες πληροφορίες ή πληροφορίες από μη έγκαιρες πηγές με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανασφαλειών και παραποίηση πληροφοριών από τους οδοντιάτρους καταλήγοντας σε αθέμιτο ανταγωνισμό .

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, παρά τους κινδύνους που εγκυμονεί η αλόγιστη χρήση των ΜΚΔ, μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο στην εκπαίδευση και στην επικοινωνία στην Οδοντιατρική μέσα σε ένα συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο και τηρώντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

117) Μάρκος ΕΘ, Βοργιόπουλος Π, Παδουβάς Ι. Αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση υπενασβεστίωσης τομέων-γομφίων.

Επιβλέπων: Αγουρόπουλος Α.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση και παρουσίαση των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση υπενασβεστίωσης γομφίων – τομέων (molar incisor hypomineralization-MIH).

Υλικά και μέθοδοι: Για τη συγκεκριμένη εργασία έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων PubMed, από το 2013 μέχρι το 2024, στην αγγλική γλώσσα και με λέξεις κλειδιά MIH, Molar incisor hypomineralisation, aetiology. Αναζητήθηκαν ανασκοπήσεις σχετικά με το θέμα, καθώς και ερευνητικές εργασίες που δεν συμπεριλαμβάνονται στις ανασκοπήσεις αυτές, καθώς δημοσιεύτηκαν πιο μετά.

Αποτελέσματα: Πολλές συστηματικές ή τοπικές καταστάσεις που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της προγεννητικής, περιγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου ευθύνονται για την εμφάνιση αναπτυξιακών διαταραχών αδαμαντίνης στη μόνιμη οδοντοφυΐα. Αναλυτικότερα στη φάση της προγεννητικής περιόδου τα ευρήματα κάνουν λόγο για ανεπάρκεια της βιταμίνης D της μητέρας, ενώ κατά την περιγεννητική περίοδο φαίνεται να συσχετίζονται η υποξία, ο πρόωρος τοκετός, το χαμηλό βάρος, οι επιπλοκές τοκετού και η καισαρική τομή με την υπενασβεστίωση αδαμαντίνης. Στους μεταγεννητικούς παράγοντες αναφέρεται η λήψη αντιβιοτικών, εισπνεόμενων φαρμάκων λόγω άσθματος και ο πυρετός ως πιθανά αίτια υπενασβεστίωσης. Τέλος, υπάρχουν πολλοί κληρονομικοί και γενετικοί παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση διαταραχών αδαμαντίνης. Διάφορα σύνδρομα όπως το σύνδρομο Usher και το σύνδρομο Seckel αυξάνουν την πιθανότητα για εμφάνιση αναπτυξιακών διαταραχών αδαμαντίνης, ενώ παραλλαγές στα γονίδια που σχετίζονται με την αδαμαντινογένεση (ENAM, AMELX, MMP20) είναι πιθανό να οδηγού σε έκφραση του παθολογικού φαινότυπου.

Συμπεράσματα: Η υπενασβεστίωση γομφίων τομέων είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή η αιτιολογία της οποίας δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως και γι' αυτό τον λόγο συγκεντρώνει το επιστημονικό ενδιαφέρον. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται κάποιοι πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί να δικαιολογήσουν την εμφάνισή της, χωρίς όμως να είναι απόλυτα τεκμηριωμένοι.

ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ/ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ/ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

118) Κοντοέ Β, Κοντοέ ΑΜ. Μορφολογικές παραλλαγές των κάτω κυνόδοντων: Παρουσίαση περιστατικών από την εργαστηριακή άσκηση καθώς και βιβλιογραφική ανασκόπηση.
Επιβλέπων: Φαρμάκης ΕΤ.

Σκοπός: Ο κυνόδοντας της κάτω γνάθου σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σε ποσοστό 94% εμφανίζει μία ρίζα που εμπεριέχει έναν ριζικό σωλήνα και σε ποσοστό 6%, δύο ριζικούς σωλήνες. Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις εμφανίζεται με δύο ρίζες με τη καθεμία να εμπεριέχει έναν ριζικό σωλήνα (1-5% ανάλογα με τη βιβλιογραφική πηγή). Σκοπός της παρουσίασης αυτής είναι η μελέτη των μορφολογικών αυτών παραλλαγών των κυνόδοντων της κάτω γνάθου κατά την εργαστηριακή άσκηση της Ενδοδοντίας.

Υλικά και Μέθοδοι: Στα πλαίσια διεξαγωγής της προκλινικής άσκησης του εργαστηρίου της Ενδοδοντίας κατά τη διαλογή δοντιών που συλλέχθηκαν από φοιτητές, ανευρέθηκαν μεταξύ των άλλων, κυνόδοντες της κάτω γνάθου με δύο ρίζες. Οι κυνόδοντες με δύο ρίζες παρουσιάζουν ευρύ μυλικό θάλαμο με την παρειο-γλωσσική διάσταση να είναι μεγαλύτερη της εγγύς -άπω, ενώ ο μυλικός θάλαμος χωρίζεται με το υποπολφικό τοίχωμα από τους ριζικούς σωλήνες. Ο διχασμός παρατηρείται σε άλλοτε άλλο σημείο κατά μήκος της ρίζας – κάποια την εμφανίζουν στο αυχενικό, κάποια στο μέσο και κάποια στο ακρορριζικό τριτημόριο.

Αποτελέσματα: Συνδυάζοντας την εργαστηριακή άσκηση με τις γνώσεις που μας παρέχει η βιβλιογραφία σχετικά με τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των κυνόδοντων της κάτω γνάθου διαπιστώσαμε ότι η ύπαρξη ενός κάτω κυνόδοντα με δύο ρίζες δεν είναι τόσο σπάνια.

Συμπεράσματα: Έχει επομένως μεγάλη σημασία η επίγνωση και η αναγνώριση μιας τέτοιας μορφολογικής παραλλαγής, όπως είναι η εμφάνιση δύο ριζών στο κάτω κυνόδοντα, για την επιτυχία μιας ενδοδοντικής θεραπείας. Η αναγνώριση στην κλινική πράξη θα βασιστεί στην ορθή ανάγνωση της οπισθοφατνιακής ακτινογραφίας.

119) Βαρελά Μ, Βαρθαλίτη Α, Βλάχου Γ. Ενδοδοντική αντιμετώπιση φλεγμονώδους εσωτερικής απορρόφησης σε πλάγιο τομέα της άνω γνάθου με τη χρήση βιοεπαγωγικού υλικού. Παρουσίαση περιστατικού.

Επιβλέπων: Τζανετάκης Γ.

Εισαγωγή: Η εσωτερική απορρόφηση των οδοντικών ιστών εμφανίζεται σε δόντια με ζωντανό φλεγμονώδη πολφό και οδηγεί σε ακανόνιστο σχήμα των τοιχωμάτων της πολφικής κοιλότητας λόγω της επέκτασης της βλάβης. Προϋπόθεση της έναρξης της απορρόφησης αποτελεί η βλάβη, με κάποιο τρόπο, της στιβάδας των οδοντοβλαστών και του στρώματος της προοδοντίνης με αποτέλεσμα την έκθεση της ενασβεστωμένης οδοντίνης στους οδοντοκλάστες. Κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες αναφέρονται ότι είναι το τραύμα, η τερηδόνα και οι ενδοπεριοδοντικές βλάβες. Η εξέλιξη της απορροφητικής διαδικασίας προϋποθέτει την ύπαρξη ζωντανού πολφού τουλάχιστον ακρορριζικά με αποτέλεσμα την παροχή θρεπτικών συστατικών στα κλαστικά κύτταρα. Σε προχωρημένες βλάβες, ο πολφός νεκρώνεται και η διαδικασία της απορρόφησης σταματά.

Μεθόδοι-Σκοποί: Άντρας ηλικίας 70 ετών παραπέμφθηκε για ενδοδοντική αξιολόγηση του δεξιού πλάγιου τομέα της άνω γνάθου λόγω πόνου και οιδήματος στην περιοχή. Κατά την κλινική εξέταση το δόντι #12 εμφάνιζε έντονο πόνο στην επίκρουση και στην ψηλάφηση ακρορριζικά ενώ οι δοκιμασίες αισθητικότητας ήταν αρνητικές. Ακτινογραφικά, το υπεύθυνο δόντι εμφάνιζε ευμεγέθη μεσορριζική αλλοίωση με ταυτόχρονη διεύρυνση του περιρριζικού χώρου ακρορριζικά. Παράλληλα αποκαλύφθηκε ακανόνιστο σχήμα των τοιχωμάτων της πολφικής κοιλότητας, ένα εύρημα που συνηγορούσε σε διάγνωση εσωτερική απορρόφησης. Ο ασθενής με βάση της κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ενδοδοντικής Εταιρείας παραπέμφθηκε άμεσα για υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) με σκοπό την τρισδιάστατη απεικόνιση και την οριοθέτηση της βλάβης.

Αποτελέσματα: Η τομογραφία έθεσε οριστικά τη διάγνωση της εσωτερικής απορρόφησης και στην επόμενη συνεδρία, έγινε διάνοιξη του δοντιού, χημικομηχανική επεξεργασία, ενεργοποίηση του υποχλωριώδους νατρίου με ρύγχος υπερήχων για τον πληρέστερο καθαρισμό των κοιλοτήτων της απορρόφησης και τοποθέτηση υδροξειδίου του ασβεστίου. Μετά από δύο εβδομάδες, ο ασθενής ήταν τελείως ασυμπτωματικός και ακολούθησε η έμφραξη της πολφικής κοιλότητας με MTA. Η επανεξέταση του ασθενούς 18 μήνες μετά, αποκάλυψε σχεδόν πλήρη επούλωση της μεσορριζικής βλάβης και αποκατάσταση των περιακρορριζικών ιστών του δοντιού.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση και η σωστή αντιμετώπιση της φλεγμονώδους εσωτερικής απορρόφησης απαιτεί απαραίτητα, εκτός από τον αρχικό λεπτομερή κλινικό και ακτινογραφικό έλεγχο, και τη λήψη υπολογιστικής τομογραφίας κωνικής δέσμης με σκοπό την κατάρτιση ενός σωστού σχεδίου θεραπείας και με απώτερο στόχο ένα επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα.

120) Φιλιπούση ΚΙ, Στεργίου Π, Χρησιδης Α. Μορφολογία και παραλλαγές κάτω προγομφίων.

Επιβλέπων: Φαρμάκης ΕΤ.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση της πολφικής μορφολογίας των κάτω μόνιμων προγομφίων καθώς και των παραλλαγών της.

Υλικά και Μέθοδοι: Οι βάσεις δεδομένων, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των βιβλιογραφικών αναφορών, είναι η βάση ιατρικής βιβλιογραφίας PubMed και η βάση Google Scholar. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση των πληροφοριών, οι οποίες στην πλειονότητά τους ήταν στην αγγλική γλώσσα, είναι οι εξής: “pre-molar morphology”, “root canals”, “mandible”, “pulp chamber”, “roots”, “endodontics”, “pulp”, “C – shaped root canal”, παράλληλα με τα συγγράμματα που βρίσκονται στην βιβλιοθήκη της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Αποτελέσματα: Οι κάτω μόνιμοι προγόμφιοι συνήθως εμφανίζονται με μια ρίζα και ένα ριζικό σωλήνα. Ο πολφικός θάλαμος εμφανίζεται με κλίση σε σχέση με τον επιμήκη άξονα του δοντιού γεγονός που πρέπει να ληφθεί υπόψη κατά την διάνοιξη στην Ενδοδοντία. Το σχήμα του παρατηρείται περισσότερο πεπλατυσμένο στην παρειογλωσσική σε σύγκριση με την εγγύς-άπω διάσταση. Οι παραλλαγές που παρατηρούνται αφορούν πρωτίστως στον αριθμό των ριζών και κατ’επέκταση των ριζικών σωλήνων και δευτερευόντως στη μορφολογία τους.

Τέτοιου είδους παραλλαγές εμφανίζουν συχνότερα οι πρώτοι προγόμφιοι της κάτω γνάθου. Σε αυτή την ομάδα δοντιών έχουν αναφερθεί δόντια με έως και τέσσερις ρίζες, ή/και με έναν ή περισσότερους ριζικούς σωλήνες. Ταυτόχρονα, παρατηρούνται παράπλευροι ριζικοί σωλήνες και αναστομώσεις που καταλήγουν σε ένα ή περισσότερα ακρορριζικά τρήματα. Οι δεύτεροι κάτω προγόμφιοι σε σύγκριση με τους πρώτους σπάνια διαθέτουν περισσότερες από μία ρίζες και έναν ριζικό σωλήνα, παρουσιάζουν όμως και αυτοί παράπλευρους ριζικούς σωλήνες και αναστομώσεις. Σύμφωνα με έρευνες, η φυλή του ατόμου μπορεί επίσης να επηρεάσει τη μορφολογία των ριζικών σωλήνων δίνοντας της μια χαρακτηριστική εικόνα οπλής αλόγου (C – shaped) κατά την οποία οι ριζικοί σωλήνες ενώνονται σε μια ενιαία αύλακα σχήματος C.

Συμπεράσματα: Καθίσταται σαφές ότι ο επεμβαίνων οφείλει να γνωρίζει τις μορφολογικές παραλλαγές της πολφικής κοιλότητας των συγκεκριμένων δοντιών, ώστε να δύναται να τις αναγνωρίσει όταν τις συναντά στην κλινική Ενδοδοντία.

121) Βλυσίδης Ν, Αλέρτας Α, Αντωνίου Β. Διάγνωση οδοντογενούς κερατινοκύστης μετά από ανάπτυξη συμπτωμάτων ενδοδοντικής αιτιολογίας. Παρουσίαση περιστατικού.

Επιβλέπων: Τζανετάκης Γ.

Εισαγωγή: Η οδοντογενής κερατινοκύστη εμφανίζεται, μεταξύ των διαφόρων οδοντογενών κύστεων, σε ποσοστό 3-11% στην στοματική κοιλότητα. Είναι μια καλοήθης αναπτυξιακή βλάβη οδοντογενούς προέλευσης και εντοπίζεται συχνότερα στην οπίσθια περιοχή του σώματος της κάτω γνάθου. Συνήθως αποκαλύπτεται ως τυχαίο ακτινογραφικό εύρημα διότι συχνά δεν συνοδεύεται από συμπτώματα εκτός αν πρόκειται για ευμεγέθεις βλάβες που μπορεί να εμφανίζουν ήπια συμπτωματολογία.

Μέθοδοι-Σκοποί: Γυναίκα ηλικίας 83 ετών παραπέμφθηκε για ενδοδοντική αξιολόγηση των δοντιών #34, #35, #36 και #37 λόγω πόνου στην αριστερά πλευρά της κάτω γνάθου. Ακτινογραφικά τα δόντια εμφάνιζαν σημαντικό βαθμό απορρόφηση των ακρορριζίων τους ενώ κλινικά αντιδρούσαν φυσιολογικά στις δοκιμασίες αισθητικότητας (ψυχρό-ηλεκτρικό) εκτός από το δόντι #35 το εμφάνιζε και έντονο πόνο στην επίκρουση. Αποφασίστηκε διάνοιξη της πολφικής κοιλότητας του δοντιού #35, χημικομηχανική επεξεργασία και τοποθέτηση Ca(OH) 2 για την ανακούφιση της ασθενούς, και στη συνέχεια παραπομπή της για υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT) για τρισδιάστατη απεικόνιση της περιοχής με σκοπό τη διαφορική διάγνωση της παρατηρούμενης βλάβης κάτω από τα ακρορρίζια των δοντιών. Αποτελέσματα: Η υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης αποκάλυψε μια εκτεταμένη βλάβη που εκτεινόταν από το ακρορρίζιο εγγύς του #34 μέχρι άνω του #37. Χαρακτηριστικό ακτινογραφικό εύρημα ήταν η περιακρορριζική αλλοίωση που αποκαλύφθηκε πίσω από την βλάβη στο δόντι #35. Η διαφορική διάγνωση της ευμεγέθους βλάβης περιελάμβανε την οδοντογενή κερατινοκύστη, την οδοντοφόρο κύστη λόγω της παρουσίας έγκλειστου σωφρονιστήρα και το αδαμαντινοβλάστωμα. Η ιστολογική εξέταση έθεσε τελικά τη διάγνωση της οδοντογενούς κερατινοκύστης και η ασθενής παραπέμφθηκε άμεσα για χειρουργική αντιμετώπιση της βλάβης λόγω της σταδιακής ανάπτυξης οξέων συμπτωμάτων. Η ενδοδοντική θεραπεία του δοντιού #35 καθώς και η ενδοδοντική θεραπεία των παρακειμένων δοντιών, εάν προκύψει τέτοια ανάγκη, θα λάβει χώρα μετά τη χειρουργική εξαίρεση της βλάβης.

Συμπερασματικά: Η διαφοροδιάγνωση και εν τέλει η οριστική διάγνωση τέτοιων βλαβών έχει ιδιαίτερη σημασία με σκοπό τη κατάρτιση ενός σωστού σχεδίου θεραπείας για την ανακούφιση και αποτελεσματική θεραπεία του ασθενούς. Η διάγνωση της οδοντογενούς κερατινοκύστης επιβεβαιώνεται με την ιστοπαθολογική εξέταση καθορίζοντας παράλληλα και τον τρόπο αντιμετώπισης της λόγω της υψηλής συχνότητας υποτροπής της βλάβης.

122) Τελιοπούλου Ε, Βούλτσου Γ, Κόκκου Γ. Αναγεννητική ενδοδοντία : Ενδείξεις και εφαρμογές.

Επιβλέπων: Κροκίδης Α.

Εισαγωγή -Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ενημέρωση σχετικά με το τι πραγματεύεται και ποιες οι ενδείξεις για αναγεννητικές τεχνικές στην ενδοδοντία. Η αναγεννητική ενδοδοντική θεραπεία αποσκοπεί στην επαναγγείωση δοντιών με νεκρό πολφό και αδιάπλαστο ακρορρίζιο ώστε να αναπτυχθούν περισσότερο οι σκληροί ιστοί του δοντιού. Ωστόσο, η διασφάλιση της επιτυχίας της έγκειται στην συμμόρφωση με συγκεκριμένες προϋποθέσεις που τη διέπουν.

Υλικά και μέθοδοι: Η ανασκόπηση αυτή γράφτηκε ύστερα από αναζήτηση βιβλιογραφικών αναφορών στην αγγλική γλώσσα στο PubMed χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά όπως: Regenerative endodontics, immature permanent teeth.

Αφού συλλέχθηκαν τα επιθυμητά άρθρα, επιλέχθηκαν τα πιο σύγχρονα και εντός του θέματος.

Αποτελέσματα: Μετά από την αξιολόγηση και μελέτη των βιβλιογραφικών αναφορών φάνηκε ότι η αναγεννητική ενδοδοντική θεραπεία παρουσιάζει ικανοποιητικά ποσοστά επιτυχίας αν πραγματοποιηθεί σωστή επιλογή του περιστατικού η οποία πληροί όλα τα κριτήρια που θα αναφερθούν, με ποσοστό που αγγίζει το 60%. Η σωστή επιλογή έγκειται σε δόντια με ανοικτό ακρορρίζιο με σκοπό την συνέχεια της διάπλασης της ρίζας τους και την πάχυνση των τοιχωμάτων της ώστε να αυξηθεί η αντοχή στις μασητικές δυνάμεις και να αποφευχθεί μελλοντικά ένα ενδεχόμενο κάταγμα.

Συμπεράσματα-Συζήτηση: Η αναγεννητική ενδοδοντία είναι σε θέση να εξαλείψει τα σημεία και συμπτώματα του ασθενούς και να μειώσει την ακρορριζική περιοδοντίτιδα. Παρότι είναι πολλά υποσχόμενη, δεν αποτελεί πανάκεια καθώς ακόμη διερευνώνται οι περιορισμοί της ώστε να μεγιστοποιηθούν, κατά το δυνατόν, τα ποσοστά επιτυχίας της.

123) Βασιλόπουλος Γ. Intraoral Scanners: Οι ενδοστοματικοί σαρωτές στην ανίχνευση τερηδονικών βλαβών και καταγραφή της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, μια «ψηφιακή επανάσταση» για τη σύγχρονη Οδοντιατρική.

Επιβλέπων: Καμπουρόπουλος Δ, Ραχιώτης Χ.

Σκοπός: Βασικός σκοπός της εργασίας είναι η εξερεύνηση των δυνατοτήτων των ενδοστοματικών σαρωτών και της ακρίβειάς τους σε σχέση με τις κλασικές μεθόδους στην καταγραφή της οδοντικής μικροβιακής πλάκας και την ανίχνευση τερηδονικών βλαβών και αξιολογείται ο βαθμός που οι σαρωτές αξιοποιούνται στην σύγχρονη οδοντιατρική πράξη.

Υλικά και μέθοδοι: Για την συγκεκριμένη εργασία έγινε μία λεπτομερής αναζήτηση ερευνητικής βιβλιογραφίας σε δύο βάσεις δεδομένων, PubMed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Οι ενδοστοματικοί σαρωτές αποτελούν ένα καινοτόμο και ταχέως αναπτυσσόμενο τεχνολογικό μέσο απεικόνισης των σκληρών και μαλακών ιστών της στοματικής κοιλότητας με εφαρμογές σε πολλά οδοντιατρικά αντικείμενα. Για την κατασκευή της εικόνας οι σαρωτές συνδυάζουν κάμερες που απορροφούν φωτεινή ακτινοβολία που προσπίπτουν στο δόντι ή τον μαλακό ιστό με συνεχώς εξελισσόμενους αλγορίθμους (deep learning ai), προκειμένου να δώσουν την τρισδιάστατη εικόνα της στοματικής κοιλότητας και να αποτυπώσουν το επιφανειακό σχήμα των ιστών.

Ταυτόχρονα, βέβαια, η τρισδιάστατη απεικόνιση του σαρωτή δίνει τη δυνατότητα ελεύθερης περιστροφής και παραλληλισμών στην οθόνη και προσδιορίζει με ακρίβεια τις επιφάνειες με ΟΜΠ. Έτσι ο ενδοστοματικός σαρωτής λειτουργεί ως έγκυρο και πολλά υποσχόμενο μέσο για τον εντοπισμό και την παρακολούθηση της μικροβιακής πλάκας, αν και σε ορισμένες μελέτες προτείνουν τον κλασικό τρόπο απεικόνισης ως ιδανικό και με καλύτερη επαναληψιμότητα.

Η τρισδιάστατη απεικόνιση των IOS εμφανίζει καλή διαγνωστική απόδοση στον τερηδονικό έλεγχο και, παρόμοια με τα οπτικά κριτήρια, αν και παρουσιάζει μικρότερη ευαισθησία από τις συμβατικές μεθόδους εντοπισμού. Μέσα από πρόσφατες έρευνες γίνεται σαφές πως πλέον ένα μεγάλο ποσοστό ιατρικών χρησιμοποιεί ενδοστοματικούς σαρωτές.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, οι IOS αποδεικνύονται ως ένα χρήσιμο και εύχρηστο εργαλείο, με καλή ακρίβεια, ποιότητα και επαναληψιμότητα, για τον εντοπισμό της οδοντικής μικροβιακής πλάκας και τερηδονικών βλαβών, παρά το υψηλό του κόστος. Περαιτέρω κλινικές μελέτες και δοκιμές θα επιβεβαιώσουν τις παραπάνω διαπιστώσεις.

124) Ζουμπουνέλης ΣΝ, Κλαδούχας Χ. Endocrowns: Μία εναλλακτική προσέγγιση στην αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών.

Επιβλέπων: Τζίμας Κ, Μασούρας Κ.

Σκοπός: Η αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών με εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ιστών αποτελεί πρόκληση στα πλαίσια της Επανορθωτικής Οδοντιατρικής. Οι ενδοστεφάνες - endocrowns αποτελούν έμμεσες αποκαταστάσεις που επεκτείνονται μέσα στον μυλικό θάλαμο, αυξάνοντας την επιφάνεια συγκόλλησης, δημιουργώντας μία μορφή μικρομηχανικής συγκράτησης. Στόχο της παρούσας αναρτημένης ανακοίνωσης αποτελεί η περιγραφή της τεχνικής των endocrowns, αναλύοντας ενδείξεις, αντενδείξεις, μεθόδους παρασκευής, τεχνικές και υλικά κατασκευής. Γίνεται αναφορά στην βιωσιμότητα της παρούσας αποκαταστατικής τεχνικής σε σύγκριση με παγιωμένες τεχνικές αποκατάστασης όπως η ανασύσταση με ενδορριζικούς αξονες και στεφάνες ολικής κάλυψης.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης, διεθνούς βιβλιογραφίας, μέσω χρήσης βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, Google Scholar) και με λέξεις κλειδιά “endocrowns” μεμονωμένα, ή συνδυαστικά όπως “endocrowns” ΚΑΙ “survival rate”, “endocrowns” ΚΑΙ “indications”, “endocrowns” ΚΑΙ “ferrule effect”, “endocrown” ΚΑΙ “restorative materials”.

Αποτελέσματα: Τα endocrowns αποτελούν μια εναλλακτική λύση για την αποκατάσταση των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών. Ενδείκνυνται για την αποκατάσταση δοντιών με σημαντική απώλεια οδοντικής ουσίας, περιορισμένο προσθετικό χώρο και μη ικανοποιητικό ύψος κλινικής μύλης. Επίσης, είναι ενδεδειγμένα για την αποκατάσταση δοντιών με στενούς, ενασβεστωμένους και με έντονη κάμψη ριζικούς σωλήνες. Στις αντενδείξεις συγκαταλέγονται η έλλειψη επαρκούς οδοντικής ουσίας και οι αβαθείς μυλικοί θάλαμοι, που περιορίζουν την επαρκή επιφάνεια συγκόλλησης και την μικρομηχανική συγκράτηση της αποκατάστασης, καθώς και οι παραλειτουργικές έξεις. Απαιτείται ειδική επεξεργασία του μυλικού θαλάμου και των οδοντικών ιστών αν και πλέον υπάρχουν και τροποποιήσεις στις βασικές αρχές παρασκευής τους (πχ ενσωμάτωση ferrule για αύξηση της επιφάνειας συγκόλλησης). Κατασκευάζονται κυρίως για την αποκατάσταση γομφίων. Η κατασκευή τους για την αποκατάσταση προγομφίων δεν αποτελεί πλήρη αντένδειξη. Η τεχνική CAD/CAM σε συνδυασμό με υαλοκεραμικά υλικά (διπυριτικό λίθιο), με κεραμικά ενισχυμένα με ζirkόνιο και με ρητινώδη υλικά αποτελεί την πλέον χρησιμοποιούμενη τεχνική κατασκευής τους. Το ποσοστό επιβίωσής τους φτάνει το 98.8% σε βάθος δεκαετίας.

Συμπεράσματα: Τα Endocrowns αποτελούν μια αποτελεσματική επιλογή για την αποκατάσταση ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών με εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ιστών κυρίως σε οπίσθια δόντια, προσφέροντας επαρκή αντοχή και αισθητικά αποτελέσματα. Ωστόσο, λόγω περιορισμένων κλινικών δεδομένων που αφορούν στην μακροχρόνια αξιολόγησή τους, περαιτέρω έρευνα απαιτείται για να διευκρινιστούν οι κατάλληλες περιπτώσεις χρήσης τους.

125) Χατζηαργύρης Α, Σκεμπετζή Χ, Σβανιάς Κ. Ψηφιακή ροή εργασίας για την κατασκευή επένθετων με τρισδιάστατη εκτύπωση (3D-Printing).
Επιβλέπων: Ντόβας Π, Παπάζογλου Ε.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή της ψηφιακής ροής εργασίας για την κατασκευή επένθετων αποκαταστάσεων με τη τεχνολογία της τρισδιάστατης εκτύπωσης, καθώς και η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Υλικά και μέθοδοι: Η άντληση των δεδομένων για την παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε μέσω της ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων PubMed (MEDLINE). Έπειτα από την επιλογή των σχετικών εργασιών, πραγματοποιήθηκε συλλογή των δεδομένων και ιεράρχηση τους με βάση τα στάδια της ροής εργασίας.

Αποτελέσματα: Η ψηφιακή ροή εργασίας για τη κατασκευή επένθετων μέσω της τρισδιάστατης εκτύπωσης περιλαμβάνει: Τη λήψη αποτυπώματος με τη χρήση ενδοστοματικού σαρωτή (Intraoral scanner), το σχεδιασμό (Design) της αποκατάστασης σε ψηφιακό περιβάλλον (CAD) και τη κατασκευή του επενθέτου μέσω της τρισδιάστατης εκτύπωσης. Πιο συγκεκριμένα μετά το σχεδιασμό της αποκατάστασης πραγματοποιείτε ψηφιακά η τοποθέτηση των υποστηριγμάτων που απαιτείτε για την εκτύπωση της. Μετά την επιλογή των κατάλληλων ρυθμίσεων αλλά και προσανατολισμό την αποκατάστασης στο χώρο με βάση το κάθε υλικό και τον κάθε εκτυπωτή (manufacturing trinomial), κατασκευάζετε η αποκατάσταση. Ακολουθεί η πλύση της αποκατάστασης με ισο-προπυλική αλκοόλη σε λουτρό υπερήχων, ο τελικός πολυμερισμός, η αφαίρεση των υποστηρικτικών στοιχείων, η εξατομίκευση της με τη χρήση των κατάλληλων χρωστικών και η στίλβωση της. Στη συνέχεια γίνεται επεξεργασία της επιφάνειας της αποκατάστασης που πρόκειται να συγκολληθεί, λαμβάνοντας υπόψιν τις οδηγίες του κατασκευαστή.

Συμπεράσματα: Η τρισδιάστατη εκτύπωση αποτελεί μία υποσχόμενη τεχνολογία για τη κατασκευή επένθετων αποκαταστάσεων. Λόγω των πλεονεκτημάτων που παρουσιάζει η τρισδιάστατη εκτύπωση αλλά και του μικρότερου χρόνου που απαιτείται για τη κατασκευή των αποκαταστάσεων σε σχέση με τη ρομποτική κοπή (milling), μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο κατά την εργαστηριακή κατασκευή όσο και για τη κατασκευή και παράδοση των αποκαταστάσεων άμεσα σε μία συνεδρία στο ιατρείο. Παρ' όλα αυτά χρειάζεται προσοχή πριν την ευρεία εφαρμογή τους στην κλινική πράξη, καθώς ακόμα δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα για την κλινική μακροβιότητα των αποκαταστάσεων. Επιπρόσθετα απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την επίδραση των παραμέτρων κατασκευής αλλά και της επεξεργασίας της επιφάνειά τους που θα οδηγήσει στη βέλτιστη συγκόλληση.

126) Χαρίτωνος Α, Σωκράτους Σ, Μυλωνά Α. Αποκαταστατική χειρουργική περιοδοντικών ιστών: Αντιμετώπιση υφιζήσεων με υποεπιθηλιακό μόσχευμα συνδετικού ιστού.
Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της χειρουργικής τεχνικής αποκατάστασης των υφιζήσεων με τη χρήση υποεπιθηλιακού μόσχευματος συνδετικού ιστού.

Υλικά και Μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω χρήσης βάσεων δεδομένων (Pubmed, Scopus, Google Scholar) και επιστημονικών περιοδικών (Journal of Clinical Periodontology) καθώς και ελληνικών συγγραμμάτων. Η αναζήτηση έγινε με λέξεις κλειδιά όπως 'gingival recession', 'connective tissue graft', 'recession coverage', 'SCTG', 'root coverage', 'recession treatment' μεμονωμένα ή συνδυαστικά.

Αποτελέσματα: Η θεραπεία των υφιζήσεων με σκοπό την κάλυψη των εκτεθειμένων ριζών γίνεται τόσο για αισθητικούς λόγους όσο και για την αντιμετώπιση της ευαισθησίας των δοντιών, της τερηδόνας ρίζας, καθώς και για τη διευκόλυνση της στοματικής υγιεινής. Γενικότερα, υπάρχουν διάφορες τεχνικές για την αντιμετώπιση των υφιζήσεων, απώτερος σκοπός των οποίων καθίσταται η δημιουργία μιας φυσιολογικής ουλοδοντικής σχισμής κατά την ανίχνευση της οποίας να μην προκαλείται αιμορραγία αφού ολοκληρωθεί η επούλωση. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης δείχνουν ότι η τεχνική με το μόσχευμα υποεπιθηλιακού συνδετικού ιστού παρείχε μεγαλύτερη μείωση του ύψους και του πλάτους της υφίζησης ως επακόλουθο το σημαντικό ποσοστό κάλυψης της ρίζας, μεγαλύτερο κέρδος κερατινοποιημένου ιστού, σημαντική αύξηση στο πάχος των ούλων και κατά μέσο όρο καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα σε σχέση με άλλες τεχνικές. Έτσι, σύμφωνα με την EFP και έρευνες που υπάρχουν στη βιβλιογραφία επικρατέστερη και πιο αποδοτική τεχνική είναι η τοποθέτηση υποεπιθηλιακού μόσχευματος συνδετικού ιστού στην περιοχή της αποκαλυμμένης ρίζας.

Συμπεράσματα: Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες η τεχνική αντιμετώπισης των υφιζήσεων με υποεπιθηλιακό μόσχευμα συνδετικού ιστού αποτελεί την μέθοδο εκλογής (gold standard) με ποσοστό επιτυχίας που ανέρχεται έως και στο 90% συγκριτικά με άλλες μεθόδους.

127) Ντερτίνης Β, Κοντραφούρη Ε, Μπουρού Ν. Μέθοδοι τροποποίησης της επιφάνειας των εμφυτευμάτων για βελτίωση της οστεοενσωμάτωσης.
Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη των μηχανικών, χημικών και βιολογικών μεθόδων τροποποίησης της επιφάνειας των οδοντικών εμφυτευμάτων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη καλύτερης και ταχύτερης οστεοενσωμάτωσης.

Υλικά και μέθοδοι: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μετά από αναζήτηση των όρων: dental implants osseointegration, surface modification, implantology, surface coating, bone and soft tissue integration, implant to bone connection και surface of implants στη ψηφιακή βάση δεδομένων PubMed. Τα άρθρα που βρέθηκαν κατά την αρχική αναζήτηση αξιολογήθηκαν ως προς τη συνάφεια διαβάζοντας τους τίτλους και τις περιλήψεις τους. Όσα άρθρα πληρούσαν τα κριτήρια συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε πως η κατεργασία της επιφάνειας των εμφυτευμάτων αυξάνει τον βαθμό της αδρότητας, την επαφή οστού εμφυτεύματος, της υδροφιλικότητας και την επιφανειακή τάση. Αυτά αποτελούν παράγοντες καθοριστικούς για την οστεοενσωμάτωση καθώς υποβοηθούν την επούλωση, προάγουν τη πρόσφυση, τη διαφοροποίηση και τον πολλαπλασιασμό των οστικών κυττάρων, δημιουργούν ένα σταθερό ικρίωμα για τον σχηματισμό νέου οστού και αυξάνουν τη δύναμη της περιστροφικής αποκοχλίωσης. Οι προτεινόμενες μέθοδοι μηχανικής κατεργασίας είναι η αμμοβολή ακολουθούμενη από διάβρωση με οξέα (SLA) και το laser. Οι μέθοδοι χημικής επεξεργασίας είναι η προσθήκη υδροξυαπατίτη ή φθορίου και η ανοδίωση. Τέλος στις τεχνικές που χρησιμοποιούμε βιολογικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η προσθήκη PRP-PRF, πεπτιδίων ή αυξητικών παραγόντων (BMP, PDGF, FGF).

Συμπεράσματα: Στο παρελθόν επικρατούσε η άποψη ότι η συγκράτηση του εμφυτεύματος είναι ανάλογη με τις διαστάσεις του. Σήμερα βασικό κριτήριο για την επίτευξη ικανοποιητικής οστεοενσωμάτωσης θεωρείται η βιοσυμβατότητα του εμφυτευματικού υλικού και η απουσία επιφανειακών προσμίξεων-ρύπων, όπως το θείο και το χρώμιο, που ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά την δημιουργία νέου οστού. Το ποσοστό αυτών των προσμίξεων μετράται και αποτελεί κριτήριο για τη καθαρότητα του εμφυτεύματος. Επίσης, αποδεικνύεται από μελέτες, ότι η επεξεργασία της επιφάνειας των εμφυτευμάτων με τα κατάλληλα μέσα αυξάνει σε σημαντικό βαθμό την οστεοενσωμάτωση και κατ' επέκταση την επιτυχία και τη μακροβιότητα του εμφυτεύματος στον φραγμό. Μάλιστα, η χρήση των βιολογικών παραγόντων αποτελεί μια μέθοδο, η οποία σε πειραματικές μελέτες έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα καθώς βελτιώνει σημαντικά την οστεοενσωμάτωση. Η περαιτέρω εμβύθιση και μελέτη των μηχανισμών δράσης αυτών των παραγόντων δύναται μελλοντικά να επιτρέψει την καθημερινή τους εφαρμογή σε κλινικό επίπεδο με απώτερο στόχο την βελτίωση της πρόγνωσης των εμφυτευμάτων.

128) Πούλιος Π, Πούλιου Χ, Σκαμπουράς Σ. Γενετικοί πολυμορφισμοί και προδιάθεση για περιοδοντίτιδα.

Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Σκοπός: Στην παθογένεση της περιοδοντίτιδας εμπλέκονται μικροβιολογικοί, ανοσολογικοί, βιοχημικοί, και γενετικοί μηχανισμοί με αποτέλεσμα κάθε άτομο να έχει διαφορετική ευαισθησία στη νόσο. Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της συσχέτισης των γενετικών πολυμορφισμών με την προδιάθεση για περιοδοντίτιδα.

Υλικά και μέθοδοι: Πληροφορίες αντλήθηκαν από pubmed και google scholar. Έγινε αναζήτηση: “genetic polymorphisms and periodontitis” με δείκτες διήθησης: “Meta-Analysis” και “Systematic Review”. Αξιοποιήθηκαν έρευνες των ετών 2018-2024.

Αποτελέσματα: Οι IL-2, IFN-γ, TNF-α εκκρίνονται από τα Th-1 κύτταρα. Ο πολυμορφισμός IL-2 330 T αυξάνει τον κίνδυνο για περιοδοντίτιδα, ενώ ο πολυμορφισμός TNF-α 308 G/A τον μειώνει.

Οι IL-1α, IL-1b, IL-6 και IL-17 εκκρίνονται από Th-17. Πολυμορφισμοί της IL-1α έχουν τόσο προστατευτικό (889 C/T T) όσο και επιβαρυντικό ρόλο (889 C/T C). Αξιοσημείωτη η επιβαρυντική δράση των πολυμορφισμών IL-1β 511 C>T, 3954 C>T, καθώς διεγείρουν μια αλυσίδα φλεγμονωδών αποκρίσεων και αυξάνουν την οστική απορρόφηση.

Ta Treg εκκρίνουν τις ανοσορυθμιστικές κυτοκίνες TGF-β και IL-10, των οποίων οι πολυμορφισμοί TGF-β rs1800469 και IL-10 592 C>A A, αντίστοιχα, προλαμβάνουν την περιοδοντίτιδα, διότι μειώνουν την ανοσολογική απόκριση με πιθανή συνεργιστική δράση. Επιπλέον, ο πολυμορφισμός rs1800872 AA της IL-10 αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης περιοδοντίτιδας, ενώ ο rs1800872 CC την μειώνει.

Δεν αποδείχθηκε ισχυρή συσχέτιση πολυμορφισμών του υποδοχέα της βιταμίνης D με την νόσο, παρά μόνο στην καυκάσια φυλή βρέθηκε ότι ο Bsm1 δρα επιβαρυντικά.

Από τους πολυμορφισμούς των TLR-2, βρέθηκε ότι οι rs1898830 A>G και ο rs5743708 G>A σχετίζονται με ελαττωμένο κίνδυνο για χρόνια περιοδοντίτιδα, αλλά μόνο σε ασιατικό πληθυσμό. Γενικά, οι μονονουκλεοτιδικοί πολυμορφισμοί των TLR-2 μειώνουν την αποτελεσματικότητα των TLR συνδετών.

Οι πολυμορφισμοί των μεταλλοπρωτεϊνών: MMP-9 1562 C>T και MMP-2 763 C>T σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για χρόνια και επιθετική περιοδοντίτιδα μόνο όμως στους Καυκάσιους και στους Ασιάτες αντίστοιχα. Πολυμορφισμός μονονουκλεοτιδίου του γονιδίου της γλυκοτρανσφεράσης (GLT6D1) σχετίζεται με επιθετική μορφή περιοδοντίτιδας σε Αφρικανούς. Παράλληλα, από γονιδιωματική ανάλυση προκύπτει ότι η περιοχή SIGLEC5 (τμήμα rs12461706, SNP 40%T) σχετίζεται με την εμφάνιση επιθετικής περιοδοντίτιδας.

Συμπεράσματα: Η περιοδοντίτιδα εμφανίζει μερικώς γενετικό υπόβαθρο. Ένα ευρύ σύνολο διαφορετικών πολυμορφισμών είναι καθοριστικό για την έκβαση της νόσου στον πληθυσμό.

129) Χανιώτη Α. Τροποποιημένη παθητική ανατολή.

Επιβλέπων: Φουρμούζης Ι.

Τροποποιημένη παθητική ανατολή ορίζεται ως η κάλυψη μέρους της μύλης του δοντιού από τα ούλα, με την πρόσφυση του επιθηλίου να βρίσκεται κοντά στην αδαμαντινοοστεϊνική ένωση. Η αδυναμία ολοκλήρωσης της φυσιολογικής ανατολής των δοντιών (ενεργητικής και παθητικής ανατολής) αποτελεί την κυριότερη αιτία της κατάστασης αυτής.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να αναδείξει την παραλλαγή αυτή του φυσιολογικού καθώς και τις συνέπειες που μπορεί να έχει στο στοματογναθικό σύστημα.

Υλικά και μέθοδοι: Για τον σκοπό αυτής της παρουσίασης πραγματοποιήθηκε εκτενής αναζήτηση στην ηλεκτρονική βιβλιοθήκη Pubmed, Google Scholar και Cochrane Library. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν οι όροι “altered passive eruption etiology”, “altered passive eruption pathophysiology”, “altered passive eruption diagnosis”.

Αποτελέσματα: Η μορφολογική αυτή παραλλαγή συνοδεύεται από διαφορετική κλινική και ακτινογραφική εικόνα, γεγονός που επιφέρει πολλές φορές αισθητικά, ίσως και λειτουργικά προβλήματα. Οι κλινικοί προβληματισμοί γύρω από αυτό το θέμα αφορούν κυρίως την μεγαλύτερη πιθανότητα εγκατάστασης φλεγμονής ενώ επίσης, ειδικά για την πρόσθια ζώνη, την αισθητική, αφού αποτελεί μια από τις αιτίες εμφάνισης ουλικού χαμογέλου στους ασθενείς.

Συμπέρασμα: Γνώση της μορφολογικής αυτής παραλλαγής, θα οδηγήσει σε ορθή διάγνωση και επομένως, πρόληψη και ορθή αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνεπάγεται η τροποποιημένη παθητική ανατολή.