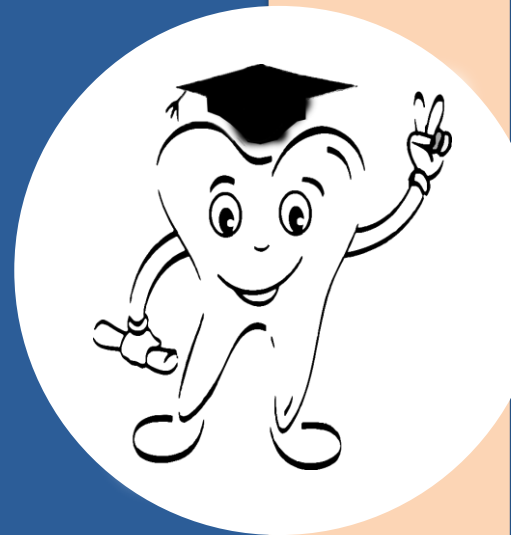




ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

# 130

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΦΟΙΤΗΤΩΝ  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ  
ΑΘΗΝΩΝ



Αθήνα 31 Μαΐου – 1 Ιουνίου 2013  
Αμφιθέατρο Οδοντιατρικής Σχολής, ΑΔΒΟ

# 13<sup>ο</sup>

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΦΟΙΤΗΤΩΝ  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ  
ΑΘΗΝΩΝ



# Μήνυμα Προέδρου Οργανωτικής Επιτροπής

Αγαπητοί Φοιτητές, Αγαπητοί Συνάδελφοι.

Πρέπει όλοι να νοιώθουμε ιδιαίτερη χαρά που βρισκόμαστε σήμερα πάλι εδώ, για να κάνουμε μετά από 5 χρόνια την τελετή έναρξης του 13ου συνεδρίου των φοιτητών μας, σε μία συνέχεια του θεσμού που η Διοίκηση της Σχολής μας πολύ σωστά πράττοντας αποφάσισε να επαναφέρει. Το βάρος ως εκ τούτου της ευθύνης της οργανωτικής και επιστημονικής επιτροπής ήταν μεγάλο και έπρεπε εισάγοντας κάποιες καινοτομίες να καταφέρουμε ώστε η κορυφαία αυτή επιστημονική εκδήλωση των φοιτητών της Σχολής μας όχι μόνο να αναβιώσει, αλλά να έχει ενδιαφέρον, να στηριχθεί από όλους και να συνεχιστεί σαν θεσμός της Σχολής μας στο μέλλον.

Είναι ένα Συνέδριο που με την καθοδήγηση των μελών ΔΕΠ οργανώθηκε από τους φοιτητές και σε συνεργασία με την Οργανωτική επιτροπή αποφασίσαμε να εισάγουμε κάποιες καινοτομίες όπως είναι : ο εμπλουτισμός του επιστημονικού προγράμματος με εκπαιδευτικά αλλά και επαγγελματικά θέματα, οι παρουσιάσεις να γίνονται υπό τη μορφή των προφορικών επιτοίχιων παρουσιάσεων (posters) και τέλος η καθιέρωση των «δημόσιων συζητήσεων» (debates). Σε μία προσπάθεια, οι φοιτητές μας βιωματικά να προβληματιστούν σε θέματα αμφιλεγόμενα, και να κάνουν χρήση των τόσο επίκαιρων εργαλείων όπως είναι «οι συστηματικές ανασκοπήσεις», «οι κατευθυντήριες οδηγίες» και «οι συστάσεις για πολιτικές στοματικής υγείας» που υπάρχουν άφθονα στο διαδίκτυο. Έτσι, καταφέραμε να έχουμε μέσα σε δύο μόνο ημέρες ένα πλούσιο κατευθυνόμενο πρόγραμμα, με 8 στρογγυλά τραπέζια και 6 αντιπαραθέσεις και ένα ελεύθερο πρόγραμμα με 93 posters τα οποία θα παρουσιαστούν στην αίθουσα διδασκαλίας του 2ου ορόφου.

Έτσι μετά από μία τέτοια μεγάλη συμμετοχή, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους φοιτητές, που παρά το μεγάλο φόρτο εργασίας που είχαν κατάφεραν να συμμετέχουν με κάποια εργασία στο συνέδριο αυτό, αλλά και αυτούς που για διάφορους λόγους δεν τα κατάφεραν και απλά θα το παρακολουθήσουν. Το συνέδριο ανήκει σε όλους τους φοιτητές και προσπαθήσαμε σαν οργανωτική επιτροπή χωρίς αποκλεισμούς να φέρουμε κοντά στο επιστημονικό και οργανωτικό μέρος του συνεδρίου με τις διάφορες υποεπιτροπές όσους περισσότερους φοιτητές μπορούσαμε. Είναι όλοι αξιέπαινοι για την προσφορά τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα να απευθύνω σε όλα τα μέλη της οργανωτικής και επιστημονικής επιτροπής αλλά και τον καθένα χωριστά για την εργατικότητα που επέδειξαν και τον τρόπο με τον οποίο συνεργάστηκαν με τους φοιτητές για την οργάνωση του συνεδρίου. Παρομοίως θα πρέπει να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στο Σύλλογο Μελών ΔΕΠ, στην Οδοντική Χειρουργική και στην Εταιρεία Procter & Gamble, για τις ευγενικές χορηγίες που έδωσαν και διατηρήσαμε το θεσμό της βράβευσης των τριών καλλίτερων Επιτοίχιων παρουσιάσεων.

Πιστεύω ότι οι φοιτητές μας έκαναν ότι καλλίτερο για να έχουμε ένα πετυχημένο συνέδριο και ότι θα πετύχουμε σε μεγάλο βαθμό τους στόχους που από κοινού βάλουμε και θα σας ικανοποιήσουμε απόλυτα. Ξαν εγγύηση σ' αυτό έχουμε τους φοιτητές μας με τις απεριόριστες δυνατότητες, που για μια ακόμη φορά μας το επιβεβαίωσαν με την υψηλού επιπέδου συμμετοχή τους σ' αυτό το συνέδριο. Περιμένουν από εμάς να αξιοποιήσουμε και να αναδείξουμε τις δυνατότητες αυτές ακόμα περισσότερο. Ας γίνουμε λοιπόν αρωγοί αυτής της προσπάθειας για να τους οδηγήσουμε με αξιώσεις στο αυριανό Οδοντιατρικό τους μέλλον και όχι μόνο.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής

**Κωνσταντίνος Ι. Ουλής**

**Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής**

**Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ**



## Μήνυμα Προέδρου Οδοντιατρικής Σχολής

Αγαπητοί Φοιτητές,

Με ιδιαίτερη χαρά και εξαιρετική τιμή καλωσορίζω το 13<sup>ο</sup> Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, ένα Συνέδριο μοναδικό στον ευρωπαϊκό χώρο και ίσως και σε διεθνές επίπεδο.

Ο επιστημονικός αυτός θεσμός, που ξεκίνησε με τη σημερινή του μορφή το 1991 οπότε και διοργανώθηκε η 1<sup>η</sup> Επιστημονική Εκδήλωση των Φοιτητών Οδοντιατρικής, προσφέρει την ευκαιρία στους φοιτητές να διερευνήσουν, οργανώσουν και παρουσιάσουν επιστημονικά θέματα του ενδιαφέροντός τους, ενώ επιπλέον αποτελεί ουσιαστικό τμήμα της εκπαίδευσής τους, υποστηρίζοντας την ενεργητική μάθηση.

Αλλά δεν είναι μόνο η εκπαίδευση που ενισχύεται μέσα από το Φοιτητικό Συνέδριο. Ενισχύεται η ενασχόληση με την έρευνα, η επιστημονική σκέψη και η κριτική ικανότητα, η συνεργασία και η ομαδικότητα, η ουσιαστική αντιπαράθεση, η φαντασία και η δημιουργικότητα. Ενισχύονται οι σχέσεις των φοιτητών μεταξύ τους, αλλά και με τους διδάσκοντες – μέλη ΔΕΠ και Συνεργάτες -, με τους οποίους έχουν την ευκαιρία να συνεργαστούν στενά κατά την επεξεργασία και παρουσίαση των επιστημονικών εργασιών. Ενισχύεται η κοινωνικότητα και αναδεικνύονται τα πολλαπλά ενδιαφέροντα των φοιτητών:

Στο Συνέδριο περιλαμβάνεται μια ποικιλία δραστηριοτήτων επιστημονικών και μη: 8 στρογγυλά τραπέζια, 6 δημόσιες αντιπαραθέσεις, 93 πόστερς, καθώς και έκθεση καλλιτεχνικών έργων φοιτητών και μουσική εκδήλωση που θα πλαισιώσει την Τελετή Λήξης.

Για την άρτια οργάνωση του Συνεδρίου οφείλω να ευχαριστήσω από καρδιάς: πρώτα-πρώτα τους φοιτητές μας για τον ενθουσιασμό τους και τον δυναμισμό τους. Κατόπιν, την Οργανωτική Επιτροπή με Πρόεδρο τον Καθηγ. Κ. Ουλή, καθώς και όλα τα μέλη ΔΕΠ και τους Συνεργάτες που εργάστηκαν μεθοδικά για την υλοποίηση του Συνεδρίου. Τέλος, ευχαριστώ τους προσκεκλημένους ομιλητές και αυτούς που υποστήριξαν την παρουσία τους, καθώς και όσους ενίσχυσαν οικονομικά τη διεξαγωγή του Συνεδρίου.

Το Επιστημονικό Συνέδριο των φοιτητών είναι ένας θεσμός που σηματοδοτεί μοναδικά τη φοιτητική ζωή και πρέπει να καθιερωθεί με συστηματικό τρόπο και να υποστηριχθεί αποτελεσματικά από όλο το ανθρώπινο δυναμικό της Σχολής μας.

**Η Πρόεδρος**

**Καθηγήτρια Καίτη Καραγιάννη**



## Μήνυμα Συλλόγου Φοιτητών Οδοντιατρικής Αθηνών (Σ.Φ.Ο.Α.)

Αγαπητοί Συμφοιτητές,

Αξιότιμα μέλη Δ.Ε.Π. και Συνεργάτες,

Ύστερα από ένα κενό πέντε ετών, βρισκόμαστε στην ευχάριστη θέση να καλωσορίζουμε το 13ο Επιστημονικό Συνέδριο Φοιτητών Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, μια κορυφαία φοιτητική διοργάνωση για τα δεδομένα της Σχολής και του Πανεπιστημίου μας. Ευχή και συνάμα επιδίωξη, το Συνέδριό μας να συνεχίσει να διοργανώνεται όπως και κατά το παρελθόν, ανά διετία, αντιθέτως τα πέντε προηγούμενα χρόνια να αποτελέσουν την εξαίρεση στον κανόνα.

Το Συνέδριό μας, με πλούσια επιστημονική και όχι μόνο θεματολογία (επαγγελματικά και εκπαιδευτικά θέματα πλέον των επιστημονικών), αποτελεί απόδειξη της επιθυμίας των φοιτητών να προχωρήσουμε πέρα από τα τυπικά πλαίσια των εκπαιδευτικών υποχρεώσεών μας στη Σχολή, να προβληματιζόμαστε και εν τέλει να ανακαλύπτουμε σε βάθος την αλήθεια, με τρόπο μεθοδικό και συγκροτημένο. Επιπλέον, αποτελεί μια σπουδαία ευκαιρία να τεθούν οι βάσεις μιας πιο στενής σχέσης μεταξύ διδασκόντων και διδασκόμενων, κάτι που προάγει τη συνεργασία και καταδεικνύει τον αδιαμφισβήτητο εκπαιδευτικό χαρακτήρα του Συνεδρίου αυτού.

Ως Σύλλογος Φοιτητών της Οδοντιατρικής Σχολής, καλούμε όλους τους φοιτητές να γίνουν αρωγοί της όλης αυτής προσπάθειας, η οποία χωρίς ζήλο και μεράκι δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί με επιτυχία. Άλλωστε το Συνέδριο αυτό είναι μια διοργάνωση από εμάς, για εμάς. Ας το αγκαλιάσουμε όπως του αξίζει!

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους Καθηγητές μας για την καθοδήγηση και τις συμβουλές τους, καθώς και όλα τα μέλη Δ.Ε.Π. που συμμετείχαν με ιδιαίτερη χαρά και ζήλο στις διάφορες επιτροπές του Συνεδρίου. Χωρίς την εμπειρία σας και τις συμβουλές σας η διοργάνωση θα ήταν αρκετά πιο δύσκολη.

**Το Διοικητικό Συμβούλιο του Σ.Φ.Ο.Α.**

## **ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

### **Πρόεδρος Επιτροπής**

Ουλής Κωνσταντίνος, Καθηγητής

### **Μέλη Επιτροπής**

Καλύβας Δήμος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Δοντά Αικατερίνη, Επίκουρη Καθηγήτρια

Κοσιώνη Αναστασία, Επίκουρη Καθηγήτρια

Συκαράς Νικήτας, Επίκουρος Καθηγητής

Αντωνιάδου Μαρία, Λέκτορας

Εμμανουήλ Δημήτρης, Λέκτορας

Μπομπέτσης Γεώργιος, Λέκτορας

### **Φοιτητές**

Δημόπουλος Γιάννης

Αλεξοπούλου Μαριάτζελα

Γεωργακάκης Θεόδωρος

Σιαμαντάς Γιάννης

Σουλιώτη Μυρτώ

Μπέη Μαρία



## **ΥΠΟΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**

**Επιτροπή συντονισμού (Υπεύθυνο μέλος ΔΕΠ: Ουλής Κωνσταντίνος, Καθηγητής)**

**Φοιτητής:** Δημόπουλος Γιάννης.

**Επιτροπή εκδηλώσεων (Υπεύθυνο μέλος ΔΕΠ: Αντωνιάδου Μαρία, Λέκτορας)**

**Φοιτητές:** Κατσιγιαλου Νίκη, Μυστακίδη Ελένη, Σαραντοπούλου Κάτια, Σεβαστόπουλος Γιάννης.

**Επιτροπή αιθουσών (Υπεύθυνο μέλος ΔΕΠ: Αντωνιάδου Μαρία, Λέκτορας)**

**Φοιτητές:** Άκλη Βαγγέλης, Ζαφειρόπουλος Ιωσήφ, Καρατζέα Αθηνά, Κούτουλας Κωνσταντίνος, Μουσουλέα Σοφία, Νικολοπούλου Δέσποινα.

**Επιτροπή προγράμματος (Υπεύθυνο μέλος ΔΕΠ: Μπομπέτσος Γεώργιος, Λέκτορας)**

**Φοιτητές:** Καψάλας Ανδρέας, Κιτοπούλου Άννα, Πάλλης Δημήτρης, Πλευριτάκη Νατάσα, Τσιρώνη Κωνσταντίνα.

**Επιτροπή εντύπων και διαχείρισης ηλεκτρονικών μέσων (Υπεύθυνο μέλος ΔΕΠ: Κοσιώνη Αναστασία, Επίκουρη Καθηγήτρια)**

**Φοιτητές:** Βασιλοπούλου Γεωργία, Γασπαράτος Σπύρος, Γκομόζιας Θοδωρής, Καποπούλου Φαίδρα, Μεγκουσίδης Χρήστος, Πολύχρονος Παναγιώτης.

**Επιτροπή οικονομικών (Υπεύθυνο μέλος ΔΕΠ: Δοντά – Μπακογιάννη Αικατερίνη, Επίκουρη Καθηγήτρια)**

**Φοιτητής:** Νταγιάντης Γιώργος.



## **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

### **Α' ΤΟΜΕΑΣ**

Ουλής Κωνσταντίνος, Καθηγητής  
Μαμάη – Χωματά Ελένη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
Χαλαζωνίτης Δημήτρης, Αναπληρωτής Καθηγητής  
Μπιτσάνης Ηλίας, Επίκουρος Καθηγητής  
Παπαϊωάννου Βασίλης, Επίκουρος Καθηγητής  
Γκιζάνη Σωτηρία, Λέκτορας  
Εμμανουήλ Δημήτρης, Λέκτορας

### **Β' ΤΟΜΕΑΣ**

Τζάκης Μιχαήλ, Αναπληρωτής Καθηγητής  
Τζούτζας Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής  
Δερέκα Ξανθίπη, Επίκουρη Καθηγήτρια  
Αντωνιάδου Μαρία, Λέκτορας  
Μπομπέτσης Γιώργος, Λέκτορας  
Οικονόμου Ιωάννα, Λέκτορας  
Ραχιώτης Χρήστος, Λέκτορας  
Φαρμάκης Ελευθέριος, Λέκτορας  
Ψάρρας Βασίλης, Λέκτορας

### **Γ' ΤΟΜΕΑΣ**

Κοσιώνη Αναστασία, Επίκουρη Καθηγήτρια  
Νικολοπούλου Φωτούλα, Επίκουρη Καθηγήτρια  
Μπαϊράμη Βακίνα, Λέκτορας

### **Δ' ΤΟΜΕΑΣ**

Καλύβας Δήμος, Αναπληρωτής Καθηγητής  
Γκριτζαλης Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής  
Δοντά Αικατερίνη, Επίκουρη Καθηγήτρια  
Νικητάκης Νικόλαος, Επίκουρος Καθηγητής  
Τζέρμπος Φώτιος, Επίκουρος Καθηγητής  
Πιπέρη Ευαγγελία, Λέκτορας  
Καβαδέλλα Αργυρώ, Συνεργάτης



## ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΜΕΛΗ ΔΕΠ

Στις εργασίες του 13<sup>ου</sup> Επιστημονικού Συνεδρίου

**Α΄ ΤΟΜΕΑΣ** Γκιζάνη Σ., Εμμανουήλ Δ., Κωλέτση – Κουνάρη Χ., Μαμάη – Χωματά Ε., Μπιτσάνης Η., Παπαρηγοράκης Ε., Παπαϊωάννου Β., Ουλής Κ., Χαλαζωνίτης Δ.

**Β΄ ΤΟΜΕΑΣ** Αγραφιώτη Α., Αντωνιάδου Μ., Βασιλόπουλος Σ., Γεωργοπούλου Μ., Δερέκα Ξ., Λαγουβάρδος Π., Μουντούρης Γ., Μπομπέτσης Γ., Οικονόμου Ι., Πανής Β., Πανόπουλος Π., Παξιμαδά Χ., Πεπελάση Ε., Ραχιώτης Χ., Σίσκος Γ., Τζάκης Μ., Τζούτζας Ι., Φαρμάκης Ε., Φουρμούζης Ι., Χαμπάζ Μ.

**Γ΄ ΤΟΜΕΑΣ** Ζωίδης Π., Καρκαζής Η., Κοσιώνη Α., Κούρτης Σ., Μπαϊράμη Β., Νικολοπούλου Φ., Πολυζώης Γ., Ρούσου Ι., Συκαράς Ν., Τριποδάκης Α.

**Δ΄ ΤΟΜΕΑΣ** Γκριτζαλης Π., Δοντά Α., Θεολόγη – Λυγιδάκη Ν., Καλύβας Δ., Κολόμβος Ν., Νικητάκης Ν., Παπαδάκης Ε., Πετσίνης Β., Πιπέρη Ε., Στεφανιώτης Θ., Τζέρμπος Φ., Τόσιος Κ., Τσιχλάκης Κ., Χρυσομάλη Ε.

**Ε΄ ΤΟΜΕΑΣ** Μανώλης Ε.

**ΙΑΤΡΙΚΗ** Πιάγκου Μ.

## ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ

Αρμάου Μ., Κόλλιας Ε., Κωστή Ε., Μαργαρίτης Β., Νομικός Μ., Ρουσόπουλος Ν., Σέργης Κ., Σκόνδρα Ε., Φιλιππάτος Γ., Χρυσαφίδης Χ.

## ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

| <b>ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 31/5/2013</b> |   |      |  |
|----------------------------|---|------|--|
| Ώρα                        | Αμφιθέατρο "Ευθυμίου Παπαντωνίου"           |      |  |
| 9:00-10:00                 | Τελετή έναρξης, Χαιρετισμοί                 |      |  |
| 10:00-11:30                | 1η Συνεδρία                                 | ΣΤ.1 | <b>1<sup>ος</sup>, 2<sup>ος</sup> Όροφος</b><br>Περιήγηση<br>Posters 1-45  |
| 11:30-11:45                |   | ΟΜ.1 |  |
| 11:45-12:00                | Διάλειμμα                                   |      |  |
| 12:00-13:00                | 2η Συνεδρία                                 | ΟΜ.2 | <b>ΑΔΒΟ</b> Παρουσίαση<br>ΕΠ.1-15  |
| 13:00-13:45                |   | ΑΝ.1 |  |
| 13:45-14:45                | Διάλειμμα – Καφές                           |      |  |
| 14:45-15:45                | 3η Συνεδρία                                 | ΣΤ.2 | <b>ΑΔΒΟ</b> Παρουσίαση<br>ΕΠ.16-30   |
| 15:45-16:45                |   | ΣΤ.3 |  |
| 16:45-17:00                | Διάλειμμα                                   |      |  |
| 17:00-18:00                | 4η Συνεδρία                                 | ΣΤ.4 | <b>ΑΔΒΟ</b> Παρουσίαση<br>ΕΠ.31-45   |
| 18:00-18:45                |   | ΑΝ.2 |  |
| <b>ΣΑΒΒΑΤΟ 1/6/2013</b>    |   |      |  |
| Ώρα                        | Αμφιθέατρο "Ευθυμίου Παπαντωνίου"           |      |  |
| 9:00-10:00                 | 5 <sup>η</sup> Συνεδρία                     | ΣΤ.5 | <b>1<sup>ος</sup>, 2<sup>ος</sup> Όροφος</b><br>Περιήγηση<br>Posters 46-93 |
| 10:00-10:45                |   | ΑΝ.3 |  |
| 10:45-11:00                | Διάλειμμα                                   |      |  |
| 11:00-12:00                | 6η Συνεδρία                                 | ΣΤ.6 | <b>ΑΔΒΟ</b> Παρουσίαση<br>ΕΠ.46-60   |
| 12:00-12:45                |   | ΑΝ.4 |  |
| 12:45-13:45                | Διάλειμμα – Καφές                           |      |  |
| 13:45-14:45                | 7η Συνεδρία                                 | ΣΤ.7 | <b>ΑΔΒΟ</b> Παρουσίαση<br>ΕΠ.61-75   |
| 14:45-15:30                |   | ΑΝ.5 |  |
| 15:30-15:45                | Διάλειμμα                                   |      |  |
| 15:45-16:45                | 8η Συνεδρία                                 | ΣΤ.8 | <b>ΑΔΒΟ</b> Παρουσίαση<br>ΕΠ.76-93   |
| 16:45-17:30                |   | ΑΝ.6 |  |
| 17:30-18:30                | Τελετή λήξης και απονομή βραβείων (ΑΕΠ)     |      |  |
| 19:00                      | Καλλιτεχνικό πρόγραμμα (Προαύλιο Κυλικείου) |      |  |



## ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

**Παρασκευή 31/5/2013, 9.00 – 10.00**

*Αμφιθέατρο Ευθυμίου Παπαντωνίου (Α.Ε.Π.)*

1. Χαιρετισμός Προέδρου Οργανωτικής Επιτροπής Καθηγητή Κ. Ουλή.
2. Χαιρετισμός Προέδρου Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγήτριας Α. Καραγιάννη.
3. Χαιρετισμός Προέδρου Δ.Σ. Σ.Φ.Ο.Α κ. Γ. Νταγιάντη.
4. Χαιρετισμός Προέδρου Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγητή Α.Μ. Δημόπουλο.
5. Χαιρετισμός Προέδρου Φαρμακευτικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Καθηγητή Α.Λ. Σκαλτσούνη.
6. Χαιρετισμός Προέδρου Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας κ. Α. Κατσίκη.
7. Χαιρετισμός Προέδρου του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής κ. Α. Υφαντή.
8. Χαιρετισμός και κήρυξη της έναρξης του συνεδρίου από τον Πρύτανη Καθηγητή Θ. Πελεγρίνη.

## ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ

**Σάββατο 1/6/2013, 17.30 – 18.30**

*Αμφιθέατρο Ευθυμίου Παπαντωνίου (Α.Ε.Π.)*

Απονομή βραβείων Συλλόγου Μελών ΔΕΠ, Εργαστηρίου Οδοντικής Χειρουργικής και Εταιρείας Procter & Gamble για τις καλύτερες Επιτοίχιες Παρουσιάσεις.

## ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΛΗΞΗΣ

**Σάββατο 1/6/2013, 19.00**

*Προαύλιο Κυλικείου Οδοντιατρικής Σχολής*

Καλλιτεχνική εκδήλωση λήξης με την ευγενική συμμετοχή των Funka Rocks & Liquid Luck rock bands (Ακάλυπτος χώρος κυλικείου Οδοντιατρικής Σχολής, όπισθεν κτηρίου).

# ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 31/5/2013

1<sup>η</sup> Συνεδρία 10:00-11:45

Α.Ε.Π., 1ος & 2ος Όροφος

- **10:00-11:30 : Στρογγυλό τραπέζι (ΣΤ.1):** ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.  
Γάτου Α., Γκατζογιάννη Μ., Γκίνο Μ., Δαλκαράκη Ν., Μπάρμπας Γ., Παλάντζα Ε., Πιέτρη Μ.Α., Σαραντοπούλου Α., Σπαχίου Φ.Μ., Τσιλίκη Μ.Ε., Χαραλάμπους Κ., Χιώτη Β. Συντονιστής: Τζέρμπος Φ.
- **11:30-11:45 Ομιλία (ΟΜ.1)** Παρουσίαση δράσης της οργάνωσης «ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ» από τον ΓΓ. της οργάνωσης κ. Ν. Κανάκη.
- **10:00-11:45: Περιήγηση Επιτοίχιων Παρουσιάσεων (ΕΠ.1-45),** 1<sup>ος</sup> και 2<sup>ος</sup> Όροφος.

11:45-12:00 Διάλειμμα

2<sup>η</sup> Συνεδρία 12:00-13:45

Α.Ε.Π. & Α.Δ.Β.Ο.

- **12:00-13:00: Ομιλία (ΟΜ2).** “ΠΤΥΧΙΟ ΕΧΩ: ΚΑΙ ΤΩΡΑ; ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ MARKETING.”  
κ. Α. Αγγελάκης, Σύμβουλος Marketing και Life Coaching.
- **13:00-13:45: Αντιπαράθεση (ΑΝ1).** ΑΤΥΠΕΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΙΛΑ ΚΑΙ ΜΟΝΙΜΑ ΔΟΝΤΙΑ.  
Κατσιμπαλη Α., Σκόνδρα Φ. Συντονίστρια: Τζουανάκη Α.
- **12:00-13:45: Παρουσίαση Επιτοίχιων παρουσιάσεων (ΕΠ.1-15), (Α.Δ.Β.Ο).**  
Συντονιστές: Πολυχρονάκης Ν., Πάλλης Δ.

**ΕΠ.1** ΣΩΣΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.  
Αθανασοπούλου Δ., Λούκα Μ.



- ΕΠ.2** ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΝΩΔΟΤΗΤΑΣ.  
**Αλεξανδρίδη Φ.**
- ΕΠ.3** ΕΝΔΟΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.  
**Αθανασίου Α., Κιτοπούλου Α., Μυλωνοπούλου Ι.**
- ΕΠ.4** ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΤΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟ: ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ.  
**Ιωαννίδη Α., Σίσκος Χ.**
- ΕΠ.5** ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ.  
**Μαράκη Ο., Φωκά Π.**
- ΕΠ.6** Η ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ.  
**Γκομόζιας Θ., Σαραντοπούλου Α.**
- ΕΠ.7** ΕΜΜΕΣΗ ΣΥΓΚΟΛΛΗΣΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΑΓΚΙΣΤΡΩΝ.  
**Άκλη Ε., Μαρινάκη Λ.**
- ΕΠ.8** ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΟΛΦΟΥ ΣΕ ΑΜΕΣΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΡΗΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΜΑΛΓΑΜΑΤΟΣ.  
**Ανδρίκουλα Θ., Μπαμπατζιά Α.**
- ΕΠ.9** ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΣΧΕΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ-ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ.  
**Βαγδούτη Γ.**
- ΕΠ.10** ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΙΚΟ ΙΝΩΜΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.  
**Κόππολντ Π.**
- ΕΠ.11** ΘΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.  
**Γκιάκα Μ. , Βασιλοπούλου Γ.**
- ΕΠ.12** ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΟΛΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ.  
**Μακρυγιαννάκη Ε., Λιοπετρίτη Π., Λαντζουράκη Α.**

- ΕΠ.13** ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ:  
ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.  
**Ζαππή Α., Σούλιου Χ.**
- ΕΠ.14** ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ  
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.  
**Δημόπουλος Ι., Ηλιόπουλος Γ., Κληρονόμος Θ.**
- ΕΠ.15** ΣΚΕΨΕΙΣ ΠΕΜΠΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ  
ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥΣ.  
**Νεοφύτου Σ., Πετράκη Β.**

### **13:45-14:45 Διάλειμμα – Καφές**

---

#### **3<sup>η</sup> Συνεδρία 14:45-16:45**

#### **Α.Ε.Π. & Α.Δ.Β.Ο.**

---

- **14:45-15:45: Στρογγυλό τραπέζι (ΣΤ.2).** ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΧΕΣΗ;  
**Μαράκη Ο., Ντιναλέξη Ι., Σκόνδρα Φ. Συντονιστής: Τζέρμπος Φ.**
  - **15:45-16:45: Στρογγυλό τραπέζι (ΣΤ.3)** ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΣΧΕΔΙΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΚΙΝΗΤΩΝ ΠΡΟΣΘΕΣΕΩΝ.  
**Αδραμάκη Α., Αποστολόπουλος Κ., Βογιατζόγλου Δ., Δημόπουλος Ι., Ηλιόπουλος Γ. Συντονιστές: Πριονιστή Μ., Τρούλης Α., Συκαράς Ν.**
  - **14:45-16:45 :** Παρουσίαση Επιτοίχιων παρουσιάσεων Α.Δ.Β.Ο: (ΕΠ.16-30).  
**Συντονιστές: Μπομπέτσας Γ., Κούτουλας Κ.**
- ΕΠ.16** Η ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΗΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ.  
**Κωνσταντινίδης Μ., Λουκά Ε., Μαραγκουδάκη Α.**
- ΕΠ.17** ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ-ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ.  
**Λινάρδου Μ., Λούκα Μ., Μαγείρου Α., Μασσαλή Κ.**
- ΕΠ.18** Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΠΛΟΥ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ.  
**Γρίδου Μ., Περάκης Ε.**



- ΕΠ.19** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ.  
**Καρακουσόγλου Μ., Γιαννακούλας Δ., Γαρδέλης Π.**
- ΕΠ.20** ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ – ΠΡΟΛΗΨΗ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.  
**Αποστολόπουλος Κ., Ηλιόπουλος Γ., Βιτέλλας Κ., Ζαφειρόπουλος Ι., Οικονόμου Μ.**
- ΕΠ.21** ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΡΕΦΟΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ RaCe ΣΤΗΝ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ.  
**Βασιλοπούλου Γ., Γκιάκα Μ.**
- ΕΠ.22** ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ ΚΑΙ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΛΕΥΚΩΝ ΚΗΛΙΔΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΑΠΟΤΡΙΒΗ.  
**Ευαγγέλου Ε., Γκανάιεμ Σ.**
- ΕΠ.23** ΕΓΚΛΕΙΣΗ ΚΥΝΟΔΟΝΤΩΝ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.  
**Κωνσταντώνη – Πανουσοπούλου Ν.**
- ΕΠ.24** Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΦΘΟΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ.  
**Αντεκελίδου Γ., Γκιάλης Μ., Ευαγγέλου Ε., Θεοδώρου Α.**
- ΕΠ.25** ΝΕΟΤΕΡΑ ΜΗ-ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟΝ ΟΣΤΙΚΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ. ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.  
**Γάτου Α., Πρεβεζάνος Ι.**
- ΕΠ.26** ΦΥΤΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ: ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ.  
**Κατσίμπαλη Α., Κωνσταντώνη – Πανουσοπούλου Ν., Τζουανάκη Κ.**
- ΕΠ.27** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΗΣ ΕΝ ΨΥΧΡΩ ΚΑΙ ΕΝ ΘΕΡΜΩ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.  
**Διαμαντίδη – Ξηντάρη Ν.**
- ΕΠ.28** ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΚΑΠΗ ΖΩΓΡΑΦΟΥ.  
**Μιχαήλ Α., Πετράκη Β.**



**ΕΠ.29** ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΟΧΛΩΡΙΩΔΟΥΣ ΝΑΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΥΔΡΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ – ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ.

**Κουτσούμπα Μ., Πολυζωίδου Β.**

**ΕΠ.30** ΟΜΑΛΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 254 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

**Κοντοές Γ., Μπάρμπας Γ., Καλογήρου ΕΜ.**

### **16:45-17:00 Διάλειμμα**

---

**4<sup>η</sup> Συνεδρία 17:00-18:45**

**Α.Ε.Π. & Α.Δ.Β.Ο.**

---

- **17:00-18:00: Στρογγυλό τραπέζι (ΣΤ.4).** ΕΠΙΜΗΚΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΡΙΖΑΣ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.  
**Κάβουρα Δ., Κωτσιοπούλου Χ., Λιοπετρίτη Π. Συντονίστρια: Γεωργοπούλου Μ.**
- **18:00-18:45: Αντιπαράθεση (ΑΝ.2).** ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ VS ΨΗΦΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ.  
**Γιαννακούλας Δ., Γαρδέλης Π., Καρακουσόγλου Μ. Συντονιστής: Γκρίτζαλης Π.**
- **17:00-18:45 Α.Δ.Β.Ο:** Παρουσίαση Επιτοίχιων παρουσιάσεων (ΕΠ.31-45).  
**Συντονιστές: Νικολάτου Ο., Δημαράκης Π.**

**ΕΠ.31** ΟΙ ΠΥΡΗΝΕΣ ΤΟΥ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ.

**Οικονόμου Γ., Παπαδόπουλος Σ.**

**ΕΠ.32** ΦΥΡΑΜΑΤΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΦΡΑΞΗ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ.

**Ταμιωλάκης Π.**

**ΕΠ.33** ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΠΟΝΟ ΠΟΛΦΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ.

**Χαλαζωνίτη Α., Shehade Α.**



- ΕΠ.34** ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΘΡΑΥΣΘΕΙΣΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΜΕΤΑΛΛΟΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ, ΜΕ ΟΨΗ ΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ.  
**Μολδοβάνη Δ., Μουρελάτου Π., Παπαθανασοπούλου Χ.**
- ΕΠ.35** ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ.  
**Μπαχλαβά Ε., Νικητάκου Φ., Ντόλου Π., Παλάντζα Ε., Φραγκούλης Κ.**
- ΕΠ.36** ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΒΕΛΟΝΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΗΦΙΑΚΗ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.  
**Κρουστάλλη Α., Πανή Ε.**
- ΕΠ.37** ΚΑΤΑΓΜΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.  
**Βλαχάκη Α., Γρίδου Μ., Δημοπούλου Μ.**
- ΕΠ.38** ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ.  
**Γεωργίου ΑΧ.**
- ΕΠ.39** ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ, ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ.  
**Καμπανάς ΝΣ., Σιταράς Σ., Σφακιωτάκης Κ.**
- ΕΠ.40** ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΚΥΝΟΔΟΝΤΩΝ: ΑΝΟΙΧΤΗ Η ΚΛΕΙΣΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ;  
**Πιλίλη Ε., Μωραΐτη Μ.**
- ΕΠ.41** ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΖΩΝΤΑΝΟΥ ΠΟΛΦΟΥ ΣΕ ΝΕΟΓΙΛΑ ΔΟΝΤΙΑ: ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.  
**Βαττή Σ., Μπάλλα Σ.**
- ΕΠ.42** ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΝΩΔΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΟΥ ΓΕΦΥΡΩΜΑΤΟΣ.  
**Δομαζινάκη Α., Οικονόμου Γ., Παπαδόπουλος Σ., Παρίση Ε., Πετροπούλου Α., Πολύχρονος Π. Η.**

**ΕΠ.43** ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.  
**Ντιναλέξη Σ., Ντιναλέξη Ι.**

**ΕΠ.44** ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ, ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.  
**Μαρινάκη Λ., Μολδοβάνη Δ., Κατσούλας Ν., Καλκατζάκος Γ.**

**ΕΠ.45** ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ TREACHER COLLINS.  
**Τασούλας Ι., Κουβαράτης Η., Χαραλάμπους Κ.**



---

**5η Συνεδρία 9:00-10:45**

**Α.Ε.Π., 1ος & 2ος όροφος**

---

- **9:00-10:00: Στρογγυλό τραπέζι (ΣΤ.5).** ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΕΡΙΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ.  
**Νεοφύτου Σ., Πετράκη Β. Συντονιστής: Οικονόμου Ι.**
- **10:00-10:45: Αντιπαράθεση (ΑΝ.3).** ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ: ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ;  
**Κατσιγιαλου Ν, Μυστακίδη Ε. Συντονιστής: Κόνιαρης Α.**
- **9:00-10:45: Περιήγηση Επιτοίχιων παρουσιάσεων (ΕΠ.46-93), 1<sup>ος</sup> και 2<sup>ος</sup> Όροφος**

**10:45-11:00 Διάλειμμα**

---

**6η Συνεδρία 11:00-12:45**

**Α.Ε.Π. & Α.Δ.Β.Ο.**

---

- **11:00-12:00: Στρογγυλό τραπέζι (ΣΤ.6).** Γνωριμία με την EDSA (European Dental Students Association).  
**Συντονίστρια: Σαμαρά Ε., Οδοντιατρική Σχολή Α.Π.Θ., EDSA Executive Committee Member.**

**(ΣΤ.6.1) ΟΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ: ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ.**  
**Σαμαρά Ε. και Καραθανάση Β.**

**(ΣΤ.6.2) Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ EDSA.**  
**Ντιναλέξη Ι.**

**(ΣΤ.6.3) THE AMCHI PROJECT: A DENTAL STUDENT'S ORAL HEALTH INITIATIVE.**  
**Bartram CA., Dublin Dental School**  
*Η ομιλία υποστηρίζεται από την ADEE*

- **12:00-12:45 Αντιπαράθεση (ΑΝ.4).** ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ Ή ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ;  
**Κοφινά Β, Χαρούλης Α. Συντονιστής: Καλογήρου Ε.**

- **11:00-12:45 Α.Δ.Β.Ο: Παρουσίαση Επιτοίχιων παρουσιάσεων (ΕΠ.46-60).  
Συντονιστές: Ραχιώτης Ι., Ισαακίδης Α.**

**ΕΠ.46** ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΦΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ.  
**Κακαλή Λ., Μαγείρου Α., Σίσκος Χ.**

**ΕΠ.48** ΜΙΚΡΟΔΙΕΙΣΔΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΟΤΗΤΑ ΦΥΡΑΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΡΙΖΙΚΩΝ  
ΣΩΛΗΝΩΝ.  
**Κακλαμάνη Ο.**

**ΕΠ.49** ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.  
**Βλαχάκη Α., Γρίδου Μ., Δημοπούλου Μ.**

**ΕΠ.50** ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΓΩΓΗ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.  
**Κουβαράς Ι., Μουσταφά Τ.**

**ΕΠ.51** ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ-ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ  
ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.  
**Πιέτρη ΜΑ.**

**ΕΠ.52** ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΑΠΟ ΜΗ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.  
**Χαραλάμπους Α., Λιοπετρίτη Π.**

**ΕΠ.53** ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ C-SHARE ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ.  
**Σούνδια Α., Σουμελίδης Ν.**

**ΕΠ.54** ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΞΑΓΩΓΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ  
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ.  
**Γαρμπή Σ., Κάρελλα Ε., Βογιατζής Ν.**

**ΕΠ.55** ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΑΠΟΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ  
ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ.  
**Ντιναλέξη Ι., Ντιναλέξη Σ.**

**ΕΠ.56** ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ.  
**Καψάλας Α., Δημόπουλος Ι.**



**ΕΠ.57** ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΩΝ ΚΕΡΑΜΙΚΩΝ ΟΨΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΨΕΩΝ ΑΠΟ ΣΥΝΘΕΤΗ ΡΗΤΙΝΗ.

**Καποπούλου Φ., Κοντογιάννης Τ.**

**ΕΠ.58** ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.

**Στεργίου Ι., Κωνσταντώνη – Πανουσοπούλου Ν., Κατσίμπαλη Α.**

**ΕΠ.59** ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΕΥΚΩΝ ΚΗΛΙΔΩΝ ΣΕ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

**Βενάρδου Α., Μαρινάκη Λ., Άκκλη Ε.**

**Ε.60** Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΝΘΗΚΗΣ ΤΗΣ ΒΟΛΟΓΝΑ ΣΤΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ.

**Γασπαράτος Σ., Νταγιάντης Γ.**

### **12:45-13:45 Διάλειμμα – Καφές**

---

**7η Συνεδρία 13:45-15:30**

**Α.Ε.Π. & Α.Δ.Β.Ο.**

---

- **13:45-14:45: Στρογγυλό τραπέζι (ΣΤ.7). ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΩΝΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ «CAMBRA».**  
**Σαραντοπούλου Κ., Γκατζογιάννη Μ., Ριζωνάκη Μ. Συντονιστής: Αναπλ. Καθ. Λαγουβάρδος Π.**
  - **14:45-15:30: Αντιπαράθεση (ΑΝ.5). ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ Ή ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΟΒΟΥΡΤΣΑ;**  
**Τσουκαλά Ε., Σφακιωτάκης Κ., Καρακουσόγλου Μ. Συντονιστής: Παπαιωάννου Β.**
  - **13:45-15:30 Α.Δ.Β.Ο: Παρουσίαση Επιτοίχιων παρουσιάσεων (ΕΠ.61-75).**  
**Συντονιστές: Κούρτης Σ., Γλαστήρη Α.**
- ΕΠ.61** ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΨΕΙΣ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΟΨΕΩΝ ΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ ΚΑΙ ΡΗΤΙΝΗΣ.  
**Δράκου ΜΚ., Σπαχίου ΜΦ., Τσιλίκη ΜΕ.**

- ΕΠ.62** ΟΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.  
**Ευαγγέλου Ε.**
- ΕΠ.63** ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ.  
**Πολύχρονος Π.**
- ΕΠ.64** ΜΕΤΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ.  
**Μακρυγιάννη Μ., Ρέτσας Α.**
- ΕΠ.65** ΤΕΧΝΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ «BALANCED FORCE» .  
**Φρυτάκη Β., Ταμιωλάκης Π., Σταθόπουλος Φ.**
- ΕΠ.66** ΑΜΕΣΗ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΟΛΦΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.  
**Σκόνδρα Φ.**
- ΕΠ.67** ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.  
**Κωτσιοπούλου Χ.**
- ΕΠ.68** ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΡΙΖΩΝ: ΕΝΑ ΣΥΜΒΑΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.  
**Ρούσσοσ Π., Μπάρκα Μ.**
- ΕΠ.69** ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.  
**Γκατζογιάννη Μ, Κρουστάλλη Α, Πιέτρη Μ, Ριζωνάκη Μ, Σκόνδρα Φ, Ταγκλή Α.**
- ΕΠ.70** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ.  
**Κονταξή Σ.**
- ΕΠ.71** ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ.  
**Γκατζογιάννη Μ., Κρουστάλλη Α., Πιέτρη Μ., Ριζωνάκη Μ., Σκόνδρα Φ., Ταγκλή Κ.**
- ΕΠ.72** ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΥΨΩΣΗΣ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ.  
**Παπαβασιλείου Δ., Φωκά Π.**



**ΕΠ.73** ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΟΝΤΙΟΥ ΜΕ ΤΑΥΡΟΔΟΝΤΙΣΜΟ.

**Μαλιβίτση Χ., Μαργέτη Ζ.**

**ΕΠ.74** ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΜΗΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΡΙΖΑΣ ΣΕ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΑ ΔΟΝΤΙΑ.

**Πάσιου Α., Τζουρμανάς Ρ.**

**ΕΠ.75** ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΚΑΙ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΥΠΕΡΩΙΩΝ ΤΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΞΗΡΑ ΚΡΑΝΙΑ ΕΛΛΗΝΩΝ.

**Σίσκος Χ. , Ιωαννίδη Α.**

**15:30-15:45** Διάλειμμα

---

**8<sup>η</sup> Συνεδρία 15:45-17:30**

**Α.Ε.Π. & Α.Δ.Β.Ο.**

---

- **15:45-16:45: Στρογγυλό τραπέζι (ΣΤ.8).** ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΔΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.  
**Μολδοβάνη Δ., Μαρινάκη Λ., Νταγιάντης Γ., Παπαδόπουλος Σ.**  
**Συντονιστές: Αρμάου Μ., Σέργης Κ., Σκόνδρα Ε., Κούρτης Σ.**
- **16:45-17:30: Αντιπαράθεση (ΑΝ.6).** ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΟΣΤΙΚΩΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ: Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ.  
**Μπερνιδάκη Σ., Ρούσσος Π.** **Συντονίστρια: Μερκουρέα Σ.**
- **15:45-17:30 Α.Δ.Β.Ο:** Παρουσίαση Επιτοίχιων παρουσιάσεων (ΕΠ.76-93).  
**Συντονιστές: Κοζυράκης Κ., Μαστροδήμος Μ.**

**ΕΠ.76** ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

**Χαρούλης Α.**

**ΕΠ.77** Η ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ.

**Παπάζογλου Κ.**

**ΕΠ.78** ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑ.

**Πλευριτάκη Α., Τσιρώνη Κ.**



- ΕΠ.79** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΜΕΛΟΓΕΝΙΝΗΣ (EMDOGAIN®) ΣΤΗΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΛΑΣΗ.  
**Κουφατζίδης Κ., Φωτάκης Α.**
- ΕΠ.80** ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.  
**Τζάτζιμος Α.-Ρ.**
- ΕΠ.81** ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ.  
**Κληρονόμος Θ.**
- ΕΠ.82** ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΙΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ.  
**Κολαΐτης Γ., Σαραντοπούλου Α.**
- ΕΠ.83** ΕΚΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ.  
**Σιδερά Σ., Σπυροπούλου Ν.**
- ΕΠ.84** ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΟΓΚΩΣΕΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ.  
**Πασχαλίδη Π., Χιώτη Β., Γκομόζιας, Πελεγρίνης Ν., Κατσούλας Ν.**
- ΕΠ.85** Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΧΡΩΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΡΗΤΙΝΩΝ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΛΕΥΚΑΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.  
**Μεγκουσίδης Χ., Νούλα Μ.**
- ΕΠ.86** ΠΡΟΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ.  
**Μπουτάρη Χ., Τρίκκα Δ.**
- ΕΠ.87** ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟ.  
**Κουρογιάννη Α., Κρίκου Ε., Πανή Ε., Χριστοδουλίδου Χ.**
- ΕΠ.88** ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΜΗΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΡΙΖΑΣ ΣΕ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΑ ΔΟΝΤΙΑ.  
**Τζουρμανάς Ρ., Πάσιου Α.**
- ΕΠ.89** ΠΟΛΥΜΕΡΕΙΣ ΚΑΙ ΚΕΡΑΜΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ-EVIDENCE BASED ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.  
**Ντόβας Π., Παρίση Ε.**



- ΕΠ.90** Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (CAMBRA).  
**Μπάρκα Μ., Μπέλεση Χ., Μπουράκη Κ., Μπουτάρη Χ., Νεραϊδιώτης Χ., Νομικού Κ., Πανταζή Π.**
- ΕΠ.91** ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ. ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΧΩΡΑ.  
**Νταγιάντης Γ., Γασπαράτος Σ.**
- ΕΠ.92** ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.  
**Μπάρμπας Γ., Λαβδανίτη Μ., Κουρκούτα Λ., Αβραμικά Μ., Κουταλάκη Π., Λαζαρίδου Χ., Σαπουντζή – Κρέπια Δ.**
- ΕΠ.93** ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΜΕ ΣΥΝΘΕΤΗ ΡΗΤΙΝΗ.  
**Μπάλλα Σ., Φρυτάκη Β., Ταμιωλάκης Π.**

# ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΣΤΡΟΓΓΥΛΩΝ ΤΡΑΠΕΖΙΩΝ

## 1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Γάτου Α., Γκατζογιάννη Μ., Γκίνο Μ., Δαλκαράκη Ν., Μπάρμπας Γ., Παλάντζα Ε., Πιέτρη Μ.Α., Σαραντοπούλου Α., Σπαχίου Φ.Μ., Τσιλίκη Μ.Ε., Χαραλάμπους Κ., Χιώτη. Συντονιστής: Τζέρμπος Φ.

Η σύγχρονη κλινική οδοντιατρική απαιτεί από τον γενικό οδοντίατρο την καθημερινή σχεδόν παροχή θεραπείας σε άτομα με επιβαρυσμένο ιατρικό ιστορικό. Ασθενείς με καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, ενδοκρινολογικά, ψυχιατρικά και άλλα προβλήματα επιζητούν οδοντιατρική περίθαλψη και ο οδοντίατρος θα πρέπει να γνωρίζει τα πρωτόκολλα διαχείρισης των ασθενών αυτών, με στόχο όχι μόνο κυρίως την πρόληψη επειγουσών καταστάσεων αλλά και την αντιμετώπισή των εάν εμφανισθούν. Σημειώνεται επίσης ότι οδοντίατρος πραγματοποιεί επεμβατικές ιατρικές πράξεις σένα περιβάλλον όπου συνήθως είναι ο μόνος και αποκλειστικός υπεύθυνος σε ασθενείς, οι οποίοι εκτός από το όποιο ιατρικό τους πρόβλημα καταλαμβάνονται και από κυμαινόμενο βαθμό άγχους για την οδοντιατρική θεραπεία και το οποίο συμβάλλει εν μέρει στην εμφάνιση του ιατρικού επειγόντος. Εκτός όμως από τον χώρο του ιατρείου ο οδοντίατρος πιθανόν να κληθεί να αντιμετωπίσει και επείγουσες ιατρικές καταστάσεις είτε σαν μέλος μιας ιατρικής ομάδας είτε μόνος του σε χώρους όπου θα συμβεί το επειγόν περιστατικό.

Σκοπός αυτού του στρογγυλού τραπέζιού είναι παρουσίαση της αντιμετώπισης επειγόντων ιατρικών περιστατικών και η παροχή πρώτων βοηθειών όχι μόνο στον χώρο του ιατρείου αλλά και εκτός. Θα περιγραφεί η αντιμετώπιση των παρακάτω καταστάσεων: • Απώλεια συνείδησης • Θωρακικός πόνος • Αναπνευστική δυσχέρεια • Πρώτες βοήθειες στα παιδιά • Υπέρταση και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο • Αναφυλαξία • Μεταφορά πολυτραυματία • Εγκαύματα και ακραίες θερμοκρασιακές μεταβολές.

Τέλος θα παρουσιασθούν τα απαραίτητα φάρμακα για τις επείγουσες καταστάσεις.

## 2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ: ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΧΕΣΗ;

Μαράκη Ο., Ντιναλέξη Ι., Σκόνδρα Φ. Συντονιστής: Τζέρμπος Φ.

Οι αποκαταστάσεις με εμφυτεύματα αποτελούν εναλλακτική αξιόπιστη θεραπεία, πέραν της συμβατικής προσθετικής, με ολοένα αυξανόμενο αριθμό δεκτών. Ωστόσο, έχει αυξηθεί και ο αριθμός των ιατρικών επιβαρυσμένων ασθενών, που επιζητούν επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις, γεγονός που επιβάλλει την προσεκτική αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού. Καταστάσεις και νοσήματα που μπορούν να προβληματίσουν τον κλινικό είναι οι ακόλουθες: καρδιολογικά προβλήματα, μεταβολικά νοσήματα, διαταραχές του αιμοποιητικού συστήματος, ογκολογικοί ασθενείς, αυτοάνοσα νοσήματα, μεταμοσχευμένοι ασθενείς, γηριατρικοί ασθενείς, λήψη εξαρτησιογόνων ουσιών, αλκοολισμός, κάπνισμα, ψυχιατρικές διαταραχές, αλλεργία στο τιτάνιο, παιδική ηλικία και εγκυμοσύνη. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίπτωσης του ιατρικού ιστορικού στην επιτυχία των οστεοενσωματούμενων οδοντιατρικών εμφυτευμάτων και η παρουσίαση της σχετικής βιβλιογραφίας. Συμπερασματικά, δεν υπάρχει απόλυτη αντένδειξη τοποθέτησης εμφυτευμάτων στην πλειοψηφία των ασθενών, υπό την προϋπόθεση να ελεγχθούν οι επιμέρους παράγοντες της υποκείμενης παθολογίας και να ακολουθηθούν τα σχετικά πρωτόκολλα με βάση τη διεθνή έρευνα.

## 3. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΣΧΕΔΙΑΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΚΙΝΗΤΩΝ ΠΡΟΣΘΕΣΕΩΝ

Αδραμάκη Α., Αποστολόπουλος Κ., Βογιατζόγλου Δ., Δημόπουλος Ι., Ηλιόπουλος Γ. Συντονιστές: Πριονιστή Μ., Τρούλης Α., Συκαράς Ν.

Σκοπός της παρουσίασης είναι η ανάδειξη των προβληματισμών που προέκυψαν από το σχεδιασμό και την αντιμετώπιση διαφόρων περιστατικών στην ΚΣΑΑ 4ου έτους. Τα περιστατικά πραγματεύονται και περιγράφουν τις κλινικές και τεχνικές δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν κατά την κατασκευή των παρακάτω προσθετικών αποκαταστάσεων: 1) Κατασκευή άμεσης ολικής οδοντοστοιχίας και μεταβατικής μερικής οδοντοστοιχίας, με σκοπό να δώσουμε στους ασθενείς μια άμεση αποκατάσταση μετά την εξαγωγή των φυσικών τους δοντιών, μειώνοντας τα προβλήματα κοινωνικοποίησής τους. 2) Κατασκευή



μιας υπερένθετης μερικής οδοντοστοιχίας σε φυσικό φραγμό, με σκοπό να αποδώσουμε την επιθυμητή αύξηση της κάθετης διάστασης σύγκλεισης ταυτόχρονα με την αποκατάσταση της σύγκλεισης του ασθενούς, μειώνοντας δραστικά το κόστος θεραπείας. 3) Κατασκευή νέου ζεύγους ολικών οδοντοστοιχιών, όπου η τοποθέτηση των δοντιών της κάτω οδοντοστοιχίας έγινε μετά από αποτύπωση της ουδέτερης ζώνης, ώστε να αυξήσουμε τη σταθερότητά της, λόγω της πολύ απορροφημένης κάτω φατνιακής ακρολοφίας της ασθενούς. 4) Αντικατάσταση των συγκρατητικών στοιχείων μιας επένθετης ολικής οδοντοστοιχίας, λόγω φθοράς τους, χωρίς την μεσολάβηση εργαστηριακού σταδίου ενεργοποίησής τους.

Μέσα από την παρουσίαση των παραπάνω περιστατικών, θα γίνει σύντομη αναφορά των ενδείξεων, αντενδείξεων, πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των προσθετικών αποκαταστάσεων, με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και ανάλυση των τεχνικών δυσκολιών που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διεκπεραίωση του σχεδίου θεραπείας και των ειδικών τεχνικών που χρησιμοποιήθηκαν για την υλοποίησή του.

#### 4. ΕΠΙΜΗΚΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΡΙΖΑΣ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

*Κάθουρα Δ., Κωτσιοπούλου Χ., Λιοπετρίτη Π. Συντονίστρια: Γεωργοπούλου Μ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η παρουσίαση των αιτίων που προκαλούν επίμηκες κάταγμα ρίζας, καθώς και της διάγνωσής τους. Κύριο σημείο της συζήτησης είναι η ανάλυση της διαγνωστικής μεθοδολογίας, δεδομένου ότι η θεραπευτική προσέγγιση στη συνέχεια είναι στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων η εξαγωγή.

Συζήτηση βιβλιογραφίας: Τα επιμήκη κατάγματα ρίζας χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη πλήρους ή ατελούς γραμμής κατάγματος στους οδοντικούς ιστούς της ρίζας, σε άλλοτε άλλο βάθος, εντόπιση και μήκος. Η αιτιολογία των επιμήκων καταγμάτων ρίζας μπορεί να είναι πολυπαραγοντική. Στα κυριότερα αίτια περιλαμβάνονται η υπερπαρασκευή του ριζικού σωλήνα, η άσκηση υπέρμετρης πίεσης κατά τη συμπίκνωση της γουταπέρκας, οι μεγάλες διαστάσεις ενός ενδορριζικού άξονα, συγκλειστικό ή οποιοδήποτε φυσικό τραύμα, ο βρυγγμός και άλλα. Για να προκύψει επίμηκες κάταγμα, θα πρέπει οι δυνάμεις συνοχής μεταξύ των οδοντικών ιστών της ρίζας να υπερνικηθούν ή να υποστούν σταδιακή κόπωση. Ως αποτέλεσμα του κατάγματος, συνήθως προκαλείται σοβαρή φλεγμονή του παρακείμενου περιοδοντίου. Δεν υπάρχουν παθολογικά στοιχεία για τη διάγνωση των επιμήκων καταγμάτων ρίζας. Θα πρέπει να συνεκτιμηθούν τα δεδομένα από το ιστορικό, την κλινική εικόνα και την ακτινογραφική εικόνα. Η συμβολή των σύγχρονων απεικονιστικών τεχνικών είναι αρκετά σημαντική, χωρίς όμως και πάλι να λύνει το διαγνωστικό πρόβλημα. Επομένως, σε αρκετές περιπτώσεις, χρειάζεται να γίνει διαγνωστικός χειρουργικός κρημμός για την επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Συμπεράσματα: (1) Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι, εκτός από τη διαδικασία της ενδοδοντικής θεραπείας, ενέχονται στην πρόκληση επιμήκων καταγμάτων ρίζας και άλλοι παράγοντες. (2) Παρά τις τεχνολογικές εξελίξεις, η διάγνωση των καταγμάτων αυτών εξακολουθεί να είναι δύσκολη και να αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό.

#### 5. ΑΝΑΖΩΠΥΡΩΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΠΕΡΙΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΗΣ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ

*Νεοφύτου Σ., Πετράκη Β. Συντονιστής: Οικονόμου Ι.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η παρουσίαση του ορισμού, της αιτιολογίας, της συχνότητας εμφάνισης και της αντιμετώπισης της αναζωπύρωσης μιας χρόνιας περιακρορριζικής φλεγμονής, κατά τη διάρκεια ή και μετά την ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας, καθώς και του μετεπεμβατικού πόνου σε ενδοδοντικές θεραπείες δοντιών με ζωντανό πολφό. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ενδοδοντική Εταιρεία ως αναζωπύρωση της χρόνιας περιακρορριζικής φλεγμονής θεωρείται η οξεία επιδείνωσή της στο μεσοδιάστημα των συνεδριών της ενδοδοντικής θεραπείας ή και μετά την ολοκλήρωση της σε μια ή περισσότερες συνεδρίες, με εμφάνιση πόνου ή/και οιδήματος. Αποτελεί επομένως, μια επιπλοκή, η οποία χρήζει έκτακτης και άμεσης αντιμετώπισης και αρκετά δυσάρεστη, τόσο για τον ασθενή όσο και για τον ίδιο τον οδοντίατρο, και μπορεί να επηρεάσει τη μελλοντική σχέση τους.

Συζήτηση: Ως αιτιολογικός παράγοντας καταδεικνύεται η δράση μικροβιακών, χημικών ή μηχανικών αιτιών στους περιακρορριζικούς ιστούς, με σημαντικότερα τα μικροβιακά αίτια. Σε πρόσφατη ανασκόπηση, σε μελέτη 6 ερευνητικών εργασιών σε συνολικά 982 ασθενείς, αναφέρεται ποσοστό εμφάνισης 8.4%. Ως προς την αντιμετώπιση του πόνου έχει προταθεί η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών και άλλων αναλγητικών φαρμάκων και η τοποθέτηση ενδορριζικού φάρμακου.

Συμπεράσματα: Η εμφάνιση πόνου ή/ και οιδήματος ως αποτέλεσμα αναζωπύρωσης της φλεγμονής των περιακρορριζικών ιστών, κατά τη διάρκεια ή μετά το τέλος της ενδοδοντικής θεραπείας έχει θορυβώδη εικόνα και αποτελεί δυσάρεστη επιπλοκή. Ωστόσο δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα της ενδοδοντικής θεραπείας. Ο οδοντίατρος είναι αναγκαίο να γνωρίζει την αιτιολογία και τη συχνότητα αυτής της επιπλοκής, έτσι ώστε να μπορεί να την αντιμετωπίσει και να περιορίσει την πιθανότητα εμφάνισης της.

## 6. ΓΝΩΡΙΜΙΑ ΜΕ ΤΗΝ EDSA (EUROPEAN DENTAL STUDENTS ASSOCIATION)

*Σαμαρά Ε., Καραθανασή Β., Ντιναλεξη Ι., Bartram CA. Συντονίστρια: Σαμαρά Ε.*

Η παρουσία των Ελλήνων φοιτητών στον Πανευρωπαϊκό Σύλλογο Φοιτητών Οδοντιατρικής (European Dental Students Association-EDSA) προσμετρά ήδη πάνω από 20 χρόνια έντονης και ενεργούς δραστηριοποίησης. Πολλοί Έλληνες φοιτητές ξεχώρισαν για τη συνεπή δράση τους στον ευρωπαϊκό φοιτητικό χώρο και κατέλαβαν θέσεις στο Διοικητικό Συμβούλιο της EDSA συμμετέχοντας καταλυτικά στη διαμόρφωση ενός ομοιόμορφου πανευρωπαϊκού προγράμματος σπουδών και στη θέσπιση των κριτηρίων που οφείλει να ικανοποιεί ο σύγχρονος Ευρωπαίος Οδοντίατρος. Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια, παρά τη ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και της πληροφόρησης παρατηρείται φθίνουσα πορεία του αριθμού των φοιτητών της Οδοντιατρικής που συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκά Προγράμματα, Συνέδρια και Σεμινάρια συγκριτικά με το παρελθόν. Οι λόγοι είναι πολλοί και σύνθετοι, επηρεαζόμενοι σαφώς από τις ευρύτερες κοινωνικοπολιτικές και οικονομικές συνθήκες και μεταβολές που συντελούνται στον ευρωπαϊκό χώρο. Στόχος της παρούσας στρογγυλής τράπεζας είναι να ενημερώσει και να κινητοποιήσει τους φοιτητές της Οδοντιατρικής για τις δυνατότητες που υπήρχαν στο παρελθόν, αλλά που εξακολουθούν να υφίστανται ακόμη και σήμερα, ώστε να καταστούν ενεργά μέλη της Ευρωπαϊκής Οδοντιατρικής φοιτητικής κοινωνίας. Η συμμετοχή των Ελλήνων φοιτητών Οδοντιατρικής σε σεμινάρια και συνέδρια όχι μόνο θα ενισχύσει τις επιστημονικές τους γνώσεις αλλά θα τους βοηθήσει να αναπτύξουν τους πνευματικούς και κοινωνικούς τους ορίζοντες και να διαμορφώσουν πολυσχιδείς και πολυδιάστατες προσωπικότητες. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν απαραίτητα εφόδια και προϋποθέσεις για το σύγχρονο οδοντίατρο που δικαιωματικά δύναται να μετακινηθεί και να ασκήσει το λειτούργημά του στον Ευρωπαϊκό χώρο.

## 7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ «CAMBRA»

*Σαραντοπούλου Κ., Γκατζογιάννη Μ., Πολύχρονος Π. Συντονιστής: Λαγουθάρδος Π.*

Τα νεώτερα δεδομένα της έρευνας σήμερα βεβαιώνουν ότι ο κάθε οδοντιατρικός ασθενής είτε αντιμετωπίζεται προληπτικά είτε επεμβατικά θα πρέπει να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα και ανάλογα με το τερηδονικό του κίνδυνο (Caries Risk) και στα τρία επίπεδα παρέμβασης: Είναι δηλαδή ένας παράγοντας κινδύνου που βοηθά την πρόγνωση της εμφάνισης και εξέλιξης της τερηδόνας. Ο κίνδυνος αυτός επηρεάζει, όχι μόνο την πιθανότητα εμφάνισης τερηδόνων στο άτομο αλλά και την εξέλιξη μιας βλάβης που βρίσκεται στα αρχικά της στάδια και ακόμα περισσότερο την τύχη των αποκαταστάσεων που θα γίνουν στο άτομο με την έννοια της αλλοίωσής τους ή επαναπροσβολής της επιφάνειας δίπλα σ'αυτές (δευτερογενείς τερηδόνες). Γιαυτό και η συμμετοχή του παράγοντα αυτού στην αντιμετώπιση των τερηδόνων έχει σήμερα ευρεία αποδοχή, αφού αντιμετωπίζει την τερηδόνα σαν νόσο από τις πρώτες κιόλας ενδείξεις προσβολής των δοντιών, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλει ουσιαστικά στην φιλοσοφία της Οδοντιατρικής ελάχιστης παρέμβασης (Minimal Invasive Dentistry)<sup>80</sup>. Στο επίπεδο διάγνωσης (π.χ. είδος εξεταστικών μέσων και διαστήματα παρακολούθησης αρχόμενων βλαβών), στο επίπεδο πρόληψης (π.χ. είδος, αριθμός και συχνότητα εφαρμογής προληπτικών μέτρων και επανεξετάσεων) και στο επίπεδο αποκατάστασης (π.χ., έκταση παρασκευής και είδος υλικού αποκατάστασης). Η τεχνική αυτή ονομάστηκε Αντιμετώπιση Τερηδόνας βάσει Τερηδονικού Κινδύνου (CAMBRA - Caries Management By Risk Assessment).



Σκοπός αυτού του τραπέζιού είναι να παρουσιάσει το πρωτόκολλο CAMBRA με τις τρεις βασικές διαβαθμίσεις στην οποία κατατάσσονται τα άτομα από πλευράς κινδύνου και τις δράσεις αντιμετώπισης που προτείνονται και αφορούν τις συγκεκριμένες ομάδες, βλάβες είδη και μέσα παρέμβασης.

## 8. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΔΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

*Μολδοβάνη Δ., Μαρινάκη Λ., Νταγιάντης Γ., Παπαδόπουλος Σ. Συντονιστές: Κούρτης Σ., Σκόνδρα Ε., Σέργης Κ., Αρμάου Μ.*

Η ΚΔΣ (κάθετη διάσταση σύγκλεισης) ορίζεται ως η απόσταση ενδοστοματικά μεταξύ δύο σημείων, όταν τα δόντια βρίσκονται σε μέγιστη συγγόμφωση ή σε κεντρική σχέση. Μείωση αυτής της απόστασης μπορεί να προκληθεί στις παρακάτω περιπτώσεις: • Απώλεια οπίσθιας στήριξης • Απώλεια οδοντικής ουσίας από αποτριβές (π.χ. βρυγμομανείς ασθενείς) διαβρώσεις (π.χ. ασθενείς με διατροφικές διαταραχές) συγγενείς ανωμαλίες (ατελής αδαμαντινογένεση, οδοντινογένεση), επανορθωτικές αποκαταστάσεις ανταγωνιστή φραγμού ή συνδυασμός των παραπάνω.

Η μειωμένη κάθετη διάσταση μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στην αποκατάσταση των ασθενών:

Παρατηρείται έλλειψη προσθετικού χώρου για κινητές ή ακίνητες αποκαταστάσεις (μειωμένος μεσοφραγματικός χώρος).

Αλλιώνεται η αισθητική του προσώπου με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται η αισθητική αποκατάσταση του προφίλ του ασθενή.

Επηρεάζεται η ομιλία του ασθενή.

Σε περιπτώσεις μειωμένης κάθετης διάστασης για βελτίωση της αισθητικής του προσώπου όπως και σε φυσιολογική κάθετη διάσταση με ύπαρξη ανάγκης για εύρεση χώρου οδηγούμαστε στην αύξηση της κάθετης διάστασης σύγκλεισης. Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι παραπάνω προβληματικές καταστάσεις συνδυάζονται και όπως είναι κατανοητό η προσθετική τους αντιμετώπιση καθίσταται ακόμα πιο δύσκολη. Η αύξηση της κάθετης διάστασης σύγκλεισης πραγματοποιείται με τη χρήση συγκλεισιακού νάρθηκα, με μεταβατικές και με τις τελικές αποκαταστάσεις.

Σκοπός αυτού του στρογγυλού τραπέζιού είναι να παρουσιάσει μία ολόπλευρη προσέγγιση των προβλημάτων χώρου και της απώλειας ΚΔΣ από προσθετική άποψη. Πιο συγκεκριμένα, θα παρουσιαστούν οι αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν απώλεια της, καθώς και οι δυσκολίες που επιφέρει το συγκεκριμένο φαινόμενο και οι τρόποι αντιμετώπισης στην πράξη με κλινικά παραδείγματα από την κλινική άσκηση φοιτητών.

## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΕΩΝ

### 1. ΑΤΥΠΕΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΝΕΟΓΙΛΑ ΚΑΙ ΜΟΝΙΜΑ ΔΟΝΤΙΑ

*Κατσιμπαλη Α., Σκόνδρα Φ. Συντονίστρια: Τζουανάκη Α.*

Εισαγωγή: Η επιλογή του τρόπου επανορθωτικής παρέμβασης σε τερηδονικές βλάβες νεογίων και μονίμων δοντιών έχει αποτελέσει πεδίο αμφισβήτησης και αμφιλεγόμενων απόψεων στην Οδοντιατρική. Οι παραδοσιακές αντιλήψεις της εποχής του G. V. Black περί επεμβατικής προσέγγισης της τερηδονικής βλάβης, με σκοπό την επέκταση προς πρόληψη έχουν αμφισβητηθεί με την πάροδο του χρόνου. Η παρουσία του φθορίου έχει αυξήσει την πιθανότητα επαναμεταλλικοποίησης ή και αντιμετώπισης αρχόμενων τερηδονικών βλαβών, με αποτέλεσμα την αντικατάσταση της παραδοσιακής χειρουργικής προσέγγισης από τη συντηρητική βιολογική προσέγγιση.

Σκοπός της παρούσας δημόσιας συζήτησης είναι η περιγραφή του τρόπου εφαρμογής των αρχών της Οδοντιατρικής ελάχιστης παρέμβασης στην κλινική πράξη, η αποσαφήνιση των συγκεχυμένων όρων των σύγχρονων τύπων συντηρητικών αποκαταστάσεων καθώς και η αξιολόγησή τους αναφορικά με τη σχέση μεταξύ έκτασης παρασκευής κοιλότητας και διάρκειας ζωής της αποκατάστασης. Με βάση τις αρχές της οδοντιατρικής ελάχιστης παρέμβασης, οι ενδεδειγμένες τεχνικές συντηρητικές προσέγγισης για τα μόνιμα δόντια είναι οι όμορες αποκαταστάσεις τύπου «τούνελ» (tunnel), οι όμορες αποκαταστάσεις τύπου «κιβωτιδίου» (box-only or slot, saucer-shaped) και οι προληπτικές αποκαταστάσεις σύνθετης ρητίνης (PRR). Αναφορικά με τη νεογιλή οδοντοφυΐα, οι κλινικές μελέτες σχετίζονται με τις όμορες αποκαταστάσεις τύπου «κιβωτιδίου» (mini-box).

Συμπερασματικά, οι συντηρητικές αποκαταστάσεις όλων των τύπων αποδεικνύονται επιρρεπείς στον επανασυντηρητισμό, την αποτυχία των υλικών και τις τεχνικές δυσκολίες. Με την προϋπόθεση του αποτελεσματικού ελέγχου της τερηδόνας, οι συντηρητικές τεχνικές εμφανίζονται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα ως προς την αύξηση του χρόνου ζωής της αποκατάστασης.

## 2. ΑΝΑΛΟΓΙΚΗ VS ΨΗΦΙΑΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

*Γιαννακούλας Δ., Γαρδέλης Π., Καρακουσόγλου Μ. Συντονιστής: Γκρίτζαλης Π.*

Η εργασία παρουσιάζει παράλληλα τα βήματα παραγωγής της αναλογικής και της ψηφιακής ακτινογραφίας στην οδοντιατρική και εξελίσσεται ως μια σύγκριση των δυο τεχνικών υπό τη μορφή αντιπαραθέσης.

Αρχικά, επισημαίνεται το ποσοστό χρήσης κάθε τεχνικής σήμερα, όπου φαίνεται πως πρόκειται για μια υβριδική εποχή με καθημερινή κλινική χρήση τόσο της αναλογικής όσο και της ψηφιακής ακτινογραφίας.

Στη συνέχεια γίνεται παρουσίαση του τρόπου και της διαδικασίας παραγωγής του κλασσικού ακτινογραφήματος στην κλινική πράξη, το οποίο αφού ακτινοβοληθεί επεξεργάζεται με ειδικά χημικά διαλύματα στο σκοτεινό θάλαμο για την εμφάνιση και την σταθεροποίηση της εικόνας.

Ακολουθεί η ανάλυση της αντίστοιχης διαδικασίας δημιουργίας ενός ψηφιακού ακτινογραφήματος, με την χρήση αισθητήρων στερεάς κατάστασης αφενός και αφετέρου με την χρήση ειδικού υλικού αποθήκευσης φωσφορίζουσας ουσίας και την δημιουργία της εικόνας από τον Η/Υ.

Από την ανάπτυξη σε αντιπαραθεση των δυο τρόπων δημιουργίας ακτινογραφίας με τον αναλογικό τρόπο και των ψηφιακό διακρίνεται ότι:

1<sup>ο</sup>. Είναι δυνατόν να φτιάξουμε με δυο διαφορετικούς τρόπους μια ακτινογραφία, αλλάζοντας το μέσο καταγραφής της ακτινικής δέσμης

2<sup>ο</sup>. Η τελική εικόνα στην μια περίπτωση είναι το ακτινογραφικό φιλμ και στην άλλη περίπτωση εικόνα αποθηκευμένη στο δίσκο του Η/Υ.

Η εργασία συνεχίζει με την παράλληλη και αντιπαραθετική απαρίθμηση τόσο των πλεονεκτημάτων όσο και των μειονεκτημάτων κάθε τεχνικής χωριστά.

Καταλήγοντας, διατυπώνεται το συμπέρασμα που προκύπτει από το σύνολο όσων έχουν καταγραφεί, που είναι, η σαφής υπεροχή της ψηφιακής έναντι της αναλογικής ακτινογραφίας στο χώρο της οδοντιατρικής επιστήμης.

## 3. ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ: ΠΟΣΟ ΑΣΦΑΛΗΣ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ;

*Κατσιγιάλου Ν., Μυστακίδη Ε. Συντονιστής: Κόνιαρης Α.*

Σκοπός: Η λεύκανση των δοντιών αποτελεί μια μη επεμβατική διαδικασία που στοχεύει στην αλλαγή του χρώματός τους μέσα από τεχνικές που πραγματοποιούνται από τον ασθενή στο σπίτι με την καθοδήγηση του οδοντιάτρου, στο ιατρείο ή συνδυαστικά. Στη συζήτηση (debate) θα γίνει αναφορά σε σύγχρονες βιβλιογραφικές απόψεις σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της λεύκανσης, αναφορικά με τα υλικά και τις τεχνικές που χρησιμοποιούνται αλλά και την επίδρασή τους στους οδοντικούς ιστούς και τα οδοντιατρικά υλικά.



Μέθοδοι: Από την ανάλυση της σύγχρονης βιβλιογραφίας που συλλέχθηκε από έγκυρους ψηφιακούς τόπους (PubMed, Scopus, Google) φαίνεται ότι το θέμα της λεύκανσης δημιουργεί από μόνο του ιδιαίτερη συζήτηση σχετικά με το αν το αισθητικό αποτέλεσμα που προκαλεί αντισταθμίζει πιθανά συμβάματα ή επιδράσεις σε ιστούς και υλικά της στοματικής κοιλότητας. Αναλύθηκαν στη συνέχεια και οι δύο τάσεις, αρνητική και θετική, καθεμία με τα βασικότερα επιχειρήματά της.

Συμπεράσματα: Παρά την πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων κύρια της υπερευαισθησίας, η λεύκανση των δοντιών είναι μία συντηρητική αισθητική παρέμβαση, καθ'όλα ασφαλής εφ' όσον γίνεται πάντα υπό την καθοδήγηση και την επίβλεψη του οδοντιάτρου και τηρώντας τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών υγείας.

#### **4. ΛΕΥΚΟΠΛΑΚΙΑ: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ Ή ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ;**

*Κοφινά Β., Χαρούλης Α. Συντονίστρια: Καλογήρου Ε.*

Σκοπος – κλινική σημαντικότητα: Με τον όρο «λευκοπλακία» χαρακτηρίζεται κάθε λευκή μη αποκολλώμενη πλάκα του στοματικού βλεννογόνου, που δεν μπορεί να ενταχθεί σε κάποια αναγνωρισμένη νοσολογική οντότητα. Πρόκειται για τη συχνότερη προκαρκινική βλάβη, η οποία προσβάλλει το γενικό πληθυσμό με συχνότητα 0,5-3,4%. Ο καθορισμός της πιθανότητας κακοήθους εξαλλαγής της λευκοπλακίας και της ιδανικής αντιμετώπισης κατά περίπτωση αποτελεί θέμα κλινικού και ερευνητικού προβληματισμού. Η ποικιλία των παραγόντων (κλινικών, ιστοπαθολογικών, μοριακών) που συσχετίζονται με την πρόγνωση της λευκοπλακίας και η έλλειψη σαφών κριτηρίων επιλογής της θεραπευτικής παρέμβασης προκαλούν σημαντικές δυσχέρειες. Σκοπός αυτής της αντιπαράθεσης είναι η σύγκριση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των βιβλιογραφικά προτεινόμενων τρόπων αντιμετώπισης της λευκοπλακίας.

Συζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας: Η μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας καταδεικνύει τη διχογνωμία των ειδικών σχετικά με την υπεροχή της επεμβατικής ή της συντηρητικής προσέγγισης ως προς την πρόληψη κακοήθους εξαλλαγής της λευκοπλακίας. Εναλλακτικές τεχνικές επεμβατικής αντιμετώπισης περιλαμβάνουν συμβατική χειρουργική εξαίρεση, αφαίρεση με laser, ηλεκτροκαυτηριασμό και κρυοχειρουργική. Αντίθετα, μία συντηρητική προσέγγιση περιλαμβάνει εφ'όρου ζωής παρακολούθηση του ασθενούς και αποφυγή των προδιαθεσικών παραγόντων, σε συνδυασμό ή όχι με τις επεμβατικές λύσεις. Άλλες προτεινόμενες παρεμβάσεις αφορούν σε εφαρμογή μεθόδων χημειοπροφύλαξης (π.χ. ρετινοειδή) ή φωτοδυναμικής θεραπείας. Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπευτική απόφαση συγκαταλέγονται η κλινική εικόνα της βλάβης (εντόπιση, μέγεθος, ομοιογένεια), το προφίλ του ασθενούς (φύλο, ηλικία), η ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ) και, κυρίως, η παρουσία και ο βαθμός επιθηλιακής δυσπλασίας.

Συμπεράσματα: Παρά την επικρατούσα απουσία σαφών κριτηρίων καθορισμού της ενδεδειγμένης θεραπείας, συντηρητικής ή επεμβατικής, η προσέγγιση κάθε λευκοπλακίας θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη, με κύριο στόχο την αποφυγή κακοήθους εξαλλαγής και την έγκαιρη διάγνωση.

#### **5. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ Ή ΣΥΜΒΑΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΟΒΟΥΡΤΣΑ;**

*Τσουκαλά Ε., Σφακιωτάκης Κ., Καρακουσόγλου Μ. Συντονιστής: Παπαϊωάννου Β.*

Η οδοντική μικροβιακή πλάκα αποτελεί βασικό αιτιολογικό παράγοντα στην αιτιολογία της τερηδόνας, ουλίτιδας και περιοδοντίτιδας και ως εκ τούτου η αφαίρεσή της παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψή τους. Η αποτελεσματική αφαίρεσή της προϋποθέτει την σωστή επιλογή οδοντόβουρτσας ή άλλων μηχανικών και χημικών μέσων και την τήρηση των κανόνων στοματικής υγιεινής. Παρόλο που οι ηλεκτρικές οδοντόβουρτσες εισήχθησαν για πρώτη φορά στην αγορά το 1960, η χειροκίνητη οδοντόβουρτσα παραμένει η πιο διαδεδομένη οδοντόβουρτσα στο ευρύ κοινό.

Σκοπός της εργασίας είναι η αντιπαράθεση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της ηλεκτρικής έναντι της συμβατικής οδοντόβουρτσας σε κλινικό, προσωπικό και οικονομικό επίπεδο.

Αρχικά παρατίθενται τα χαρακτηριστικά της μηχανοκίνητης και της συμβατικής οδοντόβουρτσας ξεχωριστά (είδη, σχέδια κεφαλής, κοστολόγιο, μηχανικά χαρακτηριστικά). Στη συνέχεια, σύμφωνα με αποτελέσματα



επιστημονικών μελετών και ερευνών της αγοράς γίνεται σύγκριση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των δύο ειδών, ενώ ακολουθεί η αντιπαράθεση διαφορετικών τύπων ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας. Τα κριτήρια σύγκρισης είναι η κλινική αποτελεσματικότητα (αφαίρεση πλάκας, υγεία περιοδοντίου), το μέσο κόστος σε συνδυασμό με τον χρόνο ζωής και η χρησιμότητα τους για τον μέσο ασθενή. Επιπλέον, λαμβάνονται υπ' όψιν ειδικοί παράγοντες σύγκρισης, σχετιζόμενοι με επιμέρους κοινωνικές ομάδες (παιδιά, ηλικιωμένοι και ΑΜΕΑ) και ασθενείς με ιδιαίτερη στοματική κατάσταση (σχετικές νόσοι του στόματος, υψηλή ευαισθησία και ορθοδοντικοί μηχανισμοί).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και τα δύο είδη οδοντόβουρτσας είναι εξίσου αποτελεσματικά αν χρησιμοποιηθούν με τον σωστό τρόπο ενώ κάθε είδος διατίθεται σε μεγάλη ποικιλία ώστε να ικανοποιούνται οι περισσότεροι ασθενείς. Συνεπώς, έμφαση πρέπει να δίνεται στην σωστή καθοδήγηση του ασθενή και στην συστηματική παρακολούθησή του.

## **6. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΟΣΤΙΚΩΝ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ: Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ**

*Μπερνιδάκη Σ., Ρούσσοις Π. Συντονίστρια: Μερκουρέα Σ.*

**Σκοπός – Κλινική Σημαντικότητα:** Στα οστά των γνάθων είναι δυνατόν να αναπτυχθεί μία πληθώρα παθολογικών εξεργασιών ποικίλης αιτιολογίας (φλεγμονώδους, αντιδραστικής, τραυματικής, νεοπλασματικής κ.α.) Η κλινική και ακτινογραφική εικόνα αυτών των βλαβών σε κάποιες περιπτώσεις είναι παθognωμονική, συχνά όμως παρατηρούνται αλληλεπικαλύψεις, μεταξύ διαφόρων οντοτήτων με σημαντικές αποκλίσεις στη βιολογική συμπεριφορά και αντιμετώπιση γεγονός που μπορεί να δυσχεραίνει τη διαφορική διάγνωση. Η λήψη διεξοδικού ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, η αξιολόγηση κλινικών σημείων και συμπτωμάτων και η συλλογή και ανάλυση των ακτινογραφικών και άλλων απεικονιστικών ευρημάτων αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για τον καθορισμό της πιθανής κλινικής διάγνωσης και τον περαιτέρω προσδιορισμό της διαγνωστικής προσέγγισης (π.χ. άλλες απεικονιστικές μέθοδοι, λήψη βιοψίας και ιστοπαθολογικής εξέτασης), της ορθής αντιμετώπισης και της πρόγνωσης της βλάβης.

**Συζήτηση βιβλιογραφίας:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ακτινογραφική απεικόνιση και τη λοιπή διαγνωστική προσέγγιση ενδοοστικών αλλοιώσεων των γνάθων. Θα παρουσιαστούν χαρακτηριστικές περιπτώσεις ενδοοστικών βλαβών και οντοτήτων με ποικίλη κλινική και ακτινογραφική εικόνα και θα συζητηθεί ο διαγνωστικός τους αλγόριθμος βάσει συγκεκριμένων κλινικών, ακτινογραφικών και άλλων απεικονιστικών (π.χ. cone beam dental CT scan) χαρακτηριστικών.

**Συμπεράσματα:** Καθώς ο ρόλος του σύγχρονου οδοντίατρου στη συνολική πρόληψη και θεραπεία του ασθενούς είναι καθοριστικός πρέπει ο κλινικός να είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να διαφοροδιαγνώσει κάθε μη φυσιολογικό κλινικό ή/και ακτινογραφικό εύρημα της στοματογναθικής χώρας και να επιλέξει τις κατάλληλες διαγνωστικές δοκιμασίες με έμφαση στην επιλογή των περιπτώσεων όπου η τελική διάγνωση απαιτεί βιοψία και ιστοπαθολογική εξέταση.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΕΠΙΤΟΙΧΙΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

### **1. ΣΩΣΤΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

*Αθανασοπούλου Δ., Λούκα Μ.*

**Σκοπός και κλινική σηματικότητα:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να επισημάνουμε τη σημασία ορθής επιλογής ακτινογραφικής εξέτασης που άπτεται στις ανάγκες του ασθενή. Η ακτινογραφία έχει συμβάλει καθοριστικά στην οδοντιατρική, έχοντας ζωτική σημασία τόσο για τη διάγνωση και την κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας όσο και για την παρακολούθηση του περιστατικού, συμπληρώνοντας το ιστορικό και την κλινική εξέταση που έχουν προηγηθεί.



Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Παρότι ο κίνδυνος για τον ασθενή είναι αρκετά χαμηλός, κάθε ακτινογραφία πρέπει να είναι σαφώς τεκμηριωμένη και αιτιολογημένη και τα οφέλη της να ξεπερνούν τη πιθανή βλάβη, όπως ορίζεται από τις ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες. Επιπρόσθετα, απαραίτητη προϋπόθεση είναι ποιότητα εικόνας που εξασφαλίζει αποφυγή ταλαιπωρίας του ασθενή και καλύτερες συνθήκες για τον οδοντίατρο. Αναλογιζόμενοι την ακτινογραφία ως μια φωτογραφία της εσωτερικής δομής του σώματος καθώς και τις διάφορες οδοντιατρικές ακτινογραφίες (οπισθομυλική, οπισθοφατνιακή, δήξεως, πανοραμική ακτινογραφία), γίνεται αντιληπτό πως η διαφορά έγκειται στο διαφορετικό τρόπο λήψης. Έτσι, σήμερα έχουμε τη δυνατότητα απεικόνισης των μυλών των δοντιών, μιας ομάδας δοντιών, της άνω ή κάτω γνάθου ή ολόκληρου του οδοντογναθικού συστήματος. Κομβικό σημείο στην εξέλιξη της οδοντιατρικής απεικόνισης είναι η μετάβαση από τις κλασικές ενδοστοματικές τεχνικές στην λογική της τομογραφίας με τη χρήση του ορθοπαντομογραφήματος, φτάνοντας σήμερα να έχουμε και τη δυνατότητα τρισδιάστατης απεικόνισης μέσω της οδοντιατρικής υπολογιστικής τομογραφίας.

Συμπέρασμα: Από το ευρύ φάσμα απεικονιστικών τεχνικών που έχει στη διάθεση του ο οδοντίατρος, πρέπει να είναι σε θέση να διαλέξει εκείνη που εξυπηρετεί τις ανάγκες του ασθενή με τη λιγότερη δυνατή έκθεση σε ακτινοβολία.

## 2. ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΝΩΔΟΤΗΤΑΣ

*Αλεξανδρίδη Φ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα τεχνικής: Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση των σταδίων της τεχνικής της άμεσης φόρτισης των εμφυτευμάτων μετά τη χειρουργική τοποθέτησή αυτών και η επισήμανση σχετικών παραμέτρων αναφορικά με το θέμα αυτό. Η κλινική σημαντικότητα αυτής της τεχνικής, αναφέρεται στην άμεση λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση της ολικής νωδότητας γνάθου καθώς και στη μείωση του χρόνου διάρκειας της θεραπείας.

Συζήτηση βιβλιογραφίας: Η πρόοδος της βιοτεχνολογίας έχει οδηγήσει στην εξέλιξη της επιφάνειας των εμφυτευμάτων με αποτέλεσμα την ταχύτερη οστεοενσωμάτωσή τους και τη δυνατότητα τροποποίησης του αρχικού πρωτοκόλλου του Branemark και ως εκ τούτου να είναι εφικτή η άμεση φόρτισή τους. Τα ερευνητικά δεδομένα από τις κλινικές μελέτες έχουν δείξει υψηλά ποσοστά επιτυχίας των εμφυτευμάτων που έχουν φορτιστεί άμεσα με την επιεμφυτευματική αποκατάσταση.

Περιγραφή της τεχνικής: Με βάσει το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό, την κλινική και ακτινογραφική εξέταση γίνεται αξιολόγηση και επιλογή των ασθενών στους οποίους μπορεί να πραγματοποιηθεί η τεχνική της άμεσης φόρτισης. Κατά τη χειρουργική τοποθέτηση των εμφυτευμάτων γίνεται αξιολόγηση της ποιότητας του οστού καθώς και της πρωτογενούς σταθερότητας του εμφυτεύματος βάσει της ροπής κοχλίωσής του. Γίνεται συρραφή του κρημνού, τοποθέτηση των αξόνων αποτύπωσης και λήψη αποτυπώματος βάσει του οποίου κατασκευάζεται κοχλιούμενη μεταβατική επιεμφυτευματική αποκατάσταση, η οποία τοποθετείται εντός των επόμενων 3 ημερών. Μετά την παρέλευση 2-4 μηνών ανάλογα με τη γνάθο γίνεται αξιολόγηση της οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων και τοποθέτηση της τελικής επιεμφυτευματικής μεταλλοκεραμικής αποκατάστασης.

Συμπεράσματα: Η μέθοδος της άμεσης φόρτισης αποτελεί πλέον μία πολύ αξιόπιστη λύση, η οποία έχει καταφέρει να αντιμετωπίσει το μεγαλύτερο μειονέκτημα του πρωτοκόλλου του Branemark, δηλαδή τη μεγάλη περίοδο αναμονής μέχρι την τοποθέτηση της αποκατάστασης. Μέσω αυτής επιτυγχάνεται η άμεση λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση της νωδότητας καθώς και η μείωση της συνολικής διάρκειας της θεραπείας του ασθενούς.

## 3. ΕΝΔΟΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

*Αθανασίου Α., Κιτοπούλου Α., Μυλωνοπούλου Ι.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση όλων των διαγνωστικών κριτηρίων που πρέπει να γνωρίζει και να αξιολογεί ο κλινικός, καθώς και η αναφορά χαρακτηριστικών σημείων σε κάθε κατηγορία ενδοπεριοδοντικών βλαβών, ώστε να μπορεί να καταλήξει στην επιλογή του κατάλληλου σχεδίου θεραπείας για κάθε βλάβη.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Η ιδιαίτερα στενή ανατομική σχέση του πολφού και των περιοδοντικών ιστών, καθώς και τα κοινά χαρακτηριστικά τους, όπως η εμβρυολογική προέλευση τους, επιτρέπει την αλληλεπίδραση τους. Σε πολλές περιπτώσεις, βλάβες του πολφού που οδηγούν σε νέκρωση του και μόλυνση του ριζικού σωλήνα μπορεί να οδηγήσουν σε βλάβες των περιεκρρορριζικών και των περιοδοντικών ιστών. Αντιστοίχως, φλεγμονώδεις βλάβες των περιοδοντικών ιστών μπορεί να οδηγήσουν σε βλάβες του πολφού και εμφάνιση ανάλογων κλινικών συμπτωμάτων. Οι καταστάσεις αυτές αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως ενδοπεριοδοντικές βλάβες και αποτελούν συχνά διαγνωστικό πρόβλημα στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Οι βλάβες αυτές ταξινομούνται ανάλογα με την πρωτογενή βλάβη. Σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία, η διαγνωστική μεθοδολογία που ακολουθείται στηρίζεται στη σωστή λήψη του ιστορικού και τη συνδυασμένη αξιολόγηση των στοιχείων που προκύπτουν από την κλινική και ακτινογραφική εξέταση.

Συμπεράσματα: Πρωταρχικός σκοπός του κλινικού είναι να καθορίσει την πρωτογενή βλάβη σε περίπτωση παλίνδρομων βλαβών, είτε το βαθμό συμμετοχής της κάθε βλάβης σε περίπτωση συνύπαρξης πρωτογενούς ενδοδοντικής και περιοδοντικής βλάβης. Η σωστή διάγνωση σε αυτές τις βλάβες είναι καθοριστικής σημασίας για την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος, διότι δυστυχώς τα ενδοπεριοδοντικά προσβεβλημένα δόντια καταλήγουν συχνά σε εξαγωγή λόγω εσφαλμένης διάγνωσης και αναποτελεσματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης.

#### **4. ΠΑΡΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΤΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟ: ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ**

*Ιωαννίδη Α., Σίσκος Χ.*

Εισαγωγή: Παρά το γεγονός ότι τα τρήματα στη γλωσσική επιφάνεια του σώματος της κάτω γνάθου πλησίον και εκατέρωθεν της γενειακής άκανθας, έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία για την αναισθησία, τη χειρουργική προσπέλαση της περιοχής και την ογκολογία, εντούτοις, τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα αποκαλύπτουν τη δυσχέρεια της εντόπισής τους, καθώς και την αμελητέα διακύμανση της ανατομικής θέσης τους σε σχέση με την εθνικότητα.

Σκοπός: Η μελέτη του αριθμού των τρημάτων που βρίσκονται πλησίον και εκατέρωθεν της γενειακής άκανθας, καθώς και της τοπογραφικής κατανομής τους, και συγκεκριμένα της απόστασής τους από το άνω και το κάτω χείλος του σώματος της κάτω γνάθου.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 98 ξηρές κάτω γνάθοι ενηλίκων Ελλήνων του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οι οποίες επιλέχθηκαν από 300 συνολικά γνάθους της συλλογής οστών του Εργαστηρίου Ανατομίας ΕΚΠΑ.

Αποτελέσματα: Εντοπίστηκαν 297 τρήματα πλησίον της γενειακής άκανθας. Το 74.5% των γνάθων έφερε από 2-4 τρήματα περιφερικά της γενειακής άκανθας, στο 8.2% των γνάθων εντοπίστηκε μόνο 1 τρήμα, το 11.2% των γνάθων έφερε 5 τρήματα, το 3.04% των γνάθων έφερε 6-7 τρήματα, ενώ στο 3.06%, δεν διαπιστώθηκαν τρήματα. Τα τρήματα εντοπίζονται με την ίδια συχνότητα στο δεξιό και το αριστερό ημιμόριο των γνάθων. Τρήματα αμφοτερόπλευρα της μέσης γραμμής διαπιστώθηκαν σε ποσοστό 39.8%. Τρήματα στη μέση γραμμή διαπιστώθηκαν σε ποσοστό 96%. Στις γνάθους που εμφάνιζαν τρήματα στο δεξιό ημιμόριο αυτά συχνότερα εντοπίζονταν στο κάτω τριτημόριο του σώματος της γνάθου (54.9%), ενώ σε αυτές που εμφάνιζαν τρήματα στο αριστερό ημιμόριο, αυτά εντοπίζονταν συχνότερα (49%) στο μέσο τριτημόριο του σώματος της γνάθου.

#### **5. ΑΥΤΟΑΝΟΣΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΟΤΑΦΟΓΝΑΘΙΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ**

*Μαράκη Ο, Φωκά Π.*

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της επιρροής των αυτοάνοσων ρευματικών παθήσεων και κυρίως της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην κροταφογναθική διάρθρωση. Η συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα των ασθενών που υποφέρουν από αυτοάνοσα νοσήματα και χρήζουν αντιμετώπισης από το γενικό οδοντίατρο, δημιουργεί την ανάγκη το εύρος των γνώσεων που πρέπει να διαθέτει ο σύγχρονος οδοντίατρος να καλύπτει και αυτό το χώρο ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τα



περιστατικά αυτά. Οι αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, οι οποίες αναφέρονται και ως νοσήματα του κολλαγόνου ή νοσήματα του συνδετικού ιστού, είναι ίσως οι σοβαρότερες ρευματικές παθήσεις. Η ακριβής αιτιολογία τους δεν είναι γνωστή, παρά το γεγονός ότι πολλοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων περιβαλλοντικοί, γενετικοί, ορμονικοί και ανοσολογικοί, εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια τους. Συγκεκριμένα, αναπτύσσονται διάφοροι παθολογικοί μηχανισμοί στο ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, του οποίου φυσιολογική αποστολή είναι να αναγνωρίζει και να ξεχωρίζει τα επι μέρους συστατικά του ανθρώπινου οργανισμού από τα ξένα και να τον προστατεύει από τους διάφορους βλαπτικούς παράγοντες (λοιμώδεις μικροοργανισμοί κλπ), αναπτύσσοντας αμυντικούς μηχανισμούς κατά των παραγόντων αυτών με στόχο και τελικό αποτέλεσμα την εξουδετέρωσή τους. Στους ασθενείς που πάσχουν από τις αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις το πρόβλημα είναι ότι το ανοσοποιητικό σύστημα δεν αναγνωρίζει ως δικά του ορισμένα συστατικά του ίδιου του οργανισμού. Περιοχή στην οποία επιδρούν πολλές φορές οι παθήσεις αυτές είναι και η κροταφογοναθική διάρθρωση, η οποία αποτελεί αρκετά συχνά την πρώτη εκδήλωση του νοσήματος.

## 6. Η ΠΡΟΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ

*Γκομόζιας Θ., Σαραντοπούλου Α.*

**Εισαγωγή:** Στην εποχή που ο αριθμός των οδοντιάτρων και οι απαιτήσεις για τις προσφερόμενες οδοντιατρικές υπηρεσίες έχουν αυξηθεί, οι ασθενείς επιλέγουν και δεν κληρονομούν τον κλινικό τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά που οι οδοντίατροι, σαν ασθενείς, θα ήθελαν να περιλαμβάνει το επαγγελματικό προφίλ του κλινικού τους οδοντίατρου.

**Υλικά και Μέθοδοι:** Η έρευνα διεξήχθη ηλεκτρονικά και απευθύνθηκε σε όλους τους Οδοντιάτρους της χώρας μέσω δημοσιοποίησης της έρευνας στις ιστοσελίδες της ΕΟΟ, του ΟΣΑ, ΟΣΠ και ΟΣΘ για συγκεκριμένο χρόνο.

**Αποτελέσματα:** Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 269 οδοντιάτρους, 52% άνδρες και 48% γυναίκες, με CI 5.9%. Το 69% δεν έδειξε προτίμηση στο φύλο, ενώ από τους υπόλοιπους το 93% των ανδρών προτιμά άνδρες και το 86% των γυναικών τις γυναίκες. Το 45% δεν δείχνει προτίμηση στην ηλικία ενώ το 88.9% από τους υπόλοιπους προτιμάται η ηλικία των 36-55 ετών. Η επιλογή του οδοντίατρου στο 74.3% είναι προσωπική και μικρό μόνο μέρος επηρεάζεται από το οικογενειακό, φιλικό ή επαγγελματικό τους περιβάλλον. Τα 4 σημαντικότερα σημεία που βάσισαν την επιλογή τους ήταν κατά σειρά ή κλινική εμπειρία, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, η φήμη και η επικοινωνιακότητά του. Τα 4 σημαντικότερα σημεία που ενοχλούν κατά σειρά ήταν η αδικαιολόγητη αναμονή, η αδυναμία για άμεσο ραντεβού, η απουσία χρόνου για επεξηγήσεις και η δυσκολία προσωπικής τηλεφωνικής επικοινωνίας.

**Συμπεράσματα:** Οι περισσότεροι οδοντίατροι προτιμούν μέσες ηλικίες όχι όμως φύλο. Βασίζουν την επιλογή τους στην κλινική του εμπειρία και εξοπλισμό του ιατρείου του και τους ενοχλεί ιδιαίτερα η αδικαιολόγητη αναμονή και τα μακριά ημερολογιακά ραντεβού.

## 7. ΕΜΜΕΣΗ ΣΥΓΚΟΛΛΗΣΗ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΑΓΚΙΣΤΡΩΝ

*Άκλη Ε, Μαρινάκη Λ.*

Η εργασία παρουσιάζει την τεχνική της έμμεσης συγκόλλησης, περιγράφει αναλυτικά τα εργαστηριακά και κλινικά στάδια, και αναλύει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά της.

Η έμμεση συγκόλληση επιτρέπει στον ορθοδοντικό να τοποθετήσει τα άγκιστρα στα γύψινα δόντια ενός εκμαγείου και κατόπιν να μεταφέρει τα άγκιστρα αβίαστα και με ακρίβεια στα δόντια του ασθενή.

Η βιβλιογραφία εστιάζει στη συγκολλητική ισχύ της τεχνικής, στα υλικά που βρίσκουν εφαρμογή στην τεχνική, στις μεθόδους συγκόλλησης των άγκιστρων στα εκμαγεία και στη σύγκριση με την άμεση ενδοστοματική συγκόλληση.

Η διαδικασία ξεκινάει κλινικά με τη λήψη αποτυπώματος των οδοντικών φραγμών του ασθενή. Εργαστηριακά, κατασκευάζονται εκμαγεία, στα γύψινα δόντια των οποίων σχεδιάζεται η μέγιστη περιμετρος και ο επιμήκης άξονας της κλινικής μύλης. Επαλείφονται με διαχωριστικό υλικό και συγκολλώνται τα άγκιστρα με φωτοπολυμεριζόμενη ρητίνη. Τα άγκιστρα, η παρειακή και μασητική επιφάνεια των γύψινων δοντιών καλύπτονται με λεπτόρρευση σιλικόνη που πήζει και σχηματίζει ένα νάρθηκα. Το εκμαγείο βυθίζεται σε χλιαρό νερό όπου και αποκολλάται ο νάρθηκας που φέρει πάνω του τα άγκιστρα. Τέλος στο κλινικό στάδιο, αφού δοκιμάσουμε την εφαρμογή του νάρθηκα στον ασθενή, αμμοβολούμε και αδροποιούμε τις οδοντικές του επιφάνειες. Ελαφρά αμμοβολούμε τις βάσεις των άγκιστρων διατηρώντας όμως τη ρητίνη. Επαλείφουμε τις επιφάνειες των δοντιών και τις βάσεις των άγκιστρων με χημικά πολυμεριζόμενο συγκολλητικό παράγοντα και εφαρμόζουμε το νάρθηκα στον ασθενή μέχρι ο παράγοντας να πήξει. Αφαιρούμε το νάρθηκα και η διαδικασία ολοκληρώνεται.

Παρότι ξεκινάει στα τέλη της δεκαετίας του 70', η τεχνική έχει πρακτική αξία στις μέρες μας τόσο στα γλωσσικά άγκιστρα όσο και στην τεχνική ευθέως σύρματος όπου απαιτείται ακριβής τοποθέτηση των άγκιστρων.

## 8. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΟΛΦΟΥ ΣΕ ΑΜΕΣΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΘΕΤΗΣ ΡΗΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΜΑΛΓΑΜΑΤΟΣ

*Ανδρικούλα Θ, Μπαμπατζιά Α.*

Εισαγωγή: Με τα νέα υλικά και τεχνικές συγκόλλησης οι απόψεις για την τοποθέτηση ουδέτερων στρωμάτων προστασίας πολφού έχουν αλλάξει.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εξετάσει μέσα από τα δεδομένα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης τα υπέρ και κατά των υλικών προστασίας του πολφού που υπάρχουν στη διάθεση του κλινικού οδοντιάτρου για χρήση κάτω από εμφράξεις αμαλγάματος και σύνθετης ρητίνης και να συμβάλει στη καλύτερη ενημέρωση και στη λήψη ορθών αποφάσεων του κλινικού οδοντιάτρου για την επιλογή του καλύτερου υλικού κατά τη διάρκεια της κλινικής πράξης.

Συζήτηση της βιβλιογραφίας: Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει έντονος προβληματισμός σχετικά με την αναγκαιότητα χρήσης και την επιλογή υλικών προστασίας πολφού σε άμεσες αποκαταστάσεις αμαλγάματος και σύνθετης ρητίνης. Η απόφαση του κλινικού οδοντιάτρου εξαρτάται κατά κύριο λόγο τόσο από το πάχος και την ποιότητα της παραμένουσας οδοντίνης όσο και από το εμφρακτικό υλικό που θα χρησιμοποιηθεί. Μία άλλη παράμετρος που πρέπει να συνηυπολογιστεί είναι το αν το υπό αποκατάσταση δόντι είναι μόνιμο ή νεογιλό και αν είναι νεογιλό η απόφαση εξαρτάται και από το βαθμό απορρόφησης των ριζών.

Συμπεράσματα: Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα ανωτέρω, τα βασικά υλικά προστασίας πολφού που έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας είναι το υδροξείδιο του ασβεστίου, η υαλοϊονομερής κονία – χημικά πολυμεριζόμενη ή ρητινωδώς τροποποιημένη- και τα συστήματα συγκολλητικών παραγόντων για τις σύνθετες ρητίνες. Υπάρχουν νέα πολλά υποσχόμενα υλικά και τεχνικές για τα οποία όμως αναμένεται περαιτέρω ερευνητική και κλινική τεκμηρίωση. Τέτοια είναι το MTA – mineral trioxide aggregate – και το biodentine – πυριτικό τριασβεστόιο.

## 9. ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΣΧΕΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ – ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

*Βαγδούτη Γ.*

Σκοπός της εργασίας είναι η παράθεση δεδομένων που αφορούν στην αμφίδρομη σχέση μεταξύ περιοδοντικής νόσου και σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 έχοντας ως απώτερο στόχο την επισήμανση της ενιαίας δομής του ανθρώπινου σώματος και την ανάγκη συνεργασίας των επιμέρους ιατρικών ειδικοτήτων που επιζητούν τη βέλτιστη υγεία του. Επιπλέον, η κλινική σημαντικότητα της παρούσας εργασίας έγκειται στο ότι σύμφωνα με διάφορες μελέτες, οι διαβητικοί ασθενείς με προχωρημένη περιοδοντική νόσο παρουσιάζουν δυσχέρεια στο γλυκαιμικό έλεγχο και εμφανίζουν περισσότερες διαβητικές επιπλοκές σε σύγκριση με άτομα που έχουν μέτριας βαρύτητας ή καθόλου περιοδοντίτιδα. Η συγκεκριμένη εργασία



βασίστηκε σε βιβλιογραφία που υποστηρίζει και αποδεικνύει την αμφίδρομη σχέση περιοδοντικής νόσου-σακχαρώδους διαβήτη διαμέσου ερευνητικών εργασιών σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Συμπερασματικά, η περιοδοντική νόσος θεωρείται σήμερα ως μια από τις επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη. Η βαρύτητα, η έκταση και η ταχύτητα εξέλιξης της περιοδοντικής νόσου είναι μεγαλύτερες σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και μη-ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση. Τέλος, έχει βρεθεί θετική επίδραση της περιοδοντικής θεραπείας στο γλυκαιμικό έλεγχο.

## 10. ΑΔΑΜΑΝΤΙΝΙΚΟ ΙΝΩΜΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

*Κόππολντ Π.*

Παρουσίαση περιστατικού και διάγνωση: Το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Ο ακτινολογικός έλεγχος έδειξε μια πολύχρωμη ακτινοδιαγναυστική περιοχή στην περιοχή του δεξιού κλάδου και σώματος της κάτω γνάθο με σαφή όρια και σε άμεση σχέση με τον έγκλειστο 46 και τον 85. Ύστερα από την εκπυρήνιση του όγκου η ιστολογική εξέταση απεκάλυψε αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα. Τον Νοέμβριο του 2009 ο όγκος υποτροπίασε στην περιοχή της δεξιάς γωνίας της κάτω γνάθου και ακρορριζικά των 83 και 84. Αφού αφαιρέθηκε χειρουργικά ο όγκος, φτιάχτηκε κινητό μηχάνημα στην κάτω γνάθο με δόντια από ακρυλικό στη νωδή περιοχή για λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση του ασθενούς και αποφυγή υπερέκφυσης των ανταγωνιστών. Ο όγκος εμφάνισε ακόμα υποτροπή τον Ιανουάριο του 2010 και τον Σεπτέμβριο του 2012, οπότε ο ασθενής υποβλήθηκε σε εκπυρήνιση των υποτροπών.

Ιδιαιτερότητα του περιστατικού: Το αδαμαντινοβλαστικό ίνωμα είναι ένας σχετικά σπάνιος οδοντογενής καλοήθης όγκος (περίπου 2% των οδοντογενών όγκων). Ανήκει στην κατηγορία των επιθηλιακών όγκων με ενεργοποίηση του μεσεγχύματος. Εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα νεαρής ηλικίας και στην κάτω γνάθο. Χαρακτηριστικό του όγκου είναι η τοπικά επιθετική του συμπεριφορά, άρα η εκπυρήνιση του όγκου πρέπει να γίνει σε υγιή οστικά όρια, αλλά δεν αποκλείονται υποτροπές. Η περίπτωση αυτή δείχνει την μεγάλη σημασία που έχει η τακτική επανεξέταση τέτοιων όγκων.

## 11. ΘΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΙΝΗΤΗ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

*Γκιόκα Μ., Βασιλοπούλου Γ.*

Οι θέσεις αποκατάστασης είναι δύο και συγκεκριμένα είναι η θέση μέγιστης συγγόμφωσης των δοντιών και αυτή της κεντρικής σχέσης των γνάθων.

Η θέση μέγιστης συγγόμφωσης είναι η θέση αυτή της κάτω γνάθου κατά την οποία επιτυγχάνονται οι περισσότερες δυνατές οδοντικές επαφές με την άνω γνάθο.

Η μέγιστη συγγόμφωση καταγράφεται όταν εντάσσουμε την προσθετική αποκατάσταση στο υπάρχον συγκλεισιακό σχήμα που θεωρείται αποδεκτό.

Η κεντρική σχέση είναι η θέση της γνάθου κατά την οποία ο κόνδυλος είναι τοποθετημένος στην πιο άνω και πρόσθια θέση στην κροταφική γλήνη, εξασφαλίζοντας έτσι την ισορροπία και ομαλή λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Αποτελεί μια θέση που, αφού καταγραφεί, παραμένει σταθερή κατά τα διάφορα στάδια της προσθετικής αποκατάστασης.

Αρχικά, κρίνεται απαραίτητη η μελέτη του εκάστοτε περιστατικού, μέσω της κλινικής ανάλυσης της σύγκλεισης και της προσεκτικής ανάρτησης εκμαγείων μελέτης σε ημυρρυθμιζόμενο ή πλήρως ρυθμιζόμενο αρθρωτήρα σε κεντρική σχέση. Το εκμαγείο της άνω γνάθου πρέπει να αναρτηθεί με προσωπικό τόξο. Στην συνέχεια, ελέγχεται η μετακίνηση που πραγματοποιεί η γνάθος από την κεντρική σύγκλειση προς την μέγιστη συγγόμφωση.

Η καταγραφή της κεντρικής σχέσης μπορεί να πραγματοποιηθεί με αμφοτερόπλευρο χειρισμό κατά Dawson για έναν γρήγορο αρχικό διαγνωστικό έλεγχο. Όταν, όμως, αυτή πρέπει να χρησιμοποιηθεί ως θέση θεραπείας, η καταγραφή της γίνεται με την χρήση ενός πρόσθιου αποπρογραμματιστή.

Η κεντρική σχέση καταγράφεται υποχρεωτικά σε μεγάλες προσθετικές αποκαταστάσεις που αφορούν ολόκληρο τον φραγμό ή και τους δύο μαζί. Επίσης, καταγράφεται όποτε επιχειρούμε ανακατασκευή του

υπάρχοντος συγκλεισιακού σχήματος ή όταν επιχειρούμε ανάρτηση των εκμαγείων στον αρθρωτήρα για διαγνωστική λειτουργική ανάλυση της σύγκλεισης.

## 12. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗΣ ΟΛΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

*Μακρυγιαννάκη Ε., Λιοπετρίτη Π., Λαντζουράκη Α.*

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστεί το πρόγραμμα φροντίδας και συντήρησης των ολικών οδοντοστοιχιών. Η στοματική υγεία του υγρού ασθενούς αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, τη διατροφή, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τη γενική υγεία. Ένας από τους τρόπους αποκατάστασης της είναι οι ολικές οδοντοστοιχίες. Οι ασθενείς με οδοντοστοιχίες πρέπει να ακολουθούν τα παρακάτω: Οι οδοντοστοιχίες πρέπει να καθαρίζονται καθημερινά, για να απομακρύνεται το βακτηριακό βιοϋμένιο, ελαχιστοποιώντας την επίπτωση της στοματίτιδας και να αφαιρούνται κατά τη διάρκεια της νύχτας. Οι μέθοδοι καθαρισμού περιλαμβάνουν καθαριστικές πάστες, αναβράζουσες ταμπλέτες, καθαρισμό με σαπούνι και εμβύθιση σε υποχλωριώδες νάτριο, υπερήχους, μικροκύματα. Οι συγκρατητικές ουσίες οδοντοστοιχιών προτείνεται να χρησιμοποιούνται σε συγκεκριμένες ποσότητες προσφέροντας συγκράτηση και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς, αλλά πρέπει να απομακρύνονται καθημερινά. Τέλος, οι ασθενείς πρέπει να έχουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρακολούθησης, τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, για να αξιολογείται η στοματική υγεία και η λειτουργικότητα της οδοντοστοιχίας και αν χρειάζεται να γίνεται αναπροσαρμογή της βάσης, που θα ακολουθείται από προσεκτική ρύθμιση της σύγκλεισης. Συμπερασματικά, για τη διατήρηση της στοματικής υγείας κρίνεται απαραίτητος ο καθημερινός καθαρισμός της οδοντοστοιχίας, καθώς και η ετήσια επίσκεψη στον οδοντίατρο για έλεγχο.

## 13. ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ: ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

*Ζαππή Α., Σούλιου Χ.*

Εισαγωγή: Το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα που αποτελεί το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα του στόματος, εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από δυσμενή πρόγνωση με χαμηλά ποσοστά πενταετούς επιβίωσης, επειδή κατά κανόνα διαγιγνώσκεται σε προχωρημένα στάδια. Η ευαισθητοποίηση για την αναζήτησή του από το κλινικό οδοντίατρο αποτελεί την κύρια προϋπόθεση για την πρόωπη διάγνωση.

Σκοπός: Η εκτίμηση της συχνότητας λανθασμένης διαφοροδιάγνωσης του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του στόματος.

Υλικά και μέθοδος: Η παρούσα εργασία αποτελεί αναδρομική μελέτη που βασίστηκε στα δεδομένα του αρχείου του Εργαστηρίου Στοματολογίας του ΕΚΠΑ, κατά τη χρονική περίοδο 1992-2001. Από τα παραπεμπτικά ιστολογικής εξέτασης επιλέχθηκαν όλα όσα στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονταν το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (ομάδα 1) και από τις ιστολογικές εκθέσεις όλες όσες είχαν ως τελική διάγνωση το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (ομάδα 2). Όλες οι βλάβες είχαν ενδοστοματική εντόπιση. Τα περιστατικά της ομάδας 1 χωρίστηκαν σε αυτά με ( $\alpha_1$ ) «σωστή πιθανή διάγνωση», καθώς αυτή επιβεβαιώθηκε ιστολογικά ( $\beta_1$ ) «λάθος πιθανή διάγνωση», καθώς αυτή δεν επιβεβαιώθηκε ιστολογικά. Τα περιστατικά της ομάδας 2 χωρίστηκαν ανάλογα με το αν είχε συμπεριληφθεί το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα στη διαφορική διάγνωση ( $\alpha_2$ ) ή όχι ( $\beta_2$ ).

Αποτελέσματα: Το σύνολο των περιστατικών της ομάδας 1 ήταν 231, εκ των οποίων τα 137 (59,3%) είχαν σωστή πιθανή διάγνωση ( $\alpha_1$ ) και τα 94 (40,7%) λάθος πιθανή διάγνωση ( $\beta_1$ ). Το σύνολο των περιστατικών της ομάδας 2 ήταν 155, εκ των οποίων τα 137 (88,4%) είχαν σωστή πιθανή διάγνωση ( $\alpha_2$ ) και τα 18 (11,6%) λάθος πιθανή διάγνωση ( $\beta_2$ ).

## 14. ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

*Δημόπουλος Ι., Ηλιόπουλος Γ., Κληρονόμος Θ.*



Το μεταβολικό σύνδρομο είναι ευρέως διαδεδομένο παγκοσμίως και για πολλούς συγγραφείς αποτελεί τη νόσο του αιώνα μας. Συνεπώς, μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ περιοδοντίτιδας και μεταβολικού συνδρόμου έχει ιδιαίτερη αξία. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να διερευνήσει μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία τη συσχέτιση μεταξύ των δύο νόσων.

Ανατρέχοντας στην υπάρχουσα βιβλιογραφία διαπιστώσαμε ότι πρόκειται για μια σχετικά νέα ερευνητική κατεύθυνση, καθώς η πλειοψηφία των εργασιών πραγματοποιήθηκε την τελευταία δεκαετία. Αυτό το οποίο προκύπτει από την ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε είναι ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ μεταβολικού συνδρόμου και περιοδοντίτιδας, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι η ύπαρξη του ενός προϋποθέτει απαραίτητα και την ύπαρξη του άλλου. Η συνύπαρξη των δύο καταστάσεων τροποποιεί την εξέλιξή τους, επιβαρύνοντας την κλινική τους εικόνα. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η επιβάρυνση κάποιος από τις παραμέτρους που συνθέτουν την κάθε νόσο, δεν επιφέρει ανάλογη επιδείνωση στην άλλη (dose-effect relationship). Τέλος, ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι οι παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την εμφάνιση των δύο νόσων (π.χ. παχυσαρκία, αυξημένη πίεση, κακή στοματική υγιεινή) σχετίζονται άμεσα με τις καθημερινές συνήθειες του ασθενή και με το ενδιαφέρον που έχει για τη γενικότερη υγεία του.

Συμπερασματικά, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση του θέματος με τη διενέργεια εργασιών τόσο σε στατιστικό, όσο και ιστολογικό επίπεδο, προκειμένου να αποσαφηνισθεί πλήρως η ακριβής φύση της συσχέτισης των δύο νόσων.

## **15. ΣΚΕΨΕΙΣ ΠΕΜΠΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥΣ**

*Νεοφύτου Σ., Πετράκη Β.*

Εισαγωγή: Οι πεμπτοετείς φοιτητές λίγο πριν την ολοκλήρωση της προπτυχιακής τους εκπαίδευσης βρίσκονται αντιμέτωποι με πολλά ερωτήματα σχετικά με τη μελλοντική επαγγελματική τους δραστηριότητα.

Σκοπός: Η καταγραφή των σκέψεων και συναισθημάτων των πεμπτοετών φοιτητών της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών για το μέλλον τους.

Υλικά και μέθοδος: Συντάχθηκε ερωτηματολόγιο 17 ερωτήσεων κλειστού και ανοικτού τύπου. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε πεμπτοετείς φοιτητές της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών και συμπληρώθηκαν ανώνυμα.

Αποτελέσματα: Τα ερωτηματολόγια συμπλήρωσαν συνολικά 87 άτομα (56 γυναίκες και 28 άνδρες). Σχεδόν 35% είχαν γονέα υγειονομικό. Για το 82.8% των φοιτητών η εισαγωγή στην Οδοντιατρική ήταν η πρώτη τους επιλογή, ενώ για το 58.6% ήταν προσωπική επιλογή. Ποσοστό 65.5% θα ήθελε στα επόμενα 2-3 χρόνια να παρακολουθήσει κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών και μάλιστα το 48.3% θα ήθελε να το παρακολουθήσει στο εξωτερικό. Μικρό ποσοστό (27.6%) σκεφτόταν να ανοίξει ατομικό οδοντιατρείο ενώ 35.6% σκεφτόταν να αναζητήσει εργασία στο εξωτερικό. Σχεδόν 40% των ερωτηθέντων δεν επιθυμούσαν να ανοίξουν ατομικό οδοντιατρείο για οικονομικούς λόγους ενώ 36.8% γιατί δεν αισθάνονταν έτοιμοι. Θετικά συναισθήματα για το μέλλον είχε το 22.2 % των γυναικών σε σχέση με το 50% των ανδρών. Για τους μισούς κυρίως συναισθήματα που καταγράφηκαν ήταν η αβεβαιότητα, η ανασφάλεια και το άγχος. Για το 57.5% η οικονομική κρίση είχε επηρεάσει σημαντικά τις μελλοντικές τους επιλογές. Η προσωπική ζωή απασχολούσε μόλις το 27.3% των ανδρών και το 57.1% των γυναικών.

Συμπεράσματα: Το άγχος και η αβεβαιότητα για το μέλλον καταγράφηκαν σε υψηλά ποσοστά στους τελειόφοιτους. Το ιδιωτικό ιατρείο δεν αποτελούσε συχνή επιλογή αντίθετα με την εργασία στο εξωτερικό και την παρακολούθηση μεταπτυχιακών σπουδών.

## **16. Η ΑΞΙΑ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΗΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ**



Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η παρουσίαση των παραγόντων που επηρεάζουν την κλινική επιτυχία των ολικών οδοντοστοιχιών.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Τελευταία έχει παρατηρηθεί σημαντική μείωση της νωδότητας κυρίως λόγω ανάπτυξης της προληπτικής οδοντιατρικής και της τάσης για συντηρητικότερες θεραπείες. Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού και των κοινωνικοοικονομικών εξελίξεων, το πρόβλημα της νωδότητας θα συνεχίσει να απασχολεί τον τομέα της προσθετικής. Η χρήση εμφυτευμάτων, παρά την ικανοποίηση που προσφέρει στους ασθενείς, θα περιοριστεί λόγω της πολυπλοκότητας της τεχνικής και του υψηλού κόστους. Επομένως, οι ολικές οδοντοστοιχίες θα αποτελούν τη λύση εκλογής και μάλιστα θα πρέπει να κατασκευάζονται με απλούστερες τεχνικές και συνεπώς χαμηλότερο κόστος. Η απλούστευση της τεχνικής μπορεί να επιτευχθεί με την κατάρτιση ορισμένων «δογμάτων» για την κατασκευή των οδοντοστοιχιών που κυριαρχούν στη βιβλιογραφία, χωρίς όμως να είναι απόλυτα επιστημονικά τεκμηριωμένα. Αρχικά, πολύπλοκες τεχνικές καταγραφών, όπως η χρήση προσωπικού τόξου, καθώς και αποτύπωση σε δύο στάδια με ακριβή υλικά δε φαίνεται να προσφέρουν καλύτερα κλινικά αποτελέσματα σε σύγκριση με την απλή ανάρτηση σε ρυθμισμένο ημιπροσαρμοζόμενο αρθρωτήρα και την αποτύπωση ενός σταδίου με δισκάριο εμπορίου και αλγινικό. Επιπλέον, η ισόρροπη σύγκλιση που αποτελεί το σχήμα εκλογής αφενός χάνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα από την παράδοση, αφετέρου δεν υφίσταται κατά τη διάρκεια της μάσησης. Αντίθετα, η κυνοδοντική προστασία προτιμάται αισθητικά και λειτουργικά από τους ασθενείς και γναθολόγοι υποστηρίζουν ότι μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά.

Συμπεράσματα: Η ικανοποίηση του ασθενούς έχει ελάχιστη σχέση με την άρτια τεχνική κατασκευής των ολικών οδοντοστοιχιών. Αντίθετα, παράγοντες όπως η ψυχολογία του ασθενούς και η σχέση του με τον οδοντίατρο διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο.

## 17. ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ-ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΩΝ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ

Λινάρδου Μ., Λουκά Μ., Μαγείρου Α., Μασσαλή Κ.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των κλινικών ιδιαιτεροτήτων που αντιμετωπίζει ο οδοντίατρος κατά τη φάση των παρασκευών για τη κατασκευή των ακίνητων προσθετικών αποκαταστάσεων σε δόντια με μειωμένη περιοδοντική στήριξη, αλλά με θεραπευμένο υγιές περιοδόντιο.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Η κατασκευή ακίνητων προσθετικών εργασιών συχνά αποτελεί μέσο αποκατάστασης του φραγμού χρησιμοποιώντας δόντια-στηρίγματα με μικρή περιοδοντική στήριξη. Ωστόσο, τόσο η περιοδοντική νόσος όσο και η θεραπεία αυτής επιφέρουν αλλαγές στα δόντια και στους περιοδοντικούς ιστούς. Οι μεταβολές που παρατηρούνται αφορούν κυρίως στην ακεραιότητα της κλινικής μύλης και στο αυξημένο ύψος αυτής, στις ιστολογικές ιδιαιτερότητες της νέας ουλοδοντικής σχισμής, στο σχήμα, τη θέση και τη σχέση των ριζών, στην προσβολή του διχασμού των ριζών και στην ένταση αυτής, στην αισθητική και στη φώνηση. Έτσι, η εφαρμογή του σχεδίου θεραπείας και ιδιαίτερα η φάση της παρασκευής των δοντιών – στηριγμάτων οφείλει να προσαρμόζεται στα νέα αυτά δεδομένα. Ο συνυπολογισμός αυτών των παραγόντων ουσιαστικά καθορίζει το είδος των παρασκευών, το σημείο οριοθέτησης των προσθετικών αποκαταστάσεων, τη μορφολογία του αυχενικού περιγράμματος και τη μορφολογία της μεσοδόντιας περιοχής. Τα παραπάνω πρέπει να εξασφαλίζουν τη δημιουργία τέτοιου προσθετικού αποτελέσματος ώστε να μην κατακρατείται οδοντική μικροβιακή πλάκα, να βελτιστοποιείται η μασητική λειτουργία και να καταμερίζονται ορθολογικότερα οι μασητικές δυνάμεις.

Συμπέρασμα: Κατανοούμε, λοιπόν, πως οι ιδιαιτερότητες που εμφανίζουν τα περιοδοντικά θεραπευμένα δόντια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας και καταδεικνύουν τη σημασία της εξατομίκευσης και της προσαρμογής του σχεδίου θεραπείας στα καινούργια δεδομένα που προκύπτουν, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται μια λειτουργικά, αισθητικά και βιολογικά αποδεκτή ακίνητη προσθετική αποκατάσταση.



## 18. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΡΙΠΛΟΥ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Γρίδου Μ., Περάκης Ε.

Εισαγωγή: Η αναγεννητική ενδοδοντία αποτελεί έναν τομέα της οδοντιατρικής που κερδίζει συνεχώς έδαφος στη σύγχρονη εποχή. Σκοπός της Αναγεννητικής Ενδοδοντίας είναι να αποκαταστήσει με βιολογικό τρόπο κατεστραμμένους σκληρούς οδοντικούς ιστούς, καθώς και κυτταρικά στοιχεία του πολφού – οδοντινικού συμπλέγματος. Η επιτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας στηρίζεται στην καταστολή του μικροβιακού φορτίου του ριζικού σωλήνα και της περιακρορριζικής περιοχής. Στα πλαίσια της μη χειρουργικής ενδοδοντικής θεραπείας, η χρήση του τριπλού αντιβιοτικού για την αποστείρωση του ριζικού σωλήνα και την επανόρθωση των περιρριζικών ιστών, φαίνεται να αποτελεί ένα επιτυχημένο θεραπευτικό σχήμα στον έλεγχο της παθογένειας και της μικροβιακής πολυπλοκότητας του ριζικού σωλήνα, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις νέων μονίμων δοντιών με αδιάπλαστο ακρορρίζιο αλλά και σε περιπτώσεις μεγάλων ακρορριζικών αλλοιώσεων.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της χρήσης του τριπλού αντιβιοτικού στην αποστείρωση του ριζικού σωλήνα, στις διάφορες τεχνικές αναγεννητικής ενδοδοντίας σε περιπτώσεις μεγάλων ακρορριζικών αλλοιώσεων, καθώς και στην παιδοδοντιατρική σε περιπτώσεις αδιάπλαστου ακρορριζίου.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας – Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζεται κλινικό περιστατικό όπου χρησιμοποιήθηκε το τριπλό αντιβιοτικό σε δόντι με νεκρό πολφό ύστερα από τραύμα, το οποίο βρίσκεται υπό παρακολούθηση. Επιπρόσθετα γίνονται αναφορές περιστατικών από τη βιβλιογραφία, όπου επιτεύχθηκε επαναγγείωση του συστήματος των ριζικών σωλήνων σε δόντια με νεκρό πολφό, ύστερα από ελαχιστοποίηση του μικροβιακού παράγοντα με αντιβιοτικά σχήματα και πρόκληση αιμορραγίας με μηχανική επεξεργασία πέραν του ακρορριζικού τρήματος.

Συζήτηση – συμπεράσματα: Συζητείται ο τρόπος χρήσης, η βιοσυμβατότητα, η αποτελεσματικότητα, καθώς και τα μειονεκτήματα του τριπλού αντιβιοτικού στην ενδοδοντική θεραπεία και στην πολφική επαναγγείωση. Γίνεται επίσης σύγκριση μεταξύ διαφόρων συστάσεων της πάστας του αντιβιοτικού.

## 19. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΓΧΡΟΝΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΟΣ

Καρακουσόγλου Μ., Γιαννακούλας Δ., Γαρδέλης Π.

Η εργασία έχει ως θεματικό κέντρο τα σύγχρονα οδοντιατρικά ακτινογραφικά μηχανήματα και έχει σχεδιαστεί σε μορφή επιτοίχιας παρουσίασης (poster). Ως εισαγωγή, γίνεται μία σύντομη αναφορά στον καθοριστικό ρόλο των ακτινογραφημάτων στην διαγνωστική διαδικασία και γενικότερα στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Έτσι, αναδεικνύεται η αδιαπραγμάτευτη ανάγκη κάθε σύγχρονου οδοντιατρείου να περιλαμβάνει ένα ακτινογραφικό μηχάνημα στον εξοπλισμό του. Παράλληλα, αναφέρονται συνοπτικά οι βασικές αρχές που διέπουν την λειτουργία των μηχανημάτων αυτών, εστιάζοντας στην παραγωγή ιοντίζουσας ακτινοβολίας και ακτίνων Χ.

Σκοπός της εργασίας είναι να υπογραμμιστούν οι αναβαθμίσεις που έχουν γίνει στα ακτινογραφικά μηχανήματα νέας τεχνολογίας, οι οποίες βελτιώνουν σημαντικά την ποιότητα της εικόνας των ακτινογραφημάτων, παράλληλα με την ενίσχυση της ακτινοπροστασίας του ασθενούς. Για τον λόγο αυτό, μετά από την παρουσίαση των μερών που συνιστούν το κλασικό ακτινογραφικό μηχάνημα (ακτινοκεφαλή, σύστημα βραχιόνων και χειριστήριο ρύθμισης των κυκλωμάτων) ακολουθεί η επιμέρους ανάλυση των νέων τεχνολογικών χαρακτηριστικών των σύγχρονων μηχανημάτων. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα νέου τύπου χειριστήρια, τα οποία προσφέρουν την δυνατότητα ρύθμισης των παραμέτρων του κυκλώματος, της συχνότητας της ακτινοβολίας και της διάρκειας εκπομπής. Με αυτόν τον τρόπο είναι δυνατή η προσαρμογή της διαδικασίας ακτινοβολίας ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς (ηλικία, βάρος, φύλο) και της περιοχής που ακτινοβολείται (ομάδα δοντιών, τύπος ακτινογραφίας, ανατομική περιοχή της γνάθου κ.α.)

Ως επίλογος της παραπάνω ανάλυσης, σημειώνεται το αποτέλεσμα αυτών των βελτιώσεων, δηλαδή η δυνατότητα λήψης ακτινογραφιών υψηλότερης ευκρίνειας σε συνδυασμό με ελαχιστοποίηση της αναγκαίας έκθεσης ασθενή και κλινικού στην ακτινοβολία.

## 20. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΤΡΙΤΩΝ ΓΟΜΦΙΩΝ – ΠΡΟΛΗΨΗ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

*Αποστολόπουλος Κ., Ηλιόπουλος Γ., Βιτέλλας Κ., Ζαφειρόπουλος Ι., Οικονόμου Μ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η εξαγωγή εγκλείστων τρίτων γομφίων αναμφίβολα αποτελεί μία από τις πιο συχνές χειρουργικές επεμβάσεις στη στοματογναθική περιοχή. Η επέμβαση αυτή απαιτεί ιδιαίτερες κλινικές δεξιότητες από το χειρουργό και προκαλεί έντονο άγχος στον ασθενή. Όπως οποιαδήποτε άλλη χειρουργική επέμβαση, έτσι και αυτή ενδέχεται να παρουσιάσει επιπλοκές τόσο κατά τη διάρκεια, όσο και μετά το πέρας της. Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, καθώς και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης τους.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Από τη διεθνή βιβλιογραφία διαπιστώνεται ότι οι μετεγχειρητικές επιπλοκές αποτελούν ένα σημείο μείζονος ενδιαφέροντος για τον σύγχρονο κλινικό οδοντίατρο. Αναφέρονται πληθώρα επιπλοκών, κάποιες από τις οποίες είναι αναμενόμενες και όχι ιδιαίτερα ανησυχητικές, όπως το οίδημα και ο πόνος, ενώ άλλες προκαλούν σοβαρότερο πρόβλημα στον ασθενή, όπως είναι η δυσαισθησία ή η παραισθησία που προκύπτει μετά από τον τραυματισμό του τρίτου κλάδου του τριδύμου, η έντονη αιμορραγία, το ξηρό φατνίο, η λοίμωξη και ο τρισμός. Κάθε μία από αυτές μπορεί να προληφθεί με κατάλληλες ενέργειες τόσο από τον οδοντίατρο, όσο και από τον ασθενή. Σε περίπτωση εμφάνισης των επιπλοκών αυτών προτείνονται θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αποτελεσματική και έγκαιρη αντιμετώπισή τους.

Συμπεράσματα: Κρίνεται αναγκαίο ο χειρουργός οδοντίατρος να έχει άριστη γνώση των κλινικών διεργασιών που διέπουν την επέμβαση, να έχει προετοιμαστεί κατάλληλα για αυτήν, καθώς και να έχει ενημερώσει τον ασθενή για την πιθανότητα εμφάνισης των παραπάνω επιπλοκών. Επίσης, πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, ώστε πρώιμα σημεία και συμπτώματα που αναφέρει ο ασθενής να μη διαφύγουν της προσοχής του, ούτως ώστε να προλάβει την ανάπτυξη σοβαρού προβλήματος στον ασθενή.

## 21. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΡΕΦΟΜΕΝΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ RACE ΣΤΗΝ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

*Βασιλοπούλου Γ., Γκιάκα Μ.*

Σκοπός αυτής της επιστημονικής αναρτημένης ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση του πρωτοκόλλου χρήσης των περιστρεφόμενων εργαλείων RaCe, όπως αυτή διδάσκεται στην προπτυχιακή κλινική της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών.

Τα εργαλεία RaCe είναι περιστρεφόμενα εργαλεία νικελίου-τιτανίου. Οι ιδιότητες των ρινών νικελίου-τιτανίου καθιστούν την μορφοποίηση των ριζικών σωλήνων γρήγορη και προβλέψιμη. Η ικανοποιητική αντοχή στη στρέψη των ρινών αυτών βελτιώνει την αντοχή στην θραύση και η αντοχή στην παραμόρφωση βοηθά στο να παραμένουν κεντραρισμένα στους ρ.σ. μειώνοντας έτσι τα λάθη στην επεξεργασία όπως η μετατόπιση του ρ.σ. Επιπρόσθετα, η ειδική επεξεργασία της επιφάνειας των εργαλείων (electro-chemical polishing) αυξάνει την αντοχή του κράματος στην κόπωση.

Το σύστημα Race αποτελείται από πολλά εργαλεία διαφορετικών ακρορριζικών διαμέτρων και κωνικότητων και δίνει στον κλινικό τη δυνατότητα να συνδυάσει τα εργαλεία αυτά για να πετύχει την επεξεργασία που αυτός επιθυμεί. Αυτό όμως καθιστά πολύπλοκη τη διαδικασία της επεξεργασίας των ρ.σ. Στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών εφαρμόζεται μια αλληλουχία 6 μόλις περιστρεφόμενων εργαλείων. Τα εργαλεία είναι τα 30/0.06, 15/0.04, 20/0.04, 25/0.04, 25/0.06 και 35/0.04. Η σειρά αυτή επιλέχθηκε με γνώμονα την ασφαλέστερη και συγχρόνως ταχύτερη επίτευξη ακρορριζικής παρασκευής σε μέγεθος κύριου ακρορριζικού εργαλείου 35 ISO. Σε αρκετές περιπτώσεις η τελική ακρορριζική παρασκευή



ολοκληρώνεται με το 35/0.04. Αυτό βέβαια εξαρτάται από την ανατομία των ριζικών σωλήνων. Η επεξεργασία μπορεί να συνεχιστεί με ρίνες χειρός (#40/0.02, #45/0.02, κ.ο.κ.) όπου κρίνεται απαραίτητο.

Συμπερασματικά, η χρήση του συστήματος RaCe καθιστά την επεξεργασία ακόμα και των δύσκολων και κεκκαμένων ρ.σ. γρήγορη και προβλέψιμη όταν τηρούνται οι κανόνες χρήσης τους ενώ είναι μια τεχνική εύκολη στην εκμάθηση.

## 22. ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ ΚΑΙ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΛΕΥΚΩΝ ΚΗΛΙΔΩΝ ΜΕ ΜΙΚΡΟΑΠΟΤΡΙΒΗ

*Ευαγγέλου Ε., Γκανάιεμ Σ.*

Εισαγωγή: Η λεύκανση των οδοντικών φραγμών είναι μια απόλυτα ασφαλής, καλά τεκμηριωμένη βιβλιογραφικά αισθητική διαδικασία που αφορά ασθενείς ευρέως φάσματος ηλικιών και αισθητικών απαιτήσεων.

Σκοπός: σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση ενός ενδιαφέροντος κλινικού περιστατικού λεύκανσης των άνω και κάτω φυσικών φραγμών ασθενούς ηλικίας 22 ετών που παράλληλα εμφάνιζε μεγάλη έκταση λευκές κηλίδες στους κεντρικούς άνω τομείς.

Μέθοδοι: Το σχέδιο θεραπείας περιελάμβανε την κατασκευή ατομικού νάρθηκα για την άνω και την κάτω γνάθο και χορήγηση λευκαντικού παράγοντα υπεροξειδίου του καρβαμιδίου διαφόρων συγκεντρώσεων. Η αντιμετώπιση των μικρής διάστασης λευκών κηλίδων έγινε με μικροαποτριβή όπου παραθέτονται παράλληλα τα πλεονεκτήματα και οι περιορισμοί της μεθόδου, ενώ των μεγαλύτερων στους κεντρικούς τομείς με αποκαταστάσεις σύνθετης ρητίνης.

Συμπεράσματα: Ένα κατάλληλα διαμορφωμένο πρωτόκολλο λεύκανσης με νάρθηκες στο σπίτι εξασφαλίζει άριστο αισθητικό αποτέλεσμα. Οι λευκές κηλίδες διαστάσεων >4mm απαιτούν την αισθητική προσέγγιση έμφραξης με Σύνθετη Ρητίνη.

## 23. ΕΓΚΛΕΙΣΗ ΚΥΝΟΔΟΝΤΩΝ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

*Κωνσταντώνη – Πανουσοπούλου Ν.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των απεικονιστικών μεθόδων και των θεραπευτικών ορθοδοντικών τεχνικών για τη διευθέτηση των εγκλείστων κυνοδόντων της άνω γνάθου στο φραγμό.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Η έγκλειση των κυνοδόντων απαντάται στο 1-3% του πληθυσμού. Η αιτιολογία της έγκλεισης δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί, όμως οι επικρατέστερες θεωρίες είναι αυτή της καθοδήγησης και της γενετικής αιτιολογίας. Η εντόπιση του εγκλείστου κυνόδοντα είναι πιο συχνά υπερώια (85%) και λιγότερο προστομιακή (15%). Σε απουσία προστομιακής ψηλάφησης του κυνοδοντικού επάρματος, κατά την όψιμη φάση των μικτών φραγμών, πρέπει να διενεργείται ακτινογραφικός έλεγχος της περιοχής. Στην παρούσα ανασκόπηση, στο πρώτο μέρος της, θα αναφερθούν οι τρόποι ακτινογραφικής απεικόνισης των εγκλείστων κυνοδόντων με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μεθόδου. Η πρόγνωση ενός εγκλείστου κυνόδοντα σχετίζεται με τη γωνία που έχει ως προς τη μέση γραμμή, την απόσταση από το μασητικό επίπεδο και την ηλικία του ασθενή. Στο δεύτερο μέρος της ανασκόπησης θα αναφερθεί ο τρόπος αντιμετώπισης των εγκλείστων κυνοδόντων ανάλογα με την θέση τους, την ηλικία των ασθενών και το είδος της ορθοδοντικής ανωμαλίας που παρουσιάζει ο κάθε ασθενής.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη διάγνωση στην περίπτωση του εγκλεισμού των κυνοδόντων της άνω γνάθου είναι σημαντική για την επιτυχή καθοδήγησή τους στο φραγμό από τον ορθοδοντικό. Η επιλογή της προληπτικής παρέμβασης ή της πλήρους ορθοδοντικής θεραπείας εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς και τη βαρύτητα του περιστατικού.

## 24. Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΦΘΟΡΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑ

Αντεκελίδου Γ., Γκιάλης Μ., Ευαγγέλου Ε., Θεοδώρου Α.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση της χρήσης του φθορίου στην παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, θα αναλυθούν οι τρόποι εφαρμογής του φθορίου, το ποσό που πρέπει να λαμβάνεται ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τον τερηδονικό κίνδυνο, καθώς επίσης και τα οφέλη του για την πρόληψη και αναχαίτιση της τερηδόνας. Ακόμη, θα γίνει αναφορά στις βιολογικές επιδράσεις από την κατάχρησή του.

Το φθόριο είναι ένα ασφαλές και αποτελεσματικό συμπλήρωμα για τη μείωση του τερηδονικού κινδύνου και για την αναστροφή της απομεταλλικοποίησης της αδαμαντίνης, αρκεί να γίνεται ορθή χρήση των φθοριούχων σκευασμάτων, ώστε να αποφευχθεί κάθε πιθανή παρενέργεια.

Το φθόριο μπορεί να χορηγείται συστηματικά, μέσω της φθορίωσης του πόσιμου νερού, του γάλακτος, του άλατος και της ζάχαρης, καθώς και με τροχίσκους ή σταγόνες φθορίου, με μέγιστη επιτρεπτή δόση 0.05mg/kg/μέρα. Επίσης, μπορεί να γίνεται τοπική χρήση του με οδοντόπαστες, στοματικά διαλύματα, ζελέ και βερνίκια. Τα διάφορα φθοριούχα σκευάσματα είναι δυνατόν να χορηγηθούν είτε στο ιατρείο από τον οδοντίατρο, είτε για χρήση στο σπίτι, υπό την επίβλεψη των γονέων.

Προκειμένου να προσδιοριστεί η ποσότητα και ο τρόπος πρόσληψης του φθορίου από κάθε ασθενή, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τρία πράγματα: η συγκέντρωση του φθορίου στο πόσιμο νερό ανάλογα με την περιοχή, η ηλικία του παιδιού, καθώς και ο υπάρχων τερηδονικός του κίνδυνος.

Συμπεράσματα: Το φθόριο είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης της τερηδόνας και η χρήση του θα πρέπει να ξεκινά από 6 μηνών, δηλαδή από την ανατολή του πρώτου νεογνού δοντιού. Ο κάθε οδοντίατρος θα πρέπει να δίνει οδηγίες εξατομικευμένα για κάθε παιδί ως προς τη χρήση των φθοριούχων σκευασμάτων.

## 25. ΝΕΟΤΕΡΑ ΜΗ-ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟΝ ΟΣΤΙΚΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ. ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γάτου Α., Πρεβεζάνος Ι.

Σκοπός – κλινική σημαντικότητα: Φαρμακευτικές ουσίες της κατηγορίας των διφωσφονικών, χορηγούνται σε παθήσεις όπως οστεοπόρωση, πολλαπλό μυέλωμα καθώς και για την πρόληψη μεταστάσεων πρωτογενών όγκων στα οστά. Οι παράγοντες αυτοί, είναι ισχυροί αναστολείς της οστεοκλαστικής δραστηριότητας. Η χορήγηση των διφωσφονικών συσχετίζεται με εμφάνιση οστεονέκρωσης των γνάθων μετά από επεμβατικές οδοντιατρικές εργασίες, της οποίας η αντιμετώπιση είναι δύσκολη και απρόβλεπτη. Ωστόσο, στα πλαίσια της σύγχρονης θεραπείας των ανωτέρω καταστάσεων εφαρμόζονται και μη-διφωσφονικοί παράγοντες, που επίσης επιδρούν στον οστικό μεταβολισμό, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα κατά του RANKL (denosumab) και οι αντι-αγγειογενετικοί παράγοντες (bevacizumab, sunitinib). Σχετικά πρόσφατα έχουν δημοσιευτεί αναφορές οστεονέκρωσης των γνάθων έπειτα από τη λήψη τους. Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι η ανάλυση της δράσης των νεότερων μη-διφωσφονικών φαρμακευτικών, καθώς και των δεδομένων της βιβλιογραφίας που σχετίζουν τη λήψη αυτών των παραγόντων με πιθανό κίνδυνο οστεονέκρωσης των γνάθων, μετά από επεμβατική οδοντιατρική εργασία.

Συζήτηση: Με δεδομένη την αθροιστική συγκέντρωση των μη-διφωσφονικών φαρμακευτικών παραγόντων στον οργανισμό, η δοσολογία και η συχνότητα χορήγησης, πιθανόν να επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης οστεονέκρωσης των γνάθων. Σε ασθενείς που πρόκειται να λάβουν αυτούς τους παράγοντες, η πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση οδοντιατρικών προβλημάτων είναι ιδιαίτερα σημαντική. Σε ασθενείς που ήδη λαμβάνουν αυτούς τους παράγοντες επί μακρόν ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στη διατήρηση καλής στοματικής υγείας, και την αποφυγή ιδιαίτερα επεμβατικών οδοντιατρικών εργασιών.

Συμπεράσματα: Η λήψη μη-διφωσφονικών φαρμακευτικών παραγόντων που επιδρούν στον οστικό μεταβολισμό, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε οστεονέκρωση των γνάθων. Θεωρείται επιβεβλημένη η



ενημέρωση του οδοντιάτρου για τις σύγχρονες μεθόδους θεραπείας παθήσεων των οστών και τις πιθανές παρενέργειές τους.

## 26. ΦΥΤΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ: ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

*Κατσιμπαλη Α., Κωνσταντίνη – Πανουσοπούλου Ν., Τζουανάκη Κ.*

**Εισαγωγή:** Η τερηδόνα και οι περιοδοντικές νόσοι προσβάλλουν ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού από νεαρή ηλικία. Η συσχέτισή τους με το μικροβιακό παράγοντα δικαιολογεί την ύπαρξη πληθώρας αντιμικροβιακών ουσιών. Η ανάπτυξη μικροβιακών στελεχών ανθεκτικών στις ουσίες αυτές και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις, πρόσφατα οδήγησαν το ενδιαφέρον ερευνητών και εταιριών στην αναγνώριση φυτικών σκευασμάτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συμπληρωματικά, ασφαλή και οικονομικά μέσα ελέγχου των νόσων αυτών.

**Σκοπός και κλινική σημαντικότητα:** Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η συνοπτική παρουσίαση των ευρημάτων πρόσφατων μελετών σχετικά με την αντιμικροβιακή και αντιφλεγμονώδη δράση φυτικών σκευασμάτων όπως η γλυκόριζα, το σκόρδο, οι σταφίδες, το τσάι, τα κράνμπερρυ, το μέλι, το κακάο και η πρόπολη.

**Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας:** Οι ουσίες αυτές μπορούν να χορηγούνται σε στοματικά διαλύματα, ροφήματα, τσίχλες, καραμέλες ή/και γλειφιτζούρια. Πρόσφατες *in vivo* μελέτες σε ζώα και ανθρώπους έδειξαν ότι ορισμένα φυτικά συστατικά έχουν αντιτερηδογόνες ιδιότητες. Συγκεκριμένα, οι πολυφαινόλες στα διάφορα είδη τσαγιού δυναμικά συμβάλλουν στην μείωση της ανάπτυξης τερηδόνας. Επίσης, ευνοούν την επανασβεσίωση της αδαμαντίνης καθώς και την αύξηση του pH του σάλιου και της οδοντικής πλάκας. Οι μελέτες που αφορούν την επίδραση των προϊόντων αυτών στις περιοδοντικές νόσους είναι λίγες. Οι πολυφαινόλες στο πράσινο τσάι συμβάλλουν στην παρεμπόδιση της προσκόλλησης περιοδοντοπαθογόνων μικροβίων σε επιθηλιακά κύτταρα. Επίσης, η κατανάλωση χυμού κράνμπερρυ είναι αποτελεσματική στη συνάθροιση μεταξύ περιοδοντοπαθογόνων μικροβίων.

**Συμπεράσματα:** Η χρήση των φυτικών προϊόντων φαίνεται να έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα κατά της τερηδόνας και των περιοδοντικών νόσων, τα οποία πιθανόν να αποτελέσουν συμπληρωματικά μέσα οδοντιατρικής προληπτικής φροντίδας.

## 27. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΗΣ ΕΝ ΨΥΧΡΩ ΚΑΙ ΕΝ ΘΕΡΜΩ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

*Διαμαντίδη – Ξηντάρη Ν.*

Στην εργασία αυτή θα παρουσιαστούν δύο διαφορετικοί τρόποι κατασκευής μεταβατικών αποκαταστάσεων. Σκοπός της εργασίας είναι να αναφερθεί τι θα πρέπει να επιτυγχάνεται με μία σωστή μεταβατική αποκατάσταση, καθώς και ποιες είναι οι προϋποθέσεις για να κατασκευαστεί μία τέτοια. Τα δύο αυτά στοιχεία έχουν μεγάλη κλινική σημαντικότητα, αφού η μεταβατική αποκατάσταση στο στοματικό περιβάλλον είναι απαραίτητο να πληροί συγκεκριμένα βιολογικά, λειτουργικά, αλλά και αισθητικά κριτήρια, σε διαφορετική περίπτωση θα επιφέρει βλαπτικές συνέπειες στους σκληρούς αλλά και στους μαλακούς ιστούς. Κατόπιν θα περιγραφούν επιγραμματικά οι δύο αυτοί τρόποι κατασκευής.

Προκειμένου να συλλεχθούν τα απαραίτητα στοιχεία για την συγγραφή της παρουσίασης, αναγνώστηκαν ποικίλες ιατρικού περιεχομένου, αναγνωρισμένες ιστοσελίδες, όπως το <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

Στην εν ψυχρώ ή αλλιώς ενδοστοματική τεχνική, θα παρουσιαστούν δύο τρόποι κατασκευής της μεταβατικής αποκατάστασης, μία με μήτρα σιλικόνης και την άμεση κατασκευή.

Στην εν θερμώ ή εργαστηριακή τεχνική, η κατασκευή της μεταβατικής ακολουθεί την κατασκευή μήτρας από εν θερμώ πολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη και ακολουθεί αναπροσαρμογή της ενδοστοματικά με εν ψυχρώ πολυμεριζόμενη ακρυλική ρητίνη.

Συμπερασματικά, στην εργασία αυτή τονίστηκε το πόσο σημαντική είναι η σωστή κατασκευή των μεταβατικών αποκαταστάσεων και πως αυτή επιτυγχάνεται, ενώ στη συνέχεια παρουσιάστηκαν και δύο τρόποι κατασκευής αυτών.

## 28. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΚΑΠΗ ΖΩΓΡΑΦΟΥ

Μιχαήλ Λ., Πετράκη Β.

Εισαγωγή: Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό στοματικής νόσου και συχνά αναφέρουν υποκειμενικά στοματικά παράπονα όπως ξηροστομία και μασητικές δυσκολίες. Τα ερευνητικά δεδομένα για τη στοματική κατάσταση των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα των υπερηλίκων στην Ελλάδα είναι περιορισμένα.

Σκοπός: Η καταγραφή της στοματικής κατάστασης ηλικιωμένων σε ΚΑΠΗ της Αττικής και η συσχέτιση της με την ηλικία.

Υλικά και μέθοδος: Τεταρτοετείς φοιτητές της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών πραγματοποίησαν στα πλαίσια του μαθήματος της Γηροδοντιατρικής εκπαιδευτικές επισκέψεις στο Α' ΚΑΠΗ του Δήμου Ζωγράφου. Ελήφθη συνέντευξη και έγινε στοματική εξέταση σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους, με τη βοήθεια εξεταστικού φακού και εργαλείων μίας χρήσεως.

Αποτελέσματα: Εξετάστηκαν 82 άτομα (24 άνδρες και 58 γυναίκες) με μέσο όρο ηλικίας τα 72.3 ( $\pm 8.1$ ) έτη. Σημαντικό ποσοστό, 17.1%, ήταν απόφοιτοι μεταλυκειακής εκπαίδευσης και 41.5% απόφοιτοι δημοτικού. Ο επιπολασμός γενικών νοσημάτων ανά εξεταζόμενο ήταν 3.1 ( $\pm 1.9$ ), ενώ λάμβαναν συστηματικά 2.8 ( $\pm 2.2$ ) διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα. Υψηλό ποσοστό (56.1%) παραπονέθηκε για ξηροστομία, 3.7% για καυσalgία, 19.5% για μασητικές δυσκολίες, ενώ 60.9% για διάφορα άλλα στοματικά προβλήματα κατά την εξέταση. Το 15.8% των ασθενών ήταν ολικά νωδοί, ενώ οι ενόδοντες είχαν κατά μέσο όρο 19.3 ( $\pm 8.0$ ) φυσικά δόντια. Σαράντα % έφεραν κινητές προσθετικές αποκαταστάσεις (ολικές και μερικές οδοντοστοιχίες). Η αύξηση της ηλικίας σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με αυξημένα ποσοστά ολικής νωδότητας και με λιγότερα φυσικά δόντια ( $p \leq 0.05$ ). Χαρακτηριστικά, το 75% των ατόμων άνω των 85 ετών ήταν ολικά νωδοί.

Συμπεράσματα: Στο συγκεκριμένο ηλικιωμένο πληθυσμό καταγράφηκαν πολλά υποκειμενικά στοματικά προβλήματα, ενώ η απώλεια φυσικών δοντιών ήταν ιδιαίτερα αυξημένη στην τέταρτη ηλικία.

## 29. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΟΧΛΩΡΙΩΔΟΥΣ ΝΑΤΡΙΟΥ ΚΑΙ ΥΔΡΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ – ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Κουτσούμπα Μ., Πολυζωίδου Β.

Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να παρουσιάσει τις πιθανές επιπλοκές από τη λανθασμένη χρήση υποχλωριώδους νατρίου και υδροξειδίου του ασβεστίου, καθώς επίσης την αντιμετώπιση αλλά και την πρόληψη αυτών. Η κλινική της σημαντικότητα έγκειται στο γεγονός πως ο κλινικός πρέπει να έχει επίγνωση κάθε είδους ατυχήματος που μπορεί να προκύψει, ακόμα και του πιο ασυνήθιστου, να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα σημεία και τα συμπτώματα και να γνωρίζει τα πρωτόκολλα πρόληψης και αντιμετώπισης, όπως αυτά προτείνονται.

Όσον αφορά το υποχλωριώδες νάτριο η συγκέντρωση 5.25% φαίνεται να είναι η πιο επικίνδυνη, ενώ συγκεντρώσεις της τάξεως του 1% φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματικές όσο και ασφαλείς. Σχετικά με το υδροξείδιο του ασβεστίου, η υψηλή του αλκαλικότητα, όπου οφείλει και τις ιδιότητές του, το καθιστά ασφαλές μόνον όταν περιορίζεται εντός των ριζικών σωλήνων.

Σύμφωνα με τα σαράντα ένα άρθρα που επιλέχθηκαν και αναλύθηκαν, τα ατυχήματα που αφορούν την κακή χρήση των στοιχείων αυτών μπορεί να μην είναι τόσο συνήθη όμως είναι πιθανό να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την ακριβή συχνότητα των επιπλοκών αυτών, καθώς τα "μικροατυχήματα" δεν αναφέρονται βιβλιογραφικά. Επιπλέον, η αγωγή που προτείνεται είναι εμπειρική καθώς οι πληροφορίες προέρχονται κυρίως από αναφορές περιστατικών



και όχι από πειραματικές μελέτες. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων χορηγούνται παυσίπονα, αντιβιοτικά και κορτικοστεροειδή. Εξειδικευμένα μέτρα λαμβάνονται ανάλογα με τους ιστούς που έχουν θιχτεί. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις ενδέχεται να χρειαστεί και νοσοκομειακή περίθαλψη. Η παρακολούθηση και υποστήριξη του ασθενούς μέχρι την πλήρη ίαση του είναι απαραίτητη.

### **30. ΟΜΑΛΟΣ ΛΕΙΧΗΝΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 254 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

*Κοντοές Γ., Μπάρμπας Γ., Καλογήρου ΕΜ.*

**Εισαγωγή:** Ο ομαλός λειχήνας (ΟΛ) είναι μία χρόνια δερματοβλεννογόνια νόσος ανοσολογικής αρχής, η οποία χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις και εμφανίζεται στη στοματική κοιλότητα με ποικίλες κλινικές μορφές.

**Σκοπός:** Στη παρούσα εργασία, 254 περιπτώσεις ΟΛ στόματος αναλύονται ως προς τα δημογραφικά στοιχεία, το ιατρικό ιστορικό των ασθενών, καθώς και τις κλινικές μορφές αυτής της νόσου.

**Υλικά και μέθοδος:** Από τα αρχεία ηλεκτρονικής καταγραφής ασθενών του Εργαστηρίου Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ αναζητήθηκαν όλες οι περιπτώσεις ΟΛ που διαγνώστηκαν στην Κλινική κατά τα έτη 2006-2012. Οι πληροφορίες από τα ιστορικά ταξινομήθηκαν με βάση το φύλο και ηλικία των ασθενών, τα συστηματικά νοσήματα, τα λαμβανόμενα φάρμακα, την κλινική μορφή και την εντόπιση των βλαβών στο στόμα.

**Αποτελέσματα:** Από το σύνολο των 4349 ασθενών που προσήλθαν για στοματολογική εξέταση, ο ΟΛ αναφερόταν σε 254 περιπτώσεις (5,84%). Η αναλογία γυναικών:ανδρών ήταν 2,48:1 και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 60,44 έτη. Στο 44,9% (114/254) η νόσος αφορούσε σε μία κλινική μορφή, ενώ στο 55,1% (140/254) καταγράφηκε συνδυασμός βλαβών, συνθέστερα ατροφικού/διαβρωτικού με δικτυωτού τύπου ΟΛ. Αμφοτερόπλευρη εντόπιση στις παρειές είχε καταγραφεί στο 62,6% (159/254). Άλλες εντοπίσεις που αναφέρονταν ήταν τα πλάγια χείλη της γλώσσας (97/254, 38,2%) και τα ούλα (79/254, 31,1%). Στο ιατρικό ιστορικό των ασθενών είχαν καταγραφεί σε μεγαλύτερη συχνότητα η υπέρταση (76/254, 29,9%), οι καρδιακές παθήσεις (57/254, 22,4%) και ο υποθυρεοειδισμός (54/254, 21,3%).

**Συμπεράσματα:** Ο ΟΛ προσβάλλει συχνότερα γυναίκες 6ης-7ης δεκαετίας της ζωής. Η κλινική εικόνα ποικίλλει και μεταβάλλεται, αλλά συνθέστερα αφορά σε συνδυασμό βλαβών ατροφικού/διαβρωτικού με δικτυωτού τύπου. Από τα γενικά νοσήματα φαίνεται να συνυπάρχει πιο συχνά με υπέρταση.

### **31. ΟΙ ΠΥΡΗΝΕΣ ΤΟΥ ΤΡΙΔΥΜΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ**

*Οικονόμου Γ., Παπαδόπουλος Σ.*

**Σκοπός και κλινική σημαντικότητα:** Η παρούσα εργασία στοχεύει στην κατανόηση των εξειδικευμένων λειτουργιών και των σημαντικότερων αναστομώσεων των τεσσάρων πυρήνων του τριδύμου νεύρου (κύριος αισθητικός, μεσεγκεφαλικός, πυρήνας νωτιαίας δεσμίδας, κινητικός), καθώς και της πορείας των πληροφοριών που άγονται μέσω αυτών. Εν συνεχεία, περιγράφονται τα κυριότερα αντανακλαστικά που προκύπτουν από τις ποικίλες αναστομώσεις των τριδυμικών πυρήνων, ώστε να γίνει εμφανής η κλινική σημασία της άρρηκτης σύνδεσης που διαθέτει τελικώς το τρίδυμο με βιολογικές, αισθητικές και κινητικές λειτουργίες ολόκληρου του οργανισμού.

**Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση από συγγράμματα βασισμένα στην μελέτη εγκεφαλικών συζυγιών, δημοσιευμένες διατριβές στους πυρήνες του τριδύμου και βιβλιογραφίες σχετικές με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Μέσω συλλογής διασταυρούμενων πληροφοριών και εικονογραφημένων εγκεφαλικών τομών (Netter), μελετήθηκε και παρουσιάζεται η τριδυμοθαλαμική οδός, κύρια αντανακλαστικά όπως της μυϊκής ατράκτου των μασητήρων, του κερατοειδούς, του παρμού, της κατάποσης και αναγωγής, των μυών του εδάφους τους στόματος, το οφθαλμοκαρδιακό και δακρυϊκό αντανακλαστικό. Ακόμα, μέσω σχετικών βιβλιογραφιών παρουσιάζεται η αντίληψη της κιναισθησίας των



οφθαλμών και της αίσθησης τάσης στους οδόντες και το περιρρίζιο, καθώς και η πορεία των πληροφοριών της διακριτικής αφής, του άλγους και της θερμοκρασίας του δέρματος του προσώπου.

Μέθοδοι και υλικά: Χρησιμοποιήθηκαν φρέσκα παρασκευάσματα εγκεφάλων, στα οποία επιτελέστηκαν τομές στα επίπεδα του προμήκη μυελού, της γέφυρας, των θαλάμων και του φλοιού, με σκοπό την εύρεση της θέσης των τεσσάρων πυρήνων, αλλά και την επίδειξη της πορείας των νευρώνων τους.

Συμπέρασμα: Μέσω της παρούσας μελέτης καθίσταται αντιληπτή η πολυδιάστατη λειτουργία και η ενότητα των τριδυμικών πυρήνων με σημαίνουσες λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού.

### 32. ΦΥΡΑΜΑΤΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΦΡΑΞΗ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ

Ταμιωλάκης Π.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η έμφραξη των ριζικών σωλήνων είναι ένα πολύ σημαντικό στάδιο για την επιτυχή έκβαση μιας ενδοδοντικής θεραπείας. Το κύριο εμφρακτικό υλικό όμως, η γουταπέρκα, δεν προσκολλάται στα τοιχώματα των ριζικών σωλήνων, με αποτέλεσμα να παραμένουν κενά. Με τη χρήση των φυραμάτων τα κενά αυτά πληρώνονται, γι αυτό και τα φυράματα είναι σημαντικά για την επίτευξη ερμητικής έμφραξης των ριζικών σωλήνων. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να παρουσιάσει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε κατηγορίας φυραμάτων.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Για τη συγγραφή της εργασίας αυτής, αναζητήθηκαν πληροφορίες στη βάση δεδομένων «Pubmed», με τη χρήση των όρων «sealers in endodontics», «endodontic sealers», «root canal sealers» καθώς και σε συγγράμματα και επιστημονικά περιοδικά στην βιβλιοθήκη της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών. Δεν υπάρχει ιδεώδες φύραμα - όλα εμφανίζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Τα ευγενολούχα φυράματα αποτελούν την επιλογή κυρίως των γενικών οδοντιάτρων, με τα φυράματα εποξικής ρητίνης να προτιμούνται από εξειδικευμένους πιθανώς λόγω καλύτερης συμπεριφοράς τους κατά τις θερμές τεχνικές έμφραξης. Για τις υπόλοιπες κατηγορίες φυραμάτων διαφαίνεται (κυρίως από την έλλειψη επαρκούς αριθμού κλινικών μελετών) ότι η επιστημονική κοινότητα τα έχει εγκαταλείψει σε μεγάλο βαθμό.

Συμπεράσματα: Τα ευγενολούχα φυράματα, και τα φυράματα εποξικής ρητίνης, είναι τα κύρια φυράματα επιλογής του οδοντιάτρου, ο οποίος, πρέπει να κρατάει στάση αναμονής όσον αφορά τα νέα υλικά που παρουσιάζονται μέχρι να υπάρξουν ασφαλή συμπεράσματα για την κλινική τους συμπεριφορά και να μην επηρεάζονται από πολιτικές προώθησης.

### 33. ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΕ ΠΟΝΟ ΠΟΛΦΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

Χαλαζωνίτη Α., Shehade A.

Η ανάγκη εφαρμογής μιας συστηματικής διαγνωστικής προσέγγισης, είναι απαραίτητη ώστε να ελαχιστοποιούνται εσφαλμένες διαγνώσεις και θεραπευτικά σχήματα. Το παρουσιαζόμενο περιστατικό αφορά συνάδελφο φοιτητή, που προσήλθε βραδινή ώρα, σε δημόσιο νοσοκομείο με κύριο σύμπτωμα έντονο πόνο στο αριστερό ημιμόριο της άνω γνάθου, αντίστοιχα των οπισθίων δοντιών. Μετά από απλή επισκόπηση και επίκριση, αποφασίστηκε διάνοιξη του #25, τοποθέτηση σφαιριδίου βάμβακος εμποτισμένου με ευγενόλη στο μυλικό θάλαμο και προσωρινή έμφραξη. Τα συμπτώματα δεν υποχώρησαν, οθώντας τον ασθενή να επισκεφθεί νέο νοσοκομείο την επομένη, όπου μετά από σύντομη κλινική εξέταση, θεωρήθηκε ότι ο πόνος οφειλόταν σε ιγμορίτιδα και χορηγήθηκε αντιβίωση. Την τρίτη ημέρα, ο ασθενής επισκέφθηκε ιδιωτικό οδοντιατρείο, όπου η συστηματική λήψη ιστορικού, η λεπτομερής κλινική εξέταση και η λήψη οπισθοφατνιακών ακτινογραφιών έδειξαν ότι ο πόνος οφείλονταν σε οξύ φατνιακό αποστημα λόγω αποτυχίας προηγούμενης ενδοδοντικής θεραπείας του #26. Επιπλέον ο #25 είχε θεραπευθεί ενδοδοντικά σε παλαιότερο χρόνο. Αποφασίστηκε η επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας του #26 και με την αφαίρεση της γουταπέρκας από τους ριζικούς σωλήνες, παροχετεύθηκε πυαιματηρό εξιδρώμα. Στην ίδια συνεδρία πραγματοποιήθηκε ΧΜΕ στο μήκος εργασίας και τοποθέτηση Ca(OH)<sub>2</sub>. Με την αποδρομή της αναισθησίας ο ασθενής είχε ανακουφισθεί σε σημαντικό βαθμό από τον πόνο.



Συμπεράσματα: Οι παραλείψεις στη διαγνωστική προσέγγιση, όπως η ανεπαρκής λήψη και αξιολόγηση του ιστορικού και των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων, η παράλειψη ακτινογραφικής εξέτασης, κ.ά. οδηγούν σε εσφαλμένες θεραπευτικές επιλογές.

#### **34. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΘΡΑΥΣΘΕΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΜΕΤΑΛΛΟΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ, ΜΕ ΟΨΗ ΠΟΡΣΕΛΑΝΗΣ**

*Μολδοβάνη Δ., Μουρελάτου Π., Παπαθανασοπούλου Χ.*

Εισαγωγή: Αναφορά περιστατικού. Γυναίκα 64 ετών προσήλθε στην κλινική συνολικής αντιμετώπισης στις 29/10/2012 με απόσπαση πορσελάνης προστομακά στον 21, τμήμα διατοξικής αποκατάστασης μεταλλοπορσελάνης από τον 15 έως τον 26 με στηρίγματα τα 15, 14, 13, 21, 24, 26. Η προϋπάρχουσα αποκατάσταση είχε ολοκληρωθεί στην ίδια κλινική το 2007. Η θραύση της έγινε μετά από εφαρμογή δύναμης στον 21 (πρόσκρουση).

Σκοπός: Η δυνατότητα αποκατάστασης αποσπασθέντων τεμαχίων πορσελάνης σε στεφάνες που ήδη λειτουργούν χωρίς να αφαιρεθεί η συνολική αποκατάσταση.

Εφαρμογή τεχνικής: • Λήψη αρχικών αποτυπωμάτων για διαγνωστικό κέρωμα στον 21 • Παρασκευή του 21 για όψη-λήψη τελικού αποτυπώματος-κατασκευή μεταβατικού από ακρυλική ρητίνη με τη βοήθεια κλειδιού σιλικόνης που προήλθε από το διαγνωστικό κέρωμα • Αδροποίηση της εσωτερικής επιφάνειας της όψης και της παρασκευασμένης πορσελάνης της μεταλλοκεραμικής πρόσθεσης με υδροφθορικό οξύ • Εφαρμογή παράγοντα σύζευξης – σιλανίου και στις δύο επιφάνειες • Εφαρμογή συγκολλητικού παράγοντα • Τοποθέτηση ρητίνης χαμηλού ιξώδους στην προστομακική επιφάνεια της πορσελάνης του δοντιού και της όψης – φωτοπολυμερισμός-αφαίρεση περισσειών • Έλεγχος σύγκλεισης – λείανση • Τελικό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: • Άμεση αισθητική αποκατάσταση στη λύση ενός προβλήματος που ταλανίζει επί πολλά χρόνια τους κλινικούς οδοντιάτρους • Αποτελεί την πιο προσιτή οικονομικά εφαρμογή από οποιαδήποτε άλλη • Εύκολη παρασκευή, εφαρμογή, συγκόλληση της όψης με τεχνικές και υλικά που έχουν διδαχθεί και για άλλους σκοπούς.

#### **35. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΠΛΑΣΗΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΙΣΤΩΝ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

*Μπαχλαβά Ε., Νικητάκου Φ., Ντόλου Π., Παλάντζα Ε., Φραγκούλης Κ.*

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση, με βάση τη σύγχρονη βιβλιογραφία αλλά και μέσα από κλινικά περιστατικά, των υλικών και τεχνικών που εφαρμόζονται για την ανάπλαση των περιοδοντικών ιστών στην καθ'ημέρα κλινική πράξη. Η ανάπλαση των περιοδοντικών ιστών και ειδικότερα της οστεΐνης, του φατνιακού οστού και των ινών του περιρριζίου βρίσκει κλινική εφαρμογή εδώ και δεκαετίες στην θεραπεία της περιοδοντικής νόσου. Τα υλικά και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται εξελίσσονται διαρκώς με σκοπό την προβλέψιμη δημιουργία νέας συνδετικογενούς πρόσφυσης. Στις αναπλαστικές τεχνικές του περιοδοντίου εφαρμόζονται υλικά όπως: αφοριστικές μεμβράνες, οστικά μοσχεύματα και βιολογικοί μεσολαβητικοί παράγοντες, μόνα τους ή σε συνδυασμό. Οι μεμβράνες (απορροφήσιμες και μη) που χρησιμοποιούνται στην κατευθυνόμενη ιστική ανάπλαση (KIA), παρεμβάλλονται μεταξύ χειρουργικού κρημνού και οστικής βλάβης, εμποδίζοντας τα επιθηλιακά κύτταρα να καλύψουν την ριζική επιφάνεια. Παρέχεται, έτσι, ο απαιτούμενος χρόνος στα κύτταρα του περιρριζίου να αποικίσουν την περιοχή και να οδηγήσουν στην ανάπλαση των περιοδοντικών ιστών. Η ανάγκη δεύτερης χειρουργικής επέμβασης αλλά και τα αυξημένα ποσοστά αποκάλυψης των μη απορροφήσιμων μεμβρανών έχει οδηγήσει στην επικράτηση των απορροφήσιμων μεμβρανών στην KIA. Για να αποφευχθεί η υποχώρηση των απορροφήσιμων μεμβρανών μέσα στην ενδοοστική βλάβη ενδείκνυται η χρησιμοποίηση οστικών μοσχευμάτων (αυτομοσχεύματα, αλλομοσχεύματα, ξενομοσχεύματα, αλλοπλαστικά υλικά) κυρίως ως υποστηρικτικά ικρίσματα. Παράλληλα, στα πλαίσια της ιστικής μηχανικής, αυξημένη χρήση βρίσκουν σήμερα οι βιολογικοί μεσολαβητικοί παράγοντες (αμελογενίνη, αυξητικοί παράγοντες, μορφογενετικές πρωτεΐνες κ.ά.) μόνοι τους ή σε συνδυασμό με τα οστικά μοσχεύματα και τις μεμβράνες. Τέλος, οι αρχές

της ιστικής μηχανικής και της γονιδιακής θεραπείας αποτελούν το μέλλον της ανάπλασης των περιοδοντικών ιστών.

## 36. ΕΠΙΤΟΙΧΙΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

### ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΒΕΛΟΝΟΕΙΔΟΥΣ ΑΠΟΦΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΗΦΙΑΚΗ ΠΑΝΟΡΑΜΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

*Κρουσάλλη Α, Πανή Ε.*

Εισαγωγή και σκοπός: Η πανοραμική ακτινογραφία αποτελεί απεικονιστική τεχνική πρώτης επιλογής για την αμφοτερόπλευρη αξιολόγηση της βελονοειδούς απόφυσης, η οποία εμφανίζεται ως επιμήκης σκίαση κάτω από τον κόνδυλο και πίσω από το χείλος της κάτω γνάθου. Η ακτινογραφική της απεικόνιση εξαρτάται από το μήκος, το σχήμα και το βαθμό ενασβεστίωσης αυτής, καθώς και του βελονοειδούς συνδέσμου. Έρευνες αναφέρουν ότι η επιμηκυσμένη βελονοειδής απόφυση εμφανίζεται στον πληθυσμό σε ποσοστό 2-28%. Σκοπός της έρευνας είναι να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ ηλικιακών ομάδων, φύλου και απεικονιζόμενου μήκους της βελονοειδούς απόφυσης στην ψηφιακή πανοραμική ακτινογραφία.

Υλικά και Μέθοδος: Για την έρευνα αυτή μετρήθηκαν σε διαφανοσκόπιο η δεξιά και η αριστερή βελονοειδής απόφυση με υποδεκάμετρο, 300 ψηφιακών πανοραμικών ακτινογραφιών από το αρχείο της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ. Όλες οι ακτινογραφίες λήφθηκαν από τον ορθοπαντομογράφο ProMax της εταιρίας PLANMECA, κατασκευής του 2002, με φίλτρο 2,5mm Al. Ως φυσιολογικό μήκος καθορίστηκαν τα 30mm. Οι μετρήσεις ομαδοποιήθηκαν σε τρεις ηλικιακές ομάδες και δύο υποκατηγορίες, με βάση το φύλο. Για τη στατιστική αξιολόγηση των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκαν t-test για το φύλο και one-way ANOVA για την ηλικία.

Αποτελέσματα: Επιμηκυσμένη βελονοειδής απόφυση βρέθηκε σε ποσοστό 21,57% ετερόπλευρα και 78,43% αμφοτερόπλευρα. Όσον αφορά στους άνδρες, το μέσο μήκος των επιμηκυσμένων αποφύσεων κυμάνθηκε στα 39,87mm για ηλικίες 20-40, 42,14mm για ηλικίες 41-60 και 39,66mm για ηλικίες άνω των 61 χρόνων. Οι ίδιες κατηγορίες στις γυναίκες κυμάνθηκαν στα 39,42mm, 40,39mm και 38,85mm αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Το μήκος αμφοτέρων των βελονοειδών αποφύσεων αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας και στους άνδρες η επιμήκυνση είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι στις γυναίκες.

## 37. ΚΑΤΑΓΜΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

*Βλαχάκη Α., Γρίδου Μ., Δημοπούλου Μ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη της αποκατάστασης του παιδιατρικού ασθενή που πάσχει από συγγενή ή επίκτητη μερική ή ολική ανοδοντία. Αν και η ανοδοντία συνδέεται συνήθως με τον γηράσκοντα ασθενή, εντούτοις η συνολική ή μερική απώλεια δοντιών συναντάται και στα νεαρά άτομα και είναι κυρίως αποτέλεσμα τραύματος, εκτεταμένων τερηδονικών κοιλοτήτων και γενικότερα της απλασίας της οδοντοφυΐας, (νεογλής ή και μόνιμης) λόγω γενετικών συνδρόμων, όπως η εξωδερμική δυσπλασία, καθώς και νεοπλασιών, όπως το οστεοσάρκωμα. Υπάρχουν περιοριστικές ενδείξεις όσον αφορά τη θεραπεία με εμφυτεύματα σε άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει την κρανιοπροσωπική τους αύξηση και ως εκ τούτου είναι περιορισμένος ο αριθμός μέχρι σήμερα αναφορών σε επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις στον παιδιατρικό ασθενή.

Η παρούσα ανασκόπηση διερευνά την τρέχουσα βιβλιογραφία για να μελετήσει τη χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων στους αναπτυσσόμενους ασθενείς και την επιρροή των στην αύξηση των γνάθων.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, τα εμφυτεύματα συστήνεται να τοποθετώνται μετά την ολοκλήρωση της οδοντικής και σκελετικής αύξησης, εκτός από τις σοβαρές περιπτώσεις της εξωδερμικής δυσπλασίας, του οστεοσάρκωματος και ορισμένων άλλων συνδρόμων.



Συμπεράσματα: Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία συμπεραίνεται ότι οι παιδιατρικοί ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν εντυπωσιακά από μια επιεμφυτευματική αποκατάσταση, ήδη από την περίοδο της πρώτης ηλικίας, στοχεύοντας αφενός στη βελτίωση του λόγου και της μάσησης και αφετέρου στη μείωση των πιθανών ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στον ασθενή.

### **38. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ**

*Γεωργίου ΑΧ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Κύριος στόχος στην αντιμετώπιση τραυματικής οδοντικής μετατόπισης είναι η προστασία και η διατήρηση του περιρριζίου, στην οποία συμβάλλει η άμεση ακινητοποίηση των τραυματισμένων δοντιών. Είναι να παρουσιάσει τις επικρατούσες απόψεις και τεχνικές όσον αφορά την ακινητοποίηση, όπως προκύπτουν από τεκμηριωμένες κλινικές μελέτες και εργαστηριακές έρευνες.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αντιμετώπιση του τραύματος είναι το είδος του τραύματος (κάταγμα μύλης, ρίζας ή και φαντίου, μετακίνηση, εκγόμφωση), το είδος της ακινητοποίησης (ενδοτική ή ανένδοτη) και η διάρκεια διατήρησης αυτής.

Συμπεράσματα: Από συστηματική μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η ακινητοποίηση επιλογής στο πλείστο των περιπτώσεων είναι η ενδοτική και η εφαρμογή της είναι εφικτή, απλή και σύντομη με τη χρήση είτε καθημερινών μέσων (σύρμα και σύνθετη ρητίνη) ή εξειδικευμένων έτοιμων κατασκευών (Titanium Trauma Splint).

### **39. ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΑΣ, ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ**

*Καμπανάς Ν.Σ., Σιταράς Σ., Σφακιωτάκης Κ.*

Εισαγωγή: Για δεκαετίες, η τερηδόνα αναγνωριζόταν κλινικά από τον σχηματισμό κοιλότητας στην οδοντική επιφάνεια. Ο σχηματισμός, ωστόσο, κοιλότητας είναι από τις τελευταίες κλινικές τερηδονικές εκδηλώσεις. Από θεραπευτική, συνεπώς, σκοπιά είναι αναγκαία η διάγνωση της τερηδονικής βλάβης στα αρχικά στάδια, ώστε να εφαρμοστούν μέτρα που σταματούν την εξέλιξη της. Σημαντικό ρόλο στη λήψη απόφασης, στο σχέδιο και τον τρόπο αντιμετώπισης της τερηδόνας παίζει η εκτίμηση της ενεργότητας της βλάβης.

Οι τερηδονικές βλάβες διαχωρίζονται κλινικά με κριτήρια τη θέση εμφάνισης, το βάθος της έκτασης τους, την ενεργότητα και το ιστορικό προσβολής στην επιφάνεια που εμφανίζονται. Με βάση την περιοχή εμφάνισης διακρίνεται σε τερηδόνα μύλης, τερηδόνα ρίζας και τερηδόνα που αναπτύσσεται στα όρια ή στα τοιχώματα αποκαταστάσεων. Με βάση τη δραστηριότητα εξέλιξής της, μία τερηδονική βλάβη χαρακτηρίζεται ως ενεργή, δηλαδή παρουσιάζει κάποιο ρυθμό εξέλιξης, καταστρέφοντας περαιτέρω τους οδοντικούς ιστούς και ως μη ενεργή ή ανενεργή ή αναχαιτισμένη όταν η υπάρχουσα τερηδόνα δεν εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου εν τω βάθει ή και στους παρακείμενους οδοντικούς ιστούς.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιαστούν τα κλινικά χαρακτηριστικά των ενεργών και αναχαιτισμένων τερηδονικών βλαβών.

### **40. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ ΚΥΝΟΔΟΝΤΩΝ: ΑΝΟΙΧΤΗ Η ΚΛΕΙΣΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ;**

*Πιλιλή Ε., Μωραίτη Μ.*

Η χειρουργική αποκάλυψη των εγκλείστων κυνοδόντων είναι προϋπόθεση για την ορθοδοντική διευθέτησή τους στο οδοντικό τόξο. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματεύεται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των δύο τεχνικών χειρουργικής αποκάλυψης, ανοικτής και κλειστής.

Η κλειστή τεχνική ενδείκνυται σε έγκλειστα δόντια με υψηλή εντόπιση και εξασφαλίζει καλή περιοδοντική υγεία, καλή οστική στήριξη και πιθανώς ταχύτερη υποχώρηση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου. Επιπλέον, παρέχει τη δυνατότητα άμεσης εφαρμογής ορθοδοντικών δυνάμεων. Ωστόσο, αναφέρονται και μειονεκτήματα, όπως η έλλειψη επισκόπησης του δοντιού κατά τη διάρκεια της ορθοδοντικής έλξης, η επανάληψη της χειρουργικής διάνοιξης σε περίπτωση αποκόλλησης του αγκίστρου και η πιθανή αγκύλωση του δοντιού. Η ανοικτή τεχνική παρέχει στον ορθοδοντικό τη δυνατότητα άμεσης οπτικής παρακολούθησης της μετακίνησης του εγκλείστου, όμως μειονεκτεί ως προς την πιθανότητα ανάπτυξης λοιμώξεων, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής δεν διατηρεί καλή στοματική υγιεινή.

Κατά την κλειστή τεχνική, μετά τη χειρουργική αποκάλυψη και τη συγκόλληση του αγκίστρου στο έγκλειστο δόντι, ο κρημνός συρράπτεται στην αρχική του θέση. Στην ανοικτή τεχνική, μετά την αποκάλυψη, τοποθετείται χειρουργική κονία που καλύπτει το δόντι. Η κονία αφαιρείται μετά την επούλωση του τραύματος, σε 7-10 ημέρες, οπότε και καθίσταται δυνατή η συγκόλληση αγκίστρου και η έναρξη εφαρμογής ορθοδοντικών δυνάμεων.

Διάφορες ερευνητικές μελέτες έχουν αξιολογήσει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε τεχνικής, χωρίς, ωστόσο, να καταλήγουν στην απόλυτη υπεροχή της μίας έναντι της άλλης. Έτσι, η επιλογή γίνεται κατά περίπτωση, αναλόγως της κλινικής εικόνας και της προσωπικής κρίσης του ορθοδοντικού και του γναθοχειρουργού.

#### **41. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΖΩΝΤΑΝΟΥ ΠΟΛΦΟΥ ΣΕ ΝΕΟΓΙΛΑ ΔΟΝΤΙΑ: ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

*Βαττή Σ., Μπάλλα Σ.*

Εισαγωγή: Οι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νεογιλών δοντιών είναι: το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, ο χρόνος παραμονής του δοντιού στον φραγμό, η δυνατότητα αποκατάστασης του δοντιού, το κόστος θεραπείας και ο βαθμός συνεργασίας του παιδιού.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση τεχνικών θεραπείας ζωντανού πολφού σε νεογιλά δόντια: έμμεση και άμεση κάλυψη καθώς και πολφοτομή. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση συμβάλλει στην ενημέρωση των οδοντιάτρων σχετικά με τα τελευταία δεδομένα για την επιλογή της καλύτερης μεθόδου.

Συζήτηση της βιβλιογραφίας: Η πολφοτομή αποτελεί τη θεραπεία επιλογής και είναι η διαδικασία αποκοπής και απομάκρυνσης του μυλικού μέρους του πολφού καθώς και η τοποθέτηση στην θέση του κατάλληλου φάρμακου ή εμφρακτικού υλικού. Με τη τεχνική αυτή, διατηρείται η ζωτικότητα του ριζικού τμήματος του πολφού. Η φορμοκρεσόλη, εξαιτίας της αποτελεσματικότητά της (78-97%), αποτελεί έως και σήμερα ένα δημοφιλές μέσο. Ωστόσο, η κυτταροτοξική της δράση και η μείωση των ποσοστών επιτυχίας σε συνάρτηση με το χρόνο, οδήγησαν στην ανάγκη ανεύρεσης υλικών όπως ο θειικός σίδηρος, το υδροξείδιο του ασβεστίου, η γλουταραλδεΐδη, το υλικό MTA. Η αποτελεσματικότητα πολφοτομής με θειικό σίδηρο κυμαίνεται μεταξύ 88 και 97%, ενώ σε περίπτωση χρήσης MTA, τα ποσοστά επιτυχίας είναι εφάμιλλα ή υψηλότερα. Το MTA έχει ικανοποιητική συγκόλληση με τους οδοντικούς ιστούς, ελάχιστη διαλυτότητα, ικανοποιητική ακτινοσκοπικότητα. Παρόλο αυτά παρουσιάζει μεγάλο χρόνο πήξης, υψηλό κόστος και χρωματισμό των δοντιών.

Συμπεράσματα: Ο θειικός σίδηρος θεωρείται ένα αποτελεσματικό και οικονομικό υλικό πολφοτομής ενώ η χρήση MTA μπορεί να προταθεί ως εναλλακτική λύση.

#### **42. ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΗΣ ΝΩΔΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΟΥ ΓΕΦΥΡΩΜΑΤΟΣ**

*Δομαζινάκη Α., Οικονόμου Γ., Παπαδόπουλος Σ., Παρίση Ε., Πετροπούλου Α., Πολύχρονος ΠΗ.*

Η κατά το δυνατόν προσομοίωση της εμφάνισης των υποκείμενων μαλθακών ιστών γειτονικά των γεφυρωμάτων και συνδέσμων μιας ακίνητης προσθετικής αποκατάστασης με εκείνους των φυσικών



δοντιών, αποτελεί σημαντική αισθητική παράμετρο. Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των τεχνικών -αναπλαστικών και μη- που θα αποτελέσουν το υπόβαθρο για την καλύτερη δυνατή αισθητική απόδοση της νωδής περιοχής του γεφυρώματος. Το γεγονός αυτό, επιβάλλει την ανάδυση του γεφυρώματος από το βλεννογόνο της νωδής ακρολοφίας και την πλήρωση των μεσοδοντίων χώρων. Οι δύο αυτές συνθήκες μπορούν να επιτευχθούν μέσω άσκησης ήπιας υπερπίεσης της βλεννογονίας επιφάνειας του γεφυρώματος επί του μετεξακτικού φατνίου, ή και εμβύθιση αυτού αρχικά σε βάθος 2,5 χιλ. και έπειτα 1,5 χιλ, για τον περιορισμό συρρίκνωσης μαλθακών ιστών, και την επαγωγή αναδιαμόρφωσής τους.

Φυσικά, προϋπόθεση επιτυχίας των ανωτέρω, πέρα από την άριστη στοματική υγιεινή, αποτελεί η ύπαρξη τόσο επαρκούς οστικού υποστρώματος, όσο και μαλθακών ιστών. Για το σκοπό αυτό σε κάποιες περιπτώσεις ενδείκνυται η χρησιμοποίηση αναπλαστικών τεχνικών. Η κατευθυνόμενη οστική ανάπτυξη καθίσταται δυνατή μέσω: α)της κατευθυνόμενης οστικής αναγέννησης, που γίνεται προστασία του οστικού κενού με ειδική μεμβράνη. β)της οστεοκαθοδήγησης, όπου τοποθετούνται μοσχεύματα στο φατνίο (αυτογενή, αλλογενή( FFB, FDBA, DFDBA και DBBM ), ξενομοσχεύματα (βόειο ή χοιρινό πορώδες οστού) και αλλοπλαστικά ( βιοδραστική ύαλος, μίγμα HA με β-TCP). γ) οστεοεπαγωγή με αυξητικούς παράγοντες, όπως: όλοι οι τύποι BMP, TGF-β, IGFs-I, IGFs-II, PDGF, α-FGF, β-FGF, EMD(παράγωγα πρωτεϊνών της θεμέλιας ουσίας της αδαμαντίνης) ,PRP και TCP. Για την κατευθυνόμενη ανάπτυξη μαλθακών ιστών μπορούν να χρησιμοποιηθούν: περικαρδιακή μεμβράνη, μεμβράνη φυσικού κολλαγόνου, μεμβράνη ζωικής επιδερμικής θεμέλιας ουσίας.

#### **43. ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΕΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

*Ντιναλέξη Σ, Ντιναλέξη Ι.*

Εισαγωγή: Η εισαγωγή στην οδοντιατρική σχολή απαιτεί ιδιαίτερες θυσίες και είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον να διερευνηθούν οι σκέψεις των νεοεισερχομένων για το μελλοντικό τους επάγγελμα.

Σκοπός: Η μελέτη των απόψεων των πρωτοετών φοιτητών της οδοντιατρικής σχολής σχετικά με το μελλοντικό τους επάγγελμα.

Υλικά – μέθοδος: Διανεμήθηκαν ανώνυμα γραπτά ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια των παραδόσεων του 1<sup>ου</sup> εξαμήνου.

Αποτελέσματα: Απάντησαν 52 άτομα, 18 άνδρες και 34 γυναίκες. Για το 69% η οδοντιατρική ήταν η πρώτη επιλογή στο μηχανογραφικό δελτίο. Το 31% των ερωτηθέντων είχαν γονέα γιατρό ή οδοντίατρο, ενώ για το 100% όσων είχαν γονέα οδοντίατρο η οδοντιατρική ήταν η πρώτη επιλογή. Μόλις 29% πίστευε ότι το οδοντιατρικό επάγγελμα έχει καλές προοπτικές στην Ελλάδα, με αρνητικότερη την άποψη όσων ζούσαν στην Αθήνα. Το 83% θεωρούσε πιθανό να εργαστεί εκτός Ελλάδας και 71% επιθυμούσε να πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές. Συντριπτικό ποσοστό (89%) θα ήθελε να εργαστεί σε ατομικό οδοντιατρείο ενώ 12% θα ήθελε να ακολουθήσει ακαδημαϊκή καριέρα. Στο ερώτημα ποια θα πρέπει να είναι τα χαρακτηριστικά του σύγχρονου οδοντίατρου το 42% αναφέρθηκε στις γνώσεις, 31% στην υπομονή, 37% στην κοινωνικότητα, 12% στην καθαριότητα, 14% στην αγάπη για το επάγγελμα, 19% στην ηθική, 8% στην υπευθυνότητα και 10% στη δεξιότητα.

Συμπεράσματα: Μεγάλο ποσοστό των πρωτοετών φοιτητών επιθυμούσαν να πραγματοποιήσουν μεταπτυχιακές σπουδές και να εργαστούν ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Σημαντικό ποσοστό θεωρούσε ότι οι επαγγελματικές προοπτικές για το οδοντιατρικό επάγγελμα είναι μέτριες, ενώ έδιναν μεγάλη πιθανότητα στο να εργαστούν στο εξωτερικό. Τέλος οι γνώσεις, η υπομονή και η κοινωνικότητα θεωρήθηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει ο σύγχρονος οδοντίατρος.

#### **44. ΑΣΥΝΗΘΙΣΤΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΑΚΑΝΘΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ, ΜΕ ΕΜΦΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

*Μαρινάκη Λ., Μολδοβάνη Δ.*

Παρουσίαση περιστατικού και διάγνωση: Άνδρας ηλικίας 58 ετών με ιστορικό καπνίσματος και χρόνιας κατανάλωσης οινοπνευματωδών προσήλθε με συμπτώματα πόνου κατά τη μάσηση και καυσalgίας στόματος. Ο ασθενής αντιλήφθηκε πριν από 5 μήνες τη παρουσία βλάβης στο στόμα και ανέφερε ότι αυξάνονταν το μέγεθός της κατά τον τελευταίο μήνα περίπου. Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς ήταν ελεύθερο, αλλά δεν υπήρχε πρόσφατος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος για τα τελευταία 5 έτη. Κατά την ενδοστοματική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία ευμεγέθους ελκωμένου όγκου στην σκληρή υπερώα δεξιά που καταλάμβανε τη μαλακή υπερώα και τα παρίσθια με παρεκτόπιση της σταφυλής. Πραγματοποιήθηκε διαγνωστική βιοψία στη Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Η ιστοπαθολογική εξέταση που έγινε στο Εργαστήριο της Στοματολογίας έδειξε αθροίσματα νεοπλασματικών επιθηλιακών κυττάρων που διηθούσαν τον υποκείμενο ινώδη συνδετικό ιστό. Η τελική διάγνωση ήταν ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα καλής διαφοροποίησης.

Σχέδιο θεραπείας: Ακολούθησε αξονική τομογραφία και από τον περαιτέρω έλεγχο του ασθενούς καθορίστηκε το κλινικό στάδιο ως T2N0M0, οπότε και προγραμματίστηκε η περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπισή του.

Ιδιαιρότητα περιστατικού: Η περίπτωση που παρουσιάζεται σε αυτή την εργασία είναι ασυνήθιστη λόγω της σπανιότητας εντόπισης του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος στην υπερώα. Με βάση τα κλινικά χαρακτηριστικά της βλάβης συζητείται η διαφορική διάγνωση ελκωμένων όγκων της υπερώας συμπεριλαμβανομένων των νεοπλασμάτων καλυπτικού και αδενικού επιθηλίου, λεμφικού ιστού, καθώς και νοσολογικών οντοτήτων άλλης αιτιολογίας, όπως η νεκρωτική σιαλαδενομεταπλασία και οι εν τω βάθει μυκητιάσεις.

#### 45. ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ TREACHER COLLINS

*Τασούλας Ι., Κουβαράτης Η., Χαραλάμπους Κ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Στόχος της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει τη συμπτωματολογία και τις σύγχρονες απόψεις γύρω από την αιτιοπαθογένεια της Γναθοπροσωπικής δυσόσωσης (Σύνδρομο Treacher Collins, TC). Η γνώση των χαρακτηριστικών του κρίνεται απαραίτητη αφού ο οδοντίατρος είναι συχνά ο πρώτος που έρχεται σε επαφή με τα περιστατικά, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των οποίων είναι καθοριστική για την πρόγνωση τους. Η εξέχουσα θέση της ορθοδοντικής στην θεραπεία των περιστατικών αυτών αποτελεί έναν ακόμη λόγο.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Το σύνδρομο TC χαρακτηρίζεται από διαταραχές στις δομές που προέρχονται από το πρώτο και δεύτερο βρογχικό τόξο. Περιλαμβάνει υποπλασία της κάτω γνάθου (78%) και των ζυγωματικών οστών (81%), ανοικτή δόξη και οδοντικές δυσπλασίες (υποπλασία, ετεροτοπία, αγενεσία και αδαμαντινικές κηλίδες – Dalben και συν.), υπερωισχιστία (28%), οφθαλμικές διαταραχές και απώλεια ακοής (50%).

Το σύνδρομο οφείλεται σε μεταλλάξεις στο γονίδιο της πρωτεΐνης TCOF1 (60% νέες, 40% κληρονομημένες μεταλλάξεις) (Dixon και συν.). Οι μελέτες των Rubbi και Milner, Dixon και συν., Gonzales και συν., αποκάλυψαν ότι οι μεταλλάξεις στο TCOF1 οδηγούν σε απόπτωση και μείωση του αριθμού των κύτταρων της νευρικής ακρολοφίας κατά την εμβρυική διαπλάση και κατά συνέπεια γενικευμένη κρανιοπροσωπική δυσπλασία.

Συμπεράσματα: Η σοβαρότητα των επιπτώσεων του TC στην ποιότητα ζωής των ασθενών υπαγορεύει την ανάγκη για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του. Αυτή, σε κλινικό επίπεδο μπορεί να επιτευχθεί μέσω της έγκαιρης διάγνωσης ενώ σε ερευνητικό επίπεδο, η έρευνα γύρω από την εμβιομηχανική είναι πολλά υποσχόμενη.

#### 46. ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΛΦΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ.

*Κακαλή Α., Μαγείρου Α., Σίσκος Χ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η κλασική μέθοδος αντιμετώπισης των άπολων δοντιών με αδιάπαστο ακρορρίζιο με την τεχνική της Ακρορριζοπόφραξης ή Προκλητής Ακρορριζικής Απόφραξης (Apexification), τείνει να αντικατασταθεί από την τεχνική της Ακρορριζικής Απόφραξης (Apical Plug – Apical Barrier) με διάφορα υλικά και κυρίως το MTA, ενώ την τελευταία δεκαετία έχει προταθεί η τεχνική



Επαναγγείωσης της Πολφικής Κουλότητας (ΕΠΚ) – (Pulp Revascularization). Σκοπός: της ανασκόπησης είναι η παρουσίαση της τεχνικής, των μηχανισμών που έχουν προταθεί, των πλεονεκτημάτων της και των μέχρι στιγμής βιβλιογραφικών δεδομένων.

Περιγραφή της τεχνικής: Τα στάδια της τεχνικής είναι τα ακόλουθα: 1. Απολύμανση της πολφικής κουλότητας (πκ) με άφθονους διακλυσμούς NaOCl 2. Τοποθέτηση στο ριζικό σωλήνα (ρσ) συμπαγούς πάστας τριών αντιβιοτικών (συπροφλοξαζίνη – μετρονιδιαζόλη – μινοκυκλίνη) και προσωρινή έμφραξη του μυλικού θαλάμου (μθ) 3. Πρόκληση αιμορραγίας με ήπια διέγερση των περιακρορριζικών ιστών με λεπτή ρίνη και δημιουργία αιματικού πήγματος (αιπ) μέσα στο ρσ. [Μετά από 2 – 4 εβδομάδες] 4. Τοποθέτηση πάνω από το αιπ στρώματος ΜΤΑ, υγρού βύσματος από βαμβάκι και προσωρινή έμφραξη του μθ 5. Μόνιμη έμφραξη του μθ με σύνθετη ρητίνη 6. Επανεξέταση μετά από ένα εξάμηνο.

Μηχανισμός της τεχνικής: Έχουν προταθεί οι ακόλουθοι μηχανισμοί: 1. Παραμονή και πολλαπλασιασμός πολφικών κυττάρων που έχουν παραμείνει ακρορριζικά στο ρσ. 2. Δράση πολυδύναμων βλαστικών κυττάρων του πολφού από την ακρορριζική θηλή ή το περιρριζίο. 3. Αναγέννηση του πολφικού ιστού λόγω της δράσης των αυξητικών παραγόντων του αιπ.

Πλεονεκτήματα: θεωρούνται κυρίως η ισχυροποίηση των τοιχωμάτων του ρσ και η ελαχιστοποίηση του χρόνου εργασίας.

Βιβλιογραφικά δεδομένα: Έχει δημοσιευθεί σχετικά περιορισμένος αριθμός περιστατικών, τα οποία τεκμηριώνουν την ορθότητα της βιολογικής βάσης της μεθόδου.

Συμπεράσματα: 1. Η μέθοδος της ΕΠΚ έχει ορθή βιολογική βάση 2. Δεν υπάρχουν κλινικοστατικές μελέτες για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας της τεχνικής σε βάθος χρόνου.

#### **48. ΜΙΚΡΟΔΙΕΙΣΔΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΛΥΤΟΤΗΤΑ ΦΥΡΑΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ**

*Κακλαμάνη Ο.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι διερεύνηση του φαινομένου της διαλυτότητας των φυραμάτων των ριζικών σωλήνων, της μικροδιείσδυσης και των επιπτώσεων τόσο στην ενδοδοντική θεραπεία όσο στην στοματική και γενική υγεία του ασθενούς.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Ο σκοπός της ενδοδοντικής θεραπείας είναι η απολύμανση, η μορφοποίηση και η ερμητική τρισδιάστατη έμφραξη του ριζικού σωλήνα. Η έμφραξη των ριζικών σωλήνων γίνεται με γουταπέρκα σε συνδυασμό με ένα φύραμα. Το φύραμα των ριζικών σωλήνων χρησιμοποιείται για την πρόσφυση της γουταπέρκας στα τοιχώματα του ριζικού σωλήνα και την πλήρωση των μικροκενών μεταξύ των κώνων γουταπέρκας. Η εμφρακτική ικανότητα των φυραμάτων σχετίζεται με ορισμένες φυσικοχημικές ιδιότητες τους όπως το ιξώδες, η επιφανειακή τάση, ο χρόνος πήξης, η κατ' όγκο συστολή κατά την πήξη και η διαλυτότητα τους.

Συμπεράσματα: Το φαινόμενο της διάλυσης του φυράματος παρατηρείται στο μυλικό ή το ακρορριζικό τριτημόριο του ριζικού σωλήνα με αποτέλεσμα την αντίστοιχη μυλική ή ακρορριζική μικροδιείσδυση. Η μικροδιείσδυση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα αίτια αποτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας.

#### **49. ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

*Βλαχάκη Α, Γρίδου Μ, Δημοπούλου Μ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη της αποκατάστασης του παιδιατρικού ασθενή που πάσχει από συγγενή ή επίκτητη μερική ή ολική ανοδοντία. Αν και η ανοδοντία συνδέεται συνήθως με τον γηράσκοντα ασθενή, εντούτοις η συνολική ή μερική απώλεια δοντιών συναντάται και στα νεαρά άτομα και είναι κυρίως αποτέλεσμα τραύματος, εκτεταμένων τερηδονικών κουλότητων και γενικότερα της απλασίας της οδοντοφυΐας, (νεογιλής ή και μόνιμης) λόγω γενετικών συνδρόμων, όπως η εξωδερμική δυσπλασία, καθώς και νεοπλασιών, όπως το οστεοσάρκωμα. Υπάρχουν περιοριστικές ενδείξεις όσον αφορά τη θεραπεία με εμφυτεύματα σε άτομα που δεν έχουν



ολοκληρώσει την κρανιοπροσωπική τους αύξηση και ως εκ τούτου είναι περιορισμένος ο αριθμός μέχρι σήμερα αναφορών σε επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις στον παιδιατρικό ασθενή.

Η παρούσα ανασκόπηση διερευνά την τρέχουσα βιβλιογραφία για να μελετήσει τη χρήση των οδοντικών εμφυτευμάτων στους αναπτυσσόμενους ασθενείς και την επιρροή των στην αύξηση των γνάθων.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη βιβλιογραφία, τα εμφυτεύματα συστήνεται να τοποθετώνται μετά την ολοκλήρωση της οδοντικής και σκελετικής αύξησης, εκτός από τις σοβαρές περιπτώσεις της εξωδερμικής δυσπλασίας, του οστεοσαρκώματος και ορισμένων άλλων συνδρόμων.

Συμπεράσματα: Από την υπάρχουσα βιβλιογραφία συμπεραίνεται ότι οι παιδιατρικοί ασθενείς μπορούν να επωφεληθούν εντυπωσιακά από μια επιεμφυτευματική αποκατάσταση, ήδη από την περίοδο της πρώτης ηλικίας, στοχεύοντας αφενός στη βελτίωση του λόγου και της μάσησης και αφετέρου στη μείωση των πιθανών ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων στον ασθενή.

## 50. ΣΤΟΜΑΤΟΚΟΛΠΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΞΑΓΩΓΗ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

*Κουβαράς Ι., Μουσταφά Τ.*

Σκοπός και σημαντικότητα: Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της στοματοκολπικής επικοινωνίας ως επιπλοκή κάποιας εξαγωγής. Γίνεται αναφορά στην διάγνωση και στις τεχνικές αντιμετώπισής της.

Μείζονος σημασίας είναι η διάγνωση αλλά και ο προσδιορισμός της έκτασής της, καθώς εάν παραληφθεί υπάρχει περίπτωση να προκύψει χρόνιο πρόβλημα που είναι το στοματοκολπικό συρίγγιο με τα αντίστοιχα συμπτώματα.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Για τη σύνθεση της εργασίας ανλήθηκαν πληροφορίες τόσο από την ελληνική και τη διεθνή βιβλιογραφία. Υπάρχουν διάσπαρτες αρκετές αναφορές στο συγκεκριμένο θέμα ενώ συνεχώς έρχονται στο προσκήνιο και νέες τεχνικές, χωρίς να γίνονται όλες πάντα αποδεκτές.

Σχετικά με τη διάγνωση της στοματοκολπικής επικοινωνίας και του μεγέθους της, γίνεται αναφορά στον ακτινογραφικό έλεγχο και την κλινική εξέταση που συμπεριλαμβάνει τεχνικές όπως την τεχνική Valsava. Η μέθοδος της αποκατάστασης σχετίζεται με το μέγεθος της επικοινωνίας, καθώς εάν είναι μέχρι 2mm συνήθως αποφράσσεται αμέσως από το αιμόπηγμα του ασθενούς και επέρχεται σύγκλειση. Ενώ εάν είναι 3mm και μεγαλύτερη απαιτείται αντιμετώπιση από τον οδοντίατρο με μεθόδους ανάλογες του μεγέθους. Οι τεχνικές ταξινομούνται ανάλογα με το είδος των κρημνών, τα μοσχεύματα ή τα αλλοπλαστικά υλικά που χρησιμοποιούν και είναι η απλή συρραφή του τραύματος, η σύγκλειση της επικοινωνίας με τοποθέτηση υλικού αποκατάστασης (π.χ. κολλαγόνου) καθώς επίσης και η αποκατάσταση με βλεννογονοπερισσικούς κρημνούς, προστομιακούς, υπερώιους, γεφυρωτούς ή γλωσσικούς. Η πλέον ευρέως αποδεκτή τεχνική είναι η σύγκλειση της επικοινωνίας με τη χρήση λιπώδους σφαίρας της παρειάς.

Συμπεράσματα: Η συχνότητα της επιπλοκής και η σχετικά εύκολη αντιμετώπισή της στην κλινική πράξη ακόμα και από τον γενικό οδοντίατρο επιβάλλει την καλή ενημέρωση για την έγκαιρη και ορθή διάγνωση αλλά και τη βέλτιστη αποκατάσταση της επιπλοκής.

## 51. ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ – ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

*Πιέτρη ΜΑ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναλυθεί ο αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της οστεονέκρωσης των γνάθων από διφωσφονικά και ο μηχανισμός δράσης τους, να παρουσιαστούν τα επιδημιολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου έχοντας βασιστεί στη



βιβλιογραφική ανασκόπηση των τελευταίων 10 ετών και να προταθούν τα πρωτόκολλα πρόληψης και αντιμετώπισής της.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Με τον όρο οστεονέκρωση των γνάθων χαρακτηρίζεται η νέκρωση των ζωντανών στοιχείων του οστού της άνω ή της κάτω γνάθου λόγω προσωρινής ή μόνιμης απώλειας της αγγείωσης του. Τα τελευταία χρόνια, ένας νέος τύπος οστεονέκρωσης έχει παρουσιασθεί που σχετίζεται με τη λήψη διφωσφονικών φαρμάκων. Τα διφωσφονικά είναι ομάδα φαρμάκων που δρουν στα οστά, εμποδίζουν την αναδιαμόρφωσή τους και ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση κυρίως οστικών μεταστάσεων διαφόρων νεοπλασμάτων, οστεοπόρωσης και νόσου Paget. Στην πλειονότητα των ασθενών η οστεονέκρωση προσβάλλει ασθενείς που λαμβάνουν ενδοφλέβια αγωγή, σε αντίθεση με τους ασθενείς που λαμβάνουν per os αγωγή και ο κίνδυνος είναι σημαντικά μικρότερος.

Συμπεράσματα: Κάθε γενικός οδοντίατρος οφείλει να γνωρίζει τις πιθανές παρενέργειες των διφωσφονικών στην πιθανότητα πρόκλησης οστεονέκρωσης και με αυτόν τον τρόπο να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Γι' αυτό, θα πρέπει να γίνεται πάντα λεπτομερής κλινικός και ακτινολογικός έλεγχος των ασθενών ώστε να προληφθεί η εκδήλωση αυτής της κατάστασης.

## 52. ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΑΠΟ ΜΗ ΔΙΦΩΣΦΩΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

*Χαραλάμπους Α., Λιοπετρίτη Π.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η ενημέρωση του γενικού οδοντιάτρου για τα μη διφωσφονικά φάρμακα που προκαλούν οστεονέκρωση ή έχουν επιβαρυντικό ρόλο στην επίπτωση της.

Συζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας: Η οστεονέκρωση είναι μια θορυβώδης και σοβαρή κλινική κατάσταση που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Έχει συνδεθεί κυρίως με τη συστηματική χρήση διφωσφονικών φαρμάκων. Εκτός όμως από αυτά ευθύνονται και άλλα φάρμακα όπως η δενοσουμάμπη που είναι ένα anti-RANKL μονοκλωνικό αντίσωμα και κάποιοι αντιαγγειογενετικοί παράγοντες όπως η σουντινιμπη και η μπεβασιζουμάμπη. Κάποια άλλα έχουν επιβαρυντικό ρόλο στην επίπτωση της οστεονέκρωσης σε συνδυασμό με διφωσφονικά π.χ. τα κορτικοστεροειδή, οι στατίνες, η κυκλοσπορίνη Α και πιθανόν η μεθοτρεξάτη. Η εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση κλινικών μελετών και παρουσίαση περιπτώσεων ασθενών οι οποίοι ανέπτυξαν οστεονέκρωση των γνάθων από την λήψη μη διφωσφονικών φαρμάκων για θεραπείες διαφόρων ασθενειών. Επίσης παρουσιάζονται και τα αποτελέσματα πειραματικών μελετών από τις οποίες δεν καθίσταται σαφής ο μηχανισμός πρόκλησης της οστεονέκρωσης.

Συμπεράσματα: Υπάρχει πληθώρα φαρμάκων, εκτός των διφωσφονικών, τα οποία είτε προκαλούν είτε επιταχύνουν την εμφάνιση οστεονέκρωσης των γνάθων. Ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι επαρκώς ενημερωμένος για αυτά ούτως ώστε με την εφαρμογή κατάλληλων πρωτοκόλλων να προλαμβάνει την εμφάνιση αυτής της σοβαρής επιπλοκής.

## 53. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ C-SHAPE ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΩΝ ΡΙΖΙΚΩΝ ΣΩΛΗΝΩΝ

*Σούνδια Α., Σουμελίδης Ν.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η μορφολογία c-shaped εμφανίζεται συχνά στο σύστημα των ριζικών σωλήνων ανθρώπων με καταγωγή από τις χώρες της Ανατολικής Ασίας. C-shaped ριζικούς σωλήνες συναντούμε πιο συχνά στους δεύτερους κάτω γομφίους, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί η παραπάνω μορφολογική ιδιαιτερότητα και σε άνω γομφίους και σε προγομφίους ή ακόμα και σε άνω πλάγιους τομείς. Επίσης, παρά τη σπανιότητα του φαινομένου, η μορφολογία c-shaped εμφανίζεται και σε άτομα της Καυκάσιας φυλής. Επομένως, θεωρείται πολύ σημαντικό για τον κλινικό που θα κληθεί να πραγματοποιήσει την ενδοδοντική θεραπεία στα συγκεκριμένα δόντια να γνωρίζει την ύπαρξη της ιδιαίτερης αυτής κατηγορίας και να μπορεί να αντιμετωπίσει τα περιστατικά αποτελεσματικά.

Στη σχετική βιβλιογραφία συζητούνται οι επιμέρους κατηγορίες της ανατομίας του c-shaped, η συχνότητα εμφάνισης σε πληθυσμό διαφόρων χωρών αλλά και η συχνότητα εμφάνισης στις διαφορετικές ομάδες δοντιών. Επίσης, αναφέρονται τρόποι προσέγγισης της διάγνωσης της συγκεκριμένης ιδιαιτερότητας

χρησιμοποιώντας οπισθοφατνιακές ακτινογραφίες και μικροσκοπιο κατά την κλινική πράξη. Επιπρόσθετα, αναφέρονται τα σημεία στα οποία πρέπει να δοθεί προσοχή από τον κλινικό κατά τη διάνοιξη τέτοιων δοντιών, ο ενδεδειγμένος τρόπος χημικομηχανικής επεξεργασίας με εργαλεία χειρός και τη χρήση υπερήχων και η έμφραξη που συνιστάται να γίνεται με θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα. Συμπεράσματα: Η μορφολογία c-shaped είναι μια ανατομική ιδιομορφία την οποία μπορεί ο οδοντίατρος να συναντήσει στην καθημερινή κλινική πράξη. Θεωρείται ζωτικής σημασίας ο κλινικός να έχει τη σχετική γνώση ώστε να μπορέσει να διεκπεραιώσει με επιτυχία την ενδοδοντική θεραπεία των εν λόγω δοντιών.

#### 54. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΞΑΓΩΓΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ

Γαρμπή Σ., Κάρελλα Ε., Βογιατζής Ν.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση τέτοιων πιθανών επιπλοκών από την εξαγωγή οδόντων, τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά. Με την παρουσίαση σύγχρονης αρθρογραφίας που πραγματεύεται το συγκεκριμένο θέμα, παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη, τα αίτια, τα σημεία και συμπτώματα, τη διάγνωση και κυρίως την άμεση αντιμετώπιση αυτών από το γενικό οδοντίατρο.

Συζήτηση: Η επιτυχής διεκπεραίωση μιας εξαγωγής από τον γενικό οδοντίατρο περιλαμβάνει, όχι μόνο την αφαίρεση του δοντιού, αλλά και την αντιμετώπιση των επιπλοκών που μπορεί να συμβούν κατά τη διαδικασία ή και μετά το πέρας της. Οι επιπλοκές διαχωρίζονται σε άμεσες και έμμεσες, ενώ συμπεριλαμβάνονται εκείνες που πιθανόν να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της αναισθησίας, της ίδιας της επέμβασης, αλλά και μετά την αποχώρηση του ασθενούς από το ιατρείο. Χαρακτηριστικά παραδείγματα επιπλοκών αποτελούν η πρόκληση στοματοκολπικής επικοινωνίας, το κάταγμα της κάτω γνάθου ή της φατνιακής απόφυσης, ο τρισμός, η οστεονέκρωση, η μη ελεγχόμενη αιμορραγία, η κατάποση ή εισρόφηση ξένου αντικειμένου με πιθανή απόφραξη του αεραγωγού, καθώς και η τρώση κάποιου νεύρου.

Συμπεράσματα: Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει πως η πρόληψη των ανεπιθύμητων επιπλοκών επιτυγχάνεται με το λεπτομερές ιστορικό, την άριστη γνώση της ανατομίας της περιοχής, τον λεπτομερή κλινικό και ακτινογραφικό έλεγχο προεγχειρητικά, τον ορθό σχεδιασμό της επέμβασης, αλλά και τους σωστούς χειρισμούς του επεμβαίνοντος. Ωστόσο, καθώς πάντοτε υπάρχει το ενδεχόμενο πρόκλησης επιπλοκών, ακόμη και από έναν πεπειραμένο οδοντίατρο, πέρα από την έγκαιρη διάγνωση τους, κρίνεται απαραίτητη η άμεση αντιμετώπισή τους, τόσο για την επίλυση του προβλήματος, όσο και για την αναχαίτιση πιθανής επιδείνωσης.

#### 55. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Ντιναλέξη Ι., Ντιναλέξη Σ.

Εισαγωγή: Η Οδοντιατρική Σχολή της Αθήνας δεν διαθέτει Σύλλογο Αποφοίτων κι έτσι δεν υπάρχει δυνατότητα να παρακολουθήσει κάποιος την επαγγελματική τους πορεία μετά την αποφοίτηση. Οι πληροφορίες αυτές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον κάτω από το πρίσμα της οικονομικής κρίσης που πλήττει την κοινωνία και το επάγγελμα.

Σκοπός: Η διερεύνηση της επαγγελματικής πορείας πτυχιούχων που αποφοίτησαν στα τελευταία χρόνια από την Οδοντιατρική Σχολή της Αθήνας.

Υλικά – μέθοδοι: Κατόπιν πιλοτικής μελέτης συντάχθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου, το οποίο συμπληρώθηκε μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από άτομα που αποφοίτησαν στα τελευταία 8 έτη

Αποτελέσματα: Απάντησαν 100 οδοντίατροι (37 άνδρες και 63 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 27.6±3.4 έτη, που είχαν αποφοιτήσει πριν από 3.3±2.3 έτη (0-8). Ένα ποσοστό 78% δήλωσε ότι η οδοντιατρική ήταν η πρώτη τους επιλογή, αλλά το 41% επηρεάστηκε από το οικογενειακό περιβάλλον. Το 33% των ερωτηθέντων είχαν γονέα οδοντίατρο ή γιατρό. Το 76% ασκούσε το επάγγελμα του οδοντίατρου, με στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους παλιότερους και τους προσφάτως αποφοιτήσαντες. Μόλις το 39% διέθετε ατομικό οδοντιατρείο, 18% εργάζονταν



ως έμμοθοι στην Ελλάδα και το 5% εργαζόταν στο εξωτερικό. Το 28% είχε πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές και το 34% σκόπευε να τις πραγματοποιήσει στο μέλλον. Το 70% θεωρούσε ότι η Σχολή τους προετοίμασε επαρκώς για το επάγγελμα. Ένα ποσοστό 90% δήλωσε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τα επαγγελματικά τους σχέδια.

Συμπεράσματα: Τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων πτυχιούχων της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών που απεφοίτησαν στην τελευταία δετία εργαζόνταν ως οδοντίατροι. Μικρό ποσοστό είχε ανοίξει ιδιωτικό οδοντιατρείο, ενώ μεγάλο ποσοστό είχε πραγματοποιήσει ή ήθελε να πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές.

## 56. ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΣΤΩΝ ΚΑΙ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ

Καψάλας Α., Δημόπουλος Ι.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Μεταβολικά Νοσήματα των οστών είναι τα νοσήματα που αναφέρονται σε ανωμαλίες των οστών, οι οποίες προκαλούνται από ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, κυρίως διαταραχές του μεταβολισμού των μετάλλων των οστών όπως του ασβεστίου, του φωσφόρου, του μαγνησίου, αλλά και της βιταμίνης D. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την παθογένεια και τα αποτελέσματα των μεταβολικών νοσημάτων στα οστά των γνάθων και να αξιολογήσει τη δυνατότητα τοποθέτησης οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων σε κάθε νόσημα ξεχωριστά. Αδιαμφισβήτητα, τα εμφυτεύματα στις μέρες μας αποτελούν τη συνηθέστερη λύση αποκατάστασης της νωδότητας των ασθενών και για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση της δυνατότητας τοποθέτησης εμφυτευμάτων σε ασθενείς που πάσχουν από κάποιο μεταβολικό νόσημα των οστών και ειδικότερα όταν αυτά προσβάλλουν τα οστά των γνάθων. Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας διαπιστώνουμε ότι τα μεταβολικά νοσήματα των οστών προσβάλλουν και τα οστά των γνάθων σε πολλές περιπτώσεις. Άμεση συνέπεια αυτού είναι διάφορες μεταβολές στη δομή, τη σύσταση και την πυκνότητά τους. Τα μεταβολικά νοσήματα που παρουσιάζονται στην εργασία αυτή είναι η οστεοπόρωση, η νόσος Paget, η νεφρική οστεοδυστροφία, η ινώδης δυσπλασία, η οστεομαρμάρωση και η οστεομαλακία ή ανθεκτική σε βιταμίνη D ραχίτιδα.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο Paget, τη νεφρική οστεοδυστροφία, την ινώδη δυσπλασία, την οστεομαρμάρωση και την οστεομαλακία ή ανθεκτική σε βιταμίνη D ραχίτιδα αντενδείκνυται η τοποθέτηση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων. Όσον αφορά την οστεοπόρωση, δεν υπάρχουν σαφείς αντενδείξεις για τη σωστή οστεοενσωμάτωση και μόνο σε ασθενείς που λαμβάνουν διφωσφονικά θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να αποφευχθούν τυχόν αποτυχίες.

## 57. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΤΩΝ ΚΕΡΑΜΙΚΩΝ ΟΨΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΨΕΩΝ ΑΠΟ ΣΥΝΘΕΤΗ ΡΗΤΙΝΗ

Καποπούλου Φ., Κοντογιάννης Τ.

Εισαγωγή: Οι προστομιακές όψεις διακρίνονται ανάλογα με το υλικό κατασκευής τους σε κεραμικές και σε όψεις σύνθετης ρητίνης. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις ανωμαλιών σχήματος (νανοδοντίες, δυσπλασίες αδαμαντίνης, επιπολής κατάγματα), δυσχρωμίες, και φθαρμένες προστομιακές επιφάνειες των δοντιών, ενώ αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό παραλειπουργικών συνηθειών, όπως ο βρυγγμός. Μια αποκατάσταση με όψεις θεωρείται επιτυχής όταν συνδυάζει αποδεκτή αισθητική, οικονομία οδοντικών ιστών και λειτουργικότητα σε βάθος χρόνου, ενώ οι πιθανές αποτυχίες χαρακτηρίζονται κυρίως από δευτερογενή τερηδόνα, μετεγχειρητική ευαισθησία ή κατάγματα του δοντιού ή της όψης. Η κατασκευή τους γίνεται είτε άμεσα από σύνθετη ρητίνη, είτε έμμεσα από κεραμικό υλικό. Κάθε στάδιο κατασκευής επηρεάζει και την τελική επιτυχία της αποκατάστασης, που εν τέλει εξαρτάται από τη σωστή επιλογή περιστατικού, την παρασκευή των δοντιών, την αποτύπωση και κατασκευή της όψης στο εργαστήριο (σε περιπτώσεις κεραμικών όψεων) και τέλος την αδροποίηση και συγκόλληση όψης και δοντιού.

Σκοπός της εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των παραγόντων που καθορίζουν την επιτυχία των όψεων ώστε ο οδοντίατρος να γνωρίζει επαρκώς την σωστή αποκατάσταση της πρόσθιας αισθητικής

ζώνης με όψεις (που συχνά ενδιαφέρει ιδιαίτερα τους ασθενείς), ελαχιστοποιώντας πιθανές αποτυχίες ή δυσάρεστα για τον ασθενή συμβάματα.

Συμπεράσματα: Η αποκατάσταση με προστομακές όψεις δίνει άριστα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα, εφόσον πληρούνται οι ενδείξεις για την εφαρμογή τους και ικανοποιούνται τόσο οι αισθητικές απαιτήσεις του ασθενούς, όσο και οι βιολογικές και λειτουργικές προϋποθέσεις για την επιτυχία και τη μακροβιότητά τους.

## 58. ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

*Στεργίου Ι., Κωνσταντίνων – Πανουσοπούλου Ν., Κασιμπαλη Α.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των απεικονιστικών μεθόδων και των θεραπευτικών ορθοδοντικών τεχνικών για τη διευθέτηση των εγκλείστων κυνοδόντων της άνω γνάθου στο φραγμό.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Η έγκλειση των κυνοδόντων απαντάται στο 1-3% του πληθυσμού. Η αιτιολογία της έγκλεισης δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί, όμως οι επικρατέστερες θεωρίες είναι αυτή της καθοδήγησης και της γενετικής αιτιολογίας. Η εντόπιση του έγκλειστου κυνόδοντα είναι πιο συχνά υπερώια (85%) και λιγότερο προστομακική (15%). Σε απουσία προστομακικής ψηλάφησης του κυνοδοντικού επάρματος, κατά την όψιμη φάση των μικτών φραγμών, πρέπει να διενεργείται ακτινογραφικός έλεγχος της περιοχής. Στην παρούσα ανασκόπηση, στο πρώτο μέρος της, θα αναφερθούν οι τρόποι ακτινογραφικής απεικόνισης των εγκλείστων κυνοδόντων με τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε μεθόδου. Η πρόγνωση ενός εγκλείστου κυνόδοντα σχετίζεται με τη γωνία που έχει ως προς τη μέση γραμμή, την απόσταση από το μασητικό επίπεδο και την ηλικία του ασθενή. Στο δεύτερο μέρος της ανασκόπησης θα αναφερθεί ο τρόπος αντιμετώπισης των εγκλείστων κυνοδόντων ανάλογα με την θέση τους, την ηλικία των ασθενών και το είδος της ορθοδοντικής ανωμαλίας που παρουσιάζει ο κάθε ασθενής.

Συμπέρασμα: Η έγκαιρη διάγνωση στην περίπτωση του εγκλεισμού των κυνοδόντων της άνω γνάθου είναι σημαντική για την επιτυχή καθοδήγησή τους στο φραγμό από τον ορθοδοντικό. Η επιλογή της προληπτικής παρέμβασης ή της πλήρους ορθοδοντικής θεραπείας εξαρτάται από την ηλικία του ασθενούς και τη βαρύτητα του περιστατικού.

## 59. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΕΥΚΩΝ ΚΗΛΙΔΩΝ ΣΕ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

*Βενάρδου Α., Μαρινάκη Λ., Άκλη Ε.*

Εισαγωγή: Η δημιουργία λευκών κηλίδων (white spot lesions-WSL) σε ορθοδοντικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια ορθοδοντικής θεραπείας, κυρίως με ακίνητα μηχανήματα, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα (~ 50% των ασθενών). Οι WSL ακολουθούν τα όρια των ορθοδοντικών αγκυλίων λόγω κατακράτησης οδοντικής μικροβιακής πλάκας, κυρίως στην περιοχή του αυχένα του δοντιού και εμφανίζουν την χαρακτηριστική λευκωπή, αδιαφανή όψη κιμωλίας.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση μεθόδων αντιμετώπισης των WSL σε ορθοδοντικούς ασθενείς, γεγονός που συμβάλλει στην ενημέρωση των ορθοδοντικών και οδοντιάτρων για την αναγκαιότητα εφαρμογή πρόληψης της αρχόμενης τερηδόνας.

Συζήτηση της βιβλιογραφίας: Ευρήματα μελετών σχετικά με τη τοποθέτηση φθοριούχου βερνικιού ως προληπτικό μέσο, είναι ενθαρρυντικά. Η καθημερινή χορήγηση διαλύματος 0.05% NaF μπορεί να έχει προληπτική δράση αλλά περιορισμένη τεκμηρίωση (Cochrane review, 2008). Η αντιτερηδογονόος δράση ελαστομερών περιδέσεων που απελευθερώνουν φθόριο και των διαφόρων κονιών συγκόλλησης δεν έχουν πλήρως τεκμηριωθεί. Σχετικά με τη αντιτερηδογονόο δράση χλωρεξιδίνης στους ορθοδοντικούς ασθενείς, δεν μπορούν να εξαχθούν οριστικά συμπεράσματα. Στα πλαίσια της αντιμετώπισης των WSL, η καθημερινή χορήγηση φωσφοπεπτιδίων καζείνης (CPP-ACP) συμβάλλει στην επανασβεσίωση αρχόμενης τερηδόνας και βελτίωση της εμφάνισης των κηλίδων. Η μικροαποτριβή και η λεύκανση αποτελούν τρόπους αντιμετώπισης αλλά μόνο του αισθητικού προβλήματος.



Συμπεράσματα: Η εφαρμογή εξατομικευμένου προληπτικού προγράμματος για την εμφάνιση WSL είναι σημαντική, πριν και κατά τη διάρκεια, ορθοδοντικής θεραπείας. Εναλλακτικές μέθοδοι πρόληψης όπως η κατανάλωση προβιοτικών και αντιμικροβιακών πεπτιδίων, διερευνώνται.

## 60. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΥΝΘΗΚΗΣ ΤΗΣ ΒΟΛΟΓΝΑ ΣΤΙΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

*Γασπαράτος Σ., Νταγιάντης Γ.*

Στόχος της εργασίας μας είναι να βρούμε σε ποιο βαθμό κάθε χώρα της Ε.Ε. έχει προσαρμόσει τα προγράμματα σπουδών των οδοντιατρικών σχολών της στην Συνθήκη της Μπολόνια σε σχέση με τους δύο κύκλους σπουδών. Τα δεδομένα μας προέρχονται από τις απαντήσεις σε τυποποιημένα ερωτηματολόγια των εκπροσώπων κάθε χώρας της Ε.Ε. στο Συμβούλιο Ευρωπαίων Οδοντιάτρων (Σ.Ε.Ο.). Τα βασικότερα συμπεράσματα είναι ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των οδοντιατρικών σχολών φαίνεται να έχει εφαρμόσει τους δύο κύκλους σπουδών στην εκπαίδευση αλλά σε καμία χώρα δεν αναγνωρίζονται επαγγελματικά δικαιώματα στους αποφοίτους του πρώτου (τριετούς) κύκλου σπουδών και το δίπλωμα του πρώτου κύκλου δεν έχει πρόσβαση στο επάγγελμα.

## 61. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΟΨΕΙΣ. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΟΨΕΩΝ Π ΟΡΣΕΛΑΝΗΣ ΚΑΙ ΡΗΤΙΝΗΣ

*Δράκου ΜΚ., Σπαχίου ΜΦ., Τσιλίκη ΜΕ.*

Σκοπός – Κλινική σημαντικότητα: Ο σύγχρονος οδοντίατρος καλείται να ανταπεξέλθει στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών για συντηρητικές αποκαταστάσεις που συνδυάζουν υψηλή αισθητική και ικανοποιητική λειτουργικότητα. Με γνώμονα τις απαιτήσεις αυτές εμφανίζονται στο προσκήνιο οι οδοντιατρικές όψεις δημιουργώντας διχογνωμία μεταξύ των υποστηρικτών των κεραμικών και εκείνων της ρητίνης για το ποιο είναι το καταλληλότερο υλικό κατασκευής. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σε σχέση με το θέμα αυτό, η περιγραφή των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων κάθε μεθόδου και η παράθεση των κλινικών ενδείξεων εφαρμογής τους.

Συζήτηση σχετικής βιβλιογραφίας: Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία οι όψεις πορσελάνης έχουν ως πλεονέκτημα το καλό αισθητικό αποτέλεσμα, την ακρίβεια απόδοσης του φυσικού χρώματος και την υψηλή ανθεκτικότητα στην εναπόθεση χρωστικών. Επίσης χάρη στις υψηλές φυσικομηχανικές ιδιότητές τους παρέχουν αντοχή, μακροβιότητα και καλύτερη βιολογική αποδοχή από τους περιοδοντικούς ιστούς. Ενώ υστερούν στο ότι έχουν υψηλό κόστος, η κατασκευή τους απαιτεί την παρεμβολή οδοντοτεχνικού εργαστηρίου και η εφαρμογή τους δεν είναι δυνατή σε δόντια με εκτεταμένες βλάβες. Οι όψεις ρητίνης που διαχωρίζονται σε άμεσες και έμμεσες πλεονεκτούν για το χαμηλό κόστος τους και για την δυνατότητα της γρήγορης και εύκολης επιδιόρθωσης. Απαιτούν εππλέον ελάχιστη αφαίρεση οδοντικών ιστών. Μειονεκτούν όμως λόγω του γρήγορου αποχρωματισμού τους και της μη καλής απόδοσης του χρώματος. Διαθέτουν μικρότερη αντοχή από τις κεραμικές όψεις και αυτό τα καθιστά αναγκαία στην συχνότερη αντικατάσταση και επιδιόρθωσή τους.

Συμπεράσματα: Και οι δύο τύποι όψεων παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Για την επιλογή λοιπόν της καταλληλότερης μεθόδου πρέπει να ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως η κλινική επιδεξιότητα του οδοντιάτρου, ο διαθέσιμος χρόνος εργασίας, οι αισθητικές απαιτήσεις και η οικονομική κατάσταση του ασθενούς.

## 62. ΟΛΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ ΜΕ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

*Ευαγγέλου Ε.*

Γυναίκα, 51 ετών προσήλθε στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης με την επιθυμία να αποκαταστήσει συνολικά το στόμα της, το οποίο κατά την εκτίμησή της παρουσίαζε σειρά λειτουργικών και αισθητικών

προβλημάτων. Τα δόντια #47, #46 και #36 είχαν εξαχθεί στο παρελθόν. Τα #48 και #37 παρουσίαζαν εκτεταμένες τερηδονικές βλάβες. Τα #45, #44, #43, #42, #41, #31, #32, #33, #34 και #35 είχαν πολύ έντονες αποτριβές κοπτικά και μασητικά. Μεταξύ των άλλων, η ασθενής ανέφερε αλλεργία σε όλα τα μέταλλα εκτός από το χρυσό και τον άργυρο και για το λόγο αυτό ζητούσε να κατασκευασθούν προσθετικές αποκαταστάσεις που να μην εμπεριέχουν μέταλλα.

Το σχέδιο θεραπείας περιλάμβανε την κατασκευή ολοκεραμικών αποκαταστάσεων με την επίκαιρη τεχνολογία των στεφανών από οξείδιο της Ζιρκονίας. Συγκεκριμένα αποφασίσθηκε να διενεργηθεί ενδοδοντική θεραπεία στο #48 και να τοποθετηθεί άξονας υαλονημάτων προκειμένου να κατασκευασθεί ψευδομύλη από πολυμερές υλικό και να κατασκευασθεί μία γέφυρα τριών τεμαχίων με στηρίγματα τα #35 και #37 και γεφύρωμα το #36, μία γέφυρα πέντε τεμαχίων με στηρίγματα τα #48, #45 και #44 και γεφυρώματα τα #46 και #47 και επτά μονήρεις στεφάνες για τα #43, #42, #41, #31, #32, #33 και #34.

Για το περιστατικό συνεργάστηκαν τα γνωστικά αντικείμενα της Προσθετικής, της Οδοντικής Χειρουργικής και της Ενδοδοντίας.

Το περιστατικό παρουσίαζε ενδιαφέρον αλλά και δυσκολία, όχι μόνο επειδή επρόκειτο να αποκατασταθεί όλη η κάτω γνάθος, αλλά επειδή τα ολοκεραμικά συστήματα δεν χρησιμοποιούνται τόσο πολύ στην καθημερινή κλινική πράξη και επειδή η χρήση τους είναι ακόμα πιο περιορισμένη όταν πρόκειται για εκτεταμένες γέφυρες.

Στην παρουσίαση θα δειχθούν αναλυτικά όλα τα κλινικά στάδια που μεσολάβησαν, οι μεταβατικές αποκαταστάσεις, καθώς και το τελικό αποτέλεσμα.

### 63. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ

*Πολύχρονος Π.*

**Σκοπός και κλινική σημαντικότητα:** Η γλώσσα ως ανατομική περιοχή της στοματικής κοιλότητας μπορεί να αποτελεί πεδίο εκδήλωσης μίας πληθώρας νοσημάτων τοπικής ή συστηματικής αιτιολογίας και ποικίλης νοσηρότητας. Καθώς η ικανότητα αναγνώρισης και αντιμετώπισης των συνήθων παθήσεων του στοματικού βλεννογόνου και ιδιαίτερα της γλώσσας αποτελεί απαραίτητη γνώση για το σύγχρονο οδοντίατρο, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της αιτιολογίας και της αντιμετώπισης των συχνότερων παθήσεων της γλώσσας με βάση τα δεδομένα της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας.

**Συζήτηση βιβλιογραφίας:** Σύμφωνα με σχετική μελέτη στις ΗΠΑ οι παθήσεις της γλώσσας αποτελούν το 15,5% του συνόλου των νοσημάτων του στοματικού βλεννογόνου. Η γλώσσα μπορεί να αποτελεί είτε την αποκλειστική εντόπιση ή τη θέση προτίμησης διαφόρων νοσολογικών οντοτήτων ποικίλης αιτιολογίας και σοβαρότητας. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται βλάβες δυσπλαστικής αρχής (π.χ. αγκυλογλωσσία), ανατομικές παραλλαγές (π.χ. οσχεοειδής γλώσσα), φλεγμονώδους φύσεως μεταβολές του χρώματος και της υφής (π.χ. γεωγραφική γλώσσα), καθώς και παθήσεις τοπικής αιτιολογίας όπως λοιμώξεις (π.χ. καντιντίαση), ή συστηματικής αιτιολογίας, όπως δερματοβλεννογόνια νοσήματα (π.χ. λέμφιγα), νόσοι μεταβολισμού (αμυλοείδωση), αλλά και προκαρκινικές βλάβες (λευκοπλακία, ερυθροπλακία), καλοήγη (π.χ. κοκκιοκυτταρικός όγκος) και κακοήγη νεοπλασμάτα (ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα). Η θεραπευτική αντιμετώπιση των παραπάνω παθήσεων ποικίλει και μπορεί να κυμαίνεται από την απλή ενημέρωση έως και τη λήψη διαγνωστικής βιοψίας για ιστοπαθολογική εξέταση, την ολική χειρουργική εξαίρεση μίας βλάβης ή την παραπομπή για κατάλληλη εργαστηριακή διερεύνηση του ασθενούς.

**Συμπεράσματα:** Η αναγνώριση των παθολογικών μεταβολών της γλώσσας από τον οδοντίατρο σε συνδυασμό με την αξιολόγηση του ιστορικού και του κατευθυνόμενου εργαστηριακού έλεγχου μπορεί να οδηγήσουν στην ορθή διάγνωση και αντιμετώπιση των διαφόρων παθήσεων.

### 64. ΜΕΤΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΑ

*Μακρυγιάννη Μ., Ρέτσας Α.*



Εισαγωγή: Ο πόνος που παρατηρείται στο μεσοδιάστημα των συνεδριών της ενδοδοντικής θεραπείας ή και αμέσως μετά το πέρας της, είναι ένα φαινόμενο που ταλαιπωρεί τον ασθενή, ενώ επιτείνει τον φόβο του για την διαδικασία της ενδοδοντικής Θεραπείας.

Σκοπός: Σκοπός της ανασκόπησης είναι η ανάλυση του μηχανισμού πρόκλησης του πόνου, η αποσαφήνιση των προδιαθεσικών παραγόντων και η παρουσίαση των τρόπων αντιμετώπισης αλλά και πρόληψης που οφείλει να γνωρίζει ο κλινικός οδοντίατρος.

Βιβλιογραφικά στοιχεία: Ο μετεπεμβατικός πόνος θεωρείται υποκατηγορία του περιακρορριζικού πόνου και είναι το αποτέλεσμα της δράσης μικροβιακών, μηχανικών και χημικών παραγόντων ή και συνδυασμού τους, που εξέρχονται από το ακρορριζικό τρήμα και διεγείρουν τα νεύρα των περιακρορριζικών ιστών. Εκτός από τους αιτιολογικούς παράγοντες υπάρχει και μια πληθώρα επιβαρυντικών παραγόντων, όπως η αρχική συμπτωματολογία του δοντιού, η κατάσταση του πολφού και των περιακρορριζικών ιστών, ο αριθμός των συνεδριών, και το ιατρικό ιστορικό του ασθενή. Με την σωστή εκτίμηση των επιβαρυντικών αυτών παραγόντων, ο κλινικός μπορεί να προβεί σε μια σειρά από προληπτικές ενέργειες για την αποφυγή ή την μείωση του αναμενόμενου πόνου, όπως η προληπτική χορήγηση φαρμάκων, η χρήση της κατάλληλης τεχνικής χημικομηχανικής επεξεργασίας και η συγκλεισιακή απελευθέρωση του πάσχοντος δοντιού. Σε περίπτωση μετεπεμβατικού πόνου, η αντιμετώπιση συνίσταται στη σωστή διάγνωση, την φαρμακευτική αντιμετώπιση και, αν κριθεί απαραίτητο, την οδοντιατρική παρέμβαση.

Συμπέρασμα: Οι περιπτώσεις μετεπεμβατικού πόνου στο μεσοδιάστημα των συνεδριών ή και μετά το πέρας της ενδοδοντικής θεραπείας είναι αρκετά συχνές. Με την κατάλληλη εκτίμηση ασθενούς και δοντιού μπορούμε να τον αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά, με κύριο στόχο την όσο το δυνατόν λιγότερη επιβάρυνση του ασθενούς.

## 65. ΤΕΧΝΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΗΜΕΝΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ «BALANCED FORCE»

Φρυτάκη Β, Ταμιωλάκης Π., Σταθόπουλος Φ.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Η χημικομηχανική επεξεργασία των κεκκαμένων ριζικών σωλήνων αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό. Ένας από τους τρόπους ορθής προσέγγισης τέτοιων περιπτώσεων με ρίνες ανοξειδωτου χάλυβα, αποτελεί η τεχνική των ισορροπημένων δυνάμεων.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Για την άντληση πληροφοριών για αυτή την τεχνική, αναζητήθηκαν πληροφορίες στη βάση δεδομένων «Pubmed» χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά «balanced force & endodontics» «balanced force technique» καθώς και σε συγγράμματα και επιστημονικά περιοδικά στη βιβλιοθήκη της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών. Την τεχνική αυτή περιέγραψαν πρώτοι οι Roane και συν. το 1985 και έκτοτε αποτελεί την τεχνική εκλογής για την μηχανική επεξεργασία κεκκαμένων ριζικών σωλήνων με εργαλεία χειρός από ανοξειδωτο χάλυβα. Για την τεχνική αυτή είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται οι ρίνες Flex -R (σήμερα κυκλοφορούν ως Flexofile) ενώ οι ρίνες Νικελίου -Τιτανίου λόγω της υπερελαστικότητας τους δεν αποτελούν εργαλεία εκλογής.

Περιγραφή της τεχνικής: Η τεχνική εφαρμόζεται ως ακολούθως: Αρχικά πραγματοποιείται κίνηση διεύρυνσης (Ιδεξιόστροφα) κατά 90°, στη συνέχεια κατά 180° - 270° αριστερόστροφα, ενώ με ταυτόχρονη εφαρμογή ελαφράς ακρορριζικής πίεσης ώστε να εξισορροπεί την τάση της ρίνης να επανέλθει μυλικά, ακολουθεί δεξιόστροφη κίνηση 90° για δεύτερη φορά όπου το εργαλείο προωθείται ακρορριζικά, και τέλος, αφαιρείται το εργαλείο με δεξιόστροφη κίνηση.

Συμπεράσματα: Η τεχνική «BALANCED FORCE», επιτρέπει την ασφαλή μηχανική επεξεργασία κεκκαμένων ριζικών σωλήνων με ρίνες ανοξειδωτου χάλυβα, χωρίς να αλλάζει το σχήμα του σωλήνα, θα πρέπει όμως ο κλινικός να εξοικειωθεί με τις κινήσεις και τις δυνάμεις που ασκούνται στην τεχνική αυτή, για να αποφύγει τη δημιουργία ιατρογενών συμβαμάτων.

## 66. ΑΜΕΣΗ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ ΠΟΛΦΟΥ: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Σκόνδρα Φ.



Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Στην κλινική πράξη, ο σύγχρονος οδοντίατρος καλείται συχνά, να αντιμετωπίσει δόντια με εκτεταμένες τερηδονικές βλάβες που παρουσιάζουν σαφή εγγύτητα με τον πολφό, και ως εκ τούτου έχουν επηρεάσει τη λειτουργικότητα του. Άρα, οι θεραπευτικές επιλογές που διαθέτει στη «φαρέτρα» του κυμαίνονται από την πιο επιθετική απόφαση της Ενδοδοντικής Θεραπείας, μέχρι τις πιο συντηρητικές προσεγγίσεις, που συνίστανται στην άμεση και έμμεση κάλυψη του πολφού και στην παρακολούθηση του περιστατικού.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Οι κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την τελική θεραπευτική επιλογή είναι η θέση και η έκταση της τερηδόνας, το μετακλητό ή αμετάκλητο της πολφικής βλάβης και ο έλεγχος του πεδίου. Σε κάθε περίπτωση διαχείρισης δοντιού με εκτεταμένη τερηδονική βλάβη και όχι σαφή ένδειξη ενδοδοντικής θεραπείας, κρίνεται απαραίτητη η χρήση του ελαστικού απομονωτήρα, σε όλα τα στάδια εργασίας από την αρχική διαγνωστική αφαίρεση της τερηδόνας, έως την οριστική αποκατάσταση, με σκοπό να αποφευχθεί η επιμόλυνση του πολφού από τη μικροβιακή χλωρίδα της στοματικής κοιλότητας και να διατηρηθεί η ασηψία κατά την εκτέλεση των διαφόρων κλινικών σταδίων. Τα υλικά και μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην άμεση και έμμεση κάλυψη του πολφού, τα οποία οφείλουν να είναι βιοσυμβατά με τον πολφό, είναι ποικίλα.

Περιγραφή της τεχνικής: Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η διαχείριση δύο περιπτώσεων, δοντιών με εκτεταμένες τερηδονικές βλάβες.

Συμπεράσματα Η σωστή επιλογή των περιπτώσεων και η τήρηση της ασηψίας, σε συνδυασμό με την ορθή χρήση των υλικών, εγγυώνται την άρτια αποκατάσταση των δοντιών και τη μακροχρόνια επιτυχία των οριακών αυτών περιπτώσεων.

## 67. ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

*Κωτσιοπούλου Χ.*

Εισαγωγή: Τα εμφυτεύματα σήμερα αποτελούν μια εγκατεστημένη και γνωστή θεραπευτική προσέγγιση της απώλειας των δοντιών, χρησιμοποιούνται εδώ και πολύ καιρό και έχουν μελετηθεί καλά. Παρ' όλα αυτά, παρουσιάζουν αποτυχίες και εμφάνιση νόσων των περιεμφυτευματικών ιστών, όπως η περιεμφυτευματίτιδα.

Σκοπός: Η αναφορά στον επιπολασμό και στην επίπτωση των περιεμφυτευματικών νόσων, όπως μελετάται μέσα από την διεθνή βιβλιογραφία. Αξίζει να αναφερθεί ότι η νόσος της περιεμφυτευματίτιδας εξελίσσεται με πιο γρήγορους ρυθμούς συγκριτικά με την περιοδοντίτιδα. Ενδεικτικά, παράγοντες κινδύνου για την αποτυχία της οστεοενσωμάτωσης αποτελούν το κάπνισμα, η φτωχή στοματική υγιεινή, το ιστορικό περιοδοντικής προσβολής, η ποιότητα του οστού, η ηλικία, οι συστηματικές νόσοι, το γενετικό υπόβαθρο και άλλοι.

Συμπεράσματα: Για να αποφευχθεί το δυσάρεστο φαινόμενο, τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεράποντα, της απώλειας των εμφυτευμάτων, θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής ανάλυση της περιοδοντικής κατάστασης του ασθενούς πριν την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Επίσης, πρέπει να γίνεται επιτυχής περιοδοντική θεραπεία, με τακτές επανεξετάσεις στο ιατρείο, για αξιολόγηση της κατάστασης μετά από επιμελή κλινική και ακτινογραφική εξέταση, για αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων σε πρώιμα στάδια και παρότρυνση του ασθενή για εφαρμογή των οδηγιών για σωστή στοματική υγιεινή καθώς και για διακοπή του καπνίσματος.

## 68. ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΡΙΖΩΝ: ΕΝΑ ΣΥΜΒΑΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

*Ρούσσοσ Π., Μπάρκα Μ.*

Η απορρόφηση των ριζών σε δόντια που υποβάλλονται σε ορθοδοντική θεραπεία αποτελεί ένα συχνό ανεπιθύμητο φαινόμενο, που οφείλεται σε πληθώρα αιτιών και που μπορεί να οδηγήσει σε αποτυχία της θεραπείας και σε καθορισμό δυσμενούς πρόγνωσης των δοντιών που την υφίστανται. Είναι, επομένως, άκρως σημαντικό ο σύγχρονος κλινικός να είναι γνώστης των αιτιών αυτών ώστε να μπορέσει να αποφύγει



το εν λόγω φαινόμενο. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης να αναφερθεί η συχνότητα της απορρόφησης των ριζών των δοντιών που δέχονται ορθοδοντικές δυνάμεις και να καταδειχθούν τα αίτια που την προκαλούν. Γενικά, η ριζική απορρόφηση μπορεί να είναι μέρος αναπτυξιακών, φλεγμονωδών, διηθητικών και άλλων διεργασιών που μπορεί να αφορούν φυσιολογικές αλλά και παθολογικές καταστάσεις. Έτσι λοιπόν μπορεί να οφείλεται σε αυξημένη πίεση στην ρίζα του νεογνού δοντιού από την φυσιολογική ανατολή του μονίμου, στην παθολογική ανάπτυξη όγκων που σχετίζονται με δόντια, σε βλάβες στην περιοδοντική μεμβράνη, σε αυξημένη αιματική παροχή συνοδευόμενη από φλεγμονή, σε λοίμωξη, σε συστηματικές νόσους και ενδοκρινείς διαταραχές που μπορούν να επηρεάσουν την προδιάθεση του ατόμου στην εμφάνισή της. Η απορρόφηση που σχετίζεται με την ορθοδοντική παρέμβαση όμως περιλαμβάνει τη συμμετοχή συγκεκριμένων στοιχείων που την διαφοροποιούν από τις υπόλοιπες προαναφερθείσες καταστάσεις. Τα σύγχρονα δεδομένα, καταδεικνύουν τους παρακάτω ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση απορρόφησης σε δόντια που υφίστανται ορθοδοντική θεραπεία: η ένταση, το είδος και η διάρκεια της δύναμης σε συνδυασμό με την συνολική διάρκεια της θεραπείας, το είδος του δοντιού, η μορφολογία της ρίζας, το εύρος της ορθοδοντικής μετακίνησης, το μέγεθος της απορρόφησης πριν την ορθοδοντική θεραπεία αλλά και το προηγούμενο τραύμα στην περιοχή που πρόκειται να θεραπευθεί

## 69. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

*Κατζογιάννη Μ., Κρουστάλλη Α., Πιέτη Μ., Ριζωνάκη Μ., Σκόνδρα Φ., Ταγκλή Α.*

Η σύγχρονη οδοντιατρική αποσκοπεί στην προαγωγή της στοματικής υγείας των ατόμων με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης σε ιδιωτικό και δημόσιο επίπεδο. Κύριος κορμός των προγραμμάτων αυτών είναι η αγωγή στοματικής υγείας και ιδιαίτερα όταν πραγματοποιείται με την πλέον αποδεκτή και αποτελεσματική μέθοδο της βιωματικής μάθησης. Η βιωματική μάθηση που πραγματοποιείται με ποικίλους τρόπους (εργασία σε ομάδες, εκπαιδευτικές εκδρομές, παίξιμο ρόλων κλπ), δεν στοχεύει απλά και μόνο στην μετάδοση γνώσεων και πληροφοριών, αλλά και στην απόκτηση δεξιοτήτων και στην αλλαγή του τρόπου ζωής, σεβόμενη τις αρχές της ολιστικής προσέγγισης της υγείας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και συζήτηση της μεθοδολογίας ενός προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας με βιωματική προσέγγιση η οποία πραγματοποιήθηκε από εκπαιδευτριες-φοιτήτριες σε παιδιά ηλικίας 12-13 ετών που προσήλθαν στο Εργαστήριο της Κοινωνικής και Προληπτικής Οδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ. Αρχικά, διαχωρίστηκαν τα παιδιά σε τρεις ομάδες και έγινε συζήτηση με τις υπεύθυνες εκπαιδευτριες σχετικά με οδοντιατρικές εμπειρίες των παιδιών ή του περιβάλλοντός τους ώστε να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης. Κατόπιν πραγματοποιήθηκε ένα παιχνίδι οδοντιατρικών γνώσεων με ενεργό συμμετοχή των παιδιών και ανάπτυξη άμιλλας μεταξύ των ομάδων. Ακολούθησε προσωπική επίδειξη της τεχνικής στοματικής υγιεινής από τις εκπαιδευτριες, πραγματοποιήθηκε οδοντοστοματολογική εξέταση και καταγραφή των αναγκών των παιδιών και τέλος έγινε ξενάγηση στην Οδοντιατρική Σχολή.

Συμπερασματικά, η εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας σε εφήβους που στηρίζεται στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ εκπαιδευτών και εκπαιδευομένων και χρησιμοποιεί το παιχνίδι ως μέσο απόκτησης γνώσεων οδηγεί σε ενθουσιώδη αποδοχή και ενεργητική συμμετοχή, στοιχεία που συμβάλλουν στην επιτυχία των προγραμμάτων αυτών.

## 70. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΥ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

*Κονταξή Σ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με το ρόλο που διαδραματίζει ο ορθοδοντικός στη συντηρητική αντιμετώπιση ασθενών με σύνδρομο άπνοιας ύπνου. Η σύγχρονη και ολοκληρωμένη προσέγγιση των θεμάτων που αφορούν την αιτιοπαθογένεια, τη διαγνωστική μεθοδολογία και τη θεραπευτική προσέγγιση ασθενών με άπνοια ύπνου προϋποθέτει τη στενή συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται και η

οδοντιατρική επιστήμη με σημαντικό ρόλο στην κλινική πράξη κυρίως λόγω των εναλλακτικών θεραπευτικών λύσεων που παρουσιάζει.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Μελετήθηκαν οι σχετικές ερευνητικές εργασίες που συλλέχθηκαν από τη βάση δεδομένων PubMed και δημοσιεύτηκαν το χρονικό διάστημα 2000-2013, καθώς και αντίστοιχη ελληνική ανασκόπηση της αρθρογραφίας και βιβλιογραφίας.

Συμπεράσματα: Ο ρόλος του ειδικού ορθοδοντικού στην ομάδα συνολικής αντιμετώπισης ασθενών με άπνοια του ύπνου αφορά:

Στη διάγνωση κλινικών και ακτινογραφικών χαρακτηριστικών ασθενών που σχετίζονται με εκδήλωση απνοϊκών συνδρόμων.

Στην παραπομπή ασθενών, όπου είναι απαραίτητο, σε ειδικό πνευμονολόγο ή σε εξειδικευμένο διαγνωστικό κέντρο μελέτης ύπνου για ολοκληρωμένη διάγνωση της ενδεχόμενης διαταραχής αναπνοής στον ύπνο.

Στην εφαρμογή ενδοστοματικών ορθοδοντικών μηχανημάτων σε ασθενείς με ήπιας έως μέτριας βαρύτητας άπνοιας του ύπνου ως εναλλακτικής θεραπείας στη συσκευή CPAP ή στην εφαρμογή γναθοπροσωπικής χειρουργικής.

Στην ορθοδοντική θεραπεία για εξάλειψη ορθοδοντικών ανωμαλιών που προδιαθέτουν ή συμμετέχουν στην αιτιολογία διαταραχών της αναπνοής.

Στην εφαρμογή ακίνητων ορθοδοντικών μηχανισμών για την εξασφάλιση σταθερών συγκλεισιακών σχέσεων στις περιπτώσεις μεγάλης βαρύτητας διαταραχών της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου όπου ενδείκνυται χειρουργική των γνάθων.

## **71.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΤΥΠΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ**

*Γκατζογιάννη Μ., Κρουστάλλη Α., Πιέτρη Μ., Ριζωνάκη Μ., Σκόνδρα Φ., Ταγκλή Κ.*

Η αγωγή στοματικής υγείας στοχεύει στη βελτίωση της στοματικής υγείας με την τροποποίηση της συμπεριφοράς υγείας των ατόμων. Έχουν αναπτυχθεί αρκετές μέθοδοι αγωγής υγείας εκ των οποίων η προσέγγιση της βιωματικής μάθησης θεωρείται ως η πλέον αποτελεσματική.

Σκοπός: η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός πρότυπου προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας σε εφήβους, μέσω βιωματικής προσέγγισης.

Υλικά και μέθοδος: το πρόγραμμα απευθύνθηκε, μετά από έγγραφη γονική συναίνεση, σε 23 μαθητές ηλικίας 12-13 ετών της Α΄ Γυμνασίου Αθικών Κορινθίας, και πραγματοποιήθηκε στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών από εκπαιδευτρίες -φοιτήτριες. Η αξιολόγηση του προγράμματος περιελάμβανε τη συμπλήρωση όμοιων ερωτηματολογίων από τα παιδιά πριν και 2 μήνες μετά την εφαρμογή της παρέμβασης. Οι ερωτήσεις αφορούσαν σε γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των εφήβων σχετικά με τη στοματική υγεία και την πρόληψη των νόσων του στόματος. Τα στοιχεία που προέκυψαν αναλύθηκαν με τις στατιστικές δοκιμασίες McNemar και Stuart-Maxwell.

Αποτελέσματα: όλες οι παράμετροι βελτιώθηκαν μετά την παρέμβαση. Μεταξύ άλλων, τα ποσοστά των μαθητών που βούρτσιζαν  $\geq 2$  φορές ημερησίως και χρησιμοποιούσαν νήμα καθημερινά αυξήθηκαν από 50 σε 66,7% ( $p>0,05$ ) και από 12,5 σε 50%, αντίστοιχα ( $p<0,05$ ). Επίσης, στατιστικά σημαντικά αυξήθηκε ο χρόνος βουρτσίσματος ( $\geq 2$  λεπτά, 58,3% πριν, έναντι 75% μετά). Μείωση επίσης παρατηρήθηκε στη συχνότητα λήψης αναψυκτικών ( $p<0,05$ ) και ζάχαρης σε ροφήματα ( $p>0,05$ ). Τέλος, οι μαθητές αξιολόγησαν την κατανόηση των εννοιών που παρουσιάστηκαν με μέσο βαθμό  $9,5 \pm 0,8$  στα 10.

Συμπεράσματα: το πρόγραμμα συνέβαλε σημαντικά στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων από τους μαθητές, όσον αφορά στη βελτίωση στοματικής υγιεινής και την πρόληψη νόσων του στόματος.



## 72. ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΥΨΩΣΗΣ ΙΓΜΟΡΕΙΟΥ ΑΝΤΡΟΥ

Παπαβασιλείου Δ., Φωκά Π.

Οι ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς μπορεί να καθιστούν δύσκολη ή ακόμη και αδύνατη την τοποθέτηση εμφυτευμάτων, αφού απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία τους είναι η ποσοτική και ποιοτική επάρκεια του οστού στην περιοχή που θα αποκατασταθεί. Η οπίσθια περιοχή της άνω γνάθου έχει ανατομικά χαρακτηριστικά που την καθιστούν μοναδική σε σχέση με άλλες περιοχές, κυρίως λόγω της παρουσίας του γναθιαίου κόλπου. Για να ξεπεραστεί η απώλεια του ύψους της φατνιακής ακρολοφίας σε αυτή την περιοχή, έχουν χρησιμοποιηθεί τεχνικές ανύψωσης του εδάφους του ιγμορείου.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των τεχνικών που απαιτούν την ελάχιστη χειρουργική παρέμβαση.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Η οστεοτομία του πλαγίου τοιχώματος του ιγμορείου και η αποκόλληση της μεμβράνης είναι η βασική μέθοδος πλήρωσης του χώρου με μόσχευμα. Η χρήση του πιεζοηλεκτρικού συστήματος υπερήχων για αυτό το σκοπό μειώνει τον κίνδυνο τρώσης της μεμβράνης και διευκολύνει την επέμβαση. Ένα ακόμη βήμα στην αναζήτηση για λιγότερο επεμβατικές τεχνικές ήταν η χρήση της θλιπτικής οστεοτομίας (οστική συμπίκνωση) (Summers, 1994) για την ανύψωση της μεμβράνης, με μια διαφατνιακή τεχνική προσεγγίζοντας το ιγμόρειο άντρο από τη φατνιακή ακρολοφία και επιπλέον η πλήρωση του κόλπου με διάφορα μοσχευματικά υλικά. Τα τελευταία χρόνια έδαφος κερδίζει η αποκόλληση της μεμβράνης του ιγμορείου με διατακτικές τεχνικές, όπως η χρήση μπαλονιού, η οποία συνίσταται στην ήπια απόσπαση της μεμβράνης, χρησιμοποιώντας ένα μπαλόνι από λάτεξ, φουσκωμένο με φυσιολογικό ορό. Τέλος, μια από τις πιο σύγχρονες τεχνικές είναι αυτή της ελεγχόμενης υδ ροστατικής ανύψωσης της μεμβράνης με τη χρήση σύριγγας Luer-Loc και ενσωματωμένης χειροκίνητης αντλίας. Η υδροστατική πίεση ανυψώνει έτσι την ήδη αποκολλημένη μεμβράνη, δημιουργώντας τον απαραίτητο χώρο για την τοποθέτηση μοσχεύματος.

## 73. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΟΝΤΙΟΥ ΜΕ ΤΑΥΡΟΔΟΝΤΙΣΜΟ

Μαλιθίση Χ., Μαργέτη Ζ.

Εισαγωγή: Ταυροδοντισμός καλείται η ασυνήθιστη παραλλαγή κατά την οποία η πολφική κοιλότητα επεκτείνεται ακρορριζικά και υπάρχει απουσία αυχενικής περίσφιξης στο επίπεδο της αδαμαντινοοστεϊνικής ένωσης. Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται μία ασυνήθιστη κλινική περίπτωση ταυροδοντισμού.

Μέθοδοι και Υλικά: Το περιστατικό αφορά σε άνδρα 21 ετών, ο οποίος προσήλθε στην κλινική εκτάκτων περιστατικών της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών με συμπτωματολογία πολφίτιδας στο γομφίο #16. Μετά την ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας, στην μεταπτυχιακή κλινική της Ενδοδοντίας, ακολούθησε η συντηρητική αποκατάσταση του ταυροδοντικού δοντιού στην κλινική συνολικής αντιμετώπισης. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η κλινική προσέγγιση πραγματοποίησης της μυλικής αποκατάστασης του δοντιού αυτού μέσα από τη φιλοσοφία της ελάχιστης παρέμβασης. Μετά από έλεγχο της σχετικής βιβλιογραφίας, αποφασίστηκε η διαστρωματική κάλυψη του πολφικού θαλάμου με τρία διαφορετικά εμφρακτικά υλικά, προκειμένου να εξαλειφθεί κάθε κίνδυνος μικροδιείσδυσης και να ενισχυθεί κατά το δυνατόν η τελική ακεραιότητα του δοντιού. Αρχικά, τοποθετήθηκε ένα στρώμα υαλοϊονομερούς κονίας (2 mm), στα στόμια των ριζικών σωλήνων, με σκοπό τη διασφάλιση της ερμητικότητας της έμφραξης και την άμβλυση των τάσεων που θα αναπτύσσονταν κατά τη λειτουργία του δοντιού. Στη συνέχεια, τοποθετήθηκε ένα στρώμα αμαλγάματος (2mm) μέχρι το επίπεδο του υπερπολφικού τοιχώματος, έτσι ώστε να εξαλειφθεί η πιθανότητα επικοινωνίας με το περιρριζίο στην περιοχή αντίστοιχα με την αδαμαντινοοστεϊνική ένωση. Η αποκατάσταση ολοκληρώθηκε τελικά με σύνθετη ρητίνη (3mm).

Συμπεράσματα: Δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα που να πραγματεύονται κλινικά περιστατικά ταυροδοντισμού, ούτε να υποστηρίζουν τον τρόπο έμφραξης κοιλοτήτων με βάθος άνω των 6 mm και ταυροδοντικά ανατομικά δεδομένα. Το θέμα χρήζει περαιτέρω ερευνητικής διερεύνησης.

## 74. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΜΗΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΡΙΖΑΣ ΣΕ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΑ ΔΟΝΤΙΑ

Πάσιου Α., Τζουρμανάς Ρ.

Εισαγωγή: Για τη δημιουργία των επιμήκων καταγμάτων ρίζας (ΕΚΡ) στα ενδοδοντικά θεραπευμένα δόντια (ΕΘΡ) έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς πληθώρα παραγόντων, από ευρύ φάσμα κλινικών διαδικασιών.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η επισήμανση των παραγόντων αυτών που σχετίζονται με την εμφάνιση ΕΚΡ.

Αιτιολογικοί παράγοντες: Όσον αφορά τη διαδικασία της ενδοδοντικής θεραπείας (ΕΘ), σημαντικότεροι παράγοντες για την πρόκληση ΕΚΡ αποτελούν η τεχνική που χρησιμοποιείται για την παρασκευή των ριζικών σωλήνων (ρ.σ), η τεχνική έμφραξης των ρ.σ, η διάμετρος και το είδος του συμπυκνωτήρα, το μέγεθος και η φορά της ασκούμενης δύναμης. Στους παράγοντες που αφορούν το δόντι και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η μορφολογία της ρίζας και του ρ.σ του δοντιού καθώς και η απώλεια υγρασίας και η μείωση της ελαστικότητας του ΕΘΔ. Σχετικά με την αποκατάσταση των ΕΘΔ, η σημαντικότερη παράμετρος σχετικά με την πρόκληση ΕΚΡ είναι η τοποθέτηση ενδορριζικών αξόνων. Συγκεκριμένα, οι παράμετροι που σχετίζονται με τα επιμήκη κατάγματα ρίζας είναι ο τύπος, το μήκος, το σχήμα, η συγκόλληση του άξονα καθώς και η διάβρωση των χρησιμοποιούμενων αξόνων από τα ιστικά υγρά. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί πως τα ΕΘΔ που χρησιμοποιούνται για στηρίγματα προσθετικών αποκαταστάσεων κοπώνονται σε άλλοτε άλλο χρόνο με αποτέλεσμα την πρόκληση ΕΚΡ. Επιπλέον, κόπωση των ΕΘΔ προκαλείται και όταν φέρουν εγγύς-άπω-μασητικές αποκαταστάσεις.

Συμπέρασμα: Η πρόκληση των ΕΚΡ αποτελεί φαινόμενο πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, επομένως κάθε κλινικός πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν όλες τις προαναφερθείσες παραμέτρους για την αποφυγή τους, είτε κατά τη διάρκεια της ΕΘ είτε αργότερα κατά την αποκατάσταση των ΕΘΔ.

## 75. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΤΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΚΑΙ ΕΛΑΣΣΟΝΩΝ ΥΠΕΡΩΙΩΝ ΤΡΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΞΗΡΑ ΚΡΑΝΙΑ ΕΛΛΗΝΩΝ

Σίσκος Χ., Ιωαννίδη Α.

Εισαγωγή: Παρά το γεγονός ότι τα μείζονα και ελάσσονα υπερώια τρήματα (ΜΥΤ-ΕΥΤ) έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία για την αναισθησία και την ανεπίπλεκτη χειρουργική κυρίως στην περιοχή της υπερώας καθώς επίσης στη ρινική κοιλότητα και την ενδοσκοπική χειρουργική των παραρρινίων κόλπων, τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα αποκαλύπτουν τη δυσχέρεια της κλινικής εντόπισής τους, καθώς και την αμελητέα διακύμανση της ανατομικής θέσης τους σε σχέση με την εθνικότητα.

Σκοπός: Η μελέτη της ανατομικής εντόπισης και της ποικιλομορφίας των ΜΥΤ και ΕΥΤ σε σχέση με το υπερώιο οστό (ΥΟ) και το έσω πέταλο της περυγοειδούς απόφυσης του σφηνοειδούς οστού (ΕΠΠτΑσφΟ), καθώς επίσης η ακριβής μορφολογική μελέτη της περιοχής των ΜΥΤ-ΕΥΤ.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 71 ξηρά κρανία ενηλίκων Ελλήνων του 20<sup>ου</sup> αιώνα, αγνώστου φύλου και ηλικίας, τα οποία επιλέχθηκαν από 300 συνολικά κρανία της συλλογής οστών του εργαστηρίου Ανατομίας ΕΚΠΑ.

Αποτελέσματα: Η μέση κάθετη απόσταση των ΜΥΤ από την οβελιαία υπερώια ραφή βρέθηκε 1.53cm και από το έσω χείλος της φατνιακής ακρολοφίας 0.3cm. Η μέση απόσταση από το οπίσθιο χείλος της σκληρής υπερώας βρέθηκε ίδια στο δεξιό και το αριστερό ημιμόριο (0.46cm και 0.47cm αντίστοιχα). Η εντόπιση των ΜΥΤ, κατά φθίνουσα συχνότητα, ήταν μεταξύ εγγύς και άπω επιφάνειας του τρίτου γομφίου (75.7%), μεταξύ εγγύς και άπω επιφάνειας του δεύτερου γομφίου (16.8%) και άπω του τρίτου γομφίου (7.5%).

Η αριθμητική διακύμανση των ΕΥΤ ήταν: 1(53.45%), 2(31%), 3(10.6%), 4(2.8%), 5(2.1%), η συνηθέστερη εντόπισή τους (71.9%) στη συμβολή του υπερωίου οστού και ΕΠΠτΑσφΟ και η πλέον σπάνια (12.2%) στο ΕΠΠτΑσφΟ.



Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της μελέτης παρέχουν τη δυνατότητα ακριβούς εντόπισης των ΜΥΤ και ΕΥΤ σε ενόδοντες όσο και σε νωδούς ασθενείς.

## 76. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΑΚΡΟΡΡΙΖΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

*Χαρούλης Α.*

Γυναίκα ετών 50, με ελεύθερο ιστορικό, προσήλθε στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης Ασθενών του 4<sup>ου</sup> έτους (2011-2012) για αντιμετώπιση των οδοντιατρικών προβλημάτων της. Κατά την κλινική εξέταση εντοπίστηκε μεταξύ άλλων, εκτεταμένη τερηδονική βλάβη του #37. Η ακτινογραφική εικόνα έδειξε ενασβεστωμένους ριζικούς σωλήνες με διπλή κάμψη και ευμεγέθη περιακρορριζική αλλοίωση (διαστάσεων 1,2 x 1,2 εκατοστών). Οι δοκιμασίες ζωτικότητας απέβησαν αρνητικές και η διάγνωση που τέθηκε ήταν νέκρωση πολφού με συνοδή περιαρρορριζική αλλοίωση, πολφικής αιτιολογίας και αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί συντηρητική ενδοδοντική θεραπεία και σε δεύτερο χρόνο εκτεταμένη αποκατάσταση μύλης με τις τεχνικές της Οδοντικής Χειρουργικής. Το περιστατικό, λόγω της ενασβετίωσης, της διπλής κάμψης, της ευμεγέθους περιακρορριζικής αλλοίωσης αλλά και της απειρίας του επεμβαίνοντος, χαρακτηρίζεται ικανά δύσκολο. Μετά την τοποθέτηση του απομονωτήρα και τη διάνοιξη, η χημικομηχανική επεξεργασία ξεκίνησε με διεύρυνση του αυχενικού και μέσου τρητιμορίου, ακολούθησε προσδιορισμός μήκους εργασίας, ενώ η επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ανοξειδωτων ρινών χάλυβα μέχρι το Νο15 και στη συνέχεια έως το Νο40 με ρίνες νικελίου-τιτανίου. Οι παραπάνω χειρισμοί συνοδεύονταν από άφθονους διακλυσμούς δ/τος NaOCl, ενώ μεταξύ των συνεδριών τοποθετούνταν υδροξείδιο του ασβεστίου ως φάρμακο εγκλεισμού. Η έμφραξη των ριζικών σωλήνων πραγματοποιήθηκε με την τεχνική της ψυχρής πλάγιας συμπύκνωσης κώνων γουταπέρκας και ευγενολούχου φυράματος. Ακολούθησε η προστασία της κοιλότητας με υαλοϊονομερή κονία.

Η ακτινογραφική επανεξέταση στους 6 μήνες, για την εκτίμηση της πορείας της ίασης έδειξε αποκατάσταση των περιακρορριζικών ιστών.

Συμπερασματικά, η ευλαβική τήρηση των βασικών αρχών της ενδοδοντικής θεραπείας, οδηγεί σε επιτυχή αντιμετώπιση περιακρορριζικών βλαβών, ακόμη και από άπειρους επεμβαίνοντες.

## 77. Η ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

*Παπάζογλου Κ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Σκοπός της εργασίας είναι η αναφορά των περιπτώσεων στις οποίες απαιτείται χημειοπροφύλαξη πριν τη διενέργεια οδοντιατρικών επεμβάσεων καθώς και η παρουσίαση των σχετικών νεότερων δεδομένων και οδηγιών.

Συζήτηση της βιβλιογραφίας: Ως χημειοπροφύλαξη ορίζεται η χορήγηση αντιβιοτικού, για προληπτικούς λόγους, πριν από οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, για την αποφυγή λοίμωξης του ασθενούς από την προκαλούμενη μικροβιαμία. Οι οδοντίατροι είναι αναγκαίο να ενημερώνονται σχετικά με τα νεότερα δεδομένα που αφορούν την προληπτική χορήγηση αντιβιοτικών προκειμένου να αποφευχθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προέρχονται από την κατάχρησή τους (αύξηση ανθεκτικών στελεχών, εκδήλωση αλλεργικών αντιδράσεων).

Η χημειοπροφύλαξη στην Οδοντιατρική χορηγείται:

1. Για την πρόληψη της λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας (Λ.Ε) σε καρδιολογικούς ασθενείς (π.χ. ασθενείς με προσθετικές καρδιακές βαλβίδες, ιστορικό προηγηθείσας Λ.Ε, συγγενείς καρδιοπάθειες κ.ά).

2. Για την αποφυγή λοίμωξης στις ακόλουθες καταστάσεις:

σε ασθενείς με μη ελεγχόμενο σακχαρώδη διαβήτη

σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών με ορθοπεδικές προθέσεις

σε ανοσοανεπαρκείς ή ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς

σε ασθενείς με πρόσφατα αγγειακά μοσχεύματα

Στους εν λόγω ασθενείς η χημειοπροφύλαξη χρειάζεται πριν από αιματηρές επεμβάσεις όπως είναι οι εξαγωγές δοντιών, οι περιοδοντικές επεμβάσεις, η λήψη ιστοτεμαχίου για βιοψία, η τοποθέτηση οδοντικών εμφυτευμάτων κ.ά. Το αντιβιοτικό εκλογής είναι η αμοξυκυλίνη σε δοσολογία 2 gr per os εφ'άπαξ 1h πριν την επέμβαση, ενώ το δοσολογικό σχήμα τροποποιείται επί αλλεργίας.

Συμπεράσματα:

Απαιτείται χορήγηση χημειοπροφύλαξης σε ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου πριν από ορισμένες οδοντιατρικές επεμβάσεις.

Οι οδοντίατροι οφείλουν να ενημερώνονται σχετικά με τα ισχύοντα πρωτόκολλα.

Διευρύνεται το φάσμα των οδοντιατρικών επεμβάσεων στις οποίες απαιτείται χημειοπροφύλαξη.

Αντιβιοτικό εκλογής παραμένει η αμοξυκυλίνη.

## **78. ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΕΚΠΑ**

*Πλευριτάκη Α., Τσιρώνη Κ.*

Είναι πλέον πολύ πιθανό, οι νέοι πτυχιούχοι στην οδοντιατρική να έρθουν αντιμέτωποι με ένα σημαντικό αριθμό ασθενών με ειδικές ανάγκες κατά τη διάρκεια άσκησης του επαγγέλματος τους οι οποίοι, σύμφωνα με τον WHO, φτάνουν το 20% του πληθυσμού. Ωστόσο η αυτοπεποίθησή τους και η θέλησή τους να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα για αυτή τη διαφορετική ομάδα ασθενών σχετίζεται με την ποιότητα και το περιεχόμενο των προπτυχιακών σπουδών τους, σχετικά με την παροχή ειδικής οδοντιατρικής φροντίδας. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις αντιλήψεις οδοντιατρικής εκπαίδευσης των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών του τμήματος της Οδοντιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου της Αθήνας όσον αφορά την ικανοποίησή τους για αυτή την εκπαίδευση, την επαγγελματική στάση τους και τις προθέσεις τους σχετικά με τη θεραπεία ασθενών με ειδικές ανάγκες στο μέλλον.

400 ερωτηματολόγια με 18 ερωτήσεις μοιράστηκαν στους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του τμήματος Οδοντιατρικής του ΕΚΠΑ με ερωτήσεις σχετικές με: Αντίληψη της Οδοντιατρικής εκπαίδευσης, Εκπαίδευση-σχετικές συμπεριφορές και Επαγγελματική στάση και συμπεριφορά που αφορούν τη θεραπεία ασθενών με ειδικές ανάγκες. Απαντήθηκαν 260 ερωτηματολόγια.

Αποτελέσματα: Φαίνεται ότι το πρόγραμμα σπουδών δεν συσχετίζεται με την άνεση των φοιτητών στη θεραπεία ασθενών ή να τους επηρεάζει σημαντικά ως προς την παροχή οδοντιατρικής θεραπείας σε ΑΜΕΑ. Ήταν εμφανές από τη μελέτη αυτή ότι οι φοιτητές είναι πρόθυμοι να έχουν θεωρητική και κλινική εκπαίδευση στην Οδοντιατρική ΑΜΕΑ, στο τελευταίο μέρος των σπουδών τους.

## **79. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΜΕΛΟΓΕΝΙΝΗΣ (EMDOGAIN®) ΣΤΗΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΟΜΕΝΗ ΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΛΑΣΗ**

*Κουφατζίδης Κ., Φωτάκης Α.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Κύριος σκοπός της περιοδοντικής θεραπείας αποτελεί η εξάλειψη της φλεγμονής και η αποκατάσταση των απολεσθέντων περιοδοντικών ιστών. Ανάλογα με τη μορφολογία των οστικών βλαβών χρησιμοποιούνται διάφορες χειρουργικές τεχνικές κατευθυνόμενης ιστικής αναγέννησης που στοχεύουν στη δημιουργία νέου οστού, νέας οστεΐνης και νέων ινών του περιρριζίου. Σε μία από τις τεχνικές αυτές γίνεται εφαρμογή ενός μοσχεύματος του Emdogain.



Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Το Emdogain αποτελείται κυρίως από αμελινογενίνες οι οποίες απαντώνται στη θεμέλια ουσία της αδαμαντίνης. Οι πρωτεΐνες αυτές έχουν χοίρια προέλευση και το τελικό προϊόν έρχεται σε μορφή γέλης. Η εφαρμογή του Emdogain ενδείκνυται σε ενδοστικές βλάβες ενός, δύο ή και τριών τοιχωμάτων με βάθος άνω των 3 mm, σε μεσορριζικές προσβολές 1ης τάξης των κάτω γομφίων, καθώς και σε υφιζήσεις των ούλων. Μετά την αναπέταση του κρημού και την απόξεση της ριζικής επιφάνειας τοποθετείται το Emdogain στην περιοχή της βλάβης και στη συνέχεια γίνεται συρραφή του κρημού. Αμέσως μετά την τοποθέτηση της γέλης δημιουργείται ένα αδιάλυτο επιφανειακό δίκτυο που λειτουργεί ως μήτρα και δέχεται αδιαφοροποίητα μεσεγχυματικά κύτταρα τα οποία αργότερα θα διαφοροποιηθούν σε κύτταρα με ικανότητα παραγωγής νέας οστεΐνης. Συγχρόνως, η παρουσία της μήτρας-και του κοκκιώδους ιστού που σχηματίζεται γύρω από τη μήτρα - αποτρέπει την ακρορριζική κατάδυση των επιθηλιακών κυττάρων δίνοντας έτσι χρόνο και χώρο για τη δημιουργία του οστού.

Συμπεράσματα: Όπως καταδεικνύεται από τη βιβλιογραφία, το Emdogain εμφανίζει σε αρκετές περιπτώσεις πολύ καλά αποτελέσματα στην ανάπλαση των περιοδοντικών ιστών τόσο με κλινικά όσο και με ακτινογραφικά κριτήρια, ενώ δεν έχουν αναφερθεί παρενέργειες.

## 80. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

*Τζάτζιμος Α-Ρ.*

Παρουσίαση περιστατικού και διάγνωση: Ασθενής 67 ετών προσήλθε στην Κλινική Συνολικής Αντιμετώπισης του Οδοντιατρικού Τμήματος Αθηνών με σκοπό να φτιάξει τα δόντια της. Από το ιατρικό ιστορικό προέκυψε ότι πάσχει από οστεοπόρωση και λάμβανε διφωσφονικά επί 5 έτη τα οποία διέκοψε προ 1,5 έτους. Η κλινική και ακτινολογική εξέταση οδήγησε στην διάγνωση χρόνιας περιοδοντίτιδας βραδείας εξέλιξης (γενικευμένη, μέσης βαρύτητας). Επίσης, διεγνώσθησαν κακότεχνες αποκαταστάσεις, αυχενικές διαβρώσεις έντονου βαθμού (περίπου στα 3/4 του φραγμού) λόγω επαναλαμβανόμενης και διαρκούς λήψης όξινων χυμών.

Σχέδιο Θεραπείας: Το σχέδιο θεραπείας περιλαμβάνει εξαγωγές δοντιών με κακή πρόγνωση ή κατεστραμμένων από τερηδόνα, περιοδοντική θεραπεία, αποκατάσταση των αυχενικών διαβρώσεων μικρής έκτασης με εμφράξεις σύνθετης ρητίνης, ενδοδοντικές θεραπείες (ή επαναλήψεις όπου αυτό είναι απαραίτητο), τοποθέτηση ενδορριζικών αξόνων και προσθετική αποκατάσταση. Τα γνωστικά αντικείμενα που συνεργάστηκαν: Περιοδοντολογία, ενδοδοντία, γναθοχειρουργική, οδοντική χειρουργική και προσθετική. Δυσκολία / ιδιαιτερότητα του περιστατικού: Είναι γνωστό, ότι σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται απώλεια οδοντικών ιστών στην αυχενική περιοχή των δοντιών η οποία δεν σχετίζεται με τον μικροβιακό παράγοντα. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι οι αλλοιώσεις αυτές είναι μάλλον πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και οφείλονται σε λειτουργικά, μηχανικά και χημικά αίτια. Η επίπτωση τους κυμαίνεται στην διεθνή βιβλιογραφία μεταξύ 5 και 85%. Η αποκατάσταση της αυχενικής περιοχής των δοντιών αποτελεί πρόκληση στην οδοντική θεραπευτική εξαιτίας των ανατομικών και μηχανικών ιδιαιτεροτήτων καθώς και της δυσκολίας απομόνωσης που παρουσιάζει συχνά η περιοχή. Το περιστατικό παρουσιάζει ενδιαφέρον ως προς την αποκατάσταση των αυχενικών διαβρώσεων από τις οποίες οι περισσότερες εμφανίζονται ιδιαίτερα εκτεταμένες καλύπτοντας το ήμισυ και πλέον της προστομιακής επιφάνειας των δοντιών.

## 81. ΑΜΕΣΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ

*Κληρονόμος Θ.*

Σκοπός της εργασίας είναι να αναλύσει την διεθνή βιβλιογραφία, την πρόγνωση, τις ενδείξεις, τις αντενδείξεις, τις αρχές και τις προϋποθέσεις, καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική επιβίωση των εμφυτευμάτων που αποκαθίστανται με άμεση φόρτιση. Οι αναφορές για την άμεση φόρτιση είναι πολλές εστιάζοντας στην πρόγνωση που αυτή έχει, όσο και τις ενδείξεις εφαρμογής της. Σε μια εποχή όπου η ανάγκη για γρήγορη και ποιοτική ταυτόχρονα θεραπεία συνεχώς μεγαλώνει, έτσι η άμεση φόρτιση θα μπορούσαμε να πούμε ότι με τα πλεονεκτήματα που προσφέρει στον κλινικό και τον ασθενή είναι μια επιλογή που διαφοροποιεί εντελώς τις μέχρι πριν λίγα χρόνια δυνατότητες αποκατάστασης μερικών ή ολικών νωδών ασθενών. Τέλος, θα αναφερθούν οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την



πρόγνωση των εμφυτευμάτων που φορτίζονται άμεσα έτσι ώστε να αποτελούν, και ανά περιστατικό, μια αξιόπιστη και σχετικά προβλέψιμη λύση.

## **82. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΠΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΙΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΖΩΝΗ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ**

*Κολαΐτης Γ., Σαραντοπούλου Α.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση των προβλημάτων που προκύπτουν μετά την τοποθέτηση εμφυτευμάτων για την αποκατάσταση νωδότητας στην πρόσθια αισθητική ζώνη της άνω γνάθου. Σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα τα προβλήματα αυτά που είναι κυρίως αισθητικά ανέρχονται στο 5-6% και ως βασική αιτία καταγράφεται ο λανθασμένος προεγχειρητικός σχεδιασμός.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Οι επι-εμφυτευματικές αποκαταστάσεις αποτελούν σήμερα ένα σημαντικό κομμάτι της δουλειάς του οδοντιάτρου. Εφόσον η τοποθέτηση των εμφυτευμάτων γίνεται σωστά ακολουθώντας τους τεκμηριωμένους κανόνες της επιστήμης και της τέχνης, τότε εξασφαλίζονται υψηλά ποσοστά επιτυχίας με ιδιαίτερα ικανοποιητικά αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα. Στην εμφυτευματολογία ιδιαίτερα ευαίσθητη και απαιτητική είναι η αποκατάσταση στην πρόσθια αισθητική ζώνη της άνω γνάθου. Παραβιάσεις των κανόνων και ανεπαρκής προετοιμασία και σχεδιασμός του περιστατικού μπορούν να οδηγήσουν σε ποικίλα προβλήματα όπως : α) μειωμένη αισθητική απόδοση της αποκατάστασης λόγω υπερβολικής υπερώιας η προστομιακής κλίσης του εμφυτεύματος, β) εμφάνιση του μετάλλου του διαβλεπνογονίου τμήματος διαμέσου των ιστών σε περιπτώσεις λεπτού ουλικού βιούτυπου γ) αισθητική ανισορροπία λόγω διαταραχής της αναλογίας κλινικής μύλης/εμφυτεύματος και τέλος δ) ποικίλα προβλήματα από υπερβολικές φορτίσεις, ιδιαίτερα σε ασθενείς με παραλειτουργικές έξεις.

Συμπεράσματα: Οι επιπλοκές αυτές μπορούν να προληφθούν: α) με τον πλήρη κλινικό και ακτινογραφικό έλεγχο, β) τον κατάλληλο προ-εγχειρητικό σχεδιασμό και γ) την ορθή εκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης με τη βοήθεια των χειρουργικών ναρθήκων. Τέλος για την αντιμετώπιση των επιπλοκών στη βιβλιογραφία αναφέρονται διάφορες λύσεις όπως πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις του περιοδοντίου, ανακατασκευή της προσθετικής αποκατάστασης η σε ακραίες περιπτώσεις ακόμα και αφαίρεση των εμφυτευμάτων.

## **83. ΕΚΛΟΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΜΕΡΙΚΕΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ**

*Σιδερή Σ., Σπυροπούλου Ν.*

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναφέρουμε την σωστή εκλογή και προετοιμασία των δοντιων στηριγμάτων για την τοποθέτηση των μερικών οδοντοστοιχιών.

Στη βιβλιογραφική αυτή ανασκόπηση μελετήσαμε πρώτον, τη σωστή εκλογή των δοντιών στηριγμάτων που θα χρησιμοποιηθούν ανάλογα με τη νωδότητα της φατνιακής ακρολοφίας (ταξινόμηση κατά Kennedy) και κατά δεύτερον την αξιολόγηση αυτών των δοντιων από πλευράς Περιοδοντικής και Ενδοδοντικής Θεραπείας.

Μετά την ολοκλήρωση του σχεδίου αυτού θεραπείας,εστιάζουμε στον τρόπο με τον οποίο πρέπει να γίνονται οι παρασκευές στα δόντια στηρίγματα ώστε να τοποθετηθούν στεφάνες κατάλληλες ,για τη σωστή λειτουργία της μερικής οδοντοστοιχίας.

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή του σωστού σχεδίου θεραπείας και η κατάλληλη κλινική προετοιμασία των δοντιων στηριγμάτων, αποσκοπεί στην άνετη εφαρμογή της μερικής οδοντοστοιχίας (φορά ένθεσης), και στη μέγιστη συγκρατητική ικανότητα και σταθερότητα αυτής. Με αυτό το θεραπευτικό σχήμα θα έχουμε αποδοτικότερη λειτουργία της πρόσθεσης για μεγάλο χρονικό διάστημα.

## **84. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΟΓΚΩΣΕΩΝ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΣΙΑΛΟΓΟΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ**



Πασχαλίδη Π., Χιώτη Β., Γκομόζιας Θ., Πελεγρίνης Ν., Κατσούλας Ν.

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Οι παθήσεις των σιαλογόνων αδένων συμπεριλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα νοσολογικών οντοτήτων που μπορεί να εκδηλώνονται κλινικά με τη μορφή διόγκωσης στη περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Στη παρούσα εργασία γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση της αιτιολογίας και διαφορικής διάγνωσης των διογκώσεων που σχετίζονται με τους μείζονες σιαλογόνους αδένες με ιδιαίτερη έμφαση στη κλινική εικόνα και διαγνωστική προσέγγιση, ούτως ώστε ο οδοντίατρος να παραπέμψει τον ασθενή στον ειδικό για τις κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις που θα οδηγήσουν στην αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπισή του.

Συζήτηση βιβλιογραφίας: Για τον σκοπό αυτής της ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκε διεθνής και ελληνική βιβλιογραφία των τελευταίων δεκατιών χρόνων. Οι παθολογικές οντότητες, που αναζητήθηκαν, ταξινομήθηκαν με βάση την αιτιοπαθογένεια τους σε βλάβες φλεγμονώδους ή τραυματικής αιτιολογίας, λοιμώδεις νόσους, νεοπλάσματα, καθώς και νοσήματα αυτοάνοσης αρχής που παρουσιάζουν ως κλινική εκδήλωση διόγκωση σιαλογόνων αδένων. Για κάθε μία από τις παραπάνω κατηγορίες αναλύθηκαν δεδομένα που αφορούσαν στα επιδημιολογικά στοιχεία, στη κλινική εικόνα και διαγνωστική μεθοδολογία συμπεριλαμβανομένων των απλών, αλλά και εξειδικευμένων απεικονιστικών τεχνικών. Στη διαγνωστική προσέγγιση μπορεί επίσης να περιλαμβάνονται κατά περίπτωση διάφορες παρακλινικές εξετάσεις, όπως η ιστοπαθολογική εξέταση, η αναρρόφηση λεπτής βελόνας (FNA), ειδικός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος του ασθενούς κ.α.

Συμπεράσματα: Οι διογκώσεις των σιαλογόνων αδένων, αν και είναι ασυνήθιστες στη καθημερινή οδοντιατρική πράξη δεν αποτελούν σπάνιες οντότητες. Ο γενικός οδοντίατρος μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη διαγνωστική προσέγγιση και έγκαιρη διάγνωση με την αξιολόγηση του ιστορικού, των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων. Για την τελική διάγνωση απαιτείται η συνεργασία του οδοντιάτρου με διάφορες κλινικές εξειδικεύσεις αλλά και γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

## 85. Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΧΡΩΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΡΗΤΙΝΩΝ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΛΕΥΚΑΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Μεγκουσίδης Χ., Νούλα Μ.

Εισαγωγή: Η λεύκανση είναι μια από τις κυριότερες αισθητικές παρεμβάσεις της σύγχρονης οδοντιατρικής, σε βαθμό που αυτή να σημειώνει εξαιρετικά μεγάλη ζήτηση. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το έδαφος που κατέκτησαν οι αποκαταστάσεις της σύνθετης ρητίνης τα τελευταία χρόνια, γέννησαν το ερώτημα του πώς αντιδρά μια αποκατάσταση ρητίνης υπό την επίδραση των χημικών παραγόντων της λεύκανσης αμέσως μετά το πέρας της διαδικασίας καθώς και μακροπρόθεσμα.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί αν οι αποκαταστάσεις από σύνθετη ρητίνη μεταβάλλουν το χρώμα τους, υπό την επίδραση των χημικών παραγόντων και αντιδράσεων που οδηγούν στην λεύκανση του οδοντικού φραγμού.

Μέθοδοι: Διερευνήθηκε η σύγχρονη βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας σχετικά με τον τρόπο δράσης των λευκαντικών παραγόντων στις σύνθετες ρητίνες, πάντα σε σύγκριση με τις αντίστοιχες δράσεις σε υγιή οδοντική ουσία, και με μεταβλητές της αδρότητα της ρητίνης, την πυκνότητα και το είδος του λευκαντικού παράγοντα που επέδρασε σε αυτήν καθώς και τον χρόνο έκθεσης στον τελευταίο. Σε επόμενο στάδιο καταγράφηκαν τα αποτελέσματα και υπεβλήθησαν στην προαναφερθείσα σύγκριση.

Συμπεράσματα: Η επίδραση των λευκαντικών παραγόντων στις σύνθετες ρητίνες εξαρτάται από τον τύπο αυτών. Μεγαλύτερη επίδραση σημειώνεται στις υβριδικές ρητίνες.

## 86. ΠΡΟΣΘΙΑ ΔΟΝΤΙΑ ΤΗΣ ΑΝΩ ΓΝΑΘΟΥ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ

Μπουτάρη Χ., Τρίκκα Δ.

Στη σύγχρονη εποχή οι άνθρωποι αναζητούν το κάλος τόσο στον εαυτό τους όσο και στους συνανθρώπους τους. Αυτό που συγκρατούμε από την πρώτη γνωριμία με ένα άτομο είναι η εικόνα του προσώπου του και

σ' αυτή σπουδαίο ρόλο διαδραματίζει η περιοχή του στόματος, με την οποία επικοινωνούμε και εκφράζουμε πληθώρα συναισθημάτων. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στην καθημερινή κλινική οδοντιατρική πράξη ότι ολοένα και περισσότεροι ασθενείς επισκέπτονται τον οδοντίατρο όχι μόνο για να αντιμετωπίσουν λειτουργικά προβλήματα και πόνο αλλά και για να βελτιώσουν την αισθητική εμφάνιση της οδοντοφυΐας τους. Είναι πλέον γεγονός ότι ένα όμορφο χαμόγελο μπορεί να χαρίσει σ' έναν άνθρωπο αυτοπεποίθηση, επαγγελματική και κοινωνική επιτυχία και να προδιαθέσει θετικά τον συνομιλητή του. Κύριο χαρακτηριστικό ενός χαμόγελου είναι τα έξι πρόσθια δόντια της άνω γνάθου. Ο κλινικός οδοντίατρος για να αντιμετωπίσει τα αισθητικά προβλήματα των ασθενών του θα πρέπει να γνωρίζει κάποια χαρακτηριστικά αυτών των δοντιών και κυρίως των κεντρικών τομέων της άνω γνάθου αφού αυτοί δεσπόζουν στο χαμόγελο. Το σχήμα και το μέγεθος αυτών των δοντιών επηρεάζεται από το σχήμα του προσώπου αλλά και από την ηλικία και το φύλο του ασθενούς. Ακόμα η σχέση των προσθίων δοντιών μεταξύ τους προκειμένου για ένα αρμονικό αποτέλεσμα θα πρέπει να ακολουθεί κάποιους κανόνες όπως για παράδειγμα αυτός της χρυσής αναλογίας. Η εφαρμογή της στα δόντια ορίζει την κατά μέτωπο προβολή του εύρους του κεντρικού τομέα ως προς του πλάγιου τομέα με αναλογία 1:0,618 και το εύρος του πλάγιου τομέα ως προς το εύρος του κυνόδοντα σε αναλογία 1:0,618. Τέλος η σχέση των δοντιών με τα μαλακά μόρια που τα περιβάλλουν, τόσο τους περιοδοντικούς όσο και τους περιστοματικούς ιστούς, διέπεται κι αυτή από κανόνες η εφαρμογή των οποίων θα οδηγήσει τελικά σ' ένα όμορφο, νεανικό χαμόγελο.

## 87. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

*Κουρογιάννη Α., Κρίκου Ε., Πανή Ε., Χριστοδουλίδου Χ.*

Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Αναφερόμενοι στην πρόγνωση ενός περιοδοντικά προσβεβλημένου δοντιού εννοούμε την “πρόβλεψη” για διατήρησή του σε συνθήκες βιολογικά, λειτουργικά και αισθητικά αποδεκτές για το μεγαλύτερο δυνατό χρονικό διάστημα. Ο καθορισμός της πρόγνωσης αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της περιοδοντικής πράξης καθώς και άλλων τομέων της οδοντιατρικής με σκοπό την κατάρτιση ενός πλήρους σχεδίου θεραπείας. Η πρόγνωση του περιοδοντικά προσβεβλημένου δοντιού απαιτεί την αξιολόγηση πολλών παραγόντων όπως η κινητικότητα του δοντιού, η βαρύτητα και η μορφή της περιοδοντικής βλάβης, η προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών και τελικά αν το δόντι μπορεί να αποτελέσει στήριγμα σε επανορθωτική αποκατάσταση. Σκοπός μας είναι να παραθέσουμε τα συστήματα που έχουν προταθεί κατά καιρούς από διάφορους ερευνητές και να διαπιστώσουμε αν στηριζόμενοι σε συγκεκριμένα κριτήρια μπορούμε να θέσουμε με ακρίβεια την πρόγνωση περιοδοντικών δοντιών.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Παραδοσιακά συστήματα που βασίζονται στην απώλεια δοντιών δεν είναι χρήσιμα στη θεραπεία αντιμετώπισης του περιοδοντικού ασθενή. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία στην οποία ανατρέξαμε, τα κριτήρια για τον καθορισμό της πρόγνωσης παραμένουν ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Αν και στα διάφορα συστήματα εντοπίζονται κριτήρια κοινώς αποδεκτά, η πρόγνωση παραμένει μια δυναμική έννοια που απαιτεί γνώση, εμπειρία και συχνή επαναξιολόγηση σε εξατομικευμένο επίπεδο.

Συμπεράσματα: Η σωστή αξιολόγηση όλων των παραμέτρων που επηρεάζουν την πρόγνωση ενός περιοδοντικά προσβεβλημένου δοντιού οδηγεί στη ιεράρχηση των θεραπευτικών ενεργειών και όσο πιο ακριβής και αντικειμενική είναι τόσο ασφαλέστερα θα οδηγήσει στο προβλεπόμενο αποτέλεσμα.

## 88. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΜΗΚΩΝ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΡΙΖΑΣ ΣΕ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΜΕΝΑ ΔΟΝΤΙΑ

*Τζουρμανάς Ρ., Πάσιου Α.*

Εισαγωγή: Η διάγνωση των επιμήκων καταγμάτων της ρίζας (ΕΚΡ) αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις, ιδιαίτερα δύσκολη και σύνθετη διαδικασία ακόμη και για τους πλέον έμπειρους κλινικούς.

Σκοπός: Είναι η παρουσίαση των συμπτωμάτων και των φυσικών και ακτινογραφικών σημείων με τα οποία εκδηλώνονται τα ΕΚΡ.



Διαγνωστικά στοιχεία: Στο ιστορικό του ασθενή μπορεί να αναφέρονται τα ακόλουθα: Υποτροπιάζοντα περιοδοντικά αποστήματα μη ανταποκρινόμενα σε επανειλημμένες προσπάθειες αντιμετώπισης τους. Πόνος κατά τη διάρκεια της μάσησης ο οποίος γίνεται πιο έντονος στο τέλος της μάσησης. Συχνή αποκόλληση ενδορριζικού άξονα. Επανάληψη ενδοδοντικής θεραπείας (ΕΘ) χωρίς αποτέλεσμα ή και με επιδείνωση των συμπτωμάτων. Από την κλινική εξέταση μπορεί να διαπιστωθούν τα ακόλουθα: παρουσία ενός ή δύο συριγγίων εγγύς και άπω του δοντιού. Εξαιρετικά στενός και βαθύς θύλακος παρειακά ή γλωσσικά. Περιοδοντικό απόστημα. Πόνος κατά την προσπάθεια απομάκρυνσης των φυμάτων. Η ακτινογραφική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει τα εξής : τέλεια κατά μήκος και εύρος έμφραξη του ριζικού σωλήνα (ΡΣ), χαρακτηριστική διάχυτη, ασαφή διεύρυνση του περιρριζικού χώρου , νεφελώδη οστική καταστροφή κατά μήκος της ρίζας, βαθμιδωτή ή μηννοειδή οστική καταστροφή γύρω από το ακρορρίζιο, απομάκρυνση του υλικού της ανάστροφης έμφραξης του ΡΣ. Σε αρκετές περιπτώσεις ο διαγνωστικός κρημνός είναι ο μοναδικός τρόπος για τη διάγνωση των ΕΚΡ.

Συμπεράσματα: Δεν υπάρχουν παθολογικά στοιχεία για τη διάγνωση των ΕΚΡ. Ο πλέον σημαντικός παράγοντας για τη διάγνωση τους είναι η υποψία ύπαρξης τους.

## 89. ΠΟΛΥΜΕΡΕΙΣ ΚΑΙ ΚΕΡΑΜΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ – EVIDENCE BASED ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

*Ντόβας Π., Παρίση Ε.*

Εισαγωγή: Σήμερα, οι αυξημένες αισθητικές απαιτήσεις και η ανάγκη προσαρμογής των φυσικοχημικών ιδιοτήτων των ενδορριζικών αξόνων στα επίπεδα των ιδιοτήτων της οδοντίνης έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη και καθιέρωση των μη μεταλλικών –αισθητικών ενδορριζικών αξόνων. Ανάλογα με το υλικό κατασκευής τους διακρίνονται στους πολυμερείς και τους κεραμικούς άξονες.

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η ανάλυση βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με τις ιδιότητες, την εργαστηριακά και κλινική συμπεριφορά των νεότερων συστημάτων αξόνων. Παράλληλα, η κλινική σημαντικότητα αυτής της μελέτης έγκειται στην παράθεση ερευνών in vivo και in vitro σχετικά με την επιτυχία των παραπάνω αξόνων. Παρατηρείται επίσης έλλειψη ερευνών στηριγμένων σε μακροχρόνια κλινική έρευνα των κεραμικών και των πολυμερών αξόνων. Αξιοσημείωτο είναι ακόμα, ότι υπάρχει μία μεγάλη ετερογένεια στις εφαρμοζόμενες πειραματικές συνθήκες, ως αποτέλεσμα δυσχεραίνεται η διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Ωστόσο, διαφαίνεται ότι οι πολυμερείς άξονες προκαλούν λιγότερα «καταστρεπτικά» κατάγματα σε σχέση με τους κεραμικούς. Μία γενική κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθείται είναι να εκτιμάται κάθε περιστατικό μεμονωμένα και να λαμβάνεται υπ' όψιν το είδος του δοντιού, η θέση του στο φραγμό, οι δυνάμεις που δέχεται, η αναλογία κλινικής μύλης-ρίζας και η υπολειμματική κλινική μύλη.

## 90. Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (CAMBRA)

*Μπάρκα Μ., Μπέλεση Χ., Μπουράκη Κ., Μπουτάρη Χ., Νεραϊδιώτης Χ., Νομικού Κ., Πανταζή Π.*

Αναμφίβολα, η αυξημένη τάση τερηδονισμού της φυσικής οδοντοφυΐας καθιστά δυσμενή την πρόγνωση οποιασδήποτε ακίνητης προσθετικής αποκατάστασης. Γι αυτό το λόγο απαιτείται η αξιολόγηση και διαχείριση του τερηδονικού κινδύνου του ασθενούς πριν την έναρξη της προσθετικής θεραπείας. Τόσο η οδοντιατρική εκπαίδευση όσο και η κλινική πράξη δικαιολογημένα προσανατολίζει τον οδοντίατρο στην αναγνώριση και διόρθωση των καταστροφικών αποτελεσμάτων της τερηδονικής νόσου που δυστυχώς είναι πιθανόν να εμφανιστεί και μετά από την ολοκλήρωση της αποκατάστασης. Η προκαταρκτική συστηματική αξιολόγηση και διαχείριση του τερηδονικού κινδύνου θα μπορούσε να βελτιώσει τη πρόγνωση και μακροβιότητα του προσθετικού αποτελέσματος διαμορφώνοντας κατάλληλα το σχέδιο θεραπείας και το μεταθεραπευτικό πρωτόκολλο διατήρησης του αποτελέσματος με την αποφυγή και πρόληψη του επανατερηδονισμού. Η σύγχρονη αντίληψη διαγνωστικής μεθοδολογίας και πρωτοκόλλου για τη διαχείριση του τερηδονικού δείκτη περιλαμβάνεται στο σύστημα αξιολόγησης CAMBRA (Caries Management By Risk Assessment). Με το σύστημα αυτό κατατάσσονται οι ασθενείς σε 4 ομάδες τερηδονικού κινδύνου (χαμηλού, μέσου, υψηλού και πολύ υψηλού) και αντίστοιχα προτείνονται

πρωτόκολλα αντιμετώπισής τους με στόχο τη μείωση των επιβαρυντικών και ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η τεκμηριωμένη επισήμανση της αναγκαιότητας της αξιολόγησης του τεραγονικού κινδύνου ως παράγοντα αποτυχίας του μεταθεραπευτικού αποτελέσματος για τη μακρόχρονη διατήρηση της προσθετικής αποκατάστασης.

## **91. ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΦΟΙΤΩΝ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΈΝΩΣΗΣ. ΤΙ ΙΣΧΥΕΙ ΣΕ ΚΑΘΕ ΧΩΡΑ**

*Νταγιάντης Γ., Γασπαράτος Σ.*

Στόχος της εργασίας μας είναι να βρούμε σε ποιες χώρες της Ε.Ε. υφίσταται πρακτική άσκηση των οδοντιάτρων και υπό ποιά μορφή και ποιες προϋποθέσεις. Τα δεδομένα μας προέρχονται από τις απαντήσεις σε τυποποιημένα ερωτηματολόγια των εκπροσώπων κάθε χώρας της Ε.Ε. στο Συμβούλιο Ευρωπαϊκών Οδοντιάτρων (Σ.Ε.Ο.). Τα βασικότερα συμπεράσματα είναι ότι στις μισές περίπου χώρες υπάρχει κάποιας μορφής υποχρεωτική άσκηση με μέσο όρο χρονικής διάρκειας της πρακτικής άσκησης τους 12 μήνες. Επιπλέον στις περισσότερες χώρες οι ασκούμενοι αμοιβονται κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης (είτε από τους ιδιώτες που τους απασχολούν είτε από το κράτος). Τέλος, στο 1/3 των χωρών που παρέχουν πρακτική άσκηση, απαγορεύεται σε αλλοδαπούς οδοντιάτρους η εργασία χωρίς την ολοκλήρωση πρακτικής άσκησης στη χώρα που έλαβαν το πτυχίο τους.

## **92. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

*Μπάρμπας Γ., Λαβδανίτη Μ., Κουρκούτα Α., Αβραμικά Μ., Κουταλάκη Π., Λαζαρίδου Χ., Σαπουντζή – Κρέπια Δ.*

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν ενστερνισθεί την αξία της πρόληψης και να την εφαρμόζουν στην προσωπική τους ζωή.

Σκοπός: Η διερεύνηση των αντιλήψεων και των συμπεριφορών φοιτητών της Νοσηλευτικής σε θέματα στοματικής υγείας.

Υλικά και Μέθοδος: Στη μελέτη συμμετείχαν 200 φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής του Αλεξανδρείου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης και ειδικότερα 60 πρωτοετείς, 41 δευτεροετείς, 87 τριτοετείς, και 12 τεταρτοετείς, οι οποίοι συμπλήρωσαν σχετικό ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα: Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι το 45% των φοιτητών της Νοσηλευτικής επισκέπτεται τον οδοντίατρο μόνο σε περίπτωση εμφάνισης προβλήματος, ενώ το 39,5% θεωρεί ως συνήθη λόγο επίσκεψής του στον οδοντίατρο την πρόληψη. Το 60% δήλωσε ότι βουρτσίζει τα δόντια του τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα και το 23,5% ότι χρησιμοποιεί οδοντικό νήμα. Ποσοστό 37,5% ανέφερε ότι ματώνουν τα ούλα του κατά τη διάρκεια του βουρτσίσματος, 77% ότι είχε εμφράξεις, 22,5% ότι είχε υποστεί εξαγωγή μόνιμου, και 3,5% ότι έφερε προσθετική εργασία.

Συμπεράσματα: Οι αντιλήψεις και οι συμπεριφορές των φοιτητών της Νοσηλευτικής σε θέματα στοματικής υγείας, αλλά και η οδοντοστοματολογική τους κατάσταση όπως προσδιορίστηκε από τους ίδιους, δεν είναι αυτές που αναμένονται από επαγγελματίες υγείας που πρέπει να αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς για τον πληθυσμό. Επομένως, κρίνεται αναγκαία η ευαισθητοποίησή τους σε θέματα σχετικά με τη σημασία της διατήρησης της στοματικής υγείας και τις μεθόδους πρόληψης των νόσων του στόματος.

## **93. ΕΠΙΔΙΟΡΘΩΣΗ ΜΕΤΑΛΛΟΚΕΡΑΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΜΕ ΣΥΝΘΕΤΗ ΡΗΤΙΝΗ**

*Μπάλλα Σ., Φρυτάκη Β., Ταμιωλάκης Π.*



Σκοπός και κλινική σημαντικότητα: Επειδή η αντικατάσταση μιας μεταλλοκεραμικής ή ολοκεραμικής αποκατάστασης που έχει υποστεί θραύση, δεν είναι πάντα εφικτή, εναλλακτική λύση αποτελεί η επιδιόρθωσή της με σύνθετη ρητίνη. Το χαμηλό κόστος, η διατήρηση του κύριου σώματος της αποκατάστασης και το άμεσο της επιδιόρθωσης, χωρίς την παρεμβολή του εργαστηρίου είναι τα πλεονεκτήματα της τεχνικής αυτής. Σκοπός αυτής της επιτοίχιας επίδειξης είναι να περιγραφούν και να συζητηθούν οι τεχνικές επιδιόρθωσης των κεραμικών αποκαταστάσεων με σύνθετη ρητίνη.

Συζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας: Για την συγγραφή της εργασίας αυτής, αναζητήθηκαν πληροφορίες στη βάση δεδομένων «Pubmed» χρησιμοποιώντας τις φράσεις κλειδιά «repair of ceramic restorations with composite resin», «bond of composite resin to porcelain» «repairing porcelain – metal restorations with composite resin».

Περιγραφή τεχνικής: Για να επιτευχθεί η συγκόλληση μεταξύ πορσελάνης και ρητίνης, απαιτείται η τροποποίηση της κεραμικής επιφάνειας. Αυτή περιλαμβάνει τη νεαροποίηση της με διαμάντια ή τη χρήση αμμοβολής, την αδροποίηση της με τη χρήση υδροφθορικού οξέος και την τοποθέτηση σιλανίου για τη σύνδεση της πορσελάνης με το σύστημα της σύνθετης ρητίνης.

Για την συγκόλληση της σύνθετης ρητίνης με το μέταλλο, αδροποιείται η επιφάνεια του μετάλλου με διαμάντια, τοποθετείται ο κατάλληλος συγκολλητικός παράγοντας, και ακολουθεί η τοποθέτηση του συγκολλητικού παράγοντα της σύνθετης ρητίνης, τοποθέτηση ρητίνης αδιαφάνειας και τέλος ακολουθεί η τοποθέτηση σύνθετης ρητίνης διαφορετικών αποχρώσεων για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Συμπεράσματα: Με βάση τη σύγχρονη βιβλιογραφία η επιδιόρθωση μεταλλοκεραμικών και ολοκεραμικών αποκαταστάσεων με σύνθετη ρητίνη, έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα και σχετική μακροβιότητα, αρκεί να τηρηθούν με ακρίβεια τα στάδια της τεχνικής.

## Ευρετήριο Συγγραφέων

|                            |                      |                  |                  |
|----------------------------|----------------------|------------------|------------------|
| Αβραμικά Μ.                | ΕΠ92                 | Ευαγγέλου Ε.     | ΕΠ22, ΕΠ24, ΕΠ62 |
| Αδραμάκη Α.                | ΣΤ3                  | Ζαππή Α.         | ΕΠ13             |
| Αθανασίου Μ.               | ΕΠ3                  | Ζαφειρόπουλος Ι. | ΕΠ20             |
| Αθανασοπούλου Δ.           | ΕΠ1                  | Ηλιόπουλος Γ.    | ΕΠ14, ΣΤ3, ΕΠ20  |
| Άκλη Ε.                    | ΕΠ7, ΕΠ59            | Θεοδώρου Α.      | ΕΠ24             |
| Αλεξανδρίδη Φ.             | ΕΠ2                  | Ιωαννίδη Α.      | ΕΠ4, ΕΠ75        |
| Ανδρίκουλα Θ.              | ΕΠ8                  | Κάβουρα Δ.       | ΣΤ4              |
| Αντεκελίδου Γ              | ΕΠ24                 | Κακαλή Λ.        | ΕΠ46             |
| Αποστολόπουλος Κ.          | ΣΤ3, ΕΠ20            | Κακλαμάνη Ο.     | ΕΠ48             |
| Βαγδούτη Γ.                | ΕΠ9                  | Καλκατζάκος Γ.   | ΕΠ44             |
| Βασιλοπούλου Γ.            | ΕΠ11, ΕΠ21           | Καλογήρου Ε.     | ΕΠ30             |
| Βαττή Σ.                   | ΕΠ41                 | Καμπανάς Ν.      | ΕΠ39             |
| Βενάρδου Α.                | ΕΠ59                 | Καποπούλου Φ.    | ΕΠ57             |
| Βιτέλλας Κ.                | ΕΠ20                 | Καραθανάση Β.    | ΣΤ6              |
| Βλαχάκη Α.                 | ΕΠ37, ΕΠ49           | Καρακουσόγλου Μ. | ΕΠ19, ΑΝ2, ΑΝ5   |
| Βογιατζής Ν.               | ΕΠ54                 | Κάρελλα Ε.       | ΕΠ54             |
| Βογιατζόγλου Δ.            | ΣΤ3                  | Κατσίγιαλου Ν.   | ΑΝ3              |
| Γαρδέλης Π.                | ΕΠ19, ΑΝ2            | Κατσιμπαλη Α.    | ΑΝ1, ΕΠ26, ΕΠ58  |
| Γαρμπή Σ.                  | ΕΠ54                 | Κατσούλας Ν      | ΕΠ44, ΕΠ84       |
| Γασπαράτος Σ.              | ΕΠ60, ΕΠ91           | Καψάλας Α.       | ΕΠ56             |
| Γάτου Α.                   | ΣΤ1, ΕΠ25            | Κιτοπούλου Α.    | ΕΠ3              |
| Γεωργίου Α.                | ΕΠ38                 | Κληρονόμος Θ.    | ΕΠ14, ΕΠ81       |
| Γιαννακούλας Δ.            | ΕΠ19, ΑΝ2            | Κολαΐτης Γ.      | ΕΠ82             |
| Γκανάιερ Σ.                | ΕΠ22                 | Κονταξή Σ.       | ΕΠ70             |
| Γκατσογιάννη Μ.            | ΣΤ1, ΣΤ7, ΕΠ71, ΕΠ69 | Κοντογιάννης Τ.  | ΕΠ57             |
| Γκιάλης Μ.                 | ΕΠ24                 | Κοντοές Γ.       | ΕΠ30             |
| Γκίνο Μ.                   | ΣΤ1                  | Κόππολντ Π.      | ΕΠ10             |
| Γκιοκά Μ.                  | ΕΠ11, ΕΠ21           | Κουβαράς Ι.      | ΕΠ50             |
| Γκομόζιας Θ.               | ΕΠ6, ΕΠ84            | Κουβαράτης Η.    | ΕΠ45             |
| Γρίδου Μ.                  | ΕΠ18, ΕΠ37, ΕΠ49     | Κουρκούτα Λ.     | ΕΠ92             |
| Δαλκαράκη Ν.               | ΣΤ1                  | Κουρογιάννη Α.   | ΕΠ87             |
| Δημόπουλος Ι.              | ΕΠ14, ΣΤ3, ΕΠ56      | Κουταλάκη Π.     | ΕΠ92             |
| Δημοπούλου Μ.              | ΕΠ37, ΕΠ49           | Κούτσουμπα Μ.    | ΕΠ29             |
| Διαμαντίδη -<br>Ξηντάρη Ν. | ΕΠ27                 | Κουφατζίδης Κ.   | ΕΠ79             |
| Δομαζινάκη Α.              | ΕΠ42                 | Κοφινά Β.        | ΑΝ4              |
| Δράκου Μ.                  | ΕΠ61                 | Κρίκου Ε.        | ΕΠ87             |
|                            |                      | Κρουστάλλη Α.    | ΕΠ36, ΕΠ71, ΕΠ69 |



|                                   |                         |                          |                          |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Κωνσταντινίδης Μ.                 | ΕΠ92, ΕΠ16              | Νεοφύτου Σ.              | ΕΠ15, ΣΤ5                |
| Κωνσταντῶνη -<br>Πανουσοπούλου Ν. | ΕΠ23, ΕΠ26, ΕΠ58        | Νεραϊδιώτης Χ.           | ΕΠ90                     |
| Κωτσιοπούλου Χ.                   | ΣΤ4, ΕΠ67               | Νικητάκου Φ.             | ΕΠ35                     |
| Λαβδανίτη Μ.                      | ΕΠ92                    | Νομικού Κ.               | ΕΠ90                     |
| Λαζαρίδου Χ.                      |                         | Νούλα Μ.                 | ΕΠ85                     |
| Λαντζουράκη Α.                    | ΕΠ12                    | Νταγιάντης Γ.            | ΕΠ60, ΕΠ91, ΣΤ8          |
| Λινάρδου Μ.                       | ΕΠ17                    | Ντιναλέξη Ι.             | ΕΠ43, ΕΠ55, ΣΤ6, ΣΤ2     |
| Λιοπετρίτη Π.                     | ΕΠ12, ΣΤ4, ΕΠ52         | Ντιναλέξη Σ.             | ΕΠ43, ΕΠ55               |
| Λουκά Ε.                          | ΕΠ16                    | Ντόβας Π.                | ΕΠ89                     |
| Λούκα Μ.                          | ΕΠ1, ΕΠ17               | Ντόλου Π.                | ΕΠ35                     |
| Μαγείρου Α.                       | ΕΠ17, ΕΠ46              | Οικονόμου Γ.             | ΕΠ31, ΕΠ42               |
| Μακρυγιαννάκη Ε.                  | ΕΠ12                    | Οικονόμου Μ.             | ΕΠ20                     |
| Μακρυγιάννη Μ.                    | ΕΠ64                    | Παλάντζα Ε.              | ΣΤ1, ΕΠ35                |
| Μαλιβίτση Χ.                      | ΕΠ73                    | Πανή Ε.                  | ΕΠ36, ΕΠ87               |
| Μαραγκουδάκη Α.                   | ΕΠ16                    | Πανταζή Π.               | ΕΠ90                     |
| Μαράκη Ο.                         | ΕΠ5, ΣΤ2                | Παπαβασιλείου Δ.         | ΕΠ72                     |
| Μαργέτη Ζ.                        | ΕΠ73                    | Παπαδόπουλος Σ.          | ΕΠ31, ΕΠ42, ΣΤ8          |
| Μαρινάκη Λ.                       | ΕΠ44, ΕΠ7, ΕΠ59,<br>ΣΤ8 | Παπάζογλου Κ.            | ΕΠ77                     |
| Μασσαλή Κ.                        | ΕΠ17                    | Παπαθανασοπούλου<br>Χ.   | ΕΠ34                     |
| Μεγκουσίδης Χ.                    | ΕΠ85                    | Παρίση Ε.                | ΕΠ42, ΕΠ89               |
| Μερκουρέα Σ.                      | ΑΝ6                     | Πάσιου Α.                | ΕΠ74, ΕΠ88               |
| Μιχαήλ Λ.                         | ΕΠ28                    | Πασχαλίδη Π.             | ΕΠ84                     |
| Μολδοβάνη Δ.                      | ΕΠ34, ΣΤ8, ΕΠ44         | Πελεγρίνης Ν.            | ΕΠ84                     |
| Μουρελάτου Π.                     | ΕΠ34, ΕΠ44              | Περάκης Ε.               | ΕΠ18                     |
| Μουσταφά Τ.                       | ΕΠ50                    | Πετράκη Β.               | ΕΠ15, ΕΠ28, ΣΤ5          |
| Μπάλλα Σ.                         | ΕΠ41, ΕΠ93,             | Πετροπούλου Α.           | ΕΠ42                     |
| Μπαμπατζιά Α.                     | ΕΠ8                     | Πιέτρη Μ.                | ΣΤ1, ΕΠ51, ΕΠ71,<br>ΕΠ69 |
| Μπάρκα Μ.                         | ΕΠ68, ΕΠ90              | Πιλίλη Ε.                | ΕΠ40                     |
| Μπάρμπας Γ.                       | ΣΤ1, ΕΠ30, ΕΠ92         | Πλευριτάκη Α.            | ΕΠ78                     |
| Μπαχλαβά Ε.                       | ΕΠ35                    | Πολυζωίδου Β.            | ΕΠ29                     |
| Μπέλεση Χ.                        | ΕΠ35, ΕΠ90              | Πολύχρονος Π.            | ΕΠ42, ΕΠ63               |
| Μπερνιδάκη Σ.                     | ΑΝ6                     | Πρεβεζάνος Ι.            | ΕΠ25                     |
| Μπουράκη Κ.                       | ΕΠ90                    | Ρέτσας Α.                | ΕΠ64                     |
| Μπουτάρη Χ.                       | ΕΠ86, ΕΠ90              | Ριζωνάκη Μ.              | ΕΠ69, ΕΠ71, ΣΤ7          |
| Μυλωνοπούλου Ι.                   | ΕΠ3                     | Ρούσσοσ Π.               | ΕΠ68, ΑΝ6                |
| Μυστακίδη Ε.                      | ΑΝ3                     | Σαμαρά Ε.                | ΣΤ6                      |
| Μωραϊτή Μ.                        | ΕΠ40                    | Σαπουντζή – Κρέπια<br>Δ. | ΕΠ92                     |



|                  |                               |                   |            |
|------------------|-------------------------------|-------------------|------------|
| Σαραντοπούλου Α. | ΣΤ1, ΕΠ6, ΣΤ7, ΕΠ82           | Τζουανάκη Κ.      | ΕΠ26       |
| Shehade Α.       | ΕΠ33                          | Τζουρμανάς Ρ.     | ΕΠ74, ΕΠ88 |
| Σιδερή Σ.        | ΕΠ83                          | Τρίκκα Δ.         | ΕΠ86       |
| Σίσκος Χ.        | ΕΠ4, ΕΠ46, ΕΠ75               | Τσιλίκη Μ.        | ΣΤ1, ΕΠ61  |
| Σιταράς Σ.       | ΕΠ39                          | Τσιρώνη Κ.        | ΕΠ78       |
| Σκόνδρα Φ.       | ΑΝ1, ΣΤ2, ΕΠ66,<br>ΕΠ69, ΕΠ71 | Τσουκαλά Ε.       | ΑΝ5        |
| Σούλιου Χ.       | ΕΠ13                          | Φραγκούλης Κ.     | ΕΠ35       |
| Σουμελίδης Ν.    | ΕΠ53                          | Φρυτάκη Β.        | ΕΠ65, ΕΠ93 |
| Σούνδια Α.       | ΕΠ53                          | Φωκά Π.           | ΕΠ5, ΕΠ72  |
| Σπαχίου Μ.       | ΣΤ1, ΕΠ61                     | Φωτάκης Α.        | ΕΠ79       |
| Σπυροπούλου Ν.   | ΕΠ83                          | Χαλαζωνίτη Α.     | ΕΠ33       |
| Σταθόπουλος Φ.   | ΕΠ65                          | Χαραλάμπους Α.    | ΕΠ52       |
| Στεργίου Ι.      | ΕΠ58                          | Χαραλάμπους Κ.    | ΕΠ45       |
| Σφακιωτάκης Κ.   | ΕΠ39, ΑΝ5                     | Χαραλάμπους ΚΣ.   | ΣΤ1        |
| Ταγκλή Α.        | ΕΠ69, ΕΠ71                    | Χαρούλης Α.       | ΑΝ4, ΕΠ76  |
| Ταμιωλάκης Π.    | ΕΠ32, ΕΠ65, ΕΠ93              | Χιώτη Β.          | ΣΤ1, ΕΠ84  |
| Τασούλας Ι.      | ΕΠ45                          | Χριστοδουλίδου Χ. | ΕΠ87       |
| Τζάτζιμος Α.     | ΕΠ80                          |                   |            |



## Ευχαριστίες

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής εκφράζουν θερμές ευχαριστίες προς:

Την Πρόεδρο της Οδοντιατρικής Σχολής Καθηγήτρια Α. Καραγιάννη και τον Αναπληρωτή Πρόεδρο Καθηγητή Γ. Βουγιουκλάκη για την ενθάρρυνση και στήριξη αυτής της διοργάνωσης

Τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής του συνεδρίου για το ζήλο που επέδειξαν ως προς την επιτυχία του συνεδρίου

Τα επιβλέποντα μέλη ΔΕΠ και τους επιστημονικούς συνεργάτες για την καθοδήγηση των φοιτητών στην ολοκλήρωση των εργασιών τους

Τα μέλη της Επιστημονικής Επιτροπής αξιολόγησης για την αξιολόγηση των εργασιών

Τα προεδρεία των επιστημονικών συνεδριών

Όλους τους φοιτητές που μετείχαν στις επιτροπές της οργανωτικής επιτροπής και στήριξαν τη διοργάνωση αυτή

### **Ιδιαίτερες Ευχαριστίες εκφράζονται προς :**

Την Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών

Την Ελληνική οδοντιατρική Ομοσπονδία (Ε.Ο.Ο)

Τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής (Ο.Σ.Α.)

Χωρίς την οικονομική υποστήριξη των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση αυτού του συνεδρίου

### **Και επίσης προς :**

Το Σύλλογο μελών ΔΕΠ της Οδοντιατρικής Σχολής

Την εταιρεία Procter & Gamble

Για τη βράβευση των καλύτερων επιτοίχιων εργασιών του συνεδρίου

Το Εργαστήριο της Οδοντικής Χειρουργικής

Για τη βράβευση της καλύτερης επιτοίχιας εργασίας στο αντικείμενο της Οδοντικής Χειρουργικής

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνονται ακόμα στον κ. Α. Αγγελάκη για την ευγενική συμμετοχή του στο επιστημονικό πρόγραμμα καθώς και την προσφορά δωρεάν συμμετοχών σε σεμινάριο «Ψηφιακού Μάρκετινγκ» που διοργανώνεται υπ'ευθύνη του

Την ADEE για την υποστήριξη της παρουσίασης του A.C. Bartram (Dublin Dental School)

Εκφράζονται θερμές ευχαριστίες στις εθελοντικές οργανώσεις «ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ», «PROLEPSIS», PRAKSIS, «ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ», «ΚΕΝΤΡΟ ΖΩΗΣ», «ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ» και «ΓΙΑΤΡΟΙ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ» για την ευγενική παρουσία τους κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

Τέλος, εκφράζονται ιδιαίτερες ευχαριστίες προς τα μέλη των συγκροτημάτων Funka Rocks & Liquid Luck Rock bands για τη συμμετοχή τους στην καλλιτεχνική εκδήλωση της τελετής λήξης, καθώς και όλους τους συμμετέχοντες στην έκθεση ζωγραφικής & φωτογραφίας που διοργανώθηκε παράλληλα με το επιστημονικό μέρος του συνεδρίου.