



Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Ετήσια Έκδοση της
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
ISSN 1791-9150

Θέματα

Σημείωμα Σύσταξης

Ασφάλεια ασθενών στο οδοντιατρείο

Μαστίχα Χίου

Νέα από του στόματος αντιπηκτικά

Μη τερηδονικές διαβρωτικές βλάβες στην τρίτη ηλικία

6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
30/11-2/12/2018, Αθήνα - Πρακτικά

* Οργανωτική και Επιστημονική Επιτροπή

* Μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής

* Πρόγραμμα

* Βιογραφικά τιμώμενων προσώπων Μάριου Φραγκάκη και Σπύρου Μικρούλη

* Χιμαιρικά Πλάσματα στην Ελληνική Μυθολογία και Αντανακλάσεις στην
Επιστήμη: Απόσπασμα Εναρκτήριας Ομιλίας της Ευτέρπης Μπαζοπούλου
Κυρκανίδου.

* Περιλήψεις Στρογγυλών Τραπεζιών

* Περιλήψεις Εισηγήσεων

* Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων

* Ευρετήριο Προέδρων Συνεδριών

* Ευρετήριο ομιλητών και συγγραφέων

Hellenic Hospital Dentistry
Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume XI • 2018

ISSN 1791-9150



Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική • Τόμος 11 • 2018

Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Ετήσια Έκδοση της
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
ISSN 1791-9150

Θέματα

Σημείωμα Σύσταξης

Ασφάλεια ασθενών στο οδοντιατρείο. Επικαιροποιημένες τάσεις και πολιτικές σε ένα νέο περιβάλλον που διαμορφώνεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Μαστίχα Χίου: Ένα φυσικό προϊόν με αντιμικροβιακή δράση ως μέσο οδοντιατρικής πρόληψης

Νέα από του στόματος αντιπηκτικά. Μια νέα πρόκληση για την Οδοντιατρική

Μη τερηδονικές διαβρωτικές βλάβες στην τρίτη ηλικία. Πρόληψη και αντιμετώπιση

6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής,

30/11-2/12/2018, Αθήνα - Πρακτικά

* Οργανωτική και Επιστημονική Επιτροπή

* Μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής

* Πρόγραμμα

* Βιογραφικά τιμώμενων προσώπων Μάριου Φραγκάκη και Σπύρου Μικρούλη

Hellenic Hospital Dentistry
Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume XI • 2018
ISSN 1791-9150



Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική • Τόμος 11 • 2018

Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

Ετήσια Έκδοση της
Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
ISSN 1791-9150

Hellenic Hospital Dentistry
Hellenic Society for Hospital Dentistry

Volume XI • 2018

ISSN 1791-9150

- * Χιμαιρικά Πλάσματα στην Ελληνική Μυθολογία και Αντανακλάσεις στην Επιστήμη: Απόσπασμα Εναρκτήριας Ομιλίας της Ευτέρπης Μπαζοπούλου Κυρκανίδου.
- * Περιλήψεις Στρογγυλών Τραπεζιών
- * Περιλήψεις Εισηγήσεων
- * Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων
- * Ευρετήριο Προέδρων Συνεδριών
- * Ευρετήριο ομιλητών και συγγραφέων

Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική

ΤΟΜΟΣ 11, 2018
ISSN 1791-9150

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Φ. Ζερβού-Βάλβη

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Α. Αντωνιάδου Κ. Βλασιάδης
Α. Γιαννοπούλου Μ. Ζουμπούλακης
Θ. Ζουριδάκης Ι. Κουτσούκος
Χ. Μάκος Ε. Μπογοσιάν

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΕΚΔΟΣΗΣ

Κ. Αντωνιάδης Γ. Βουγιουκλάκης
Λ. Ζουλούμης Η. Καρκαζής
Α. Κοσιώνη Φ. Μαδιανός
Ο. Νικολάτου Λ. Παπαγιαννούλη
Α. Σκλαβούνη Ι. Τζούτζας
Β. Τοπίτσου Β. Τσιχλάκης

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Α. Γιαννοπούλου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΥΠΩΣΗΣ

Π. Δ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ε.Π.Ε.
12ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών - Λαμίας
Μπακογιάννη Παύλου 80, Τ.Κ. 144-52
Τηλ.: 212 700 3 200,
Fax: 212 700 3 240
e-mail: mpampais@press-time.gr

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

ΕΚΔΟΤΗΣ

Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής
Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

ΕΔΡΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

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

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Σημείωμα Σύναξης5-6
- Ασφάλεια ασθενών στο οδοντιατρείο. Επικαιροποιημένες τάσεις και πολιτικές σε ένα νέο περιβάλλον που διαμορφώνεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση
Τζούτζας Ιωάννης9-17
- Μαστίχα Χίου: Ένα φυσικό προϊόν με αντιμικροβιακή δράση ως μέσο οδοντιατρικής πρόληψης
Αγγελική Γιαννοπούλου, Δέσποινα Περρέα.....19-26
- Νέα από του στόματος αντιπηκτικά. Μια νέα πρόκληση για την Οδοντιατρική
Μπογοσιάν Ευαγγελία27-31
- Μη τερηδονικές διαβρωτικές βλάβες στην τρίτη ηλικία. Πρόληψη και αντιμετώπιση
Αντωνιάδου Μαρία, Καρκαζή Φραντζέσκα, Χονδροκούκης Πέτρος, Κοσιώνη Αναστασία33-44
- 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, 30/11-2/12/2018, Αθήνα - Πρακτικά45-53
 - * Οργανωτική και Επιστημονική Επιτροπή46
 - * Μήνυμα της Οργανωτικής Επιτροπής47
 - * Πρόγραμμα48-53
 - * Βιογραφικά τιμώντων προσώπων Μάριου Φραγκάκη και Σπύρου Μικρούλη54-55
 - * Χιμαιρικά Πλάσματα στην Ελληνική Μυθολογία και Αντανακλάσεις στην Επιστήμη: Απόσπασμα Εναρκτήριας Ομιλίας της Ευτέρπης Μπαζοπούλου - Κυρκανίδου57-58
 - * Περιλήψεις Στρογγυλών Τραπεζιών59-65
 - * Περιλήψεις Εισηγήσεων67-79
 - * Περιλήψεις Ελεύθερων Ανακοινώσεων81-104
 - * Ευρετήριο Προέδρων Συνεδριών105
 - * Ευρετήριο ομιλητών και συγγραφέων105-107

Hellenic Hospital Dentistry

VOLUME 11, 2018
ISSN 1791-9150

PROPRIETOR:

Hellenic Society for Hospital Dentistry

EDITOR -IN- CHIEF:

F. Zervou-Valvi

EDITORIAL BOARD:

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

SCIENTIFIC CONSULTANTS

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

PRODUCTION SUPERVISOR:

A. Giannopoulou

PRODUCTION - PROMOTION:

P.D. PUBLISHING E.P.E
12th km, National Road E75, Athens - Lamia
80 Bakogianni Pavlou Str., 144-52
Phone#: (3) 212 700 3 200,
Fax#: (3) 212 700 3 240
e-mail: mpampais@press-time.gr

The journal Hellenic Hospital Dentistry is the official publication of the Hellenic Society for Hospital Dentistry
It is published annually.
Subscription: 10 \$ USD

PUBLISHER:

Hellenic Society for Hospital Dentistry
President: Flora Zervou-Valvi

ADDRESS

32 Mavrogenous Str., Haidari, 124 61
Phone & Fax#: (3210) 58.16.778
www.hospitaldentistry.gr
e-mail: eeno.gr@gmail.com

CONTENTS

- **Editorial**5-6
- **Patient safety in the dental office. Current trends and policies**
Tzoutzas Ioannis9-17
- **Chios mastic gum: A natural product with antimicrobial action as a dental preventive**
Giannopoulou Angeliki, Perrea Despina19-26
- **New oral anticoagulants. A new challenge for Dentistry**
Bogosian Evangelia27-31
- **Non - carious erosive lesions in the third age patient. Prevention and therapeutical approach**
Antoniadou Maria, Karkazi Frantzeska, Chondrokoukis Petros, Kossioni Anastasia33-44
- **6th Panhellenic Congress of Hellenic Society for Hospital Dentistry**45-53
 - * Organizing and Scientific Committee46
 - * Welcome letter47
 - * Program48-53
 - * CVs of honored persons Marios Fragakis and Spyros Mikroulis ..54-55
 - * Chimeric Creatures in Greek Mythology and Reflections in Science: Keynote Speech Excerpt of Euterpe Bazopoulou-Kyrkanidou57-58
 - * Abstracts of Round Tables59-65
 - * Abstracts of Lectures67-79
 - * Abstracts of Oral Presentations81-104
 - * Presidents of sessions list105
 - * Authors list105-107

ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Ιδού και ο 11ος Τόμος του περιοδικού μας, που αυτή την φορά έχει τριπλό στόχο: την παρουσίαση των δραστηριοτήτων της Εταιρείας μας και σχετικών ειδήσεων στο διάστημα από την ανάρτηση του προηγούμενου Τόμου μέχρι σήμερα, τη δημοσίευση σημαντικών επιστημονικών εργασιών και τη δημοσίευση των Πρακτικών του 6ου Συνεδρίου μας.

Οι δραστηριότητες και οι σχετικές ειδήσεις για το διαρρέυσαν διάστημα είναι πολύ σημαντικές:

1. Οι διαχρονικές μας ενέργειες για τη θεσμοθέτηση της ειδικότητας της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής - Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας φαίνεται να έχουν αρχίσει να καρποφορούν, μετά από πολλές προσπάθειες. Έτσι, τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές, μετά από την εξέταση του αιτήματός μας από την Επιτροπή Εκπαίδευσης - Μετεκπαίδευσης του ΚεΣΥ, και την έγκρισή του από την Εκτελεστική Επιτροπή και την Ολομέλειά του, αναμένουμε τη σύνταξη της απόφασης προκειμένου να αποσταλεί στον κ. Υπουργό Υγείας για να υπογραφεί. Υπάρχει ακόμα πολύς δρόμος αλλά είμαστε γνωστοί δρομείς μεγάλων αποστάσεων.

2. Η Επιτροπή Πιστοποίησης Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Επιμόρφωσης Οδοντιάτρων (ΕΠΣΕΕΟ) του Ινστιτούτου Επιστημονικών Θεμάτων (ΙΕΘΕ) της ΕΟΟ, μετά από υποβολή εμπειριστατωμένου φακέλου υποψηφιότητας από πλευράς μας, αποφάσισε ομόφωνα την έγκριση Πιστοποίησης Παρόχου της Εταιρείας μας που θα αφορά σε εκδηλώσεις ΣΕΕΟ χρονικής περιόδου 5 ετών (2018-2023).

3. Διοργανώνουμε το 6ο Πανελλήνιο Συνέδριό μας, από 30 Νοεμβρίου έως 02 Δεκεμβρίου του 2018 υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και με την υποστήριξη του Οργανισμού Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας του Δήμου Αθηναίων. Το Συνέδριο διεξάγεται στο κέντρο της Αθήνας, στο Αμφιθέατρο «Αντώνης Τρίτσης» του ΟΠΑΝ.ΔΑ, Ακαδημίας 50.

Αυτό, και υπό το πρίσμα των εξελίξεων για τη θέσπιση της ειδικότητας, είναι αφιερωμένο στη σύγχρονη Οδοντιατρική Ειδική Φροντίδα, έχει ως κεντρικό θέμα «Οδοντιατρική Ειδική Φροντίδα. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προσαρμογές» και απευθύνεται σε όλους τους λειτουργούς υγείας, οδοντιάτρους και μη, που εμπλέκονται στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό και αναπηρία.

Λόγω του ενδιαφέροντος που παρουσιάζει, πιστεύουμε ότι η συμμετοχή σε αυτό θα είναι μεγάλη.

Αναφέρουμε δε ότι το Συνέδριό μας έχει μοριοδοτηθεί με 15 μόρια Επαγγελματικής Επιμόρφωσης Οδοντιάτρων (ΜΕΕΟ) από το ΙΕΘΕ της ΕΟΟ.

4. Όπως πάντα η ΕΕΝΟ συμμετείχε στο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, το 38ο, που διεξήχθη στα Ιωάννινα, 18-20 Οκτωβρίου 2018. Συγκεκριμένα, συμμετείχαμε:

α) με Στρογγυλό Τραπέζι με θέμα «Οδοντιατρική Ειδική Φροντίδα - Νοσοκομειακή Οδοντιατρική. Η Γενική Αναισθησία ως μέθοδος άσκησης Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής της νέας εποχής». Συντονίστρια ήταν η Α' Αντιπρόεδρος της ΕΕΝΟ Ευαγγελία Μπογοσιάν και εισηγητές η ίδια, ο Ταμίας της ΕΕΝΟ Ιωάννης Κουτσούκος, ο Β' Αντιπρόεδρος Χρήστος Μάκος και το μέλος μας Αικατερίνη Δημητρίου,

β) με εισήγηση του μέλους του ΔΣ της ΕΕΝΟ Κωνσταντίνου Βλασιάδη με θέμα «Διεπαγγελματική συνεργασία του νοσοκομειακού οδοντιάτρου με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες».

Οι συμμετοχές αυτές προσείλκυσαν έντονο ενδιαφέρον από πλευράς των παρακολουθούντων συνέδρων.

Ο παρών Τόμος αποτελείται από δύο μέρη:

α) Από επιστημονικές εργασίες, οι οποίες εμφανίζουν ενδιαφέρουσα και επίκαιρη θεματολογία. Σε αυτές περιλαμβάνονται μία εργασία της κατηγορίας των επαγγελματικών θεμάτων που αναφέρεται στην ασφάλεια των ασθενών στο οδοντιατρείο, και τρεις της κατηγορίας των ανασκοπήσεων, συγκεκριμένα μία για την αντιμικροβιακή δράση της μαστίχας Χίου και τη χρήση της ως συμπληρωματικό μέσο οδοντιατρικής πρόληψης, μία για τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά και μία για τις μη τερηδονικές διαβρωτικές βλάβες στην τρίτη ηλικία.

β) Από ένα αφιέρωμα στο Συνέδριο που περιλαμβάνει το πρόγραμμα και τα Πρακτικά του.

Σας καλούμε, λοιπόν, να το απολαύσετε.

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
Πρόεδρος EENO
Διευθυντής Σύntαξης

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

Κατηγορίες κειμένων

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

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

Έκταση άρθρων

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

Προδιαγραφές κειμένων

1. Τα κείμενα που υποβάλλονται για δημοσίευση πρέπει να είναι γραμμένα στη νεοελληνική δημοτική γλώσσα, με μονοτονικό σύστημα. Ο διορθωτής του περιοδικού έχει το δικαίωμα να τροποποιεί γλωσσικά το κείμενο, χωρίς όμως να αλλοιώνει το ύφος του συγγραφέα.
2. Τα κείμενα πρέπει να είναι πληκτρολογημένα σε πρόγραμμα Word με χαρακτήρες 12 στιγμών. Επίσης να είναι μορφοποιημένα σε διπλό διάστημα, με γραμματοσειρές Arial ή Times New Roman, με περιθώριο και από τις δύο πλευρές.
3. Όλες οι κατηγορίες των κειμένων υποβάλλονται ηλεκτρονικά στον Διευθυντή Σύνταξης στην ηλεκτρονική διεύθυνση: eenogr@gmail.com
4. Όλες οι κατηγορίες των εργασιών πρέπει να περιλαμβάνουν

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

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

Ελληνική περίληψη. Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις - κλειδιά. Η περίληψη πρέπει να έχει έκταση 200-250 λέξεις. Στις ερευνητικές εργασίες, η περίληψη περιλαμβάνει τον σκοπό, το υλικό και την μέθοδο, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα. Στις ανασκοπήσεις περιλαμβάνει στοιχεία από όλα τα κεφάλαια της ανασκόπησης καθώς και τα συμπεράσματα. Στο τέλος αυτής της σελίδας γράφονται οι λέξεις κλειδιά, οι οποίες είναι μεμονωμένοι όροι ή μικρές φράσεις που αντιστοιχούν στους διεθνείς όρους λεξικογράφησης και αναφέρονται στο Index Medicus και Dental Index.

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

Βιβλιογραφικές παραπομπές. Ακολουθείται το Διεθνές Πρότυπο Σύνταξης Ιατρικών Άρθρων (σύστημα Vancouver). Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο, στους πίνακες και στις λεζάντες των εικόνων προσδιορίζονται με αραβικούς αριθμούς ως εκθέτη. Η αρίθμηση των βιβλιογραφικών παραπομπών γίνεται κατ' αύξοντα αριθμό με την σειρά που αυτές εμφανίζονται για πρώτη φορά στο κείμενο.

Οι αριθμοί τοποθετούνται ως εκθέτες σε συνέχεια με το κείμενο (χωρίς κενό), για την παραπομπή του αναγνώστη στη βιβλιογραφική αναφορά. Συνδέονται δε μεταξύ τους με κόμμα (χωρίς κενό). Σε σειρά συνεχών παραπομπών πλέον των δύο, αναγράφεται ως εκθέτης ο αριθμός της πρώτης από αυτές και της τελευταίας και μεταξύ τους τοποθετείται παύλα π.χ. όταν στο τέλος της πρότασης πρέπει να αναφερθούμε σε τέσσερις βιβλιογραφικές παραπομπές με συνεχή αρίθμηση, τις 12, 13, 14 και 15, στον εκθέτη θα γραφεί 12-15 και όχι 12, 13, 14, 15.

Όλοι οι συγγραφείς ενός άρθρου θεωρούνται από κοινού υπεύθυνοι για την σωστή αναπαραγωγή των βιβλιογραφικών αναφορών του άρθρου και η συντακτική ομάδα του περιοδικού δεν ευθύνεται για την τυπογραφική ακρίβειά τους.

Όλες οι βιβλιογραφικές αναφορές που περιλαμβάνονται στο κείμενο (και μόνον αυτές) παρατίθενται στο τέλος του άρθρου, στο τμήμα ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ, το οποίο αρχίζει σε ξεχωριστή σελίδα.

Οι συντμήσεις των τίτλων περιοδικών πρέπει να γράφονται σύμφωνα με το Dental Index και Index Medicus. (Τα ονόματα περιοδικών που δεν περιέχονται στο Index Medicus, αναγράφονται ως έχουν). Για τις συντμήσεις των ελληνικών περιοδικών οι συγγραφείς πρέπει να συμβουλευούνται τον σχετικό κατάλογο του ΙΑΤΡΟΤΕΚ.

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

Παραδείγματα γραφής των βιβλιογραφικών παραπομπών:

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

Βιβλίο, εγχειρίδιο, μονογραφία: Αναφέρονται με την σειρά τα επώνυμα και αρχικά των ονομάτων των συγγραφέων, ο τίτλος του βιβλίου, ο αριθμός έκδοσης (αν έχουν γίνει περισσότερες από μία), η πόλη έκδοσης, ο εκδότης, το έτος, άνω - κάτω τελεία και η σελίδα. Π.χ. Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management. 5th ed. St. Louis. Mosby. 1997: 274. Αν η βιβλιογραφική παραπομπή αποτελεί κεφάλαιο ενός βιβλίου που έχει γραφεί από άλλο συγγραφέα, η αναφορά γίνεται ως εξής: Mitchell PF: Pain Management in the Hospital. In: Zambito RF, Black HA, Tesch LB, eds. Hospital Dentistry Practice and Education. St. Louis. Mosby. 1997: 223-242.

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

Βιβλιογραφία από ιστοσελίδες ή άλλη ηλεκτρονική πηγή: Παρέχονται όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες (συγγραφέας, τίτλος, ημερομηνία, κτλ). Αναφέρεται το URL και η ημερομηνία πρόσβασης της συγκεκριμένης σελίδας. Διαθέσιμο από: , η πλήρης ηλεκτρονική διεύθυνση υπογραμμισμένη και η ημερομηνία πρόσβασης.

Αγγλική περίληψη. Περιλαμβάνει τον τίτλο της εργασίας, τα ονόματα των συγγραφέων, το κείμενο της περίληψης και 3-5 λέξεις - κλειδιά. Η έκταση των περιλήψεων θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 200 και 250 λέξεων. Κατά τα άλλα ισχύουν τα αναφερόμενα στην ελληνική περίληψη.

Πίνακες. Δακτυλογραφούνται σε χωριστή σελίδα. Αριθμούνται με

αραβικούς αριθμούς και αναφέρονται διαδοχικά με τη σειρά της πρώτης παραπομπής τους στο κείμενο. Παρέχεται ένας τίτλος για κάθε ένα. Οι τίτλοι στους πίνακες πρέπει να είναι σύντομοι, αλλά αυτονόητοι, να περιέχουν πληροφορίες που επιτρέπουν στους αναγνώστες να κατανοήσουν το περιεχόμενο του πίνακα, χωρίς να χρειάζεται να επιστρέψουν στο κείμενο. Κάθε πίνακας πρέπει να αναφέρεται στο κείμενο. Οι επεξηγήσεις των συντομογραφιών και οι τυχόν απαιτούμενες διευκρινίσεις, αναφέρονται στις υποσημειώσεις και όχι στην επικεφαλίδα χρησιμοποιώντας το σύμβολο *. Αν ο πίνακας περιλαμβάνει στοιχεία από κάποια επιστημονική πηγή ή προέρχεται εξ ολοκλήρου από κάποια άλλη δημοσίευση, πρέπει να αναφέρεται η πηγή και να έχει ληφθεί η απαιτούμενη άδεια. Το ίδιο ισχύει και για τις εικόνες.

Εικόνες. Όλες οι φωτογραφίες, τα διαγράμματα, τα σχήματα κ.λ.π. φέρονται στις εργασίες ως εικόνες, αναφέρονται στα σημεία του κειμένου που αντιστοιχούν και αριθμούνται με συνεχόμενους αραβικούς αριθμούς. Πρέπει να μην εμπεριέχονται στην ροή του κειμένου της εργασίας. Κατατίθενται ηλεκτρονικά το καθένα αποθηκευμένο ξεχωριστά και σε μορφή αρχείων JPEG (*.jpg, *.jpeg), CompuServe GIF (*.gif), TIFF (*.tif, *.tiff), BMP (*.bmp), Photoshop (*.psd, *.pdf). Οι ακτινογραφίες και άλλες κλινικές και διαγνωστικές εικόνες, καθώς και εικόνες παθολογικών δειγμάτων ή φωτομικρογραφιών, πρέπει να είναι αρχεία φωτογραφικής εικόνας υψηλής ανάλυσης. Όλες οι εικόνες πρέπει να έχουν λεζάντες που να περιέχουν βραχύ τίτλο και τις απαραίτητες επεξηγήσεις. Οι λεζάντες των εικόνων γράφονται όλες μαζί σε ξεχωριστή σελίδα με τον αύξοντα αριθμό τους και υποβάλλονται επίσης ηλεκτρονικά. Επισημαίνεται ότι εάν στις εικόνες εμφανίζεται το πρόσωπο του ασθενούς, η Συντακτική Επιτροπή κατά τη δημοσίευση θα καλύπτει τους οφθαλμούς με μαύρη ταινία για λόγους σεβασμού των προσωπικών δεδομένων.

Συντομογραφίες και σύμβολα. Χρησιμοποιούνται μόνο τυποποιημένες συντομογραφίες. Η χρήση μη συνηθισμένων συντομογραφιών μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους αναγνώστες. Αποφεύγονται οι συντομεύσεις στον τίτλο του χειρογράφου. Η πρώτη συντομογραφία που ακολουθείται από τη συντομογραφία σε παρένθεση πρέπει να χρησιμοποιείται στην πρώτη αναφορά εκτός αν η συντομογραφία είναι μια τυποποιημένη μονάδα μέτρησης.

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

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

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

Ασφάλεια ασθενών στο οδοντιατρείο. Επικαιροποιημένες τάσεις και πολιτικές σε ένα νέο περιβάλλον που διαμορφώνεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Τζούτζας Ιωάννης

Η ασφάλεια του ασθενούς στο οδοντιατρείο, αποτελεί κορυφαίο μέλημα της Οδοντιατρικής Ομάδας, που με την ευθύνη του οδοντιάτρου οφείλει να παρέχει υψηλής ποιότητας θεραπευτικά σχήματα, να επιτυγχάνει αμοιβαία αποδεκτά αποτελέσματα και να προστατεύει την υγεία των ασθενών, από τρέχουσες και μελλοντικές απειλές, που σαν υπόστρωμα θα έχουν την τεχνική, τη διαδικασία τα υλικά και τις υποδομές που χρησιμοποιήθηκαν. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η FDI, το Council of European Dentists και οπωσδήποτε σωρεία φορέων και υπηρεσιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, εργάζονται προς αυτήν την κατεύθυνση και παράγουν κείμενα προδιαγραφών και πρωτοκόλλων για τη διενέργεια κατά το δυνατόν, ασφαλών Οδοντιατρικών πράξεων.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 11: 09-17, 2018

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια της ασφάλειας των ασθενών ανήκε στις υψηλές προτεραιότητες των ιατροβιολογικών επιστημών, από την εποχή του Ιπποκράτη, που μεταξύ των άλλων εντολών που διατυπώνει στον Όρκο του, απαιτεί από τον Ιατρό να ωφελεί και να μην βλάπτει με τις θεραπευτικές του δραστηριότητες (Ορκωμοσία Ιατρών ΕΚΠΑ)¹.

Η ασφάλεια των ιατροβιολογικών πράξεων πολλές φορές παραβιάστηκε, μέσα από πρακτικές και θεραπείες που στερούντο τεκμηρίωσης, που αποσκοπούσαν σε αλλότρια οφέλη πέραν εκείνων της θεραπείας ή της ανακούφισης του ασθενούς, από οικονομικά κίνητρα, από προσωπικές στάσεις και απόψεις, αλλά και από αθέμιτη εμπλοκή των επιστημών Υγείας σε καθεστωτικές και εθνικιστικές πολιτικές, όπου οι υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιούντο για εξόντωση αντιφρονούντων ή εθνοτικών ομάδων, μη συμπαθών προς την κρατούσα τάξη και κυβερνητική δομή.

Λέξεις κλειδιά: Ασφάλεια ασθενούς, Οδοντιατρική, λειτουργία οδοντιατρείου.

Καθηγητής Οδοντιατρικής Επαγγελματικής Πρακτικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ και επικεφαλής της Ομάδας Εργασίας του CED με αντικείμενο την Ασφάλεια Ασθενών, Έλεγχο Λοιμώξεων και Διαχείριση Αποβλήτων.

Η ιατρική επιστήμη -ιδιαίτερα κατά την τελευταία πενήκονταετία- ανέπτυξε και συνεχώς δημιουργεί νεώτερα πρωτόκολλα και κανονισμούς, που σκοπό έχουν να προστατεύσουν τον ασθενή από αθέμιτες ενέργειες, παραλείψεις, αμέλειες, άγνοια, εμπειρικές τεχνικές, ακατάλληλες ή αναποτελεσματικές φαρμακοδοσίες, αυθαιρεσίες και γενικά πράξεις της Ιατρικής ομάδας, που θα επέφεραν βλάβη στον ασθενή ή ακόμα και καθυστέρηση της ομαλής έκβασης της όποιας θεραπευτικής προσέγγισης. Για τους λόγους αυτούς πλειάδα φορέων ασχολούνται με την προστασία των ασθενών από την επιστημονική διάσταση της επιστήμης, μέσω πρωτοκόλλων ή παγίων οδηγιών (guidelines), αλλά και τη Διοικητική, τη Δεοντολογική και την Αστική ή διάσταση που μπορεί να έχει η αναποτελεσματική ή ζημιογόνος προσέγγιση του ασθενούς. Η Οδοντιατρική Επιστήμη, έχοντας πολλά διαφορετικά χαρακτηριστικά εκείνα της ιατρικής στο σκέλος της μορφής άσκησης της, ανέπτυξε -κατά καιρούς- δεοντολογικούς κανονισμούς στους οποίους η προστασία των ασθενών κατέχει πρωτεύοντα ρόλο.

Ένα από τα ειδοποιά χαρακτηριστικά της οδοντιατρικής ήταν η μέχρι πρότινος κατά κύριο λόγο, μονήρης άσκηση του επαγγέλματος, η περιορισμένη ενημέρωση, αξιοποίηση και αξιολόγηση της κατάστασης της Γενικής Υγείας του ασθενή, οι περιορισμένες απαιτήσεις αναφορικά με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ενημέρωση, και ο περιορισμένος/μικρός αριθμός των επεμβάσεων που μπορού-

σαν να επιφέρουν διαταραχή του status της υγείας των ασθενών.

Η τελευταία εικοσαετία, χαρακτηρίζεται από κολοσσιαίες αλλαγές στο επιστημονικό, βιολογικό, περιπτωσιολογικό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον της Οδοντιατρικής επιστήμης, σωρεία επεμβατικών χειρουργικών πράξεων, αλλά και με την ενασχόληση με πληθυσμιακές ομάδες που έχουν ή μπορεί να έχουν και άλλα προβλήματα υγείας, τοπικής ή συστηματικής αιτιολογίας.

Η ενασχόληση πλέον της Οδοντιατρικής με περιστατικά όπου υπάρχει συνοδό νόσημα, ογκολογικό, καρδιολογικό, μεταβολικό, συστηματικό, υπερήλικες, άτομα ειδικής φροντίδας ή ακόμα και άτομα που λαμβάνουν φαρμακοδοσία για προληπτικούς λόγους, επιβάλλει τη συνεχή ενημέρωση και επαγρύπνηση, με στόχο την ασφαλή παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης.

Παράλληλα με τις δημιουργικές ανησυχίες του Κλάδου, αναπτύσσονται ανάλογα κινήματα και απαιτήσεις από τους καταναλωτές και συγκεκριμένα από ενώσεις/συνδέσμους ασθενών ή ακόμα και Νομικές εταιρείες, που ασχολούνται με την αξιολόγηση της ποιότητας της παρασχεθείσας θεραπείας με άξονα όμως την εμπλοκή δικηγόρων εταιρειών ή φυσικών προσώπων σε πιθανές διαδικασίες απαιτήσεων και αποζημιώσεων, φαινόμενο που υφίστατο και μεσουρανούσε στις ΗΠΑ ήδη από την δεκαετία του 1970.

Με βάση τον ΠΟΥ, ο απλούστερος και σαφέστερος προσδιορισμός του όρου Ασφάλεια Ασθενούς είναι η πρόληψη σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβαμάτων, σε άτομα που εμπλέκονται σε παροχές φροντίδων Υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ/WHO) έχει αναπτύξει εκτενέστερες πολιτικές, κείμενα και πρωτόκολλα,

που αναφέρονται σε όλες τις πτυχές της Ιατρικής Επιστήμης, αλλά έχει ελάχιστα ασχοληθεί με την Οδοντιατρική περίθαλψη γενικά, με εξαίρεση τα προληπτικά και επιδημιολογικά προγράμματα².

Σε μεγάλο αριθμό κειμένων, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στον ορισμό της διαχείρισης του κινδύνου (risk management) στον οποίο αναφέρεται ότι επιβάλλεται να γίνεται κατανόηση της επικινδυνότητας ΚΑΘΕ ιατρικής πράξης και να γίνεται διαχείριση του κινδύνου με σχεδιασμένο τρόπο και θετική ροπή.

Στις οδηγίες για τη διαχείριση των ανεπιθύμητων καταστάσεων δίνονται σαφείς εντολές για τη συνεχή εκτίμηση της πιθανότητας κάτι να μην εξελιχθεί ομαλά, της εκτίμησης ποιος από όλους τους κινδύνους έχει προτεραιότητα και επιβάλλεται να τύχει ιδιαίτερης προσοχής και τέλος συστήνεται να επιλέγονται τεχνικές και πρωτόκολλα, με χαμηλό δείκτη επικινδυνότητας.

Ο ΠΟΥ αναγνωρίζοντας τη σημαντικότητα των δράσεων περί την ασφάλεια ασθενών και προκειμένου να μπορεί να δώσει τις κατάλληλες οδηγίες στα ανάλογα εκπαιδευμένα άτομα καθιέρωσε και χρησιμοποίησε το διεπαγγελματικό ερωτηματολόγιο που πλαισιώνει το σύνολο των εκπαιδευτικών δράσεων περί την ασφάλεια των ασθενών (WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition-Attitude Questions on Understanding of Patient Safety) και τούτο διότι θεωρεί καθοριστικό να γνωρίζει σε ποιο εκπαιδευτικό επίπεδο κινείται το άτομο που θα προσεγγίσει το ερωτηματολόγιο^{3,4}.

Έτσι για τους φοιτητές διαθέτει και διακινεί το ερωτηματολόγιο που αναφέρεται στον Πίνακα 1 και στη συνέχεια - ενδεικτικά- παραθέτει σχετικά ερωτηματολόγια αξιολόγησης γνώσεων (Πίν 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1					
WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition					
Attitude Questions on Understanding of Patient Safety					
Αγαπητοί Συνάδελφοι					
Το Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide έχει δημιουργηθεί από τον WHO για να υποστηρίξει την εκπαίδευση στην ασφάλεια των ασθενών σε Πανεπιστήμια με Σχολές Επιστημών Υγείας σε όλη την Υφήλιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιασθεί για να αξιολογήσει την επαγρύπνηση αλλά και τη γνώση των φοιτητών σε θέματα ασφάλειας ασθενών μέσα στα διάφορα συστήματα Υγείας.					
Εκτιμούμε ότι θα χρειασθείτε 10-15 λεπτά για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο. Παρακαλούμε να απαντήσετε στις ερωτήσεις έντιμα, βασιζόμενοι στην παρούσα γνώση σας επί του θέματος. Εάν δεν επιθυμείτε να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση αφήστε την λευκή. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και κάθε πληροφορία που δίνεται αναφέρεται σε ομαδικό επίπεδο και όχι ατομικά.					
Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε αυτή τη φόρμα σαν μέρος της μελέτης. Η συμπλήρωσή της δεν αποτελεί κριτήριο αξιολόγησής σας και η συμπλήρωσή της δεν είναι υποχρεωτική.					
Εισαγωγικές ερωτήσεις					
1. Σε ποιο έτος σπουδών βρίσκεστε (κυκλώστε τον ανάλογο αριθμό)					
1° έτος	2° έτος	3° έτος	4° έτος	5° έτος	
2. Έχετε διδαχθεί ασφάλεια ασθενούς στη Σχολή σας (κυκλώστε την ανάλογη απάντηση)					
ΝΑΙ	ΟΧΙ				
3. Έχετε παρακολουθήσει διδακτική ενότητα σχετική με την ασφάλεια ασθενούς (κυκλώστε την ανάλογη απάντηση)					
ΝΑΙ	ΟΧΙ				

ΜΕΡΟΣ 1

Ιατρικό Σφάλμα και Ασφάλεια Ασθενούς

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΒΑΛΕΤΕ ΚΥΚΛΟ ΣΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΠΟΥ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΝΟΤΗΤΑ όπου:

Για τις ερωτήσεις στην ενότητα 1 κυκλώστε τον ανάλογο αριθμό με βάση την πενταβάθμιο κλίμακα όπου:

1=χαμηλό επίπεδο γνώσης 3= μέτριο επίπεδο γνώσης και 5=υψηλό επίπεδο γνώσης.

Ποιο είναι το επίπεδο των γνώσεών σας για:	Χαμηλό		Μέτριο		Υψηλό
1 Ποικίλα είδη ανθρώπινων σφαλμάτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας?	1	2	3	4	5
2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόσκληση ανθρώπινων σφαλμάτων?	1	2	3	4	5
3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών?	1	2	3	4	5
4. Μεθόδους να μιλήσετε emphaticά για ιατρικά σφάλματα?	1	2	3	4	5
5. Τι πρέπει να γίνει εάν και εφόσον επισυνέβη ένα σφάλμα?	1	2	3	4	5
6. Πως πρέπει να γίνει η αναφορά ενός σφάλματος?	1	2	3	4	5
7. Τι ρόλο που διαδραματίζουν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (Νοσοκομεία, Ιατρεία, Ιατροί, Οδοντίατροι) στην αναφορά σφαλμάτων?	1	2	3	4	5

Για τις ερωτήσεις στις ενότητες 2 έως 4 κυκλώστε τον ανάλογο αριθμό με βάση την πενταβάθμιο κλίμακα όπου:

1=Διαφωνώ σοβαρά, 2=Διαφωνώ, 3= Ουδέτερη άποψη (ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ),

4=Συμφωνώ and 5=Συμφωνώ απολύτως.

ΜΕΡΟΣ 2

Ασφάλεια του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΒΑΛΕΤΕ ΚΥΚΛΟ ΣΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΠΟΥ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΣΑΣ.

	Διαφωνώ σοβαρά	Διαφωνώ	Ουδέτερη άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
1 Οι περισσότεροι υγειονομικοί κάνουν σφάλματα.	1	2	3	4	5
2. Στη χώρα μου υφίσταται ασφαλές σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για τους ασθενείς.	1	2	3	4	5
3. Το ιατρικό σφάλμα είναι πολύ συχνό.	1	2	3	4	5
4. Είναι απίθανο να χορηγηθεί εσφαλμένο σκεύασμα σε ασθενείς.	1	2	3	4	5
5. Οι υγειονομικοί εκπαιδεύονται στην ασφάλεια των ασθενών.	1	2	3	4	5

ΜΕΡΟΣ 3

Προσωπική επιρροή στην έννοια της ασφάλειας

Με παράμετρο τη δική σας δυνατότητα να επηρεάσετε την έννοια της ασφάλειας παρακαλώ να βάλετε κύκλο στον αριθμό που ανταποκρίνεται στην άποψή σας για κάθε ενότητα.

	Διαφωνώ σοβαρά	Διαφωνώ	Ουδέτερη άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
1. Είναι εύκολο να περιγράψω σε τρίτους ένα σφάλμα το οποίο διέπραξα.	1	2	3	4	5
2. Είναι ευκολότερο να κατηγορήσεις κάποιον παρά να επικεντρώσεις στα αίτια του σφάλματος.	1	2	3	4	5

3. Έχω μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση μιλώντας σε κάποιον που δείχνει περιορισμένο ενδιαφέρον για την ασφάλεια των ασθενών.	1	2	3	4	5
4. Γνωρίζω πως να συζητήσω με ανθρώπους που έκαναν κάποιο σφάλμα.	1	2	3	4	5
5. Είμαι πάντοτε ικανός να διαβεβαιώσω ότι η ασφάλεια του ασθενούς δεν έχει τοποθετηθεί σε δευτερεύουσα μοίρα.	1	2	3	4	5
6. Πιστεύω ότι συμπληρώνοντας αναφορές θα βελτιωθεί η ασφάλεια των ασθενών.	1	2	3	4	5
7. Είμαι ικανός να μιλήσω για τα δικά μου σφάλματα.	1	2	3	4	5

ΜΕΡΟΣ 4

Προσωπική στάση ως προς την ασφάλεια των ασθενών

Με παράμετρο τη δική σας στάση ως προς την ασφάλεια των ασθενών, παρακαλώ να βάλετε κύκλο στον αριθμό που ανταποκρίνεται στην άποψή σας για κάθε ενότητα.

	Διαφωνώ σοβαρά	Διαφωνώ	Ουδέτερη άποψη	Συμφωνώ	Συμφωνώ απολύτως
1. Επικεντρώνοντας στα αίτια των συμβάντων συμβάλλω στην ασφάλεια των ασθενών.	1	2	3	4	5
2. Εάν εξακολουθώ να μαθαίνω από τα σφάλματά μου, μπορώ να προλάβω ανεπιθύμητα συμβάντα.	1	2	3	4	5
3. Η αναγνώριση και ενασχόληση με τα λάθη μου θα είναι ένα σημαντικό μέρος της εργασίας μου.	1	2	3	4	5
4. Είναι σημαντικό για μένα να μάθω πως να αναγνωρίζω και να διαχειρίζομαι τα σφάλματά μου ολοκληρώνοντας τις σπουδές μου.	1	2	3	4	5

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition Knowledge Questions on Patient Safety Topics

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Το Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide έχει δημιουργηθεί από τον WHO για να υποστηρίξει την εκπαίδευση στην ασφάλεια των ασθενών σε Πανεπιστήμια με Σχολές Επιστημών Υγείας σε όλη την Υφήλιο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει την επαγρύπνηση αλλά και τη γνώση των φοιτητών σε θέματα ασφάλειας ασθενών μέσα στα διάφορα συστήματα Υγείας.

Εκτιμούμε ότι θα χρειασθείτε 10-15 λεπτά για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο. Παρακαλούμε να απαντήσετε στις ερωτήσεις έντομα, βασιζόμενοι στην παρούσα γνώση σας επί του θέματος. Εάν δεν επιθυμείτε να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση αφήστε την λευκή. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και κάθε πληροφορία που δίνεται αναφέρεται σε ομαδικό επίπεδο και όχι ατομικά.

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε αυτή τη φόρμα σαν μέρος της μελέτης. Η συμπλήρωσή της δεν αποτελεί κριτήριο αξιολόγησής σας και η συμπλήρωσή της δεν είναι υποχρεωτική.

Ερωτήσεις Γνώσης για τις ενότητες της Ασφάλειας των Ασθενών

Παρακαλώ να βάλετε κύκλο στον αριθμό που ανταποκρίνεται στην άποψή σας για κάθε ερώτηση. Σημειώνεται ότι υπάρχει η πιθανότητα να υπάρχουν περισσότερες των μίας σωστές απαντήσεις.

Ενότητα 1. Τι είναι η Ασφάλεια των Ασθενών

A) Ποιοι πολλαπλοί παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε παροχή ανασφαλούς ιατρικής περίθαλψης.

1. Λανθάνοντες παράγοντες: Οργανωτικές δομές, φόρτος εργασίας, έλλειψη ηγεσίας κλπ..
2. Ερευνητικοί παράγοντες: Μέτρηση αποτελεσματικότητας κλινικών πρωτοκόλλων, τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές και μελέτες.
3. Παράγοντες σφαλμάτων: Υπεραπασχολημένα τμήματα, πτωχές διαδικασίες κλπ.
4. Ελλείψεις: Μη εποπτευόμενο νεαρό προσωπικό, επικοινωνιακές δυσκολίες κλπ.
5. Αμέλειες: Έλλειψη ιατρικού ιστορικού

Β) Ο Ιατρός δεν ακολουθεί πρωτόκολλα υγιεινής των χεριών, μεταξύ των ασθενών, διότι πιστεύει ότι είναι πολύ απασχολημένος, παρά το γεγονός ότι υπάρχει αλκοολούχο απολυμαντικό χεριών στην πτέρυγα. Αυτό είναι είναι παράδειγμα:

1. Αποτυχία εφαρμογής πρωτοκόλλων ασφάλειας ασθενών
2. Φαινομένων ανοχής στην Κλινική
3. Κατά συρροή παραβίαση πρωτοκόλλων
4. Ανυπαρξία πολιτικής επίπτωσης

Ενότητα 5. Πως καταλαβαίνουμε και μαθαίνουμε από τα σφάλματα να προλαμβάνουμε τη βλάβη

Α) Εσφαλμένη διάγνωση οδηγεί σε ακατάλληλο σχέδιο θεραπείας. Τι είδος σφάλματος είναι αυτό?

1. Ολισθήματα και παραλείψεις που βασίζονται σε θέματα δεξιοτήτων.
2. Παραβιάσεις
3. Σφάλματα εφαρμογής κανόνων
4. Σφάλματα γνωσιακού χαρακτήρα

Β) Σε Ασθενή που θεραπεύεται για non-Hodgkin's λέμφωμα χορηγείται ενέσιμο σκεύασμα vincristine το οποίο προορίζεται για άλλο ασθενή και το οποίο κατά λάθος τοποθετήθηκε δίπλα στο κρεβάτι του. Ο Ιατρός χορηγεί το σκεύασμα μέσω της σπονδυλικής στήλης (νωτιαία διάδρομη) νομιζοντας ότι είναι το ενδοδειγμένο σκεύασμα. Το σφάλμα δεν έγινε αντιληπτό και ο ασθενής κατέληξε μετά από τρεις ημέρες. Ποια είναι τα κύρια αίτια που προκάλεσαν το ατύχημα στη συγκεκριμένη περίπτωση.

1. Έλλειψη εμπειρίας
2. Ανεπαρκείς νοσηλευτικές διαδικασίες
3. Ελλιπείς διαδικασίες ταυτοποίησης του ασθενούς.
4. Ελλιπής πληροφόρηση

Γ) Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να αποκτήσεις εμπειρίες από τα λάθη

1. Να ασκείς κριτική στους υγειονομικούς που ενεπλάκησαν με το συμβάν.
2. Να καθιερώσεις σύστημα αναφοράς περιστατικού και καταγραφής συμβάντων
3. Να μην αναφέρεις παρολίγον προβλήματα διότι δεν δημιούργησαν/προέκυψαν ζημιές .
4. Να περιοριστεί η αναφορά των ανεπιθύμητων γεγονότων ώστε να μην βλαφθούν οι υγειονομικοί ή να μη δημοσιοποιηθούν τα συμβάντα.
5. Ενδελεχής ανάλυση για τη μελέτη αξιοσημείωτων συμβαμάτων (root cause analysis)

Ενότητα 6. Κατανόηση και διαχείριση της Κλινικής επικινδυνότητας

Πώς πρέπει να γίνεται διαχείριση των παραπόνων των ασθενών?

1. Να συζητά ευθέως τα παράπονα με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
2. Οι υγειονομικοί κατά των οποίων διατυπώνεται κάποιο παράπονο πρέπει να επιμερίζονται την ευθύνη και να επιπλήττονται
3. Υπάρχει ανάγκη να γίνεται πραγματολογική δήλωση από τους υγειονομικούς που ενεπλάκησαν με το παράπονο
4. Πρέπει να υφίσταται ενεργό πρωτόκολλο διαχείρισης παραπόνων

Ενότητα 9. Πρόληψη και έλεγχος διασποράς λοιμώξεων

Α) Αναφέρατε τα πέντε καταλληλότερα χρονικά σημεία για το πλύσιμο των χεριών

1. Πριν την είσοδο στην Κλινική
2. Πριν την επαφή με τον ασθενή
3. Πριν από μια πράξη άσηπτου χαρακτήρα
4. Μετά την έκθεση σε σωματικά υγρά
5. Μετά την επαφή με τον ασθενή
6. Μετά την επαφή με το περιβάλλον του ασθενή

Β) Ποιές είναι οι κύριες κατηγορίες οδοντιατρογενών λοιμώξεων?

1. Εμφράξεις αμαλγάματος πρώτης ομάδας
2. Χειρουργικές λοιμώξεις
3. Παρασκευές κολοβωμάτων για τοποθέτηση προσθετικών εργασιών
4. Αιματογενείς λοιμώξεις που σχετίζονται με την ενδοφλέβια χορήγηση σκευασμάτων
5. Πνευμονίες που σχετίζονται με τα κλιματιστικά.

Γ) Ποιές είναι οι κύριες οδοί μετάδοσης ιατρογενών λοιμώξεων?

1. Μετάδοση μέσω άμεσης ή έμμεσης επαφής
2. Μετάδοση μέσω τροφίμων
3. Μετάδοση μέσω σταγονιδίων
4. Αερογενείς λοιμώξεις

Δ) Πως διαχειρίζεστε ασφαλώς τα αιχμηρά?

1. Απόρριψη κάθε βελόνας σε ειδικό δοχείο αιχμηρών στο σημείο της χρήσης.
2. Δεν υπερπληρώνουμε το δοχείο των αιχμηρών .
3. Επανακαλύπτουμε, λυγίζουμε ή κόβουμε τις βελόνες μετά τη χρήση.
4. Δεν αφήνουμε το δοχείο των αιχμηρών σε περιοχή προσιτή σε παιδιά

Η FDI (Federation Dentaire Internationale) προέβη σε δυο αλληπάλληλες προσπάθειες διατύπωσης συμπαγών θέσεων επί της Ασφάλειας ασθενούς με την Επιτροπή Yamalik το 2012 και εμμέσως με δυο position papers αναφορικά με τη γκρίζα οδοντιατρική και την άσκηση επιστημονικά τεκμηριωμένων οδοντιατρικών πράξεων το 2016. Τα άρθρα της Yamalik και συν. (2012)⁵ βρίσκονται πολύ κοντά στην πραγματικότητα, δίνοντας όμως περισσότερο θεωρητικό υπόστρωμα και Νομοθετική υπόσταση στο θέμα, κινούμενα περισσότερο προς την Ηθική και Δεοντολογική πλευρά του θέματος και λιγότερο προς την επίκαιρη και τρέχουσα εφαρμογή πρωτοκόλλων και τεχνολογιών, αναπαράγοντας πολλά στοιχεία που εικόνα ανευρίσκονται σε σειρά βιβλίων Βιοηθικής περί την Οδοντιατρική.

Η προσπάθεια αυτή της FDI, είναι αναμφισβήτητη πολύ υψηλής στόχευσης και χαμηλών δυνατοτήτων και τούτο διότι η FDI καλείται να συγκεράσει τις τάσεις, απόψεις και πρακτικές από 200 χώρες οι οποίες εκπροσωπούνται στο Παγκόσμιο αυτό Όργανο και περίπου 1.000.000 οδοντίατροι ανά την υφήλιο. Κατά συνέπεια είναι πρακτικά αδύνατον να ομογενοποιήσει τις απόψεις προηγμένων Ακαδημαϊκά και Επαγγελματικά χωρών, με εκείνη των χωρών που δεν διαθέτουν Οργανωμένα συστήματα εκπαίδευσης και άσκησης της οδοντιατρικής, με τρομακτική διάσταση ακόμα και στη σχέση οδοντιάτρων προς ασθενείς⁶.

Το 2008 το Council Of European Dentists ασχολήθηκε με το θέμα της ασφάλειας των οδοντιατρικών ασθενών και η αρμόδια Ομάδα εργασίας παρήγε ένα λιτό σχετικό κείμενο, προσαρμοσμένο στις ανάγκες εκείνης της εποχής⁷.

Στις 9 Ιουνίου του 2009 οι Υπουργοί Υγείας των χωρών μελών της ΕΕ συμφώνησαν και διατύπωσαν μια σειρά συστάσεων αναφορικά με την ασφάλεια των ασθενών στην οποία περιλαμβάνονταν η πρόληψη και διαχείριση των λοιμώξεων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στο κείμενο αυτό διατυπώνονται οι απόψεις για τη δημιουργία εθνικών πρωτοκόλλων και προγραμμάτων που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών και την παρακίνηση των συλλογικών οργάνων των υγειονομικών να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο σε αυτή τη δράση μέσω της ενημέρωσης των ασθενών και των πολιτών των χωρών γενικά, τη δημιουργία μηχανισμών και κέντρων αναφοράς, την ενδυνάμωση της εκπαίδευσης και ενημέρωσης των υπηρετούντων υγειονομικών σε θέματα ασφαλείας ασθενών και την δημιουργία -σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission) -κοινης ορολογίας και συγκρίσιμων δεικτών, παράλληλα με τη συλλογή, επεξεργασία και ανταλλαγή πληροφοριών. Στον άξονα αυτό το ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ των ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ και συγκεκριμένα η ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΣΕΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ του ΑΣΘΕΝΟΥΣ εξέδωσε το 2011 την περιλήψη των θέσεών του, με το κείμενο CED-DOC-2011-013-E⁸, όπου αναφέρεται κατά σειράν ότι:

1. Οι Ευρωπαίοι Οδοντίατροι είναι δεσμευμένοι στην παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας οδοντιατρικής περίθαλψης και στην ελαχιστοποίηση των κινδύ-

νων που προκύπτουν από την οδοντιατρική περίθαλψη. Αν και δεν υφίσταται ιατρική περίθαλψη με μηδενικό κίνδυνο, η βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς και της ποιότητας της φροντίδας αποτελεί αδιάλειπτη μέριμνα του οδοντιατρικού επαγγέλματος.

2. Η δράση με στόχο τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς και της ποιότητας της περίθαλψης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ποικίλες ιατρικές συνθήκες στις οποίες οι ασθενείς δέχονται θεραπευτική φροντίδα. Οι τύποι των κινδύνων της ασφάλειας των ασθενών και οι καταλληλότεροι τρόποι ελαχιστοποίησής τους ποικίλλουν ανάλογα με τις συνθήκες παροχής της υγειονομικής περίθαλψης. Το μεγαλύτερο μέρος της οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ευρώπη παρέχεται από την ελεύθερη άσκηση, σε μικρές δομές και σε ένα περιβάλλον όπου ο οδοντίατρος γενικά πρέπει να έχει πλήρη ατομική ευθύνη για την όλη διαδικασία.

3. Νέα μέτρα με στόχο τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς δεν θα πρέπει να προστεθούν στον γραφειοκρατικό φόρτο της οδοντιατρικής άσκησης στο βαθμό που θα παρεμπόδιζαν τους οδοντιάτρους από το να αφιερώνουν επαρκή χρόνο στον κάθε ασθενή. Η απειρότητα ικανού χρόνου στον κάθε ασθενή αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της ασφαλούς και υψηλής ποιότητας οδοντιατρικής περίθαλψης.

4. Η μείωση των δυσμενών συνεπειών επιτυγχάνεται πιο αποτελεσματικά μέσω της συνεργασίας και της συνεργασίας των οδοντιάτρων, παρά μέσω των εξωτερικών κυρώσεων.

Το οδοντιατρικό επάγγελμα σε κάθε κράτος-μέλος έχει αυτορρυθμιστικές λειτουργίες στην προαγωγή της υψηλής ποιότητας και λειτουργίες με την αντίστοιχη διαχείριση της σε ένα συνεργατικό πλαίσιο ώστε να προάγει την ασφάλεια του ασθενούς και την ποιότητα.

5. Το οδοντιατρικό επάγγελμα προσπαθεί με ποικίλους τρόπους για τη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας. Μεταξύ αυτών είναι:

- Η συνεχιζόμενη επαγγελματική ενημέρωση για τη σταθερή επικαιροποίηση των δεξιοτήτων των Οδοντιάτρων.

- Η σύσταση τοπικών ομάδων μελέτης για τους οδοντιάτρους ώστε ο ένας να μαθαίνει από τις εμπειρίες των άλλων.

- Η δημιουργία συστημάτων για μη-καταγγελτική, εθελοντική και ανώνυμη αναφορά δυσμενών συνεπειών ή οιοσδήποτε ατυχημάτων.

- Η διασφάλιση της συμμόρφωσης με τις νομοθεσίες για τον έλεγχο των λοιμώξεων και τη διαχείριση των αποβλήτων.

6. Η ασφαλής και υψηλής ποιότητας οδοντιατρική περίθαλψη σε όλη την Ευρώπη υποστηρίζεται από υψηλές προδιαγραφές επαγγελματικής συμπεριφοράς και δεοντολογίας.

Εκτός από την παρότρυνση των οδοντιάτρων να συμμορφώνονται με τους εθνικούς δεοντολογικούς κώδικες, τα μέλη του ΣΕΟ έχουν συμφωνήσει σε μια σειρά γενικών δεοντολογικών αρχών και έχουν υιοθετήσει έναν Κώδικα Δεοντολογίας για τους οδοντιά-

τρος της ΕΕ (που υιοθετήθηκε κατά πρώτον το 1965 και τροποποιήθηκε τελευταία φορά το 2007). Στον Κώδικα Δεοντολογίας, οι Ευρωπαίοι οδοντίατροι επιβεβαίωσαν τη δέσμευσή τους να λειτουργούν πάντοτε για το καλύτερο συμφέρον των ασθενών, να σέβονται την αξιοπρέπεια, την αυτονομία και τις επιλογές τους και να διατηρούν καλή επικοινωνία μαζί τους.

7. Η κατοχύρωση της ασφάλειας του ασθενούς στις περιπτώσεις της διασυννοριακής κινητικότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερος δύσκολη.

Η τάση του οδοντιατρικού τουρισμού, όπου οι ασθενείς διανύουν μεγάλες αποστάσεις για εκτεταμένη, όμως ταχεία θεραπεία, αποτελεί μια κατάσταση στην οποία η ασφάλεια του ασθενούς απειλείται σημαντικά και τούτο διότι δεν είναι εύκολο για τον θεράποντα οδοντίατρο να αναλάβει τον προ-θεραπευτικό σχεδιασμό και τη μετα-θεραπευτική περίθαλψη, που αποτελούν ουσιαστικά κομμάτια της υψηλής ποιότητας οδοντιατρικής περίθαλψης. Επίσης, η επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του επαγγελματία μπορεί να παρακλύεται εξαιτίας των γλωσσικών δυσκολιών ή ακόμα και διαφορών περί την αρίθμηση των δοντιών ανά τεταρτημόριο. Θα πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς καλύτερη ενημέρωση για τους εν δυνάμει κινδύνους, σύμφωνα με τις διατάξεις της Οδηγίας για την Εφαρμογή των Δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυννοριακή υγειονομική περίθαλψη.

Ο οδοντιατρικός τουρισμός δεν πρέπει να ενθαρρύνεται εάν δεν υπάρχουν ανάλογες προϋποθέσεις ασφάλειας, ιχνηλάτησης, ακόμα και γλωσσικής επάρκειας.

Έτσι το 2011 συντάχθηκε ένας πίνακας δράσεων που σχετίζεται με την αποφυγή μετάδοσης Λοιμωδών Νοσημάτων (cross contamination), την προστασία από τη Λεγιονέλλα, την προστασία από τραυματισμό, την προστασία από κατάποση ξένου σώματος, την προστασία από χημικές βλάβες (εικ. 1), τους ατμούς υδραργύρου και τα πολυμερή με την έννοια της εισπνοής πτητικών



Εικόνα 1: Έγκαυμα βλεννογόνου από παρατεταμένη τοποθέτηση αδροποιητικού παράγοντα (φωτογραφική λήψη του συγγραφέα).

οργανικών ενώσεων (VOCs), την ακατάλληλη φαρμακοδοσία και τα ακατάλληλα οδοντιατρικά υλικά, ακόμα και την προστασία από βλάβη σε είδη ένδυσης. Οι απαιτήσεις όμως του σύγχρονου τρόπου ζωής και

παράλληλα οι ραγδαίες Ερευνητικές και Νομοθετικές καταγραφές, σε συνέργεια με τις έντονες και οργανωμένες πιέσεις συλλόγων καταναλωτών ή συλλόγων ασθενών, απαιτούν τη διεύρυνση του φάσματος των δράσεων που σχετίζονται με την ασφάλεια ασθενών στο χώρο της ΕΕ⁹.

Έτσι η Ομάδα εργασίας του ΣΕΟ, στη συνάντησή της των Βρυξελλών τον Οκτώβριο του 2018, προέβη σε συμπλήρωση, επαύξηση και επικαιροποίηση των παραμέτρων που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών διακρίνοντας αυτές σε δυο κατηγορίες, τις Διοικητικές και τις Κλινικές¹⁰.

Έτσι στις Διοικητικές εντάσσονται η μη κοινοποίηση/δημοσιοποίηση δεδομένων, τα πιστοποιημένα κλινικά πρωτόκολλα και τα ερευνητικά πρωτόκολλα και προστίθεται και η ενότητα της συνεχιζόμενης δια βίου επαγγελματικής εκπαίδευσης και επιμόρφωσης.

Στις Κλινικές εντάσσονται η αποφυγή διασποράς λοιμώξεων αποφυγή τραυματισμού τόσο από Κλινικές διαδικασίες (εικ. 2) όσο και από Κτιριακές ανεπάρκειες και κακοτεχνίες, η προστασία από ιοντίζουσες και μη ιοντί-



Εικόνα 2: Επικίνδυνη εγγύτητα δίσκου λείανσης συνθέτων ρητινών με το κράσπεδο του χείλους (φωτογραφική λήψη του συγγραφέα).

ζουσες ακτινοβολίες, η κατάποση εργαλείων, υλικών και διατάξεων, η ποιότητα του νερού που χρησιμοποιείται στις οδοντιατρικές μονάδες, η ποιότητα των υλικών και η διάθεση κίτρινων καρτών ασφαλείας Safety Data Sheets), η Φαρμακοληψία και Φαρμακοδοσία, οι διαδικασίες αναισθησίας, αναλγησίας με πρωτοξειδίου του Αζώτου και ενδοφλέβιας καταστολής και τέλος οι διαδικασίες ανάνηψης και αντιμετώπισης ιατρογενών προβλημάτων (Resuscitation). Η εισήγηση αυτή συζητήθηκε εκτενώς στην Ολομέλεια του CED, στις Βρυξέλλες, το Νοέμβριο του 2018 και η οριστική απόφαση θα ληφθεί το Μάιο του 2019 στη Βιέννη, λόγω του ότι στην πρόταση εμπεριέχονται ενότητες που αναφέρονται και στην προστασία του Περιβάλλοντος από τα Οδοντιατρικά στερεά και υγρά απόβλητα, για τα οποία εκκρεμεί σχετικό ερωτηματολόγιο στις χώρες μέλη που ολοκληρώνονται το Μάρτιο του 2019. Αντίθετα για την προστασία από την κατάχρηση Αντιβιοτικών, το CED αποφάσισε την υιοθέτηση σχετικού κείμενου, που θα αξιοποιηθεί ανάλογα, σε συνεργασία με σειρά άλλων δράσεων της ΕΕ

για το θέμα, όπως η Joint Action for Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infections (JAMRAI). Η προσπάθεια αυτή του CED στοχεύει στην ομογενοποίηση των πρακτικών και των πρωτοκόλλων μεταξύ των 380.000 οδοντιάτρων που δραστηριοποιούνται στην Ευρ. Ένωση, έτσι ώστε να προσφέρουν υψηλής ασφάλειας υπηρεσίες υγείας στο κοινό. Η ελεύθερη πλέον διακίνηση ασθενών και Υγειονομικών στην Ευρ. Ένωση, προϋποθέτει την ύπαρξη κοινά αποδεκτών πρωτοκόλλων και πρακτικών, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών.

Σε αντίθετη περίπτωση διαγράφεται ο κίνδυνος να βρεθούν οι υγειονομικοί, εκτεθειμένοι σε Πειθαρχικές, Αστικές αλλά και Ποινικές περιπέτειες με ανέλπιστα έκβαση, αλλά σίγουρα με ψυχολογική φθορά και ένταση.

Οι οργανωμένες πλέον ομάδες καταναλωτών και ειδικά χρηστών υπηρεσιών υγείας, οργανώνονται σε διάφορα κινήματα όπως ενδεικτικά το Κίνημα Health First Europe εκδίδοντας και διαχέοντας την χάρτα με τίτλο Declaration for Patient Safety in Europe, το Δεκέμβριο του 2017. Το κίνημα αυτό αναφέρει ότι είναι μη κερδοσκοπικό, δεν σχετίζεται με εμπορικά συμφέροντα και αποτελείται από εργαζόμενους στον χώρο της υγείας, πανεπιστημιακούς και ειδικούς επί της Υγείας και της ιατροτεχνολογίας και στοχεύουν στην καθιέρωση ασθενοκεντρικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας σε ολόκληρη την Ευρώπη. Η διακήρυξη αυτή εμπεριέχει 10 συμπυκνωμένους άξονες με πρώτο την επαγρύπνηση των πολιτών και τη δραστηριοποίηση των ασθενών και ακολουθούν, η προαγωγή ασφαλών τεχνικών και θεραπευτικών αντιλήψεων, η πρόληψη της επικινδυνότητας, τα συστήματα επιτήρησης και διαθεσιμότητα των στοιχείων, η προσωποποιημένη θεραπευτική αγωγή, το δικαίωμα της πληροφόρησης, η παροχή τεκμηριωμένων επιστημονικά υπηρεσιών, αλλά και «έξυπνων» υπηρεσιών, η προστασία των προσωπικών δεδομένων και οπωσδήποτε η αύξηση των κονδυλίων για την αξιοποίηση έμπειρου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού¹¹.

Παράλληλα, αντίστοιχες οργανώσεις έχουν δημιουργηθεί και στις ΗΠΑ (Dental Patient Safety Foundation) που πληροφορούν το κοινό για διάφορες Νοσολογικές οντότητες αλλά και για τυχόν αποκλίσεις των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και πράξεων από το τυπικό και το ποιολογικά αποδεκτό έως άριστο¹².

Η διεύρυνση της Οδοντιατρικής περιπτώσιολογίας, η ανάπτυξη και καθιέρωση όλο και περισσότερων χειρουργικών/επεμβατικών τεχνικών, οι περιπατητικοί ασθενείς, ο μεγάλος και συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων και υπερηλικών ασθενών, τα άτομα που απαιτούν ειδική φροντίδα, η πολυφαρμακία και τέλος η συνεχώς διευρυμένη νομοθεσία, αποτελούν παραμέτρους που επηρεάζουν την αντίληψη περί την ασφάλεια των οδοντιατρικών πράξεων και απαιτούν τη συνεχή τροποποίηση πρακτικών και πρωτοκόλλων, αλλά και των προγραμμάτων σπουδών των Οδοντιατρικών Σχολών, προς μια νέα οδοντιατρική του 21ου αιώνα.

SUMMARY

Patient safety in the dental office. Current trends and policies

Tzoutzas Ioannis

hellenic hospital dentistry 11: 09-17, 2018

Patient safety is of primary importance for both the dental practitioner and the patient and can be ensured by a well-educated dental professional, well communicating with patients and other health professionals, working in a safe environment with an adequate infrastructure, infection control and radiation protection and also resuscitation knowledge and experience.

The dentist, head of the dental team, has to promote quality and safety in many ways, including developing systems for preventing adverse events or near misses. Infection control and radiation protection procedures are important and essential elements of dental care. The guidelines for infection control are not constant, developing and changing according to evidence-based findings.

The dentist has overall responsibility over the dental team and is responsible for the professional activities of less-qualified team members. The dentist is obliged to apply recent research information on infection control and a wide range of hygienic procedures as part of continuous professional development.

Infection control and waste management and a wide range of hygienic procedures are extremely important for patient safety and the safety of the dental team as well. They must be provided effectively in terms of the costs involved. It is necessary to respect and accept national regulations at the level of EU Member-States.

The European dentist, taking into account the needs arising from increasing mobility of patients and healthcare providers has to fulfill minimum requirements of safety, infection control and data protection and comply with the existing national regulation at the level of the EU Member States, in order to achieve the best possible safety of the individuals involved .

Key words: patient safety; Dentistry; practice management.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Όρκος Ιπποκράτη. <http://school.med.uoa.gr/to-tmima/orkoi.html> όπως εμφανίζεται στις 29/10/2018.
2. <http://www.who.int/patientsafety/en/> όπως εμφανίζεται στις 29/10/2018.
3. www. WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition Attitude Questions on Understanding of Patient Safety όπως εμφανίζεται στις 20/10/2012.
4. www. WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition Knowledge Questions on Patient

- Safety Topics όπως εμφανίζεται στις 20/10/2012.
5. Yamalik N, Perea Perez B: Patient safety and dentistry: what do we need to know? Fundamentals of patient safety, the safety culture and implementation of patient safety measures in dental practice. International Dental Journal 2012; 62: 189-196.
 6. Yamalik N, Van Dijk W: Analysis of the attitudes and needs/demands of dental practitioners in the field of patient safety and risk management. International Dental Journal 2013; 63: 291-297.
 7. www.cedentists.eu/wgs-and-tfs/ext-working-groups.html όπως εμφανίζεται στις 17/05/2008.
 8. www.cedentists.eu/wgs-and-tfs/ext-working-groups.html όπως εμφανίζεται στις 11/03/2011.
 9. Τζούτζας Ι, Βridges G: Οργάνωση και Διαχείριση οδοντιατρείου, 2017, εκδ. Λίτσας.
 10. www.cedentists.eu/wgs-and-tfs/ext-working-groups.html όπως εμφανίζεται στις 29/10/2018.
 11. <https://healthfirsteurope.eu/publication/declaration-for-patient-safety/>
 12. <https://www.dentalhealth.org/Pages/Category/all-oral-health-information>

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Τζούτζας Ιωάννης,
Θηβών 2, 11527, Γουδί, Αθήνα
email: tzoudent@dent.uoa.gr

Μαστίχα Χίου: Ένα φυσικό προϊόν με αντιμικροβιακή δράση ως μέσο οδοντιατρικής πρόληψης

Αγγελική Γιαννοπούλου¹, Δέσποινα Περρέα²

Η μαστίχα της Χίου είναι μια λευκή, ημιδιαφανής φυσική ρητίνη, πλούσια κυρίως σε τριτερπενικές ενώσεις, που παράγεται από το φυτό *Pistacia lentiscus* var. *Chia*. Είναι αιθαλής θάμνος που ανήκει στην οικογένεια *Anacardiaceae* και καλλιεργείται μόνο στο νησί της Χίου και συγκεκριμένα στη νότια Χίο. Σημαντική ερευνητική δραστηριότητα στην Ελλάδα και διεθνώς σταδιακά αποκαλύπτει ότι η φυσική μαστίχα Χίου διαθέτει μοναδικές ευεργετικές και θεραπευτικές ιδιότητες για την υγεία, επιβεβαιώνοντας τα όσα ιστορικά έχουν καταγραφεί.

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η παρουσίαση των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την πιθανή προστατευτική δράση που ασκεί η χρήση της μαστίχας Χίου στα δόντια και στο περιοδόντιο.

Σήμερα είναι απολύτως σαφές ότι ο μικροβιακός παράγοντας είναι υπεύθυνος για τις συχνότερες νόσους του στόματος, την οδοντική τερηδόνα και τις νόσους του περιοδοντίου. Οι αντιμικροβιακές ιδιότητες της Μαστίχας Χίου συμβάλλουν στην πρόληψη ή στην εξέλιξη αυτών των ασθενειών. Η προστατευτική της δράση επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της μείωσης / αναχαίτισης σχηματισμού οδοντικής μικροβιακής πλάκας, της πρόκλησης μεγαλύτερης διέγερσης σάλιου και της μείωσης των βακτηριακών αποικιών σε αυτό.

Συμπέρασμα: Οι αντιμικροβιακές ιδιότητες της μαστίχας Χίου την καθιστούν ένα φυσικό προϊόν με μεγάλη ελκυστικότητα στη μάχη ενάντια των νόσων του στόματος που σχετίζονται με το βιοϋμένιο, της τερηδόνας και των νόσων του περιοδοντίου.

Παρότι τα αποτελέσματα των ερευνών είναι ενθαρρυντικά, για την πληρέστερη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της αντιμικροβιακής δράσης των προϊόντων αυτών στη στοματική κοιλότητα, καθώς και των πιθανών παρενεργειών των προϊόντων της από την χρήση τους, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 11: 19-26, 2018

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μαστίχα Χίου είναι γνωστή από την αρχαιότητα, οπότε και αποτέλεσε την πρώτη φυσική τσίχλα. Η γευστική ευχαρίστηση, που οφείλεται στις αρωματικές ενώσεις των φυτικών εκκρίσεων, αποτέλεσε ένα σημαντικό λόγο για τη μάζησή τους¹. Οι πρώτες πληροφορίες για το μαστιχόδενδρο και τη μαστίχα προέρχονται από τον Ηρόδοτο (484-420 π.Χ.)². Σε ιατρικά κείμενα της ύστερης αρχαιότητας συναντάται πλήθωρα ιατρικών συνταγών, με κύριο συστατικό τη μαστίχα Χίου, την οποία θεωρούσαν

ευεργετική για την ανθρώπινη υγεία και της απέδιδαν πολλές ιδιότητες. Συνήθως την χρησιμοποιούσαν σε συνδυασμό με άλλα φυσικά υλικά για την πρόληψη και θεραπεία πλήθους ασθενειών. Πολλές από τις εμπειρικές γνώσεις των προγόνων μας επιβεβαιώνονται σήμερα από τα αποτελέσματα επιστημονικών ερευνών στην Ελλάδα και διεθνώς, καταδεικνύοντας σταδιακά τις πολυάριθμες διαφορετικές φαρμακευτικές και βιοϊατρικές ιδιότητες της μαστίχας Χίου.

Η μαστίχα Χίου είναι μια λευκή, ημιδιαφανής φυσική ρητίνη που παράγεται από το φυτό *Pistacia lentiscus* var. *Chia* (εικ. 1). Είναι αιθαλής θάμνος που ανήκει στην οικογένεια *Anacardiaceae* και καλλιεργείται μόνο στο νη-

Λέξεις κλειδιά: Μαστίχα Χίου, τερηδόνα, περιοδοντίτιδα, οδοντική μικροβιακή πλάκα, σάλιο διέγερσης.

¹ Επιμελήτρια Οδοντιατρικού Τμήματος, Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας».

² Καθηγήτρια Πειραματικής Παθοφυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ.

Προέλευση:

Οδοντιατρικό τμήμα - Ειδική μονάδα ΑμεΑ Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας "Ν. Σ. Χρηστέας".

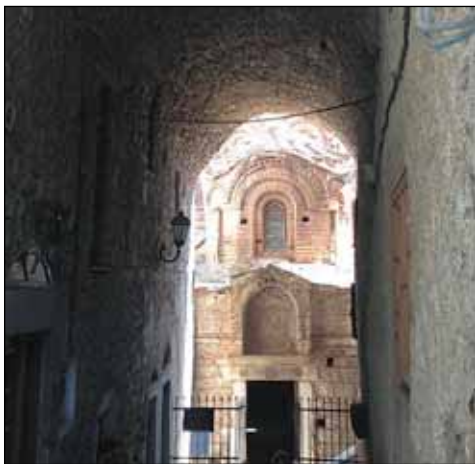


Εικόνα 1: Το «Δάκρυ» που στάζει από το μαστιχόδενδρο.

σί της Χίου. Τα εκπληκτικά αυτά μαστιχόδενδρα καλλιεργούνται αποκλειστικά σε 24 χωριά (μαστιχοχώρια) στη νότια Χίο (εικ. 2, 3). Ο συνδυασμός της ποικιλίας του δέντρου, του εδάφους, του μικροκλίματος, της τοπολο-



Εικόνα 2: Μαστιχοχώρια (Καλαμωτή).



Εικόνα 3:
Μαστιχοχώρια (Πυργί).

γίας και του ανάγλυφου της περιοχής, αποτελούν το «μυστικό» για την αποκλειστικότητα που έχει η μικρή αυτή γωνιά του πλανήτη μας (εικ. 4, 5). Οι ρητινοφόροι αγωγοί που διατρέχουν το βλαστό, τις ρίζες και τα φύλλα του θάμνου, παράγουν μία κιτρινοπράσινη ρητίνη, την



Εικόνα 4: Ο τρόπος που έχουν φυτευτεί και οι μεταξύ τους αποστάσεις είναι τέτοιες ώστε να επιτυγχάνεται καλύτερη ανάπτυξη του δέντρου.



Εικόνα 5: Ο μαστιχοφόρος Σχίνος (μαστιχόδενδρο).

περίφημη μαστίχα Χίου (εικ. 6).
Σχετικά με τη χημική σύνθεση της μαστίχας, ας σημειω-



Εικόνα 6: Μαστίχα Χίου, μαστιχέλαιο.

θεί ότι δεν υπάρχει πλήρης κατάλογος των συστατικών της². Η ανάλυση της ρητίνης του μαστιχόδενδρου καταδεικνύει ότι αποτελείται από δύο βασικά κλάσματα, το όξινο και το ουδέτερο, και από το αδιάλυτο προϊόν πολυμερισμού του 1,4-πολυ-β-μυρκενίου. Το όξινο και το ουδέτερο κλάσμα περιέχουν μη πτητικά συστατικά. Εξέχουσα θέση ανάμεσα στα μη πτητικά συστατικά, κατέχει μία από τις μεγαλύτερες ομάδες φυσικών προϊόντων, τα τερπένια. Τα τερπένια έχουν ποικίλες επιδράσεις στους οργανισμούς αλλά λόγω της μεγάλης αφθονίας τους στη φύση, οι μοριακοί μηχανισμοί τους δεν έχουν πλήρως διαλευκανθεί. Η μαστίχα περιέχει επίσης ένα μικρό κλάσμα (περίπου 2%) από αιθέριο έλαιο³, το οποίο περιέχει πτητικά συστατικά. Ένας μεγάλος αριθμός δραστηκών συστατικών (80 και πλέον), μερικά από τα οποία απαντώνται στη φύση για πρώτη φορά, δικαιολογεί τις πολλαπλές χρήσεις της μαστίχας Χίου σε παγκόσμια κλίμακα. Υποστηρίζεται η άποψη ότι η ευεργετική δράση των φυτοχημικών που αποτελούν επιμέρους συστατικά ενός σύνθετου φυσικού μίγματος οφείλονται στην αθροιστική ή και στη συνεργιστική αλληλεπίδραση αυτών και όχι στη δράση ενός μόνο συστατικού⁴, όπως άλλωστε έχουν αποδείξει μελέτες και για το μαστιχέλαιο⁵. Σήμερα, πλήθος εμπορικών σκευασμάτων εκμεταλλεύονται τις ιδιότητές της και το άρωμα της μαστίχας Χίου. Θεωρείται μοναδικό Ελληνικό Προϊόν, Προστατευόμε-

νης Ονομασίας Προέλευσης (Π.Ο.Π.) βάσει του υπ' αριθμ. 123/1997 Κανονισμού (110224/24-1-97) της Ευρωπαϊκής Ένωσης (εικ. 7).

Τις τελευταίες δεκαετίες, πολλές επιστημονικές έρευ-



Εικόνα 7: Προϊόντα μαστίχας Χίου.

νες υποστηρίζουν τις αντιμικροβιακές και αντιμυκητιασικές ιδιότητες της μαστίχας και του μαστιχελαιού ενάντια σε ένα ευρύ φάσμα παθογόνων βακτηρίων και μυκήτων^{6,7}. Η αντιμικροβιακή δράση του μαστιχέλαιου περιγράφεται για πρώτη φορά από τους Tassou & Nychas το 1995⁸ όπως εκφράζεται κατά τη διάρκεια της διεργασίας αλλοίωσης τροφίμων από Gram (+) (*S. aureus* και *Lactobacillus plantarum*) και Gram (-) (*Pseudomonas fragi* και *Salmonella enteridis*) βακτήρια. Διαπιστώθηκε ότι η προσθήκη μαστιχέλαιου ανέστειλε την ανάπτυξη τους, με μεγαλύτερο ανασταλτικό αποτέλεσμα σε Gram (+) βακτήρια. Η μελέτη του Ali-Shtayeh και συν.⁹ απέδωσε αντιμυκητιασική δραστηριότητα στο υδατικό εκχύλισμα μαστίχας, το οποίο βρέθηκε ότι είναι δραστικό κατά *Microsporium canis*, *Trichophyton mentagrophytes* και *Trichophyton violaceum*, μειώνοντας την ανάπτυξη των αποικιών τους από 36% έως 100%. Τα συμπεράσματα των μελετών που ακολούθησαν, επιβεβαιώνουν τη σημαντική αντιμικροβιακή και αντιμυκητιασική δράση κυρίως του μαστιχέλαιου⁶.

Η μαστίχα Χίου έχει μελετηθεί εκτενώς για τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες, καθώς αναστέλλει την παραγωγή φλεγμονωδών ουσιών και δεικτών όπως το νιτρικό οξείδιο (NO), την προσταγλανδίνη E2, τον παράγοντα νέκρωσης όγκων-α (TNF-α) και την παραγωγή υπεροξειδίου του υδρογόνου (H₂O₂), εξαλείφοντας την ενεργοποίηση της νικοτιναμιδικής αδενίνης διουκλεοτιδικής φωσφορικής (NADPH) οξειδάσης, εξαρτώμενες από την πρωτεϊνική κινάση C (PKC)^{10,11}. Η μαστίχα Χίου είναι γνωστή για την αντιοξειδωτική της δράση¹², πρόσφατα δε έχει μελετηθεί η υπολιπιδαιμική, αντιαθηρωματική, γαστροπροστατευτική, ηπατοπροστατευτική δράση της μαστίχας¹³⁻¹⁵. Επίσης έχει μελετηθεί η χημειοπροστατευτική δράση της κατά του καρκίνου¹⁶, καθώς και η δράση της κατά της νόσου του Crohn. Οι έρευνες αυτές επιβεβαιώνουν τα όσα και ιστορικά έχουν καταγραφεί.

Σύγχρονες μελέτες υποστηρίζουν την ευεργετική επίδραση της μαστίχας Χίου στη Στοματική Υγεία. Σήμερα είναι απολύτως σαφές ότι ο μικροβιακός παράγοντας είναι υπεύθυνος για τις συχνότερες νόσους του στόματος, την οδοντική τερηδόνα και τις νόσους του περιοδοντίου¹⁷, που προκαλούνται με την επίδραση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας που προσκολλάται στα δόντια και τα ούλα. Αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει την αντι-

μικροβιακή συμπεριφορά της μαστίχας Χίου έναντι των μικροοργανισμών της στοματικής κοιλότητας. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η παρουσίαση των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την πιθανή προστατευτική δράση που ασκεί η χρήση της μαστίχας Χίου στα δόντια και στο περιοδόντιο.

Η ΜΑΣΤΙΧΑ ΧΙΟΥ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΤΕΡΗΔΟΝΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Η τερηδόνα είναι νόσος μικροβιακής αιτιολογίας καταστρεπτική των σκληρών οδοντικών ουσιών (εικ. 8). Είναι η πιο διαδεδομένη νόσος του στόματος που μπορεί ό-



Εικόνα 8: Τερηδόνα.

μως να προληφθεί ή και να αναχαιτισθεί. Η τερηδόνα οφείλεται στην αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν την έναρξη αλλά και το ρυθμό εξέλιξής της.

Η παρουσία μικροβίων αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την έναρξη της τερηδονικής διαδικασίας. Η ικανότητα των μικροοργανισμών να οδηγούν σε αποδόμηση των σκληρών οδοντικών ιστών εξαρτάται από τη δυνατότητά τους να προκαλούν πτώση του pH στην περιοχή της βλάβης μετά από τη ζύμωση των υδατανθράκων. Για να θεωρηθούν τα μικρόβια τερηδογόνα θα πρέπει να πληρούν κάποιες απαραίτητες προϋποθέσεις¹⁸.

1. Ικανότητα να ζυμώνουν υδατάνθρακες και να παράγουν οξέα,
2. Δυνατότητα να παράγουν εξωκυττάριους ή / και ενδοκυττάριους πολυσακχαρίτες,
3. Να συνεχίζουν να μεταβολίζουν τα σάκχαρα κάτω από ακραίες περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως σε χαμηλό pH.

Προκειμένου να ενισχυθεί η κατανόηση της δράσης της μαστίχας Χίου παρατίθενται παρακάτω συνοπτικά οι οδοί που οδηγούν στην τερηδονική βλάβη. Η διαδικασία αυτή αρχίζει με τη ζύμωση των υδατανθράκων από τα βακτήρια, ακολουθούμενη από την παραγωγή οργανικών οξέων που οδηγούν στην πτώση του pH. Καθώς η πτώση του pH συνεχίζεται σε κρίσιμο επίπεδο, αρχίζει η απαροβείωση των σκληρών οδοντικών ιστών και μακροπρόθεσμα η δημιουργία ορατής τερηδονικής βλάβης¹⁹. Επανασβεσίωση του ιστού μπορεί να επιτευχθεί όταν το pH επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα και υπάρχει περίσσεια ιόντων για τη δημιουργία απατίτη, γεγονός που επιτυγχάνεται με το σάλιο²⁰. Η οδοντική τερηδόνα είναι μια δυναμική διαδικασία και μια συνεχής διαδοχή πολλών κύκλων απομεταλλικοποίησης και ανανέωσης.

Η σύνθεση της μαστίχας της Χίου συνδυάζει ορισμέ-

ους παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην πρόληψη της τερηδόνας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη μάζηση της μαστίχας Χίου γενικά ή αυτής με υποκατάστατα ζάχαρης ή με προσθήκη φθορίου. Η προστασία έναντι της τερηδόνας που προσφέρει η μαστίχα Χίου, επιτελείται με τους εξής τρόπους:

α. Δράση της μαστίχας Χίου επί της οδοντικής μικροβιακής πλάκας

Η στοματική κοιλότητα αποτελεί έναν μοναδικό, σύνθετο βίοτοπο του οργανισμού²¹. Το θερμό, υγρό και πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά περιβάλλον της ευνοεί τον αποικισμό των πρόσφορων επιφανειών, από ένα μεγάλο αριθμό βακτηρίων (10¹⁰ ανά ml σιέλου). Περισσότερα από 700 είδη μικροοργανισμών εντοπίζονται στη στοματική κοιλότητα. Οι *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) θεωρούνται ως κυρίαρχα είδη που απομονώνονται από το ανθρώπινο σάλιο και την οδοντική μικροβιακή πλάκα²² και έχουν αναγνωριστεί ως ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας για την τερηδόνα. Επίσης ενοχοποιούνται λακτοβάκιλλοι ή γαλακτοβάκιλλοι, άλλα μικρόβια, όπως τα οξεοάνοχα *S. anguinus*, *S. gordonii*, *S. oralis* και *Bifidobacterium*²³. Η εξάλειψη αυτών των τερηδογόνων μικροβίων είναι ιδιαίτερης σημασίας για την μείωση της οξεογόνου δύναμης της οδοντικής μικροβιακής πλάκας και για την αντιμετώπιση της τερηδόνας.

In vitro και in vivo μελέτες υποστηρίζουν την αντιβακτηριακή δράση της μαστίχας Χίου έναντι των *S. mutans* και των μεταλλαγμένων στρεπτόκοκκων^{24,6}. Ο Sterer και συν. υποστηρίζουν ότι η μαστίχα έχει αντιμικροβιακή δράση έναντι των παθογόνων του στόματος *S. mutans*, *Porphyromonas gingivalis* και *Candida albicans*²⁵.

Η φυσική μαστίχα Χίου διαθέτει αναχαιτιστική δράση στο σχηματισμό οδοντικής μικροβιακής πλάκας²⁶. Το πάχος της οδοντικής πλάκας αποτελεί σημαντικό παράγοντα καθορισμού της οξεογόνου δύναμής της. Αποτελέσματα in situ μελετών έδειξαν ότι η συστηματική μάζηση της μαστίχας Χίου, μετά από 30 λεπτά μειώνει το βάρος της σχηματιζόμενης οδοντικής πλάκας κατά 30% περίπου, συγκριτικά με το ημιμόριο του στόματος που δεν συμμετείχε στην πειραματική μάζηση²⁷.

Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών υποστηρίζουν την άποψη ότι η μαστίχα Χίου θα μπορούσε να είναι ένα χρήσιμο συμπλήρωμα στην πρόληψη της τερηδόνας.

β. Η δράση της μαστίχας Χίου στο σάλιο

Το σάλιο περιβάλλει και προστατεύει τα δόντια καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου. Αποτελεί φυσιολογικό προστατευτικό παράγοντα που συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας του οικοσυστήματος του στόματος και βοηθά στην άμυνα των ιστών της στοματικής κοιλότητας ενάντια στην εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων.

Ασκεί την προστατευτική του δράση έναντι της τερηδόνας απομακρύνοντας τα μη προσκολλημένα βακτήρια και εξουδετερώνει τα βλαβερά υγρά και οξέα. Η φυσική μαστίχα δεν περιέχει ουσίες που οδηγούν σε παραγωγή οξέων από την οδοντική πλάκα¹. Το σάλιο είναι επίσης μια δεξαμενή ιόντων (ασβεστίου, φωσφόρου), αυξάνοντας την πιθανότητα επαναμετάλλωσης και επιπλέον περιέχει αντιμικροβιακούς παράγοντες έναντι της οδοντικής μικροβιακής πλάκας^{28,29}. Η μάζηση μαστίχας Χίου προκαλεί στατιστικά σημαντική μείωση των τερηδογόνων μικροβίων στο σάλιο (*Streptococci mutans*) σε

σύγκριση με την οδοντόσικλα placebo³⁰. Η βαθμιαία μείωση των βακτηριακών αποικιών στο σάλιο έφτασε 62,1%. Μελέτη του Aksoy και συν. επιβεβαίωσε την αντιβακτηριακή δράση της μαστίχας δείχνοντας ότι η μάζηση της μειώνει τον συνολικό αριθμό των βακτηρίων *S. mutans* και *lactobacilli* στο σάλιο νεαρών ασθενών ηλικίας 14-15 ετών υπό ορθοδοντική θεραπεία με ακίνητη συσκευή. Θα μπορούσε συνεπώς η μαστίχα Χίου να συμπεριληφθεί στα μέτρα για την πρόληψη τερηδονικής βλάβης ασθενών υπό ορθοδοντική θεραπεία και να εναλλαχθεί στα μέτρα προληπτικής στοματικής υγιεινής αυτών των ασθενών³¹. Η άφθονη παρουσία σάλιου διεγερσης συμβάλλει στην φυσική επούλωση των αρχόμενων τερηδονικών βλαβών, ιδίως όταν οι οδοντικές επιφάνειες είναι καθαρές και η παρουσία έστω και ιχνών φθορίου στη στοματική κοιλότητα εξασφαλισμένη³². Αποτελέσματα μελετών υποδεικνύουν επίσης ότι η μάζηση της φυσικής μαστίχας Χίου αυξάνει το pH της οδοντικής μικροβιακής πλάκας³³. Η χρήση οδοντόσικλας ενισχύει την επανασβεστίωση της αδαμαντίνης, πιθανώς μέσω της αύξησης της ροής του σάλιου και της ανάκτησης του pH της πλάκας. In vitro πειράματα έδειξαν ότι μετά από 30 λεπτά μάζησης, τα ιχνοστοιχεία απελευθερώνονται από τη μάζα της φυσικής μαστίχας Χίου και είναι έτοιμα προς απορρόφηση^{2,34}. Η μάζηση της μαστίχας διεγείρει την σιαλική λειτουργία είτε μηχανικά είτε με χημικά ερεθίσματα με την προσθήκη γλυκαντικών ουσιών που δεν δημιουργούν προβλήματα στα δόντια (όπως ξυλιτόλη, σορβιτόλη, μαννιτόλη), συμβάλλοντας στην απομάκρυνση μικροβίων που προκαλούν τερηδόνα³⁵.

Η φυσική μαστίχα Χίου δεν περιέχει φθόριο, παρά μόνο ελάχιστα ίχνη. Η τσίχλα Χίου ELMA Dental (η μόνη με φυσική μαστίχα) είναι εμπλουτισμένη με φθόριο. Κάθε κουφέτο περιέχει στον πυρήνα του 0,05% κ.β φθοριούχο νάτριο που αντιστοιχεί σε 0,32 mg φθορίου. Η προσθήκη φθορίου στη μαστίχα αποτελεί ένα σημαντικό επιπλέον προληπτικό μέτρο ελέγχου της τερηδονικής βλάβης³⁶. Το τοπικά χορηγούμενο φθόριο μειώνει την απασβεστίωση της αδαμαντίνης, προάγει την επανασβεστίωση και απενεργοποιεί τον μεταβολισμό των βακτηρίων στην οδοντική μικροβιακή πλάκα¹⁶. Ο παρατεταμένος χρόνος μάζησης φθοριούχου μαστίχας είναι ιδιαίτερα ευνοϊκός για την ανάκτηση του pH της πλάκας το οποίο έχει διαταραχθεί κατά τον μεταβολισμό των υδτανθράκων τοπικά στην επιφάνεια του δοντιού.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΑΣΤΙΧΑΣ ΧΙΟΥ ΣΤΙΣ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΟΥ

Η περιοδοντίτιδα είναι φλεγμονώδης νόσος των στηρικτικών ιστών του δοντιού στην οποία εμπλέκονται αλληλεπιδράσεις μεταξύ βιοϋμένων που περιέχουν μικρόβια και άλλους μολυσματικούς παράγοντες, καθώς και της ανοσοφλεγμονώδους απόκρισης του ξενιστή, οδηγώντας σε μεταβολές του συνδετικού ιστού και απορρόφηση του οστού (εικ. 9). Είναι γενικά αποδεκτό ότι η περιοδοντική νόσος στα περισσότερα άτομα σχετίζεται στενά με μια σχετικά μικρή ομάδα βακτηρίων, ιδιαίτερα την *Porphyromonas gingivalis*³⁷.

Αποτελέσματα μελετών υποστηρίζουν ότι η μαστίχα είναι δραστική εναντίον των παθογόνων του στόματος, ιδιαίτερα των Gram (-) αναερόβιων και συνεπώς θα μπορούσε να θεωρηθεί ως εναλλακτικός φυσικός αντιμι-



Εικόνα 9: Περιοδοντίτις.

κροβιακός παράγοντας κατά της περιοδοντίτιδας. Πρόσφατες μελέτες αναφέρονται στην αποτελεσματικότητα της μαστίχας έναντι αναερόβιων παθογόνων του στόματος όπως *P. Gingivalis*, *P. Intermedia* και *F. nucleatum*³⁸. Τα ευρήματα της μελέτης του Takahashi και συν. έδειξαν ότι ο συνολικός αριθμός βακτηριακών αποικιών μειώθηκε σημαντικά καθώς και η φλεγμονή των ούλων κατά τη διάρκεια των 4 ωρών μάσησης μαστίχας σε σύγκριση με αυτή εικονικού φαρμάκου (οδοντόσιχλα placebo). Η τακτική χρήση της μαστίχας συνεπώς μπορεί να είναι ένας χρήσιμος παράγοντας για τη μείωση της βακτηριακής ανάπτυξης στο σάλιο και του σχηματισμού πλακών στα δόντια³⁰.

Ο Suzuki και συν υποστηρίζουν στη μελέτη τους³⁹ ότι το εκχύλισμα οξικού αιθυλεστέρα της μαστίχας, μείωσε σημαντικά επιλεκτικά τα επίπεδα της *Porphyromonas gingivalis*. Ο μικροοργανισμός αυτός κυριαρχεί στην κοινότητα των βιοϋμενίων⁴⁰, εμφανίζεται στο σάλιο και σχηματίζει υποουλική πλάκα, που είναι δείγμα επιθετικής περιοδοντίτιδας⁴¹. Αποικίζει επίσης τη μικροβιακή χλωρίδα γύρω από τα οδοντικά εμφυτεύματα⁴².

Έχει μελετηθεί η δράση των διαφόρων μορφών της μαστίχας (υγρής, στερεάς, φρέσκιας ή φυλασσομένης πέραν της διατήρησης/ στερεά με χρώμα κιτρινωπό). Ο υγρός τύπος μαστίχας (2%) έχει σαφώς επιλεκτική αντιβακτηριακή δράση κατά των *P. Gingivalis*, *P. Melaninogenica*. Στη μελέτη που διεξήγαγαν ο Sakagami και συν. τα θετικά κατά Gram βακτήρια (*Streptococcus mutans*, *S. Aureus*) καθώς και οι μύκητες (*C. albicans*) δεν επηρεάστηκαν⁴³. Η κλασματοποιημένη μαστίχα, εκχύλιση με οργανικό διαλύτη (εκχύλιση οξικού αιθυλεστέρα) μπορεί να είναι κατάλληλη για τη θεραπεία περιοδοντικών νόσων και να έχει υψηλότερη αντιβακτηριακή δραστηριότητα από τη μη κλασματοποιημένη μαστίχα. Οι αντιβακτηριδιακές δραστηριότητες της μαστίχας Χίου καθώς και αυτές της προαγωγής επιβίωσης των πολυμορφοπύρηνων λευκοκύτταρων της στοματικής κοιλότητας (OPMNs), που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην προστασία των ξενιστών από την εισβολή μικροβίων και στην παθογένεση του φλεγμονώδους ιστικού τραυματισμού (πιθανώς με την αντιοξειδωτική τους δράση), συμβάλλουν στην ενίσχυση της φυσικής ανοσίας καθώς και στον περιορισμό των νόσων του περιοδοντίου και στη βελτίωση της στοματικής υγείας⁴³.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η «μάχη» ενάντια στα βιοϋμένια της στοματικής κοιλότητας είναι ένα πολύ δύσκολο έργο, κυρίως λόγω της τάσης τους να παραμένουν παρά τη θεραπεία. Η τάση

αυτή έχει αποδοθεί σε πολλές ενδοκυτταρικές διαδρομές, όπως αίσθημα απαρτίας, οριζόντια μεταφορά γονιδίων και μεταβολική δραστηριότητα στο εσωτερικό του ίδιου του βιοϋμενίου⁴⁴. Επίσης λόγω της αναποτελεσματικότητας των αντιβιοτικών έναντι πολλών εξ αυτών των οργανισμών⁴⁵, καθιστώντας την οδοντική μικροβιακή πλάκα μία αυξανόμενη απειλή στον τομέα της Στοματικής Υγείας. Για τους λόγους αυτούς το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί και σε φυσικές πηγές με στόχο την εύρεση ουσιών, οι οποίες θα προλαμβάνουν τα νοσήματα του στόματος και θα προάγουν τη Στοματική Υγεία.

Η χρήση της μαστίχας Χίου έχει προκαλέσει το ερευνητικό ενδιαφέρον στην Ελλάδα και διεθνώς. Ειδικότερα ως προς την υπόθεση ότι η χρήση της πιθανώς να ασκεί ευεργετική δράση έναντι των συνηθέστερων νόσων του στόματος, την τερηδόνα και την περιοδοντίδα, όπου ο μικροβιακός παράγων είναι το κυριότερο αίτιο. Από τα ευρήματα των ερευνητικών μελετών διαφαίνεται ότι η μαστίχα Χίου διαθέτει αντιμικροβιακή δράση ενάντια στους τερηδογόνους μικροοργανισμούς μειώνοντας τα επίπεδα των παθογόνων μικροβίων (*S. mutans* και γαλακτοβάλλων) στο σάλιο^{24,31} και ότι έχει αντιφλεγμονώδη και αντιμικροβιακή επίδραση στο περιοδόντιο, μειώνοντας το δείκτη οδοντικής μικροβιακής πλάκας, καθώς και τον ουλικό δείκτη³⁰. Η μάσηση της επίσης συμβάλλει στην αύξηση της τιμής του pH της οδοντικής μικροβιακής πλάκας, λόγω της αύξησης του ρυθμού ροής του σάλιου³³.

Η εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι η μάσηση μαστίχας, μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα εφόσον εξασφαλιστούν ορισμένοι παράγοντες. Τα αποτελέσματα όμως των μελετών ποικίλουν ως προς τα ποσοστά προστασίας καθώς και ως προς το είδος του μικροβίου^{24,27,43,46}. Η ετερογένεια αυτή μπορεί να οφείλεται σε διαφορετική μεθοδολογία ή σε προβλήματα σχετικά με αυτήν. Επιπλέον, η έλλειψη επαρκών μελετών *in vivo* μειώνει κατά κάποιο τρόπο την κλινική σημασία των ερευνών ως προς τη σύστασή τους στο σύνολο της επιστημονικής κοινότητας την παρούσα χρονική στιγμή.

Η φυσική μαστίχα Χίου θεωρείται ότι υπερέχει έναντι των άλλων μαστιχών του εμπορίου, λόγω της σκληρής της σύστασης και των λοιπών φυσικών ιδιοτήτων της². Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι δεν περιέχει ουσίες που οδηγούν σε παραγωγή οξέων από την οδοντική πλάκα¹. Η φυσική ρητίνη περιέχει οργανικές ενώσεις με αντιμικροβιακή δράση έναντι μικροβίων της στοματικής μικροχλωρίδας^{24,30}. Η σημασία των ουσιών αυτών στη διατήρηση της ισορροπίας του στοματικού οικοσυστήματος, κατά τη χρήση της μαστίχας όμως, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς μέχρι σήμερα. Μελέτες έχουν δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα όσον αφορά τη μεθοδική χρησιμοποίηση της μαστίχας Χίου ή των εκχυλισμάτων της, έναντι της μείωσης της ανάπτυξης των βακτηρίων στο σάλιο, οδηγώντας σε σημαντική μείωση του ποσοστού της σχηματιζόμενης οδοντικής πλάκας ή της ήδη σχηματισμένης^{30,6}. Το Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης το 1985 σε μια μελέτη κατάδειξε ότι η μαστίχα Χίου μπορεί να μειώσει την οδοντική μικροβιακή πλάκα κατά 41,5%⁴⁷. Μελέτη η οποία αξιολόγησε τις αντιμικροβιακές ιδιότητες εκχυλίσματος μαστίχας έναντι περιοδοντικών παθογόνων, σε σύγκριση με τα κοινά αντιμικροβιακά μέσα, υπερο-

ξείδιο του υδρογόνου (H_2O_2) και διγλυκονική χλωροξειδίνη (CHX), κατέδειξε ότι το εκχύλισμα της μαστίχας οδήγησε σε σημαντική ($p \leq 0,016$) αύξηση της αναστολής των περιοδοντικών παθογόνων σε σύγκριση με το H_2O_2 . Δεν παρατηρήθηκε επίδραση του εκχυλίσματος μαστίχας σε *Streptococcus mutans*⁴⁸. Η εφαρμογή στο στόμα συμβατικών αντιμικροβιακών χημικών ουσιών, όπως η χλωροξειδίνη (CHX) και διαφόρων στοματικών διαλυμάτων πιθανά να έχουν παρενέργειες, όπως αποχρωματισμό των δοντιών και αυξημένη τοξικότητα των κυττάρων. Συνεπώς η χρήση εκχυλίσματος μαστίχας θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας εναλλακτικός αντιβακτηριακός παράγοντας για την πρόληψη της περιοδοντικής νόσου και με λιγότερες παρενέργειες. Η χρήση στοματικών διαλυμάτων που προέρχονται από μαστίχα προάγει τη δραστηριότητα κατά των μικροβιακών πλακών με ελάχιστα μειονεκτήματα³⁸.

Έχει τεκμηριωθεί από πληθώρα μελετών ότι το τοπικά χορηγούμενο φθόριο μειώνει την απασβεσίωση της αδαμαντίνης, προάγει την επανασβεσίωση και απενεργοποιεί τον μεταβολισμό των βακτηρίων στην μικροβιακή πλάκα¹⁶. Η φυσική μαστίχα Χίου δεν περιέχει φθόριο, παρά μόνο ελάχιστα ίχνη. Η τσίχλα Χίου ELMA Dental με την προσθήκη φθορίου αποτελεί ακόμη ένα σημαντικό προληπτικό μέτρο. Ιδιαίτερο βάρος θα πρέπει να δοθεί στην τυποποίηση όλων αυτών των προϊόντων ως προς την ομοιογενή σύστασή τους. Το Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής Α.Π.Θ. σε μελέτη που διεξήγαγε σχετικά με τον προσδιορισμό της ποσότητας φθορίου που αποδεσμεύεται από την τσίχλα Χίου ELMA Dental, παρατήρησε μεγάλες διακυμάνσεις των τιμών απελευθέρωσης του φθορίου που αντικατοπτρίζονται στις υψηλές τιμές της σταθερής απόκλισης (standard deviation). Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στη μη ομοιογενή περιεκτικότητα του φθορίου ανά κουφέτο. Προκειμένου η ELMA Dental, ως σύγχρονο και εθνικό προϊόν, να γίνει καλύτερη και ανταγωνιστικότερη, το Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής Α.Π.Θ. προτείνει στην Ένωση Μαστιχοπαραγωγών Χίου την τεχνολογική αντιμετώπιση του προβλήματος⁴⁹. Μία άλλη επίσης παράμετρος που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι η συνολική πρόσληψη φθορίου από άλλες πηγές για την αποφυγή φθορίασης της αδαμαντίνης ή τοξικής δράσης του φθορίου.

Η μαστίχα Χίου με την σχετικά υψηλή συγκέντρωση της ξυλιτόλης που περιέχει αναμένεται να βοηθήσει στη διατήρηση της ισορροπίας του οικοσυστήματος της οδοντικής πλάκας, μειώνοντας την παραγωγή γαλακτικού οξέος και τον αριθμό των έντονα οξεογόνων και οξεόφιλων μικροβίων της, π.χ. των *Streptococcus mutans*, όπως άλλωστε έχει βρεθεί και σε άλλες μελέτες με αυτό το υποκατάστατο^{35,50}.

Η μάζηση της φυσικής μαστίχας Χίου λόγω της ιδιαίτερα σκληρής σύστασης της διεγείρει μηχανικά την έντονη ροή του σάλιου. Διέγερση της σιαλικής λειτουργίας επιτυγχάνεται επίσης με τα γευστικά ερεθίσματα που προκαλεί χάρις στην αρωματική φυσική ρητίνη που περιέχει και στις πρόσθετες γλυκαντικές ουσίες. Συνεπώς και μέσω της ιδιαίτερα έντονης ροής του σάλιου που προκαλεί θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως ένα πρόσθετο προληπτικό μέτρο. Η συστηματική μάζηση της μαστίχας Χίου θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί από πληθυσμιακές ομάδες όπου η αποτελεσματική απομά-

κρυνση της μικροβιακής πλάκας καθίσταται δυσχερής, όπως άτομα με ειδικές ανάγκες, ασθενείς που φέρουν ορθοδοντικές συσκευές, νοσοκομειακούς / γηριατρικούς ασθενείς, μικρά παιδιά^{31,6,26}. Η μάζηση της φυσικής μαστίχας Χίου ή αυτής με υποκατάστατα, ή και αυτής με την προσθήκη φθορίου μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη ως συμπληρωματικό μέτρο στοματικής υγιεινής. Γενικά συστατικά της φυσικής πρώτης ύλης της μαστίχας Χίου μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην Οδοντιατρική. Ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να δοθεί στην παρασκευή και σταθεροποίηση των σκευασμάτων αυτών προκειμένου να είναι δυνατή και ακίνδυνη η χρήση τους. Επιπλέον να εξεταστεί η συχνότητα καθώς και η απαιτούμενη διάρκεια λήψης των σκευασμάτων με στόχο τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητάς τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αντιμικροβιακές ιδιότητες της μαστίχας Χίου την καθιστούν ένα φυσικό προϊόν με μεγάλη ελκυστικότητα στη μάχη ενάντια των νόσων του στόματος που σχετίζονται με το βιούμένιο, την τερηδόνα και των νόσων του περιοδοντίου.

Η ευεργετική επίδραση της μαστίχας Χίου επί της οδοντικής μικροβιακής πλάκας και η παραγωγή σάλιου διέγερσης που προκαλεί η μάζησή της, οδηγούν σε αυξημένο ενδιαφέρον για την εισαγωγή της μαστίχας Χίου και των προϊόντων της στα προληπτικά και θεραπευτικά προγράμματα της οδοντιατρικής. Προτείνεται να υποστηριχθούν προγράμματα για τη βελτίωση τεχνολογικά των ήδη κυκλοφορούντων προϊόντων καθώς και της αναζήτησης νέων εφαρμογών στο χώρο της οδοντιατρικής και φαρμακοτεχνίας.

Παρότι τα αποτελέσματα των ερευνών είναι ενθαρρυντικά, για την πληρέστερη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ευεργετικής επίδρασης των προϊόντων αυτών έναντι της τερηδόνας και των περιοδοντικών νόσων, καθώς και των πιθανών παρενεργειών των προϊόντων της από την χρήση τους, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση.

SUMMARY

Chios mastic gum: A natural product with antimicrobial action as a dental preventive

Giannopoulou Angeliki, Perrea Despina

hellenic hospital dentistry 11: 19-26, 2018

The Chios mastic gum is a white, translucent natural resin, rich mainly in triterpenic compounds, produced by the plant Pistacia lentiscus var. Chia. It is an evergreen shrub belonging to the family Anacardiaceae and is cultivated only on the island of Chios and specifically in southern Chios. Significant research activity in Greece and internationally gradually reveals that natural mastic of Chios has unique beneficial and healing properties for health, confirming what has historically been recorded. The aim of this study is to present the latest research data on the possible protective effect of the use of Chios mastic on teeth and periodontium.

Today it is quite clear that the microbial agent is responsible for the most frequent oral diseases, dental caries and periodontal diseases. The antimicrobial properties of Chios Mastiha contribute to the prevention or progression of these diseases. Its protective effect is mainly achieved by reducing / inhibiting the formation of a dental microbial plaque, causing greater saliva stimulation and reducing the bacterial colonies therein.

Conclusion: The antimicrobial properties of Chios mastiha make it a natural product with great attractiveness in the fight against oral diseases related to biofilms, caries and periodontal diseases.

Although the results of the studies are encouraging, further investigation is needed to evaluate the effectiveness of the antimicrobial activity of these products in the oral cavity and the possible side-effects of its products from their use.

Key words: Chios mastic gum; oral biofilms; dental caries; periodontal disease; saliva.

1. Κάλφας Σ, Τοπίτσογλου Β: Ο ρόλος της μαστίχας Χίου στη στοματική υγιεινή. Στο «Η μαστίχα της Χίου. Παράδοση και Σύγχρονες Πρακτικές», Χίος 3-5 Οκτωβρίου 1997. Εκδόσεις Υπ. Αιγαίου, 1997: 81-88
2. Τοπίτσογλου Β, Βασιλειάδου Β: Η μαστίχα στην οδοντιατρική πρόληψη. Παιδοδοντία 1998; 12(3): 99-101.
3. Papageorgiou V, Sagredos A, Moser R: GLC-MS computer analysis of the essential oil of mastic gum. Chim. Chron 1981; New Series 10: 119-124.
4. Liu RH: Potential synergy of phytochemicals in cancer prevention: mechanism of action. J Nut 2004; (134): 3479S-3485S.
5. Koutsoudaki C, Krsek M, Rodger A: Chemical composition and antibacterial activity of the essential oil and the gum of Pistacia lentiscus Var. chia. J Agric Food Chem 2005; (53): 7681-5.
6. Magiatis P, Melliou E, Skaltsounis AL, Chinou IB, Mitaku S: Chemical composition and antimicrobial activity of the essential oils of Pistacia lentiscus var. chia. Planta Med 1999; (65): 749-52.
7. Sakagami H, Kishino K, Kobayashi M, Hashimoto K, Iida S, Shimetani A, et al: Selective antibacterial and apoptosis-modulating activities of mastic. In Vivo 2009; 23(2): 21523.
8. Tassou CC, Nychas GJE: Antimicrobial activity of the essential oil of mastic gum (Pistacia lentiscus var. chia) on Gram positive and Gram negative bacteria in broth and in Model Food System. Int Biodeterior Biodegradation 1995; (36): 411-420.
9. Ali-Shtayeh MS, Abu Ghdeib SI: Antifungal Activity of Plant Extracts Against Dermatophytes. Mycoses 1999; (42): 665-672.
10. Tzani A, Bletsas E, Doulamis I, Korou M, Konstantopoulos P, Vlachos I et al: Hypolipidemic, hepatoprotective and anti-inflammatory role of Chios Mastic gum in Streptozotocin-induced diabetic mice with fatty liver disease. Hell J Atherosclerosis 2016; 7(4); 161-170.
11. Loizou S, Paraschos S, Mitakou S, Chrousos GP, Lekakis I, Moutsatsou P: Chios mastic gum extract and isolated phytosterol tirucalol exhibit anti-inflammatory activity in human aortic endothelial cells. Exp Biol Med 2009; 234(5): 553-61.
12. Andrikopoulos NK, Kaliora AC, Assimopoulou AN, Papageorgiou VP: Biological activity of some naturally occurring resins, gums and pigments against in vitro LDL oxidation. Phytother Res 2003; 17: 501-7.
13. Georgiadis I, Karatzas T, Korou LM, Agrogiannis G, Vlachos IS, Pantopoulou A et al: Evaluation of Chios Mastic Gum on Lipid and Glucose Metabolism in Diabetic Mice. J Med Food 2014; 17(3): 393-9.
14. Tzani A, Doulamis I, Konstantopoulos S, Pasiou ED, Daskalopoulou A, Iliopoulos DC et al: Chios mastic gum decreases renin levels and ameliorates vascular remodeling in renovascular hypertensive rats. Biomed Pharmacother 2018; 105: 899-906.
15. Konstantopoulos P, Tzani A, Doulamis I, Korou M, Vlachos I, Georgiadis I et al: Anti-inflammatory, hypolipidemic and hepatoprotective properties of CMG in an experimental model of diabetes. Atherosclerosis 2017; (263): e166e167.
16. Buzalaf MA, Pessan JP, Honorio HM, ten Cate JM: Mechanisms of action of fluoride for caries control. Monogr Oral Sci 2011; 22: 971-14.
17. Wade WG: The oral microbiome in health and disease. Pharmacol Res 2013; 69(1): 13743.
18. Loesche WJ: Role of Streptococcus mutans in human dental decay. Microbiol Rev 1986; 50 (4): 353-380.
19. Touger-Decker R, van Loveren C: Sugars and dental caries. Am J Clin Nutr 2003; 78(4): 881S-92S.
20. Ket T, Kukec A, Kosem R, Artnik B: The history of public health use of fluorides in caries prevention. Zdr Varst 2017; 56(2): 140-146.
21. Ramberg P, Sekino S, Uzel NG, Sockransky SS, Lindhe J: Bacterial colonization during de novo plaque formation. J Clin Periodontol 2003; 30(11): 990-995.
22. Loesche WJ: Role of Streptococcus mutans in human dental decay. Microbiol Rev 1986; 50(4): 353-380.
23. Ραχιώτης Χ, Βουγιουκλάκης Γ. Οδοντική Τερηδόνα. Αθήνα 2015: Διαθέσιμο από: https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/4062/1/00_master_document_raxiotis_final%20%281%29.pdf όπως αυτό ανακτήθηκε στις 14/8/18.
24. Aksoy A, Duran N, Koksals F: In vitro and in vivo antimicrobial effects of mastic chewing gum against Streptococcus mutans and mutans streptococci. Arch Oral Biol 2006; 51(6): 476-481.
25. Sterer N, Nuas S, Mizrahi B, Goldenberg C, Weiss EI, Domb A et al: Oral malodor reduction by a palatal mucoadhesive tablet containing herbal formulation. J. Dent 2008; 36(7): 535-539.
26. Takahashi K, Fukazawa M, Motohia H, Ochiai K, Nishikawa H, Miyata T: A pilot study on antiplaque effects of mastic chewing gum in the oral cavity. J Periodontol 2003; 74(4): 501-5.
27. Τοπίτσογλου Β, Δάγκαλης Π, Λάμπρου Δ: Η μαστίχα της Χίου στα πλαίσια της στοματικής υγιεινής. Η δυνατότητα μείωσης ή πρόληψης σχηματισμού μικροβιακών πλακών. Ελλ Στομ Χρονικά 1984; 28: 166-170.
28. Van Nieuw Amerongen A, Bolscher JG, Veerman EC: Salivary proteins: protective and diagnostic value in cariology? Caries Res 2004; 38(3): 247-53.
29. Stookey GK: The effect of saliva on dental caries. J Am Dent Assoc 2008; 139 Suppl: 11S-7S.
30. Takahashi K, Fukazawa M, Motohira H, Ochiai K, Nishikawa H, Miyata T: A pilot study on anti-plaque effects of mastic chewing gum in the oral cavity. J Periodontol 2003; 74(4): 501-5.
31. Aksoy A, Duran N, Toroglu S, Koksals F: Short-term effect of mastic gum on salivary concentrations of cariogenic bacteria in orthodontic patients. Angle orthod 2007; 77(1), 124-8.

32. Lamb WJ, Corpron RE, More FG, Betran ED, Strachan DS, Kowalski CJ: In situ remineralization of subsurface enamel lesion after the use of a fluoride chewing gum. *Caries Res* 1993; 27(2): 111-6.
33. Koparal E, Ertugrul F, Sabah E: Effect of chewing gum on plaque acidogenicity. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 24(2): 129-32.
34. Georarakis M, Youyri-Tsochatzi E, Manoussakis G, Papadoyiannis I: Trace elements in gum mastic Chios. *Chimika Chronika (New Series)* 1992; 21: 67-73.
35. Lif Holgerson P, Steckslen-Blicks C, Sjostrom I, Twetman S: Effect of xylitol-containing chewing gums on interdental plaque-pH in habitual xylitol consumers. *Acta Odontol Scand* 2005; 63(4): 233-8.
36. Cury JA, Tenuta LM. How to maintain a cariostatic fluoride concentration in the oral environment. *Adv Dent Res* 2008; 20(1): 13-6.
37. Slots J: Actinobacillus actinomycetemcomitans and Porphyromonas gingivalis in periodontal disease: introduction. *Periodontol* 2000; 20: 713.
38. Karygianni L, Cecere M, Skaltsounis A. L, Argyropoulou A, Hellwig E, Aligiannis N et al : High-level antimicrobial efficacy of representative Mediterranean natural plant extracts against oral microorganisms. *BioMed Res Int* 2014; Article ID 839019: 1-8.
39. Suzuki R, Sakagami H, Amano S, Sunaga K, Taisei K, Shigemi T et al: Evaluation of Biological Activity of Mastic Extracts Based on Chemotherapeutic Indices. *In Vivo* 2017; 31(4): 591-598.
40. Kommerein N, Stumpp SN, Mussen M, Ehlert N, Winkel A, Häussler S et al: An oral multispecies biofilm model for high content screening applications. *PLoS One* 2017; 12(3): e0173973.
41. Feng X, Zhu L, Xu L, Meng H, Zhang L, Ren X et al: Distribution of 8 periodontal microorganisms in family members of Chinese patients with aggressive periodontitis. *Arch Oral Biol* 2015; 60(3): 400-7.
42. Herekar M, Sethi M, Prithviraj DR, Bhat K, Fernandes A, Patil V: A clinical study evaluating changes in the microbial flora around dental implants during various stages of implant restoration. *Implant Dent* 2015; 24(5): 527-32.
43. Sakagami H, Kishino K, Kobayashi M, Hashimoto K, Iida S, Shimetani A et al: Selective antibacterial and apoptosis-modulating activities of mastic. *In Vivo* 2009; 23(2): 215-23.
44. Kolenbrander PE, Palmer RJ Jr, Periasamy S, Jakubovics NS: Oral multispecies biofilm development and the key role of cell-cell distance. *Nat Rev Microbiol* 2010; 8(7): 47180.
45. Smith K, Robertson DP, Lappin DF, Ramage G: Commercial mouthwashes are ineffective against oral MRSA biofilms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 115(5): 6249.
46. Kandelman D, Gagnon G: A 24-month clinical study of the incidence and progression of dental caries in relation to consumption of chewing gum containing xylitol in school preventive programs. *J Dent Res* 1990; 69(11): 1771-5.
47. Bahman Fazeli-nasab, Ziba Fooladvand: Classification and Evaluation of medicinal plant and medicinal properties of mastic. *Int J Adv Biol Biorn Res* 2014; 2(6): 2155-2161.
48. Koychev S, Dommisch H, Chen H, Pischon N: Antimicrobial effects of mastic extract against oral and periodontal pathogens. *J Periodontol* 2017; 88(5): 511-7.
49. Τοπίτσου Β: Η μαστίχα Χίου σαν όχημα μεταφοράς φθορίου για την προστασία και ενδυνάμωση των δοντιών. Χίος, Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, 2006: 19-29.
50. Twetman S, Steckslen-Blicks C: Effect of xylitol-containing chewing gums on lactic acid production in dental plaque from caries active pre-school children. *Oral Health Prev Dent* 2003; 1(3): 195-9.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

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

Νέα από του στόματος αντιπηκτικά. Μια νέα πρόκληση για την Οδοντιατρική

Μπογοσιάν Ευαγγελία

Τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά έχουν εισαχθεί στην κλινική πρακτική από το 2008. Πρόκειται για τα φάρμακα Νταμπιγκατράνη (Pradaxa), Ριβαροξαμπάνη (Xarelto) και Απιξαμπάνη (Eliquis).

Πλεονεκτήματα είναι η αποτελεσματικότητα και ασφάλειά τους, η λήψη από το στόμα, η σχετικά ταχεία έναρξη και αποδρομή της δράσης τους. Επίσης σε αντίθεση με τους ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ, έχουν προβλέψιμο αντιπηκτικό αποτέλεσμα-άρα δεν απαιτείται εργαστηριακός έλεγχος της δράσης τους - καθώς και μικρή αλληλεπίδραση με φάρμακα και ασήμαντη με τροφές. Τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά έχουν στοχευμένη δράση. Αναχαιτίζουν ειδικές πρωτεΐνες, παρεμβαίνοντας σε συγκεκριμένα σημεία του καταρράκτη της πήξης.

Δεν υπάρχουν ακόμη κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση των ασθενών που θα υποβληθούν σε αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις. Προτείνεται η μη διακοπή τους, η παράλειψη ή καθυστέρηση της πρωινής δόσης, η διακοπή τους 24-48 ώρες πριν την επέμβαση και η επανεκκίνηση της λήψης τους μετά την επίτευξη αιμόστασης ή μετά από 24-48 ώρες μετά την επέμβαση.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση των νέων από του στόματος αντιπηκτικών και η συμβολή στη συζήτηση για την αντιμετώπιση των οδοντιατρικών ασθενών που τα λαμβάνουν και πρόκειται να υποβληθούν σε αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις με βάση τη μέχρι τώρα γνώση και εμπειρία και τις υπάρχουσες συστάσεις.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 11: 27-31, 2018

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εποχή μας τα αντιπηκτικά είναι μεταξύ των συχνότερα χορηγούμενων φαρμάκων. Τα αντιπηκτικά φάρμακα χορηγούνται για την προστασία ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο από υποτροπιάζοντα ισχαιμικά επεισόδια¹, για την πρόληψη αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή και προσθετικές βαλβίδες, καθώς και σε ασθενείς που κινδυνεύουν α-

πό φλεβική θρόμβωση λόγω ιστορικού θρομβοεμβολής, επέμβασης αρθροπλαστικής γόνατος και ισχίου, μείζονος χειρουργείου, εγκυμοσύνης κ.α². Αντιπηκτικά φάρμακα είναι η κλασσική, μη κλασματοποιημένη ηπαρίνη που χορηγείται ενδοφλέβια σε νοσοκομειακό περιβάλλον, οι χορηγούμενες υποδορίως ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ) και οι ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ γνωστά και ως κουμαρινικά αντιπηκτικά (βαρφαρίνη και ασενοκουμαρόλη)³.

Από το 2008 έχουν εισαχθεί στην κλινική πρακτική τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά (ΝΣΑ). Πρόκειται για τα φάρμακα Νταμπιγκατράνη (Pradaxa), Ριβαροξαμπάνη (Xarelto) και Απιξαμπάνη (Eliquis)^{4,5}. Τα φάρμακα αυτά έρχονται να αντικαταστήσουν τα κουμαρινικά αντιπηκτικά, που μέχρι τώρα αποτελούσαν τη θεραπεία επιλογής για την πρόληψη εμβολής, αλλά είχαν τα σημαντικά μειονεκτήματα της ανάγκης συχνών μετρήσεων του INR και ρύθμισης της δόσης τους, καθώς και των πολλών αλλη-

Λέξεις κλειδιά: Νέα από του στόματος αντιπηκτικά, οδοντιατρικές επεμβάσεις.

Διευθύντρια Οδοντιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, MA in Bioethics.

Ίδρυμα Προέλευσης:
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου.

λεπιδράσεων τους με άλλα φάρμακα και τροφές^{6,7}.

Πλεονεκτήματα των νέων από του στόματος αντιπηκτικών είναι η αποτελεσματικότητα και ασφάλειά τους, η λήψη από το στόμα, η σχετικά ταχεία έναρξη και αποδρομή της δράσης τους. Επίσης σε αντίθεση με τους ανταγωνιστές της βιταμίνης Κ έχουν προβλέψιμο αντιπηκτικό αποτέλεσμα, άρα δεν απαιτείται εργαστηριακός έλεγχος της δράσης τους⁸, καθώς και μικρή αλληλεπίδραση με φάρμακα και ασήμαντη με τροφές⁹.

Τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά έχουν στοχευμένη δράση. Αναχαιτίζουν ειδικές πρωτεΐνες, παρεμβαίνοντας σε συγκεκριμένα σημεία του καταρράκτη της πήξης. Η Νταμπιγκατράνη (pradaxa) δρα ως άμεσος, εκλεκτικός αναστολέας της θρομβίνης, που καταλύει τη μετατροπή του ινωδογόνου σε ινώδες και αποτελεί τον κύριο ενεργοποιητή των αιμοπεταλίων, ενώ η Ριβαροξαμπάνη (xarelto) και η Απιξαμπάνη (eliquis) είναι αναστολείς του παράγοντα Χα της πήξης⁹.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των βασικών φαρμακολογικών ιδιοτήτων των Νέων από του Στόματος Αντιπηκτικών και των συστάσεων για την αντιμετώπιση των οδοντιατρικών ασθενών που τα λαμβάνουν και προγραμματίζονται για αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις, με βάση τη μέχρι τώρα γνώση και εμπειρία.

ΝΤΑΜΠΙΓΚΑΤΡΑΝΗ - DABIGATRAN ETEXILATE (PRADAXA)

Η Dabigatran etexilate είναι προφάρμακο, που υδρολύεται και μετατρέπεται στη βιολογικά ενεργό νταμπιγκατράνη¹⁰. Έλαβε έγκριση το 2008. Χορηγείται με δοσολογία 110 mg x 2 ή 150 mg x 2. Έχει ταχεία έναρξη δράσης και η μέγιστη συγκέντρωσή του στο πλάσμα επιτυγχάνεται σε 0.5-4h. Ο χρόνος ημίσειας ζωής του είναι 12-14 h στους υγιείς, 14-17 h στους ηλικιωμένους και μέχρι 27 h σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική νόσο (κάθαρση κρεατινίνης < 15-30 ml/min). Μεταβολίζεται στο ήπαρ και αποβάλλεται κυρίως από τα νεφρά. Δεν απαιτείται παρακολούθηση της αντιπηκτικής του δράσης⁹. Από τον Αύγουστο του 2015 έχει γίνει γνωστό ότι το μονοκλωνικό αντίσωμα idarucizumab λειτουργεί ως αντίδοτο της νταμπιγκατράνης. Η idarucizumab χορηγείται σε επείγουσες ή απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις (επείγοντα χειρουργεία και απειλητικές αιμορραγίες). Προκαλεί αναστολή του αντιπηκτικού αποτελέσματος κατά 88-98% σε λίγα λεπτά από τη χορήγηση της¹¹. Παρότι το αντιπηκτικό αποτέλεσμα της νταμπιγκατράνης δεν μετράται εργαστηριακά, σε περίπτωση επείγοντος η μέτρηση APTT μπορεί να συμβάλλει στην εκτίμηση της πηκτικότητας του ασθενή¹².

Στη RE-LY trial το 2009 βρέθηκε ότι η νταμπιγκατράνη χορηγούμενη στη δόση 150 mg x 2 είχε ως αποτέλεσμα μικρότερα ποσοστά ΑΕΕ και συστηματικής εμβολής, με παραπλήσια ποσοστά σημαντικής αιμορραγίας με τη βαρφαρίνη. Ενώ στη δόση 110 mg x 2, σημειώθηκαν παρόμοια ποσοστά ΑΕΕ και συστηματικής εμβολής, αλλά συγκρινόμενη με τη βαρφαρίνη, λιγότερες από το ένα τρίτο περιπτώσεις μείζονος αιμορραγίας¹⁰.

ΡΙΒΑΡΟΞΑΜΠΑΝΗ - RIVAROXABAN (XARELTO)

Έλαβε έγκριση το 2008. Χορηγείται σε δοσολογία 20 mg x1. Έχει ταχεία απορρόφηση και έναρξη δράσης, η μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα επιτυγχάνεται σε 2-4 h από τη χορήγηση του. Έχει χρόνο ημίσειας ζωής 5-9 h στους υγιείς και μέχρι 12-13 h στους ηλικιωμένους^{8,14}. Παρά το χρόνο ημίσειας ζωής της, η αναστολή του παράγοντα Χα που προκαλεί διαρκεί 24h, γι' αυτό λαμβάνεται μια φορά τη μέρα. Δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου (κάθαρση κρεατινίνης < 15 ml/min), ενώ πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος και ηπατική ανεπάρκεια¹. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και αποβάλλεται από τα ούρα και τα κόπρανα. Η αντιπηκτική του δράση δεν μετράται εργαστηριακά, αλλά σε περίπτωση επείγοντος ο χρόνος προθρομβίνης (PT) μπορεί να δώσει κάποιες ενδείξεις για τα επίπεδα πηκτικότητας¹².

ΑΠΙΞΑΜΠΑΝΗ - APIXABAN (ELIQUIS)

Πρόκειται για το πιο πρόσφατα εγκεκριμένο φάρμακο. Έλαβε έγκριση το 2013. Χορηγείται σε δοσολογία: 2.5 mg x 2 ή 5 mg x 2. Έχει ταχεία απορρόφηση και έναρξη δράσης, η μέγιστη συγκέντρωσή του στο πλάσμα επιτυγχάνεται σε 1-3 h από τη λήψη του και ο χρόνος ημίσειας ζωής του είναι 8-15 h. Μεταβολίζεται στο ήπαρ και αποβάλλεται από ούρα, κόπρανα και χολή⁹. Στην ARISTOTETLE trial η απιξαμπάνη βρέθηκε ανώτερη της βαρφαρίνης στην πρόληψη ΑΕΕ και συστηματικής εμβολής με λιγότερες αιμορραγικές επιπλοκές και μικρότερη θνητότητα^{15,16}.

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΝΣΑ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ

Σε αντίθεση με τα κουμαρινικά αντιπηκτικά τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά αλληλεπιδρούν με λίγα φάρμακα και τροφές. Η αντιπηκτική τους δράση ενισχύεται από τη συγχορήγηση ερυθρομυκίνης, κλαριθρομυκίνης, κετοκοναζόλης και ιτρακοναζόλης. Αντίθετα η ταυτόχρονη λήψη ριφαμπικίνης, δεξαμεθαζόνης και καρβαμαζεπίνης ελαττώνουν την αντιπηκτική τους δράση¹⁷. Δεν υπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στα νέα από του στόματος αντιπηκτικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ασπιρίνη, ιβουπροφαίνη, δικλοφενάκη κλπ). Καθώς όμως η χορήγηση και των δύο κατηγοριών φαρμάκων αυξάνει τον αιμορραγικό κίνδυνο, κρίνεται σκόπιμο να αποφεύγεται η ταυτόχρονη χορήγηση τους. Για την ανακούφιση από τον πόνο των οδοντιατρικών ασθενών συνιστάται η χορήγηση παρακεταμόλης ή συνδυασμών παρακεταμόλης με οπιοειδή φάρμακα⁹. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για τους ασθενείς που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια, παθήσεις του ήπατος, καρδιακή ανεπάρκεια, είναι μεγάλης ηλικίας ή λαμβάνουν και αντιαιμοπεταλικά φάρμακα¹⁹. Η συνεννόηση με το θεράποντα κρίνεται απαραίτητη στις περιπτώσεις αυτές.

ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΣΑ

Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα κλινικές μελέτες σχετικά με τον κίνδυνο θρομβοεμβολής ή μετεγχειρητικής αιμορραγίας για τους οδοντιατρικούς ασθενείς σε αγωγή με ΝΣΑ. Δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες παρά μόνον συστάσεις για τους ασθενείς που θα υποβληθούν σε αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις. Αυτό καθιστά απαραίτητη την ενημέρωση των ασθενών για τον κίνδυνο και το όφελος κάθε θεραπευτικής επιλογής¹⁷. Θεραπευτικές επιλογές που προτείνονται είναι η συνέχιση της αγωγής χωρίς τροποποιήσεις, η παράλειψη ή καθυστέρηση της πρωινής δόσης του φαρμάκου, η διακοπή του φαρμάκου 24-48 ώρες πριν την επέμβαση και η επανέναρξη της λήψης του μετά την επίτευξη αιμόστασης ή 24-48 ώρες μετά την επέμβαση, η περιεγχειρητική γεφύρωση με ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους^{2,6,12,17-19}.

Για τη λήψη απόφασης είναι αναγκαίο να σταθμιστεί ο κίνδυνος σοβαρής μετεγχειρητικής αιμορραγίας έναντι του κινδύνου απειλητικού για τη ζωή θρομβοεμβολικού επεισοδίου. Για τον οδοντιατρικό ασθενή οι αποφάσεις λαμβάνονται με δεδομένο ότι οι οδοντιατρικές επεμβάσεις δεν θεωρούνται μεγάλου αιμορραγικού κινδύνου, η περιοχή επέμβασης είναι προσπελάσιμη και η αιμορραγία συνήθως αντιμετωπίσιμη με τοπικά μέσα. Επίσης υπάρχει σημαντική εμπειρία από την αντιμετώπιση οδοντιατρικών ασθενών σε αγωγή με κουμαρινικά αντιπηκτικά^{9,20}. Υποστηρίζεται ότι επεμβάσεις με μικρό κίνδυνο αιμορραγίας (1-3 απλές εξαγωγές με μικρό τραύμα στους ιστούς, παροχέτευση αποστήματος, αποτρύγωση 1-2 τερταρημορίων, υποουλικές αποκαταστάσεις) μπορεί να πραγματοποιούνται χωρίς διακοπή του αντιπηκτικού, αρκεί να λαμβάνονται τοπικά μέσα αιμόστασης. Η άποψη αυτή βασίζεται στη γνώση μας για τα κουμαρινικά αντιπηκτικά, όπου πραγματοποιούνται επεμβάσεις εφόσον το INR είναι εντός θεραπευτικού εύρους¹⁷.

Οι αποφάσεις στην περίπτωση επεμβάσεων με μεγαλύτερο αιμορραγικό κίνδυνο βασίζονται στις φαρμακοκινητικές ιδιότητες των ΝΣΑ και ειδικότερα στην ταχεία έναρξη δράσης και στο μικρό χρόνο ημίσειας ζωής τους. Οι ιδιότητες αυτές επιτρέπουν την τροποποίηση της αντιπηκτικής αγωγής έτσι ώστε σε περίπτωση διακοπής του αντιπηκτικού ελαχιστοποιείται το διάστημα που ο ασθενής υποθεραπεύεται, ενώ σε περίπτωση μη διακοπής και αιμορραγίας μπορεί γρήγορα να αντιστραφεί το αποτέλεσμα.

Με βάση τα παραπάνω συνιστάται οδοντιατρικές επεμβάσεις με μεγαλύτερο αιμορραγικό κίνδυνο να προγραμματίζονται τη χρονική στιγμή της κατώτερης συγκέντρωσης του φαρμάκου. Δηλαδή 12 ώρες από την προηγούμενη δόση, για τα λαμβανόμενα ανά 12ωρο -νταμπιγκατράνη/απιξαμπάνη και 24 ώρες από την προηγούμενη δόση αν το φάρμακο λαμβάνεται ανά 24ωρο ριβαροξαμπάνη. Οι ασθενείς που λαμβάνουν νταμπιγκατράνη και απιξαμπάνη (ανά 12ωρο) παραλείπουν την πρωινή δόση και λαμβάνουν κανονικά την επόμενη. Οι ασθενείς που λαμβάνουν ριβαροξαμπάνη (ανά 24ωρο) καθυστερούν την πρωινή δόση, την οποία λαμβάνουν 4 ώρες με-

τά την επέμβαση, αφού έχει σταθεροποιηθεί ο θρόμβος. Προτείνεται δηλαδή να παραλείπεται ή να καθυστερείται η πρωινή δόση, ανάλογα με το δοσολογικό σχήμα του φαρμάκου¹⁷.

Για μεγαλύτερες επεμβάσεις (περισσότερες από 5 εξαγωγές, διάρκειας > 45', χειρουργεία κεφαλής και τραχήλου) απαιτείται διακοπή των αντιπηκτικών και συνεργασία με το θεράποντα του ασθενή^{5,9}.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΑΙΜΑΤΗΡΕΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΣΑ

Στους ασθενείς που λαμβάνουν ΝΣΑ κρίνεται σκόπιμο οι επεμβάσεις να προγραμματίζονται πρωινή ώρα, στην αρχή της εβδομάδας. Να πραγματοποιούνται βήμα-βήμα, παρακολουθώντας την αιμορραγική διάθεση του ασθενή. Να λαμβάνονται τοπικά μέτρα αιμόστασης, (συρραφή, χρήση αιμοστατικών, πλύσεις με τρανεξαμικό οξύ), όπως στα κουμαρινικά αντιπηκτικά. Η αναχώρηση του ασθενή να γίνεται μόνον εφόσον έχει επιτευχθεί πλήρης έλεγχος της αιμορραγίας, με σαφείς οδηγίες και με διασφάλιση δυνατότητας επικοινωνίας σε περίπτωση αιμορραγίας^{16,17,20,21}.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ - ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ

Μετά από αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις συνιστάται: Ανάπαυση και ηρεμία τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες που σχηματίζεται ο θρόμβος. Αποφυγή ξεπλύματος του στόματος. Αποφυγή απομύζησης και ενόχλησης του θρόμβου. Αποφυγή θερμών ή σκληρών ποτών και τροφών. Αποφυγή μάζησης από την πλευρά της επέμβασης. Σε περίπτωση πόνου λήψη παρακεταμόλης. Αποφυγή ΜΣΑΦ (ασπιρίνη, ιβουπροφαίνη, δικλοφενάκη κλπ). Σε περίπτωση αιμορραγίας εφαρμογή σταθερής πίεσης στην αιμορραγούσα περιοχή για 30 min, δαγκώνοντας μια υγρή γάζα. Εφόσον η αιμορραγία συνεχίζεται επικοινωνία με οδοντίατρο και επανεξέταση για αντιμετώπιση^{20,21}.

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η απόφαση για τη διακοπή ή όχι των αντιπηκτικών δεν αφήνεται στον ασθενή, που συχνά διακόπτει την αγωγή του και προσέρχεται «έτοιμος» για την επέμβαση δεν πρέπει να ανατίθεται αποκλειστικά στο θεράποντα ιατρό, ο οποίος τη στηρίζει μάλλον στη γνώση και εμπειρία του από άλλες ιατρικές πράξεις. Πρέπει να έχει ως πρώτο μέλημα την προστασία της υγείας του ασθενή από σοβαρές επιπλοκές. Πρέπει να βασίζεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και να σχεδιάζεται με βάση την υπάρχουσα γνώση και εμπειρία. Να λαμβάνει υπόψη της ότι, παρά την έντονη ανησυχία που μπορεί να προκαλέσει η μετεγχειρητική αιμορραγία στον ασθενή και το περιβάλλον του, είναι αντιμετωπίσιμη κατά κανόνα με τοπικά μέσα και δεν απειλεί την υγεία και τη ζωή του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ΝΣΑ αναμένεται να απασχολήσουν την οδοντιατρική κοινότητα τα επόμενα χρόνια, λόγω της διαφαινόμενης αύξησης των οδοντιατρικών ασθενών που θα τα λαμβάνουν. Αύξηση που οφείλεται στην αποτελεσματικότητα και ασφάλεια τους, στην ευκολία λήψης τους, στην προβλέψιμη φαρμακοκινητική τους, στη μικρή αλληλεπίδραση τους με φάρμακα και τροφές.

Οι οδοντίατροι οφείλουν να είναι ενήμεροι για την ύπαρξη των νέων αντιπηκτικών φαρμάκων, να αναγνωρίζουν τα φάρμακα, τη δραστική τους ουσία, το δοσολογικό σχήμα για καθένα από αυτά, τις αλληλεπιδράσεις τους με άλλα φάρμακα συνταγογραφούμενα και μη, να αναφέρουν τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες που θα διαπιστώσουν. Να λαμβάνουν υπόψη την υπάρχουσα γνώση και εμπειρία και τις υπάρχουσες συστάσεις για την αντιμετώπιση των οδοντιατρικών ασθενών που θα υποβληθούν σε αιματηρές οδοντιατρικές επεμβάσεις. Να συνεκτιμούν τη γενικότερη κατάσταση του ασθενή και να επικοινωνούν με το θεράποντα γιατρό που είναι υπεύθυνος για την αντιπηκτική αγωγή εφόσον κρίνεται αναγκαίο.

Σημειώνεται η ανάγκη οργάνωσης μελετών που θα οδηγήσουν στη σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών για αιματηρές επεμβάσεις σε οδοντιατρικούς ασθενείς που λαμβάνουν τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά.

SUMMARY

New oral anticoagulants. An new challenge for Dentistry

Bogosian Evangelia

hellenic hospital dentistry 11: 27-31, 2018

The purpose of this paper is to present the New Oral Anticoagulants (NOACs) and contribute to the discussion on the treatment of the dental patients who are receiving them and are going to undergo bloody dental procedures based on the knowledge and experience so far and on the existing recommendations.

The new oral anticoagulants (dabigatran, rivaroxaban and apixaban) are administered to patients with indication for anticoagulation therapy. They have been introduced to clinical practice since 2008. Their advantages are efficacy and safety, oral intake, the relatively rapid onset and retreat of their action. Also, unlike vitamin K antagonists, they have a predictable anticoagulant effect - hence no laboratory testing of their action is required - as well as little interaction with drugs and insignificant with foods. New oral anticoagulants have targeted action. They inhibit specific proteins, interfering with specific points of the coagulation cascade.

There are no guidelines for patients receiving NOACs and are subjects for minor oral surgery. Several suggestions recommend not altering the drug dosage, omitting or delaying the morning dose, stopping the drug for 48 or 24 hours before the surgery and restarting it after

haemostasis has been achieved or 24- 48 hours after the intervention, periprocedural bringing anticoagulation with low molecular weights heparines.

Next years, NOACs are likely to become more widely prescribed due to their perceived benefits and efficacy and their ease of use. Dentists must be familiar with NOACs, their pharmacokinetics and their possible interactions with other prescribed medications. They also must take into account the patients physical status and laboratory tests, contact the treating physician responsible for anticoagulation if necessary. They must inform about possible side effects of the drugs.

Key words: *new oral anticoagulants;, dental treatment.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τσουμάνη ΜΕ, Γουδέβενος ΙΑ, Τσελέπης ΑΔ: Τα νέα από του στόματος αντιπηκτικά φάρμακα και ο ρόλος τους στα οξέα στεφανιαία σύνδρομα. Ελληνική Επιθεώρηση Αθηροσκληρώσεως 2014; 5(2): 92-105.
2. Breik O, Cheng A, Sambrook P, Goss A: Protocol in managing oral surgical patients taking dabigatran. Aust Dent J 2014; 59(3): 296-301.
3. Ζουριδάκη Θ, Μπογοσιάν Ε, Φραγκάκης Μ: Διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών με βαλβιδοπάθεια υπό αντιπηκτική αγωγή. Κλινικά Χρονικά 2001; 24(4): 233-237.
4. Levy JH, Key NS, Azran MS: Novel oral anticoagulants: implications in the perioperative setting. Anesthesiology 2010; 113: 726-45.
5. Mingaro-De-Leon A, Chaveli-Lopez B: Alternative to oral dicoumarin anticoagulants: Considerations in dental care. J Clin Exp Dent 2013; 5(5): 273278.
6. Little JW: New oral anticoagulants: will they replace warfarin? Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012; 113(5): 575-80.
7. Thean D, Alberghini M: Anticoagulant therapy and its impact on dental patients: a review. Aust Dent J 2016; 61(2): 149-56.
8. Levy JH, Faraoni D, Spring JL, Douketis JD, Samama CM: Managing New Oral Anticoagulants in the Perioperative and Intensive Care Unit Setting. Anesthesiology 2013; 118: 1466-74.
9. Costantinides F, Rizzo R, Pascazio L, Maglione M: Managing patients taking novel oral anticoagulants (NOAs) in dentistry: a discussion paper on clinical implications. BMC Oral Health 2016; 16: 5.
10. Curtin C, Hayes JM, Hayes JQ: Dental implications of new oral anticoagulants for atrial fibrillation. Dent Update 2014; 41(6): 526-531.
11. Pollack CV, Reilly PA, Eikelboom J, Glund S, Verhamme P, Bernstein RA, et al: Idarucizumab for Dabigatran Reversal. N Engl J Med 2015; 373: 511-520.
12. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M, Antz M, Diener HC, Hacke W, et al: Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. Europace 2015; 17(10): 1467-507.
13. Connolly SJ, Ezekowitz Md, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A et al: A,RE-LY Steering Committee and Investigators. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009; 361: 113951.
14. OConnell JE, Stassen LF: New oral anticoagulants and their

- implications for dental patients. J Ir Dent Assoc 2014; 60: 137143.
15. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, Lopes RD, Hylek EM, Hanna M, et al: ARISTOTLE Committees and Investigators: Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365: 98192.
 16. Lopez-Galindo M, Bagan JV: Apixaban and oral implications. J Clin Exp Dent 2015; 7(4): 528534.
 17. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme: Management of Dental Patients Taking Anticoagulants or Antiplatelet Drugs. Dental Clinical Guidance. August 2015.
 18. Oral health topics. Anticoagulant and Antiplatelet Medications and Dental Procedures. ADA. [http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/anticoagulant-antiplatelet-medications-and-dental-](http://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/anticoagulant-antiplatelet-medications-and-dental) Accessed May 20, 2017.
 19. Spyropoulos AC, Douketis JD: How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery. Blood 2012; 120(15): 2954-62.
 20. Scully C: Medical problems in Dentistry. 6th ed. London. Elsevier. 2010: 192-197.
 21. Pototski M, Amenabar JM: Dental management of patients receiving anticoagulation or antiplatelet treatment. J Oral Sci 2007; 49(4): 253-8.

Διεύθυνση για επικοινωνία:

Μπογοσιάν Ευαγγελία,
Στεργιογιάννη 45, ΤΚ 71305
Ηράκλειο
Τηλέφωνα: 2810 392473,
κιν. 6948586683
email: evbogosian@gmail.com

Μη τερηδονικές διαβρωτικές βλάβες στην τρίτη ηλικία. Πρόληψη και αντιμετώπιση

Αντωνιάδου Μαρία¹, Καρκαζή Φραντζέσκα²,
Χονδροκούκης Πέτρος³, Κοσιώνη Αναστασία⁴

Η οδοντική διάβρωση είναι το αποτέλεσμα έκθεσης των οδοντικών ιστών σε μη βακτηριακά οξέα, εξωγενούς ή ενδογενούς προέλευσης, σε συνδυασμό με ξηροστομία, στοιχεία της δίαιτας του ατόμου και άλλους περιβαλλοντικούς/εργασιακούς παράγοντες. Συχνά, οι διαβρωτικές βλάβες εγκαθίστανται σε απώλειες οδοντικών ιστών που έχουν συμβεί εξαιτίας άλλων μη τερηδονικής αιτιολογίας βλαβών, όπως η αποτριβή ή η απόσπαση. Οι πιο συχνά προσβεβλημένες περιοχές είναι η υπερώια πλευρά των τομέων της άνω γνάθου και οι αυχενικές και μασητικές επιφάνειες των οπισθίων δοντιών της κάτω γνάθου. Ειδικά, η μασητική διάβρωση εγκαθίσταται σε έδαφος μασητικής αποτριβής κάτι που δεν ισχύει για τις αυχενικές διαβρώσεις. Η κλινική εικόνα των διαβρωτικών βλαβών είναι συνήθως μία εκτεταμένη περιοχή χωρίς όρια, με λεία και γυαλιστερή επιφάνεια, απουσία οδοντικής μικροβιακής πλάκας. Οι διαβρωτικές βλάβες είναι σύννητες εύρημα στα δόντια ατόμων τρίτης ηλικίας λόγω των προαναφερθέντων αιτιολογικών παραγόντων. Συνήθως, οι βλάβες αυτές δεν συνοδεύονται σε αυτούς από υπερευαισθησία. Παρόλα αυτά, συχνά αποκαθίστανται για αισθητικούς ή /και λειτουργικούς λόγους κυρίως με ρητινοτροποποιημένες υαλοϊονομερείς κονίες ή σύνθετες ρητίνες όπου η αισθητική παίζει σημαντικό ρόλο. Η συγκόλληση ωστόσο σε έδαφος σκληρωτικής οδοντίνης συχνά προβληματίζει σχετικά με την τελική συγκράτηση των αποκαταστατικών υλικών. Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια ανασκόπησης όλων των σύγχρονων δεδομένων που αφορούν στην αιτιολογία, κλινική εικόνα, διαφοροδιάγνωση, πρόληψη και αποκατάσταση των αυχενικών διαβρώσεων στα δόντια ατόμων τρίτης ηλικίας και συζητείται η διαχείρισή τους στα πλαίσια της διαμόρφωσης ενός ασθενοκεντρικού σχεδίου θεραπείας.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 11: 33-44, 2018

Λέξεις κλειδιά: Μη τερηδονικής αιτιολογίας βλάβες, διάβρωση, συγκόλληση σε σκληρωτική οδοντίνη.

¹Επίκουρη Καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

²MDDr. Τμήμα Στοματολογίας και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Comenius, Μπρατισλάβα, Σλοβακία.

³MDDr. Μεταπτυχιακός φοιτητής, Τμήμα Γναθοχειρουργικής, Πανεπιστήμιο του Μπάρι, Ιταλία.

⁴Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γηροδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.

Ίδρυμα Προέλευσης:

Οδοντιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μη τερηδονικής αιτιολογίας βλάβες στα δόντια υπερηλικών ασθενών είναι αρκετά συνηθισμένο κλινικό εύρημα, δεδομένου ότι μπορεί να σημειωθεί σε ποσοστό 17%, στην ηλικία των 70 ετών¹. Αφορά την απώλεια οδοντικών ιστών λόγω χημικών και/ή συγκλεισιακών επιδράσεων συνήθως για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που έχουν μη τερηδονικής αιτιολογίας βλάβες ανήκουν στους μεσήλικες καθώς και στις γηραιότερες ομάδες του πληθυσμού (50 ετών και άνω)². Στις συγκεκριμένες ηλικίες, οι ασθενείς έχουν εκτεθεί στους αιτιολογικούς παράγοντες δημιουργίας διαβρώσεων για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ό,τι οι νεότεροι ασθενείς³. Επιπλέον, στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι πιο πιθανό να υπάρχουν υφιζήσεις

ούλων και φατνιακή οστική απώλεια, με αποκάλυψη ρίζας και οστέινης, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο δημιουργίας μη τερηδονικής αιτιολογίας βλαβών⁴.

Οι απώλειες αυτές μπορεί να οφείλονται σε: α) αποτριβή (attrition), λόγω συγκλεισιακών επαφών των δοντιών, τόσο κατά την διάρκεια της μάσησης όσο και παραλειτουργικών κινήσεων, β) αποτριβή (abrasion), που προκαλείται από μία παραλειτουργική διαδικασία ανεξάρτητη της σύγκλεισης (π.χ. εφαρμογή υπέρμετρων δυνάμεων κατά το βούρτσισμα), γ) απόσπαση (abfraction), με απώλεια οδοντικών ιστών στην αυχενική περιοχή λόγω υπέρμετρων δυνάμεων σύγκλεισης και δ) διάβρωση (erosion), από μία χρόνια χημική δραστηριότητα χωρίς τη μεσολάβηση μικροβιακών, αλλά όξινων παραγόντων, ενδογενούς και εξωγενούς προέλευσης⁵⁻⁸. Η πρόληψη αυτής της οξειδωτικής δράσης εξαρτάται από τη ρυθμιστική ικανότητα του σάλιου να εξισορροπεί το pH του στόματος. Για το λόγο αυτό, τα ηλικιωμένα άτομα που για διάφορους λόγους παρουσιάζουν δυσλειτουργία των σιαλογόνων αδένων (υποσιαλόρροια και/ή ξηροστομία), έχουν μειωμένη ροή ή ρυθμιστική ικανότητα σάλιου, έχουν και υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης τέτοιων βλαβών.

Συχνά οι διαβρωτικές βλάβες εγκαθίστανται σε απώλειες οδοντικών ιστών που έχουν συμβεί εξαιτίας κάποιας από τις τρεις πρώτες αιτίες. Αν και συνήθως οι βλάβες αυτές δεν προκαλούν υπερευαισθησία στα ηλικιωμένα άτομα, λόγω της ήδη σχηματισμένης σκληρωτικής οδοντίνης, υπάρχουν περιπτώσεις που είτε για αισθητικούς είτε για λειτουργικούς λόγους (π.χ. συσσώρευση τροφής, αδυναμία στήριξης αγκίστρων μερικών οδοντοστοιχιών, δημιουργία περιοδοντικών προβλημάτων κ.λπ.), απαιτείται η τοποθέτηση κάποιας συντηρητικής αποκατάστασης συγκολλητικού τύπου. Ωστόσο, καθώς οι επιφάνειες προς συγκόλληση έχουν υπόβαθρο σκληρωτικής οδοντίνης⁹, δημιουργείται συχνά το ερώτημα με ποια υλικά και ποιες τεχνικές είναι δυνατόν να συγκολληθεί μία αποκατάσταση επί του εδάφους των βλαβών αυτών.

Επιπρόσθετα, η σωστή διάγνωση και θεραπεία των μη τερηδονικής αιτιολογίας αυχενικών βλαβών, είναι αναπόσπαστα σημεία σωστής παροχής υπηρεσιών στα άτομα της τρίτης ηλικίας, καθώς αρκετά συχνά διαβρωτικές βλάβες παρεμβαίνουν στη εφαρμογή και λειτουργία κινητών προσθετικών μηχανημάτων και υποκρύπτουν άλλα παθολογικά χαρακτηριστικά της στοματικής υγείας των ατόμων αυτών που πιθανά να χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, φροντίδας και πρόληψης.

Στην εργασία αυτή γίνεται προσπάθεια ανασκόπησης όλων των σύγχρονων δεδομένων που αφορούν στην αιτιολογία, κλινική εικόνα διαφοροδιάγνωση, πρόληψη και αποκατάσταση των αυχενικών διαβρώσεων στα δόντια ατόμων τρίτης ηλικίας και συζητείται η διαχείρισή τους στα πλαίσια της διαμόρφωσης ενός ασθενοκεντρικού σχεδίου θεραπείας.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Διάβρωση, όπως αναφέρθηκε, καλείται η απώλεια οδοντικών ιστών που οφείλεται σε χημικομηχανικά αίτια και εκδηλώνεται επί απουσίας συγκεκριμένων μικροοργανισμών. Αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί λοιπόν να είναι: 1) η επαφή των οδοντικών επιφανειών (κυρίως τις υπε-

ρώιες επιφάνειες των προσθίων άνω δοντιών, των άνω προγομφίων και γομφίων), με τα οξέα παράγωγα του στομάχου (π.χ. λόγω αναρρόφησης ή εμέτου), 2) η λήψη όξινων τροφών π.χ. εσπεριδοειδή, τουρσιά, ξύδι κ.λπ., με εντοπισμό στα πρόσθια δόντια, 3) η λήψη όξινων ροφημάτων π.χ. φυσικών χυμών εσπεριδοειδών, αναψυκτικών, ενεργειακών ποτών που περιέχουν φωσφορικά οξέα, ασκορβικό οξύ κ.λπ., (π.χ. coca cola χωρίς καφεΐνη/pH=3.30, coca cola με καφεΐνη/ pH=3.15, χυμός πορτοκαλιού/pH=3.50) με εντοπισμό σε προγομφίους και γομφίους, 4) η επαφή οξέων του σάλιου με τους οδοντικούς ιστούς σε συνδυασμό με έναν ή περισσότερους από τους υπόλοιπους αιτιολογικούς παράγοντες όπου τα οξέα του σάλιου δρουν συνεργικά προς διάβρωση, 5) η μειωμένη ροή σάλιου, 6) η εισπνοή αποτριπτικής σκόνης π.χ. μαρμαρόσκονης, ή η επαφή με νερό υδροχλωριωμένης πιάνας, αιτίες που αρχικά προκαλούν αποτριβή, στο έδαφος της οποίας δρα ευκολότερα η διάβρωση καθώς ήδη έχει αποκαλυφθεί οδοντίνη, 7) η λήψη σκευασμάτων με χαμηλό pH π.χ. σκευάσματα σιδήρου, ασπιρίνη, συμπληρώματα διατροφής και 8) κάποια από τις αιτίες των αποσπάσεων π.χ. μηχανική αποτριβή λόγω λανθασμένου τρόπου βουρτσίσματος, άσκησης υπερβολικών τάσεων κ.λπ., με ταυτόχρονη χρήση αποτριπτικών μέσων π.χ. αλάτι, μαγειρική σόδα ή οδοντόκρεμα με ισχυρή αποτριπτική δράση¹⁰⁻¹². Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, σε περιοχές που λείπουν ήδη οδοντικοί ιστοί λόγω μη τερηδονικής αιτιολογίας βλάβη, είναι ευκολότερο να αρχίσει να δρα η διάβρωση ακόμα και με μικρότερης συχνότητας διαβρωτικές προσβολές. Όπως είναι γνωστό, τα άτομα τρίτης ηλικίας συχνά χρησιμοποιούν αυτοσχέδιους τρόπους άσκησης στοματικής υγιεινής ή αρέσκονται στην κατανάλωση όξινων τροφών (π.χ. τουρσί) και ποτών (π.χ. κρασί) με αποτέλεσμα συχνά να εμφανίζουν διαβρωτικές βλάβες λόγω των συνθηκών τους αυτών. Πιθανά, το πρόβλημα να τους συνοδεύει και από την επαγγελματική τους δραστηριότητα, πριν δηλαδή από την συνταξιοδότησή τους και να μην αντιμετωπίστηκε νωρίτερα.

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαβρωτικής βλάβης είναι εικόνα λείας και γυαλιστερής οδοντικής επιφάνειας



Εικόνα 1: Α. Κλινική εικόνα των τεσσάρων άνω προσθίων δοντιών ηλικιωμένου ασθενούς όπου είναι ορατή η απώλεια οδοντικών ιστών λόγω διάβρωσης.



Εικόνα 1: Β. Ακτινογραφική απεικόνιση των προσθίων δοντιών όπου διακρίνεται η απώλεια αδαμαντίνης αντίστοιχα με το όριο κλινικής μύλης/ρίζας.

στις αυχενικές συνήθως περιοχές των δοντιών με χαρακτηριστική απώλεια κυρίως της αδαμαντίνης, ορατή και στην ακτινογραφική εξέταση (εικ. 1. Α,Β). Ας σημειωθεί ότι θα πρέπει να έχει προηγηθεί μασητική αποτριβή, για να εγκατασταθεί η διάβρωση, στις μασητικές επιφάνειες κάτι που δεν ισχύει για τις αυχενικές διαβρώσεις. Ο ρυθμός διάβρωσης είναι περίπου 1 μ/ημέρα και ο ρυθμός εναπόθεσης επανορθωτικής οδοντίνης 1.5-4 μ/ημέρα⁶. Κατά συνέπεια, είναι πολύ σπάνιο να παρατηρηθούν πολφικές αλλαγές σε διαβρωτικό περιβάλλον¹³. Επιπρόσθετα, στις διαβρωτικές επιφάνειες δεν εντοπίζονται μικροοργανισμοί και κατά συνέπεια απουσιάζει η οδοντική πλάκα (εικ. 2).

Λόγω της εντόπισης των διαβρωτικών βλαβών κυρίως στον αυχένα των δοντιών, οι βλάβες αυτές, ξεχωρίζονται σχετικά εύκολα από βλάβες αποτριβής ή απόσπασης⁵. Πιο συγκεκριμένα, οι αποτριβές προκύπτουν από την εφαρμογή άμεσων λειτουργικών δυνάμεων μεταξύ δοντιών και εξωτερικών αντικειμένων που προσβάλλουν



Εικόνα 2: Οι προστομαικές επιφάνειες των άνω προσθίων δοντιών διαβρώνονται συνήθως λόγω εξωγενών παραγόντων της διαίτας, των συνηθειών του ηλικιωμένου ασθενή (π.χ. μπουκώματα όξινων διαλυμάτων) ή περιβαλλοντικών παραγόντων (π.χ. επίδραση επαγγελματικού τύπου σκόνης από την περίοδο ακόμα που ο ηλικιωμένος ασθενής εργαζόταν). Στην κλινική αυτή εικόνα, όσες οδοντικές περιοχές είναι ελεύθερες συντηρητικών ή προσθετικών αποκαταστάσεων, έχουν διαβρωθεί. Παρατηρείται η απουσία οδοντικής μικροβιακής πλάκας.

συνήθως τις παρειακές/γλωσσικές αυχενικές επιφάνειες στο επίπεδο της αδαμαντινο-οστεϊνικής ένωσης, με τους κυνόδοντες και τους προγομφίους να προσβάλλονται συχνότερα⁸. Επίσης, στις αυχενικές αποτριβές, η απώλεια κάποιες φορές μπορεί να έχει υποστρόγγυλο πυθμένα σχήματος -C-7 (εικ. 3). Συνήθως, όμως οι απώ-



Εικόνα 3: Εκτίμηση της απώλειας οδοντικών ιστών λόγω αποτριβής στον αυχένα των #34,35. Είναι χαρακτηριστικό το σχήμα τύπου -C- της βλάβης όπως παρατηρείται από πλάγια θέαση.

λειες αυτές έχουν οξύαιχμα όρια, σκληρές λείες επιφάνειες, σκούρα χρώση και βαθιές χαραγές. Στις αποσπάσεις, η βλάβη έχει σχήμα σφήνας ή -V- στον αυχένα, χωρίς αξονικό τοίχωμα¹⁴. Στο φαινόμενο αυτό ανταποκρίνονται κυρίως οι αυχενικές περιοχές των άνω κεντρικών τομέων (υψηλή επικινδυνότητα), οι άνω προγόμφιοι (μεσαία επικινδυνότητα) και οι άνω κυνόδοντες (χαμηλή επικινδυνότητα), ενώ γενικά ο άνω φραγμός είναι πιο επιρρεπής¹⁵. Από την άλλη πλευρά, οι αποσπάσεις είναι απώλειες οδοντικών ιστών που συμβαίνουν όταν υπερβολικές, κυκλικού τύπου, έκκεντρες του άξονα του δοντιού δυνάμεις ασκούνται σε αυτό¹⁶. Αντίθετα, σε ένα διαβρωτικό περιβάλλον, όλα τα δόντια είναι δυνητικά υποψήφια να εμφανίσουν διαβρωτική κλινική εικόνα, ενώ τα οδοντιατρικά αποκαταστατικά υλικά παραμένουν ανέπαφα¹⁷ (εικ. 4). Τέλος, ας σημειωθεί ότι στις περισσό-



Εικόνα 4: Η διάβρωση ακόμα και αν έχουν τοποθετηθεί αποκαταστάσεις στις αυχενικές περιοχές που είναι και οι πρώτες που βλάπτονται μπορεί να συνεχιστεί αν δεν ληφθούν μέτρα πρόληψης. Έτσι το φαινόμενο θα συνεχίσει να επηρεάζει τις ελεύθερες υλικών περιοχές των δοντιών που εδώ είναι οι προστομαικές κοπτικές επιφάνειες. Αυτές συνεχίζουν να διαβρώνονται, ενώ οι αυχενικές αποκαταστάσεις παραμένουν στην ίδια θέση και έκταση με τη στιγμή που τοποθετήθηκαν.

τερες περιοχές αποτριβών -κοπτικών/μασητικών- μπορεί να επιδρούν παράλληλα και διαβρωτικοί παράγοντες και έτσι να είναι τελικά ορατή η συνδυαστική τους

επίδραση (εικ.5).



Εικόνα 5: Κοπτική αποτριβή σε πρόσθια δόντια στο έδαφος της οποίας έχει εγκατασταθεί και διάβρωση δημιουργώντας κοιλότητες τύπου κρατήρα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Τα τελευταία χρόνια στα πλαίσια της φιλοσοφίας της ελάχιστης παρέμβασης υπάρχει μία ευρεία προσπάθεια θεραπείας των δοντιών με βλάβες μη τερηδονικής αιτιολογίας, με εφαρμογή συγκολλητικών τεχνικών. Όμως πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο μετά από: 1) σωστή διάγνωση των αιτιολογικών παραγόντων σταθεροποίησης του στοματικού περιβάλλοντος, 2) πρόληψη πιθανής συνέχισης του φαινομένου και 3) πιθανή επαναμεταλλικοποίηση των εναπομεινάντων οδοντικών ιστών, όπου αυτό είναι εφικτό.

Η ύπαρξη χρωστικών/υποκίτρινων ή καφέ χρώσεων πάνω στις επιφάνειες των διαβρώσεων είναι ένα αξιόπιστο σημείο διαχωρισμού της ενεργότητας ή μη του φαινο-



Εικόνα 6. Α, Β: Κλινική εικόνα διαβρωτικών βλαβών που βρίσκονται σε στασιμότητα. Είναι ορατές οι χρώσεις των βλαβών, η λεία επιφάνεια που γυαλίζει στο προσπίπτον φως και τα αποκαταστατικά υλικά που προεξέχουν της οδοντικής βλάβης δηλώνοντας την έκταση της διάβρωσης που έχει λάβει μέρος.

μένου. Συγκεκριμένα, αν υπάρχουν χρωστικές αυτό σημαίνει ότι οι διαβρώσεις είναι στάσιμες^{6,13} (εικ. 6). Η εξήγηση του φαινομένου αυτού στηρίζεται στην άποψη ότι τα οξέα αφαιρούν την εξωτερική στοιβάδα αδαμαντίνης/οδοντίνης, επομένως δημιουργούν μία καθαρή επιφάνεια. Επομένως, η ύπαρξη χρωστικών και γενικά σκούρου χρώματος βλάβης σημαίνει ότι δεν επιδρούν πλέον οξέα στην επιφάνεια αυτή. Με τον ίδιο τρόπο, θα μπορούσε να εξηγηθεί και το γεγονός ότι στις στάσιμες βλάβες η επιφάνεια είναι πλέον λεία, ενώ στις ενεργές έχει μορφή αδρή λόγω της συνεχιζόμενης απώλειας ιστών (εικ. 7). Σε αυτήν την περίπτωση και μόνο μπορεί



Εικόνα 7: Οι διαβρωτικές περιοχές στα άνω και κάτω πρόσθια δόντια, με εξαίρεση τον #21 που φέρει αυχενική αποκατάσταση ρητινοτροποποιημένης υαλοϊονομερούς ηλικίας 6 μηνών, βρίσκονται σε ενεργή κατάσταση δεδομένης της χωρίς χρώσεις και αδρής επιφάνειάς τους. Θα πρέπει να ελεγχθεί πρώτα το φαινόμενο και μετά να ολοκληρωθούν οι αποκαταστάσεις.

να δικαιολογηθεί κάποια υπερευαισθησία ή και πόνος κατά την λήψη όξινων τροφών/ποτών. Σε στάσιμες βλάβες δεν υπάρχει πλέον υπερευαισθησία λόγω της εναπόθεσης σκληρωτικής οδοντίνης σε αντιστάθμισμα της απώλειας των οδοντικών ιστών.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Στο στάδιο της διάγνωσης και σχεδιασμού της θεραπείας των διαβρωτικών βλαβών, χρειάζεται να γίνουν κατανοητές οι διαφορές της διαδικασίας της απομεταλλικοποίησης και της απώλειας οδοντικών ιστών μεταξύ των διαβρωτικών βλαβών και της τερηδόνας. Η οδοντική τερηδόνα είναι ένα τοπικό γεγονός όπου η οδοντική πλάκα παράγει ασθενή οξέα για μεγάλο χρονικό διάστημα, ενώ οι απώλειες ιστών από διάβρωση συνδέονται με ισχυρότερα ενδογενή ή εξωγενή οξέα, που επιδρούν σε σύντομο χρονικό διάστημα και η απώλεια είναι πιο εκτεταμένη. Η πρόληψη αυτών των απομεταλλικοποιήσεων επί απουσίας οδοντικής πλάκας εξαρτάται από την ρυθμιστική ικανότητα του σάλιου να σταθεροποιεί και να εξουδετερώνει τις όξινες επιθέσεις στην στοματική κοιλότητα¹⁸. Οι δε παράγοντες κινδύνου πρέπει να εξατομικεύονται και να περιλαμβάνουν όχι μόνο την καταγραφή της συχνότητας και ποσότητας λήψης υδρογονανθράκων, αλλά και των όξινων τροφών και ποτών με ταυτόχρονη εκτίμηση του τρόπου ζωής και διάφορων συνηθειών διατροφής ή συνηθειών που μπορεί να οδηγή-

σουν σε μειωμένη παραγωγή σάλιου, ξηροστομία κ.λπ. Τέλος, η καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθείται, πρέπει να συνεκτιμάται στην εκδήλωση του φαινομένου.

Παρ' όλο που ο ακριβής μηχανισμός της οδοντικής διάβρωσης δεν είναι γνωστός, σε περιπτώσεις γενικευμένης διάβρωσης αναζητούνται διατροφικοί, μηχανικοί και άλλοι παράγοντες κινδύνου¹⁸. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τεκμηριωθεί η γενεσιουργός αιτία του προβλήματος, προτού προχωρήσει το οποιοδήποτε θεραπευτικό σχέδιο. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να ληφθούν αρχικά εκμαγεία και φωτογραφίες για μελλοντική σύγκριση. Στη συνέχεια, προτείνεται η ανάλυση της διαίτας για τρεις τουλάχιστον ημέρες, συμπεριλαμβανομένου ενός σαββατοκύριακου. Μετά την προσεχτική ανάλυση της διαίτας, γίνονται συστάσεις για περιορισμό της λήψης όξινων τροφών και ροφημάτων και την κατανάλωσή τους αν είναι απαραίτητο, μόνο κατά την διάρκεια των γευμάτων. Αυτό προτείνεται γιατί κατά την διάρκεια του γεύματος παρατηρείται η μέγιστη ροή σάλιου και τότε το σάλιο έχει τη μέγιστη ρυθμιστική δράση του. Γίνονται συστάσεις μείωσης των ροφημάτων τύπου «διαίτης» που περιέχουν τεχνητά γλυκαντικά, τα οποία μπορεί να είναι τόσο όξινα όσο και τα ροφήματα φυσικών χυμών. Το γεύμα πρέπει να τελειώνει με τυρί ή γάλα, τα οποία ουδετεροποιούν τα ενδοστοματικά οξέα. Μετά το γεύμα μπορεί να προταθεί η μάσηση σίχλας χωρίς ζάχαρη που επιτείνει τη ροή σάλιου. Συστήνεται επίσης να μην ξεπλένει ο ασθενής το στόμα του («μπούκωμα») με τα ροφήματα καθώς αυτό μπορεί να επιτείνει τις διαβρωτικές επιθέσεις με τα όξινα ροφήματα. Καλό θα είναι αντιθέτως να ξεπλένει με άφθονο νερό ή χλιαρό σκέτο χαμομήλι (χωρίς δηλαδή ζάχαρη, μέλι ή λεμόνι). Τα όξινα ροφήματα θα πρέπει να καταπίνονται γρήγορα, αλλά και στην περίπτωση που η κατάποση γίνει αργά, συστήνεται η προώθηση της κύριας ποσότητας του υγρού στο πίσω μέρος του στόματος, ώστε να μην έρθει κατά το δυνατόν σε επαφή με τα δόντια. Ηλικιωμένα άτομα με διαταραχές των συνηθειών της διατροφής πρέπει να λαμβάνουν ιατρική καθοδήγηση και συμβουλή πριν από την οδοντιατρική θεραπεία. Σε άτομα με περιορισμένη λειτουργική αυτοδυναμία (π.χ. σε ασθενείς με άνοια) η επικοινωνία και συνεργασία γίνεται με τους φροντιστές. Η στοματική υγιεινή των ατόμων αυτών πρέπει να περιλαμβάνει φθοριούχα διαλύματα, βερνίκια και ενασβεστωτικά συστήματα ασβεστίου-φωσφόρου²⁰. Παλαιότερα είχε δοκιμασθεί η προσθήκη φθορίου στα αναψυκτικά, η οποία και είχε στατιστικά σημαντικά μειώσει τη διαβρωτική τους ικανότητα²¹. Σήμερα, συστήνεται η χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας υψηλής συγκέντρωσης (5.000ppm) με μαλακή οδοντόβουρτσα και εφαρμογή με την τροποποιημένη μέθοδο Bush¹², ενώ το βούρτσισμα πρέπει να καθυστερεί τουλάχιστον 20 έως 60 λεπτά μετά τη διαβρωτική επίθεση, λόγω του αυξημένου κινδύνου συνεχιζόμενης αποτριβής στις διαβρωτικές περιοχές²². Συστήνεται ακόμα η αποφυγή χρήσης φυσικών αποτριπτικών ουσιών ή οδοντοπαστών με υψηλό αποτριπτικό δείκτη¹². Στο εξωτερικό και χώρες όπως η Κίνα, Ιαπωνία, Αυστραλία και πρόσφατα οι ΗΠΑ, χρησιμοποιούν εδώ και δεκαετίες τη χημική ένωση silver diamine fluoride (SDF) ως ανακουφιστικό για την υπερευαισθησία παράλληλα με τη δράση του ως θεραπευτικό και προληπτικό της οδοντικής τερηδόνας. Πρόκειται για έ-

να διαφανές φωτο-ευαίσθητο υγρό με έντονη οσμή αμμονίας που χρωματίζει τις απομεταλλικοποιημένες επιφάνειες σκούρες, λόγω του σχηματισμού ενός στρώματος οξειδίων αργύρου που μπλοκάρει τα οδοντοσκληνώρια μειώνοντας την υπερευαισθησία κυρίως στο ψυχρό ερέθισμα²³. Δεν χρησιμοποιείται ωστόσο στην Ελλάδα. Τέλος, αν υπάρχει έντονη υπερευαισθησία μπορεί να προταθεί και η τοποθέτηση συγκολλητικού παράγοντα στις διαβρωτικές βλάβες του αυχένα, στο πρώτο αυτό στάδιο αντιμετώπισης.

Η φάση ελέγχου της μεταλλικοποίησης διαφέρει από άτομο σε άτομο και οριστικοποιείται όταν παρατηρηθεί αλλαγή στα προαναφερόμενα κλινικά σημεία και ο ασθενής έχει πλήρως ενεργοποιηθεί όσον αφορά τις διατροφικές του συνήθειες και την στοματική του υγιεινή. Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει ικανοποιητικά αποτελέσματα ύστερα από τεχνικές αναχαίτισης των διαβρωτικών βλαβών που εντοπίζονται στην αδαμαντίνη. Όταν όμως η απώλεια ιστού είναι τέτοια που εκτείνεται στην οδοντίνη, η αναχαίτιση των βλαβών είναι περιορισμένη. Η απώλεια μεταλλικών στοιχείων από την οδοντίνη ακολουθεί διαφοροποιημένο πρότυπο σε σχέση με την απομεταλλικοποίηση της αδαμαντίνης. Η απομεταλλικοποίηση της οδοντίνης δεν ακολουθεί γραμμική πορεία, καθώς τα αρχικά στάδια της εξελίσσονται ραγδαία, λόγω της ταχείας απώλειας της ζώνης ξεσμάτων από τα οδοντοσκληνώρια. Το κολλαγόνο της οδοντίνης δρα στη συνέχεια σαν τροποποιητικός παράγοντας της διαδικασίας αποδόμησης. Για τους λόγους αυτούς, η οδοντίνη είναι πιο ευάλωτη στις όξινες επιθέσεις από ό,τι η αδαμαντίνη. Πρακτικά λοιπόν συστήνεται η μείωση των όξινων τροφών/ποτών, ο έλεγχος της συχνότητας λήψης τους και η εφαρμογή φθοριούχων σκευασμάτων κατά τον τρόπο που συστήνεται και για τον έλεγχο της τερηδόνας. Τα ενασβεστωτικά συστήματα ασβεστίου-φωσφόρου φαίνεται ότι είναι αποδοτικά και για τις βλάβες αυτές, δεδομένου ωστόσο ότι υπάρχει σάλιο στο στόμα προς διευκόλυνση της ανταλλαγής των ιόντων. Δηλαδή, δεν έχει κανένα νόημα η χρήση τους σε περιβάλλον ξηροστομίας και θα πρέπει πρωτίστως να ελεγχθεί ο παράγοντας αυτός, πιθανά με αλλαγή των φαρμάκων του ηλικιωμένου ασθενούς, σύσταση χρήσης υποκατάστατων σάλιου κ.λπ., πριν από οποιοδήποτε άλλη θεραπευτική πράξη.

Όταν ο κλινικός βεβαιωθεί ότι ο ασθενής είναι συνεργάσιμος και διατηρεί σταθερή και καλή στοματική υγιεινή, με συνοδή αλλαγή των διατροφικών του συνηθειών, μπορεί να διενεργήσει συντηρητικού ή πιο εκτεταμένου προσθετικού τύπου αποκαταστάσεις. Για να διασφαλιστεί ωστόσο η συγκόλληση των αποκαταστατικών υλικών στις διαβρωτικές επιφάνειες, πρέπει να έχει εξασφαλιστεί ότι η αδαμαντίνη αλλά και η οδοντίνη ή οστέϊνη που πιθανά μετέχουν της αποκατάστασης, έχουν κατά το δυνατόν επαναμεταλλικοποιηθεί πριν την θεραπεία²⁴.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

Οι διαβρωτικές βλάβες δεν χρήζουν άμεσης θεραπείας με αποκαταστάσεις, εκτός αν οι βλάβες είναι συμπτωματικές, δηλαδή εκδηλώνεται υπερευαισθησία. Μπορεί επίσης να προταθεί αποκαταστατική προσέγγιση της βλάβης κυρίως για αισθητικούς ή λειτουργικούς λόγους

(π.χ. αν το δόντι αποτελεί στήριγμα αγκίστρου μερικής οδοντοστοιχίας κ.λπ.), δεδομένου βέβαια ότι το φαινόμενο έχει αναχαϊπισθεί και δεν είναι ενεργό.

Γενικά περιπτώσεις που δεν απαιτείται η τοποθέτηση αποκατάστασης είναι όταν η βλάβη είναι εντοπισμένη εξ ολοκλήρου στην αδαμαντίνη. Η βλάβη είναι ρηχή, ακανόνιστου σχήματος και δεν υπερβαίνει τα 0.5mm εντός της οδοντίνης. Ακόμα όταν η βλάβη είναι εντοπισμένη μόνο στην αδαμαντίνη ή μόνο στην οστεΐνη ή όταν τα όρια της βλάβης έχουν εξομαλυνθεί, δεν υπάρχει κατακράτηση οδοντικής πλάκας και δείχνουν σχετικά αισθητικά. Στην περίπτωση αυτή εφαρμόζονται σχήματα φθοριούχων σκευασμάτων.

Οι διαβρωτικές βλάβες στα αρχικά τους στάδια κατά πλειοψηφία δεν εμφανίζουν πόνο στα θερμικά ερεθίσματα και δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές. Επιπλέον, με δεδομένο ότι συχνά οι πρώτες επιφάνειες που θίγονται είναι οι υπερώριες των άνω προσθίων δοντιών, το πρόβλημα ειδικά σε περιπτώσεις αργής εξέλιξης είναι ακόμη πιο δύσκολο αντιληπτό από τον ασθενή. Συνήθως, μόνο όταν οι βλάβες είναι τόσο μεγάλες που το αισθητικό πρόβλημα είναι δυσεπίλυτο, οι ασθενείς προσέρχονται για επανορθωτική θεραπεία²⁵.

Η τεκμηρίωση μεθοδολογίας αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών είναι ελαττωμένη. Οι περισσότερες δημοσιευμένες περιπτώσεις αφορούν προτεινόμενες θεραπευτικές διεργασίες βασιζόμενες στην κλινική κρίση του κάθε επεμβαίνοντα²⁶⁻³¹. Η έλλειψη τεκμηρίωσης οδηγεί στις περισσότερες των περιπτώσεων στην αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών με μεθοδολογία πανομοιότυπη με ένα περιστατικό όπου η αντίστοιχη απώλεια ιστών θα ήταν τερηδονικής αιτιολογίας. Η αντιμετώπιση αυτή οδηγεί σε λανθασμένες κλινικές αποφάσεις, αφού αγνοεί τις ιδιαιτερότητες των διαβρωτικής αιτιολογίας των βλαβών, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του προβλήματος.

Η αρχή της ελάχιστης αποκοπής οδοντικών ιστών, σε συνδυασμό με την άνοδο στην τεχνογνωσία των συγκολλητικών έχει οδηγήσει την κλινική σκέψη στην αναζήτηση πιο συντηρητικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση ασθενών με εκτεταμένη απώλεια οδοντικών ιστών.

Στην βιβλιογραφία περιγράφονται δύο φιλοσοφίες που διέπουν την θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών. Στην πρώτη κατηγορία, ανήκουν οι οδοντίατροι, οι οποίοι αναβάλλουν την οδοντιατρική θεραπεία για διάφορους λόγους χωρίς συνοδό πρωτόκολλο πρόληψης, με αποτέλεσμα την ακόμη μεγαλύτερη φθορά οδοντικών ιστών και την συνοδή αποδιοργάνωση της σύγκλεισης. Στην δεύτερη κατηγορία, ανήκουν οι οδοντίατροι που αποδέχονται την οδοντιατρική αποκατάσταση αυτών των ασθενών, θέλοντας όμως να εξασφαλίσουν μία τουλάχιστον δεκαετή επιτυχία των αποκαταστάσεών τους. Με την στενή θεώρηση του ότι «καλύτερο είναι αυτό που θα κρατήσει περισσότερο», η κατηγορία αυτών καταλήγει σε πολύ εκτεταμένες αποκαταστάσεις, αποκόπτοντας υγιείς οδοντικούς ιστούς, συχνά περισσότερο από την καταστροφή που είχε γίνει αρχικά³². Ωστόσο, οι συγκολλητικού τύπου αποκαταστάσεις και μοντέρνα υλικά όπως οι ρητινοτροποποιημένες υαλομόμερες κόνιες μπορεί να αποτελέσουν μία αποτελεσματική λύση εξασφαλίζοντας στον ασθενή ανέπαφη οδοντική ουσία και επιτρέποντας έτσι τη χρονική αναβολή μίας λύ-

σης πιο επεμβατικής, εάν τελικά απαιτηθεί.

ΤΕΧΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΩΝ ΑΥΧΕΝΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ

A) Αντιμετώπιση σε οδοντιατρική μονάδα

Προκειμένου οι συντηρητικές αυχενικές αποκαταστάσεις σε διαβρωτικό επίπεδο να θεωρηθούν επιτυχείς θα πρέπει να ακολουθηθούν τα παρακάτω στάδια:

1) Στάδιο απομόνωσης. Τα συνηθέστερα κλινικά προβλήματα σε αυχενικές διαβρωτικές βλάβες είναι η δυσκολία ελέγχου της υγρασίας και η δυσχερής πρόσβαση σε υποουλικές περιοχές. Για το σκοπό αυτό συνήθως είναι η τοποθέτηση νήματος απώθησης ούλων διαμέτρου ανάλογης του βιότυπου των ούλων (εικ. 8). Εναλ-



Εικόνα 8: Τοποθέτηση οδοντικού νήματος στην ουλοδοντική σχισμή κατά την έμφραξη ώστε να αποκαλυφθεί πλήρως το όριο της διαβρωτικής βλάβης και να περιορισθεί κατά κάποιον τρόπο το υγρό της σχισμής.

λακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και διαφανής ή μεταλλική ταινία στερεωμένη με ρητίνη απομόνωσης ούλων και σφηνές για συγκράτηση³³⁻³⁵.

2) Προετοιμασία οδοντικής κοιλότητας. Συστήνεται η διενέργεια ευρείας ζώνης λοξοτόμησης στα κοπτικά μό-



Εικόνα 9: Για τη λοξοτόμηση συστήνεται η χρήση A) μεσαίας αδρότητας μυτερού κοπτικού άκρου, ή B) λεπτόκοκκου διαμαντιού τύπου μακριάς φλόγας. Η ζώνη λοξοτόμησης εκτείνεται τουλάχιστον 2mm πέρα από το κοπτικό όριο της διαβρωτικής βλάβης.

νο όρια της κοιλότητας (εικ. 9). Ακολουθεί η μηχανική προετοιμασία της επιφάνειας με λεπτόκοκκο διαμάντι στρογγύλης διαμέτρου ώστε να μειωθεί η εκτεταμένη αφαίρεση οδοντικών ιστών (εικ. 10) ή Er:YAG laser εφό-



Εικόνα 10: Η σκληρωτική οδοντίνη στο κέντρο της διαβρωτικής βλάβης προετοιμάζεται με λεπτόκοκκο διαμάντι στρογγύλης διαμέτρου με διακοπτόμενες κινήσεις.

σον διατίθεται. Εναλλακτικά, εφαρμόζεται η τεχνική ολικής αδροποίησης με αδροποίηση της αδαμαντίνης με 37% ορθοφωσφορικό οξύ για 40-60 sec και της οδοντί-



Εικόνα 11: Για την προετοιμασία της οδοντικής επιφάνειας εφαρμόζεται η τεχνική της ολικής αδροποίησης, με αδροποίηση: Α) αρχικά της αδαμαντίνης για 40-60 sec και Β) της οδοντίνης για 30 sec.

νης για 30 sec (εικ. 11), αφού προηγουμένως με ένα σφαιρίδιο βάμβακος εμποτισμένο σε ανιονικό διάλυμα, καθαριστεί η κοιλότητα. Εναλλακτικά, η οδοντίνη μπορεί να αυτοαδροποιηθεί με 7ης γενιάς συγκολλητικό παράγοντα αφού τοποθετηθεί με εντριβή για τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα, αναμονή για 10 δευτερόλεπτα και μετά ήπιο στέγνωμα της περιοχής πριν τον φωτοπολυμερισμό³⁶. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να ακολουθούνται οι οδηγίες χρήσης του εκάστοτε κατασκευαστή. Έπειτα μπορεί να τοποθετηθεί μία νανούβριδική ή μικρούβριδική σύνθετη ρητίνη. Αν αποφασισθεί η χρήση μίας ρητινοτροποποιημένης υαλοϊονομερούς κονίας (RM-GIC), σε περιπτώσεις κυρίως υποουλικής έκτασης βλαβών και οπίσθιας περιοχής εντόπισης, θα πρέπει να προηγηθεί η προεπεξεργασία της οδοντίνης με αυτοαδροποιητικό συγκολλητικό σύστημα. Αντίθετα, όταν επιλέγεται κάποια κλασική υαλοϊονομερής κονία ως αποκαταστατικό υλικό, ενδείκνυται η διαβροχή της επιφάνειας προς αποκατάσταση με πολυακρυλικό οξύ³⁷. Ας σημειωθεί ότι οι υαλοϊονομερείς κονίες σε μορφή κάψουλας ανταποκρίνονται καλύτερα από τις αναμειγνυόμενες με το χέρι όσον αφορά στη συγκράτησή τους σε αυχενικές κοιλότητες³⁸.

3) Στάδιο συγκόλλησης. Σημαντικό σημείο συζήτησης αποτελεί η συγκόλληση σε περιοχή σκληρωτικής οδοντίνης στους ηλικιωμένους ασθενείς. Έχει αποδειχθεί τόσο εργαστηριακά όσο και κλινικά ότι η συγκόλληση σε αυτήν την οδοντίνη είναι δυσκολότερη. Το πρόβλημα εντοπίζεται στην παρουσία σκληρωτικών συσσωματωμάτων στα οδοντινοσωληνάρια, μίας υπερμεταλλικοποιημένης επιφανειακής ζώνης και στα μικρόβια, τα οποία παρεμποδίζουν την διαδικασία της αδροποίησης και την διήθηση των συγκολλητικών παραγόντων μέσα στα οδοντινοσωληνάρια³⁹. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ποικίλων υπόβαθρων προς συγκόλληση. Στις περιπτώσεις αυτές, προτείνεται η αδροποίηση της σκληρωτικής οδοντίνης, είτε δηλαδή χρησιμοποιηθεί αυτοαδροποιητικός, είτε συγκολλητικός παράγοντας καθολικής αδροποίησης. Για να υπάρξει μεγαλύτερη ομοιομορφία δε στην αδροποιημένη περιοχή, προτείνεται η αύξηση του χρόνου αδροποίησης στη σκληρωτική οδοντίνη (30 sec). Το αποτέλεσμα της αδροποίησης αποκάλυπτε διαφορές στην υβριδική ζώνη και για τα δύο πρωτόκολλα συγκόλλησης³⁹. Η αδροποιημένη σκληρωτική οδοντίνη με την άτυπη μορφή κολλαγόνου πρέπει να υγρανθεί για να μην υποστεί κατάρρευση. Για το λόγο αυτό, συστήνεται η εφαρμογή της τεχνικής της υγρής συγκόλλησης (wet bonding) όπου οι οδοντικές επιφάνειες δεν αφυδατώνονται μετά την αδροποίηση. Αξίζει να αναφερθεί όμως ότι η οδοντίνη στα όρια της βλάβης μετά την αδροποίηση παρουσιάζεται όπως και στην υγιή οδοντίνη και έτσι διαφυλάσσει σε μεγάλο βαθμό τον συγκολλητικό δεσμό που θα δημιουργηθεί⁴⁰ (εικ. 12). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ακόμα ότι λόγω της ιδιομορφίας του συγκολλητικού δεσμού στο υπόβαθρο αυτό, η διαμόρφωση και λείανση της αποκατάστασης θα πρέπει να γίνεται με καταιονισμό νερού ώστε να μην αλλοιώνονται τα όρια της αποκατάστασης, λόγω της αύξησης της θερμοκρασίας από την εφαρμογή των κοπτικών μέσων. Αν η κοιλότητα επεκτείνεται και στην οστεΐνη θα πρέπει να γίνεται και αδροποίηση της οστεΐνης πριν από την εφαρμογή οποιασδήποτε συγκολλητικής τεχνικής. Η άθικτη οστεΐνη ωστόσο επιδεικνύει τελειώς διαφορετική



Εικόνα 12: Στις διαβρωτικές περιοχές, ο συγκολλητικός παράγοντας πρέπει να τοποθετείται με ρύγχος τύπου σπόγγου, προκειμένου η εμπότισή του στους σκληρωτικούς ιστούς να είναι περισσότερο αποδοτική. Στην εικόνα αυτή φαίνεται και η ζώνη αδροποίησης που εκτείνεται σαφώς 2mm πέρα από τη ζώνη λοξοτόμησης για καλύτερη συγκράτηση/συγκόλληση του αποκαταστατικού υλικού στην αδαμαντίνη.

σύσταση ζώνης Ξεσμάτων από την μη εκτεθειμένη οδοντίνη που αποτελεί και τη βάση δράσης όλων των υπαρχόντων συγκολλητικών παραγόντων. Μετά την αδροποίηση, το αυξημένο εσωτερικό δίκτυο ινών της οστεΐνης δεν παρουσιάζει την συνδετική αντοχή του απομεταλλικοποιημένου δικτύου κολλαγόνου της οδοντίνης, με συνέπεια, ο τελικός συγκολλητικός δεσμός στην οστεΐνη παρά την διήθηση του συγκολλητικού παράγοντα να έχει χαμηλή αντοχή. Από το πλήθος των συγκολλητικών συστημάτων που κυκλοφορούν σύγχρονα (τριών σταδίων, δύο σταδίων, αυτοαδροποιητικά), τα παραδοσιακά συστήματα τριών σταδίων φαίνεται ότι αποδίδουν καλύτερα στην επιφάνεια της οστεΐνης, καθώς είναι περισσότερο συμβατά, με τη βασική υβριδοποιημένη εικόνα της οδοντίνης. Γενικά, για τη συγκόλληση στην οστεΐνη δεν υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα. Αυτό που έχει αποδειχθεί ωστόσο, είναι ότι η προβλεψιμότητα του συγκολλητικού δεσμού επί της επιφάνειας της οστεΐνης δεν είναι ξεκάθαρη και ότι η αδυναμία του δεν είναι γνωστό αν οφείλεται στις ιδιότητες του ιστού ή στην περιορισμένη αποτελεσματικότητα των συγκολλητικών παραγόντων στην περιοχή αυτή. Γενικά, προτείνεται η αφαίρεση της επιφανειακής οστεΐνης λόγω των οργανικών στοιχείων που κυριαρχούν.

Σε αντίθεση με τις συγκολλητικές τεχνικές, η υπερμεταλλικοποιημένη οστεΐνη μετά από χρόνια έκθεση στο στοματικό περιβάλλον, είναι ίσως το πιο κατάλληλο υπόστρωμα για την ιονική αλληλεπίδραση των υαλοϊονομερών κονιών με τους οδοντικούς ιστούς. Αυτά είναι αποτέλεσμα του χαμηλού ορίου κάμψης των ψαθυρών αυτών υλικών, το οποίο αντισταθμίζει τις εφελκυστικές τάσεις που αναπτύσσονται ειδικά στις αυχενικές περιοχές κατά τη διάρκεια της μάσησης και λόγω οριακής αποδόμησης που οδηγούν συχνά σε κατάγματα ή αποκόλλησης των αποκαταστάσεων.

4) Εφαρμογή του αποκαταστατικού υλικού. Η τοποθέτηση συνθέτων ρητινών σε αυχενικές κοιλότητες ακολουθεί τους γενικούς κανόνες διαστρωμάτωσης που υποδηλώνουν ότι κάθε στρώμα υλικού δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 2 mm προκειμένου να διασφαλιστεί η κατά το δυνατόν μικρότερη συστολή πολυμερισμού⁴¹. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν είτε υψηλές αισθητικές α-

παιτήσεις, είτε η κοιλότητα είναι μεγάλη, υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής της τεχνικής sandwich τοποθετώντας την ρητινοποιημένη υαλοϊονομερή κονία προς αντικατάσταση της χαμένης οδοντίνης και ένα στρώμα μικρούβριδικής ή νανούβριδικής σύνθετης ρητίνης για την αδαμαντίνη^{42, 43}. Στις επανεξετάσεις συνήθως και οι δύο τύπων αποκαταστάσεις εμφανίζουν αποδεκτή κλινική εικόνα δεδομένου ότι το φαινόμενο είναι σε ύφεση (εικ. 13).



Εικόνα 13: Οι αποκαταστάσεις σύνθετης ρητίνης στο #14 και ρητινοτροποποιημένης υαλοϊονομερούς στο #15 μετά από 12 μήνες συνοδεύονται από υγιείς ουλικούς ιστούς ενώ το διαβρωτικό φαινόμενο είναι σε ύφεση όπως φαίνεται από την κλινική εικόνα των #12,11.

5) Λείανση και Στίλβωση. Πριν τον τελευταίο πολυμερισμό, θα πρέπει να αφαιρεθεί οποιαδήποτε περίσσεια υλικού, για να αποφευχθεί όσο το δυνατόν περισσότερη άσκηση δύναμης πάνω στην αποκατάσταση, με νυστέρι τύπου 12 ή 12B. Η χρήση κοπτικών εγγλυφίδων στο ουλικό περίγραμμα πρέπει να γίνει με ιδιαίτερη προσοχή (εικ. 14). Στις λείες επιφάνειες μπορεί να εφαρμοστεί



Εικόνα 14: Η απόδοση του αυχενικού ορίου γίνεται με λεπτόκοκκα διαμάντια τύπου μακριάς φλόγας. Αποδίδεται το αυχενικό έπαρμα της οδοντικής μύλης μέσω του αποκαταστατικού υλικού, ώστε οι τροφές να μην εισχωρούν στην ουλοδοντική σχισμή προκαλώντας υψηλές.

κάποιο κατάλληλης ανατομίας σύστημα στίλβωσης.

Β) Αντιμετώπιση διαβρωτικών περιοχών κατ' οίκον

Στους ηλικιωμένους ασθενείς με αδυναμία πρόσβασης στο οδοντιατρείο λόγω λειτουργικών και άλλων προβλημάτων συστήνεται η εφαρμογή της ατραυματικής τεχνικής (Atraumatic Restorative Treatment-ART) για τη θεραπεία όλων των ειδών τερηδονικής και μη αιτιολογίας, βλαβών. Η τεχνική αυτή συνίσταται στην αφαίρεση των απασβεστωμένων οδοντικών ιστών με εργαλεία χειρός, την προετοιμασία αυτών με έναν παράγοντα προετοιμασίας (π.χ. πολυακρυλικό οξύ) και την τοποθέτηση στη δημιουργηθείσα κοιλότητα υαλοϊονομερούς υλικού⁴⁴. Οι υαλοϊονομερείς κονίες είναι το υλικό επιλογής της τεχνικής, καθώς έχει αποδειχτεί ότι επιφέρουν μεταλλικοποίηση των οδοντικών ιστών. Αν και υπάρχουν μελέτες για τη συγκράτηση των αποκαταστάσεων αυτών επί εδάφους τερηδόνας⁴⁵, δεν υπάρχουν στοιχεία για την περίπτωση των διαβρωτικών περιοχών. Ωστόσο σε περιπτώσεις εκτεταμένης αυχενικής διάβρωσης που προκαλεί ευαισθησία, αποτελεί τη μόνη ενδεδειγμένη λύση για κατ' οίκον αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα συνήθη διλήμματα που απασχολούν τον κλινικό οδοντίατρο στην διαχείριση των διαβρωτικών βλαβών στους ηλικιωμένους ασθενείς αφορούν την πρόληψη, παρέμβαση και τέλος, αν αποφασισθεί η αποκαταστατική θεραπεία, την επιλογή του καταλληλότερου εμφρακτικού υλικού.

Ωστόσο, η ενδεικνυόμενη οδοντιατρική διαχείριση των διαβρωτικών βλαβών βασίζεται στις γενικές αρχές διαμόρφωσης σχεδίων θεραπείας για τους γηροδοντιατρικούς ασθενείς⁴⁶. Δηλαδή πρέπει να συνεκτιμώνται η ηλικία, η εκφρασμένη ανάγκη του ασθενούς, η αξιολόγηση κινδύνου των διαβρωτικών βλαβών για την στοματική υγεία, η γενική και ιατρική κατάσταση υγείας, το επίπεδο λειτουργικής αυτοδυναμίας, ο κίνδυνος από την οδοντιατρική θεραπεία (κατηγοριοποίηση κατά ASA), η δυνατότητα μετακίνησης σε οδοντιατρική μονάδα (οδοντιατρείο ή νοσοκομείο), ο τόπος φροντίδας (π.χ. κατ' οίκον αντιμετώπιση) και η παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος αν ο ασθενής δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Με βάση τα παραπάνω καθορίζεται αν χρειάζεται οδοντιατρική παρέμβαση καθώς και οι βραχυπρόθεσμοι - μακροπρόθεσμοι στόχοι της οποιαδήποτε θεραπείας. Η ηλικία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση των διαβρωτικών βλαβών. Εφόσον η διάβρωση είναι μια διαδικασία, η οποία εξελίσσεται αργά, στους υπερήλικες ασθενείς, καλό θα ήταν πριν την λήψη οποιασδήποτε θεραπευτικής απόφασης, να υπολογιστεί αν η διάβρωση μπορεί να προκαλέσει απώλεια ή όχι του δοντιού και επομένως να τροποποιηθεί το πλάνο από θεραπευτικό σε προληπτικό.

Η γενική κατάσταση υγείας, η πρόγνωση της και η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς θα καθορίσουν το επίπεδο της οδοντιατρικής παρέμβασης (προληπτικό, αποκαταστατικό, ανακουφιστικό). Εφόσον, στην περίπτωση των διαβρωτικών βλαβών δεν παρουσιάζεται πόνος ή φλεγμονή, σε καθηλωμένους και εξαρτημένους ασθενείς δεν ενδείκνυται η αποκαταστατική θεραπεία. Ωστόσο, η παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος (φροντιστών) σε εξαρτημένους ασθενείς είναι ιδιαίτερα σημαντική για την οργάνωση προγράμματος πρόληψης

της εξέλιξης των διαβρωτικών βλαβών και απαιτεί στενή συνεργασία με τον οδοντίατρο σε θέματα που αφορούν τις καθημερινές συνήθειες σίτισης και φροντίδας του στόματος του ασθενούς.

Στις περιπτώσεις εκείνες που θα αποφασισθεί η τοποθέτηση αποκαταστάσεων, θα πρέπει να αξιολογηθούν οι ενδείξεις και αντενδείξεις των διαθέσιμων υλικών πάντα σε συνάρτηση με τις εξατομικευμένες συνθήκες ζωής κάθε ασθενούς²⁴. Σε ευπαθείς και εξαρτημένους ασθενείς που αντιμετωπίζονται κατ' οίκον, το αποκαταστατικό υλικό επιλογής είναι οι υαλοϊονομερείς κονίες, λόγω της ευκολίας εφαρμογής του χωρίς την ανάγκη εφαρμογής κοπτικών μέσων και συσκευών και της συμβολής τους στην επαναμεταλλικοποίηση των προσβληθέντων ιστών^{47,48}. Σε λειτουργικά ανεξάρτητους ασθενείς που μπορούν να προσέλθουν σε οδοντιατρική μονάδα, συνήθως εκεί που είναι ένδειξη η τοποθέτηση αποκαταστάσης, επιλέγεται μία συγκολλητικού τύπου έμφραξη με σύνθετες ρητίνες ή ρητινοτροποποιημένες υαλοϊονομερείς⁴².

Αξίζει να σημειωθεί ότι η μακροβιότητα των αποκαταστάσεων επί διαβρωτικού εδάφους φαίνεται ότι είναι καλύτερη για τις αβαθείς παρά για τις βαθιές βλάβες⁴⁹. Σε πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι το ποσοστό αποτυχίας των αποκαταστάσεων στις βαθιές μη τερηδονικής αιτιολογίας βλάβες είναι γενικά υψηλότερο (26,1% για τη σύνθετη ρητίνη και 13,0% για τις ρητινοτροποποιημένες υαλοϊονομερείς κονίες), από ότι στις πιο επιφανειακές βλάβες (25,6% για σύνθετη ρητίνη και 5,3% για ρητινοτροποποιημένες υαλοϊονομερείς κονίες)⁵⁰. Αυτό πιθανά να οφείλεται στην παρουσία σκληρωτικής οδοντίνης στις βαθιές κοιλότητες, που όπως έχει αναφερθεί προσδίδει καλύτερη συγκολλητική ποιότητα⁵¹. Σε τέτοιες αποκαταστάσεις απαιτείται συμπληρωματική μικρομηχανική συγκράτηση, πριν από την τοποθέτηση της αποκατάστασης. Σε άλλη σχετική μελέτη αναφέρονται ποσοστά συγκράτησης της αποκατάστασης με ρητινοτροποποιημένες υαλοϊονομερείς κονίες σε ποσοστό 96% συγκριτικά με αυτές των συνθέτων ρητινών (81%) στα 2 έτη επανεξέτασης⁵². Συχνά, η αποτυχία αυτών των αποκαταστάσεων έχει συνδεθεί με την ακαμψία του υλικού αποκατάστασης και τη δυσκολία συγκόλλησης σε υπόβαθρο σκληρωτικής οδοντίνης ή οστείνης⁵³. Όμως, και το μέτρο ελαστικότητας, φαίνεται να είναι μία σημαντική ιδιότητα της συγκράτησης των αποκαταστάσεων, που χρησιμοποιούνται σε μη τερηδονικής αιτιολογίας βλάβες. Όταν χρησιμοποιείται ένα περισσότερο άκαμπτο υλικό όπως οι υβριδικές ρητίνες, η διατμητική τάση στο έδαφος συγκόλλησης, θα μπορούσε να υπερβεί την τάση συμπίεσης, δρώντας έτσι μειωτικά κατά κύριο λόγο στο δεσμό με την οδοντίνη, οδηγώντας τελικά σε αποτυχία της αποκατάστασης. Η αποκόλληση μπορεί να συμβεί λόγω συνεκτικού ή συγκολλητικού τύπου αποτυχίας. Αποτυχία της αποκατάστασης μπορεί ακόμα να επέλθει εξαιτίας ρήξης εντός της δομής του δοντιού ή του υλικού αποκατάστασης. Συνηθέστερα η αποτυχία εμφανίζεται στον πιο αδύναμο κρίκο, δηλαδή στην διεπιφάνεια δοντιού - ρητίνης. Η λύση σε αυτό το πρόβλημα είναι η λοξοτόμηση ευρείας ζώνης, η αδροποίηση με ορθοφωσφορικό οξύ 37% για 40-60 sec ή η χρήση Er:YAG laser (στο κατάλληλο πρόγραμμα αδαμαντίνης ή οδοντίνης ανάλογα με το που εδράζεται ο πυθμένας της αποκατάστασης)^{54,55} προκειμένου για τη μηχανική προετοι-

μασία της σκληρωτικής επιφάνειας.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η επιλογή μιας ρητινοτροποποιημένης υαλοϊονομερούς κονίας με τους παράγοντες προετοιμασίας και προφύλαξης πριν και μετά την τοποθέτησή τους στην κοιλότητα είναι η ορθότερη αποκαταστατική λύση για τις διαβρωτικές βλάβες ειδικά αν δεν μπορεί να προετοιμαστεί η επιφάνεια με Er:YAG laser. Σε περιπτώσεις που η αισθητική ή η λειτουργία είναι μείζονος σημασίας τότε μία αποκατάσταση μικροϋβριδικής ή νανοϋβριδικής σύνθετης ρητίνης στα πλαίσια ενός γενικότερου προληπτικού και θεραπευτικού σχεδίου μπορεί να είναι η κατάλληλη λύση για τις βλάβες αυτές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Οι διαβρωτικές βλάβες είναι σύνηθες εύρημα των οδοντικών φραγμών σε ηλικιωμένους ασθενείς.
2. Πριν την θεραπευτική αποκαταστατική αντιμετώπιση των διαβρωτικών βλαβών, συστήνεται η διενέργεια ελέγχου της ενεργότητας του φαινομένου με καταγραφή των φαρμάκων, της δίαιτας και των συνηθειών στοματικής υγιεινής του ηλικιωμένου ασθενούς.
3. Σε ηλικιωμένους ασθενείς με ενεργές διαβρωτικές βλάβες συστήνεται το πέρας του γεύματος να συνοδεύεται με γάλα ή τυρί, το βούρτσισμα να καθυστερεί τουλάχιστον 60 λεπτά μετά το γεύμα, να μην χρησιμοποιείται σκληρή οδοντόβουρτσα ή οδοντόπαστα με υψηλό δείκτη αποτριπτικών ουσιών, ενώ παράλληλα να χρησιμοποιούνται προληπτικά προϊόντα ασβεστίου-φωσφόρου και/ή φθορίου.
4. Οι ρητινοτροποποιημένες υαλοϊονομερείς κονίες είναι τα υλικά επιλογής για συμπτωματικές διαβρωτικές βλάβες σε περιπατητικούς ηλικιωμένους ενώ οι κλασικές υαλοϊονομερείς κονίες σε κλινήρεις/εξαρτημένους ασθενείς. Οι σύνθετες ρητίνες μπορεί να επιλεχθούν μόνο σε περιπτώσεις που απαιτείται αισθητική απόδοση κυρίως στην πρόσθια περιοχή του φραγμού.

SUMMARY

Non - carious erosive lesions in the third age patient. Prevention and therapeutical approach

Antoniadou Maria, Karkazi Frantzeska, Chondrokoukis Petros, Kossioni Anastasia

hellenic hospital dentistry 11: 33-44, 2018

The aim of this study was to conduct a review of the literature to assess the etiology, clinical picture, differential diagnosis, prevention and rehabilitation of cervical erosion lesions in older patients and their management in the framing of a patient-treatment plan. Dental erosion is the result of exposure of the dental hard tissues in nonbacterial acids of exogenous or endogenous origin in conjunction with xerostomia habits of diet and other environmental/working factors. Usually, erosive areas are installed over other non-carious tooth tissue loss like attrition, abrasion or abfraction. The most commonly affected area is the cervical area of the

maxillary incisors and the occlusal surface of the mandibular posterior teeth. Especially, the occlusal erosion is installed over occlusal attrition areas, something that is not valid for the cervical erosive areas. Their clinical appearance is usually a big without specific limits area with smooth and glossy surface without any plaque. Usually these lesions are not followed by hypersensitivity. Despite this fact some of them may need conservative resin restorations for aesthetic or functional reasons. Bonding on sclerotic dentine base usually raises questions concerning the surface preparation needed and the appropriate choice of the restorative materials used for better retention.

Elderly people, usually suffer from salivary gland dysfunction with changes in the composition of saliva, or reduced salivary flow. Therefore, they are more prone to dental erosions.

Resin-modified glass-ionomer cements are the materials of choice for symptomatic non-carious lesions in elderly patients, while classic glass-ionomer cements in bedridden patients receiving domiciliary care. Composite resins can be used only in cases of an increased demand for aesthetics.

Key words: *non carious dental lesions, erosion; bonding in sclerotic dentin; resin modified glass ionomers.*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Van't Spijker A, Rodriguez JM, Kreulen CM, Bronkhorst EM, Bartlett DW, Creugers NH: Prevalence of tooth wear in adults. *Int J Prosthodont* 2009; 1: 35-42.
2. Aw TC, Lepe X, Johnson GH, Mancl L: Characteristics of non-carious cervical lesions: a clinical investigation. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(6): 725-733.
3. Levitch LC, Bader JD, Shugars DA, Heymann HO: Non-carious cervical lesions. *J Dent Res* 1994; 22: 195-207.
4. Ketterl W: Age-induced Changes in the teeth and their attachment apparatus. *Int Dent J* 1983; 33: 262-271.
5. Bartlett DW, Shah P: A critical review of non-carious cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion and abrasion. *J Dent Res* 2006; 85(4): 306-312.
6. Meyers IA: Diagnosis and management of the worn dentition: risk management and pre-restorative strategies for the oral and dental environment. *Ann R Australas Coll Dent Surg* 2008; 19: 27-30.
7. Michael JA, Townsend GC, Greenwood LF, Kaidonis JA: Abfraction: separating fact from fiction. *Aust Dent J* 2009; 54: 2-8.
8. Muts EJ, van Pelt H, Edelhoff D, Krejci I, Cune M. Tooth wear: A systematic review of treatment options. *J Prosthet Dent* 2014; 112(4): 752-759.
9. Prati C, Chersoni S, Mongiorgi G, Pashley DH: Thickness and morphology of resin-infiltrated dentin layer in young, old, and sclerotic dentin. *Oper Dent* 1999; 24: 66-72.
10. Carvahlo TS, Pierre C, Ganss C, Huysmans MC, Lussi A, Schlueter N, et al.: Consensus Report of the European Federation of Conservative Dentistry: Erosive Tooth Wear-Diagnosis and Management. *Swiss Dent J* 2016; 126 (4),

- 342-346.
11. Kelleher M, Bishop K: Tooth surface loss: an overview. *Brit Dent J* 1999; 186(2): 6166.
 12. Hooper S, West NX, Pickles MJ, Joiner A, Newcombe RG, Addy M: Investigation of erosion and abrasion on enamel and dentine: a model in situ using toothpastes of different abrasivity. *J Clin Periodontol* 2003; 30:802-808.
 13. Schlueter N, Jaeggi T, Lussi A: Is dental erosion really a problem? *Adv Dent Res* 2012; (2): 68-71.
 14. Bartlett DW, Shah P: A critical review of non-carious cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion and abrasion. *J Dent Res* 2006; 85(4): 306-312.
 15. Rees JS, Hammadeh M, Jagger DC: Abfraction lesion formation in maxillary incisors, canines and premolars: a finite element study. *Eur J Oral Sci* 2003; 111: 149154.
 16. Shetty SM, Shetty RG, Mattigatti S, Managoli NA, Rairam SG, Patil AM: No carious cervical lesions: abfraction. *J Int Oral Health* 2013; 5(5): 143-146.
 17. Gandara BK, Truelove EL: Diagnosis and management of dental erosion. *J Contemp Dent Pract* 1999; 15(1): 16-23.
 18. Perez CR: Alternative technique for class v resin composite restorations with minimum finishing/ polishing procedures. *Oper Dent* 2010; 35(3): 375-379.
 19. Gedalia I, Ionat-Bendat D, Ben-Mosheh S, Shapira L: Tooth enamel softening with a cola type drink and rehardening with hard cheese or stimulated saliva in situ *J Oral Rehab* 1991; 18: 501-506.
 20. Sar Sancakli H, Austin RS, Al-Saqabi F, Moazzez R, Bartlett D: The influence of varnish and high fluoride on erosion and abrasion in a laboratory investigation. *Aust Dent J* 2015; 60(1): 38-42.
 21. Sorvari R, Kiviranta I, Luonia H: Erosive effects of a sport drink mixture with and without the addition of fluoride and magnesium on the molar teeth of rats. *Scand J Dent Res* 1988; 96(3): 226-231.
 22. Eversole SL, Saunders-Burkhardt K: Erosion Prevention Potential of an Compared to 5000 ppm F Prescription-Strength Products. *J Clin Dent* 2015; 26: 44-49.
 23. Castillo JL, Rivera S, Aparicio T, Iazo R, Aw TC, Mancl LL, Milgrom P: The short-term effects of diamine silver fluoride on tooth sensitivity: a randomized controlled trial. *J Dent Res* 2011; 90(2): 203-208.
 24. De Melo MA, Passos VF, Apolonio FM, Rego RO, Rodrigues LK, Santiago SL: Restoring esthetics in eroded anterior teeth: a conservative multidisciplinary approach. *Gen Dent* 2011; 59(1): 48-52.
 25. Curtis DA, Jayanetti J, Chu R, Staninec M: Managing dental erosion. *Today's FDA*. 2012; 24(4): 44-5, 47-9, 51-53.
 26. Kavoura V, Kourtis SG, Zoidis P, Andritsakis DP, Doukoudakis A: Full-mouth rehabilitation of a patient with bulimia nervosa. A case report. *Quintessence Int* 2005; 36(7-8): 501-510.
 27. Weston JF: Conservative full-mouth reconstruction of a worn dentition utilizing digital impression technology and modern ceramic materials. *Compend Contin Educ Dent* 2011; 32(7):44-6, 48, 50-1.
 28. Vailati F, Vaglio G, Belser UC: Full-mouth minimally invasive adhesive rehabilitation to treat severe dental erosion: a case report. *J Adhes Dent* 2012; 14(1): 83-92.
 29. Reston EG, Corba VD, Broliato G, Saldini BP, Stefanello Busato AL: Minimally invasive intervention in a case of a non carious lesion and severe loss of tooth structure. *Oper Dent* 2012; 37(3): 324-328.
 30. Passos VF1, de Souza AM, Rodrigues LK, Bombonatti JC, Santiago SL: A conservative treatment approach using direct composite resins for anterior teeth eroded by lemon sucking. *Gen Dent* 2013; 61(5): 1-4.
 31. Schepke U, Cune MS: Non-invasive restoration of severe erosion by means of CAD/CAM indirect composite occlusal restorations: a technical note. *Int J Prosthodont* 2014; 27(2): 134-136.
 32. Asensio Acevedo R1, Suarez-Feito JM, Suarez Tuero C, Jané L, Roig M: The use of indirect composite veneers to rehabilitate patients with dental erosion: a case report. *Eur J Esthet Dent* 2013; 8(3): 414-431.
 33. Meraner M: Soft tissue management for difficult cervical restorations. *Gen Dent* 2006; 54 2:117-120.
 34. Owens BM: Alternative rubber dam isolation technique for the restoration of Class V cervical lesions. *Oper Dent* 2006; 31(2): 277-280.
 35. Ichim IP, Schmidlin PR, Li Q, Kieser JA, Swain MV: Restoration of non-carious cervical lesions Part II. Restorative material selection to minimise fracture. *Dent Mater* 2007; 23: 1562-1569.
 36. Hajizadeh H, Ghavamnasiri M, Namazikhah MS, Majidinia S, Bagheri M: Effect of different conditioning protocols on the adhesion of a glass ionomer cement to dentin. *J Contemp Dent Pract* 2009; 10(4): 9-16.
 37. Geerts SO, Seidel L, Albert AI, Gueders AM: Microleakage after thermocycling of three self-etch adhesives under resin-modified glass-ionomer cement restorations. *Int J Dent* 2010; 2010: 16.
 38. Dowling AH, Fleming JP: An encapsulated anterior glass-ionomer restoratives better than their hand-mixed equivalents. *J Dent* 2009; 37: 133-140.
 39. Tay F, Pashley D: Resin bonding to cervical sclerotic dentin: a review. *J Dent* 2004; 32: 173-196.
 40. De Munck J, Van Landuyt K, Peumans M, Poitevin A, Lambrechts P, Braem M, et al.: A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: methods and results. *J Dent Res* 2005; 84(2): 118-132.
 41. Feilzer AJ, De Gee AJ, Davidson CL: Curing contractions of Composites and Glass ionomer cements. *J Prosthet Dent* 1988; 59: 297-300.
 42. Franco EB, Benetti AR, Ishikiriyama SK, Santiago SL, Lauris JR, Jorge MF, et al.: 5-year clinical performance of resin composite versus resin modified glass-ionomer restorative system in non-carious cervical lesions. *Oper Dent* 2006; 31(4): 403-408.
 43. Tyas MJ: The Class V lesion aetiology and restoration. *Austr Dent J* 1995; 40(3): 167-170.
 44. Gao W, Smales RJ, Gale MS: Fluoride release/uptake from newer glass-ionomer cements used with the ART approach. *Am J Dent* 2000; 13: 201-204.
 45. Vant Hof MA, Frencken JE, van Palenstein Helderma WH, Holmgren CJ: The atraumatic restorative treatment (ART) approaches for managing dental caries: a meta-analysis. *Int Dent J* 2006; 56(6): 345-351.
 46. Κοσιώνη ΑΕ: Σχέδιο Οδοντιατρικής Θεραπείας. Σε: Κοσιώνη ΑΕ. (Εκδ). Γηροδοντιατρική. 1η έκδοση. Αθήνα, 2018, σελ 53-69. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.gerodontology.gr/gerodontology.php> (14/10/2018).
 47. Yap AU, Tham SY, Zhu LY, Lee HK: Short-term fluoride release from various aesthetic restorative materials. *Oper Dent* 2002; 27: 259-265.
 48. Wiegand A, Buchalla W, Attin T: Review on fluoride-releasing restorative materials Fluoride release and uptake characteristics, antibacterial activity and influence on caries formation. *Dent Mater* 2007; 23: 343-362.
 49. Brackett WW, Dib A, Brackett MG, Reyes AA, Estrada BE: Two-year clinical performance of class V resin-modified

- glass-ionomer and resin composite restorations. Oper Dent 2003; 28: 477-481.
50. Adeleke A, Oginni A: Clinical evaluation of resin composite and resin-modified glass ionomer cement in non-carious cervical lesions. J West Afr Coll Surg 2012; 2(4): 21-37.
51. Yoshiyama M, Carvalho RM, Sano H, Horner JH: Regional strengths of bonding agents to cervical sclerotic root dentine. J Dent Res 1996; 75: 1404-1413.
52. Brackett WW, Tay FR, Looney SW, Ito S, Haisch LD, Pashley DH: The effect of subject age on the microtensile bond strengths of a resin and a resin-modified glass ionomer adhesive to tooth structure. Oper Dent 2008; 33(3): 282-286.
53. Ichim IP, Schmidlin PR, Li Q, Kieser JA, Swain MV: Restoration of non-carious cervical lesions Part II. Restorative material selection to minimise fracture. Dent Mater 2007; 23: 1562-1569.
54. Yap AUJ, Neo JLC: Non-carious cervical tooth loss. Part 2: Managenent. Dent update 1995; 22: 364-368.
55. Colonna MP, Di Vito E, Wiater G: Minimally-invasive, full-mouth rehabilitation using an Er,Cr:YSGG laser and CAD/CAM technology. Pract Proced Aesthet Dent 2008; 20(1): 59-63.

Διεύθυνση για επικοινωνία:
Αντωνιάδου Μαρία, Θηβών 2,
TK11527, Γουδί, Αθήνα
τηλ. +30694434254
email: mantonia@dent.uoa.gr



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Hellenic Society for Hospital Dentistry

Υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας



**Πανελλήνιο Συνέδριο
Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής**

***Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας
Σύγχρονες προσεγγίσεις και προσαρμογές***



Με την υποστήριξη του Οργανισμού
Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας
του Δήμου Αθηναίων



Χορηγούνται 15 Μόρια
Επαγγελματικής Επιμόρφωσης
Οδοντιάτρων (Μ.Ε.Ε.Ο.)

**Αθήνα, 30 Νοεμβρίου έως 02 Δεκεμβρίου 2018
Αμφιθέατρο «Αντώνης Τρίτσης» του ΟΠΑΝ.ΔΑ
Ακαδημίας 50 (τ. Πνευματικό Κέντρο Δήμου Αθηναίων)**

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδρος: Φλώρα Ζερβού-Βάλβη
Συντονίστρια: Αγγελική Γιαννοπούλου
Αντιπρόεδροι: Ευαγγελία Μπογοσιάν
Χρήστος Μάκος
Γραμματέας: Θεονύμφη Ζουριδάκη
Ταμίας: Ιωάννης Κουτσούκος
Μέλη: Διονύσιος Ανδρεσάκης
Αλεξάνδρα Αντωνιάδου
Κωνσταντίνος Βλασιάδης
Παναγιώτα Μαραγκού
Γεώργιος Μένεγας
Αντωνία Πολάτου
Υπ. Γραμματείας: Αικατερίνη Δημητρίου

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πρόεδροι, Συντονιστές:
Λάμπρος Ζουλούμης
Φοίβος Μαδιανός
Μέλη
Καθηγητές:
Κωνσταντίνος Αντωνιάδης
Ηρακλής Καρκαζής
Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη
Αλεξάνδρα Σκλαβούνου
Ιωάννης Τζούτζας
Βασιλική Τοπίτσογλου
Κωνσταντίνος Τσιχλάκης
Αν. Καθηγήτρια:
Αναστασία Κοσιώνη
Ειδικοί συνεργάτες:
Χρυσούλα Ασματοζή
Εμμανουήλ Βάλβης

Η Υγεία είναι έργο της ζωγράφου Διονυσίας Μπελεγρή

ΜΗΝΥΜΑ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η Ελληνική Εταιρεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής διοργανώνει από 30 Νοεμβρίου έως 02 Δεκεμβρίου του 2018 το 6ο Πανελλήνιο Συνέδριό της υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και με την υποστήριξη του Οργανισμού Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας του Δήμου Αθηναίων. Τους φορείς αυτούς ευχαριστούμε θερμά για την στήριξη του έργου μας.

Το Συνέδριο διεξάγεται στο κέντρο της Αθήνας, στο γνώριμο και φιλόξενο Αμφιθέατρο «Αντώνης Τρίτσης» του ΟΠΑΝ.ΔΑ, Ακαδημίας 50.

Φέτος, και υπό το πρίσμα των εξελίξεων για τη θέσπιση της ειδικότητας της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας, είναι αφιερωμένο στη σύγχρονη Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας και έχει ως κεντρικό θέμα **«Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προσαρμογές»**. Απευθύνεται, επομένως, σε όλους τους λειτουργούς υγείας που εμπλέκονται στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας σε άτομα με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό και αναπηρία, κυρίως οδοντιάτρους, νοσοκομειακούς και μη, αλλά και άλλους λειτουργούς που συνεργάζονται με τους οδοντιάτρους για τον σκοπό αυτό, όπως ιατρούς, νοσηλευτές, λογοθεραπευτές, φροντιστές κ.ά.

Το επιστημονικό πρόγραμμα περιλαμβάνει κατευθυνόμενο και ελεύθερο μέρος. Το κατευθυνόμενο μέρος με 5 στρογγυλά τραπέζια και 14 εισηγήσεις θα αναπτυχθεί από ομιλητές υψηλού επιστημονικού κύρους με στόχο να απαντήσει και πάλι σε καίρια ερωτήματα που θέτει η φροντίδα του ασθενή με αναπηρία και μεγάλη επιβάρυνση της υγείας, τόσο στο Νοσοκομείο όσο και στο ιατρείο, αφορά δηλ. και στη δευτεροβάθμια αλλά και στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Το ελεύθερο πρόγραμμα με 53 ελεύθερες ανακοινώσεις φιλοδοξεί να αποτελέσει βήμα παρουσίασης του έργου αλλά και των προτάσεων των συναδέλφων που ασχολούνται με τον ασθενή με σωματική, ψυχική ή νοητική αναπηρία και με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό.

Η Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας, υπό την οπτική γωνία μάλιστα σύγχρονων προσεγγίσεων και απαιτούμενων προσαρμογών, αποτελεί θέμα μείζονος επιστημονικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος. Ο διαδραστικός τρόπος της διεξαγωγής του συνεδρίου θα επικαιροποιήσει και θα πλουτίσει τις γνώσεις όλων μας. Επίσης θα συνεισφέρει στην επεξεργασία προτάσεων για τους καλύτερους τρόπους παροχής της ιδιαίτερης αυτής Φροντίδας. Παράλληλα, οι δεσμοί φιλίας που θα αναπτυχθούν μέσα από την παρακολούθηση του Συνεδρίου και από τη συμμετοχή στις κοινωνικές εκδηλώσεις, θα μας δώσουν δύναμη και θα δράσουν θετικά και στην άσκηση του λειτουργήματός μας.

Με πολλή χαρά, λοιπόν, σας καλωσορίζουμε όλους πιστεύοντας ακράδαντα ότι οι προσδοκίες σας από το Συνέδριό μας δεν θα διαψευστούν.

Για την Οργανωτική Επιτροπή
Η Πρόεδρος
Φλώρα Ζερβού-Βάλβη

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Παρασκευή 30 Νοεμβρίου 2018

9.00' - 9.30': Εγγραφές

1η Συνεδρία 09.30' - 11.00'

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ανδρεσάκης Δ., Ντόκος Ε.**

- ΕΑ1** ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ. ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΑΙΤΙΑ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ
Σωτήρη Β., Ντόκου Π., Πιτσιλής Γ., Ντόκος Ε.
- ΕΑ2** ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΖΑΝΕΙΟ
Σωτήρη Β., Ντόκου Π., Πιτσιλής Γ., Ντόκος Ε.
- ΕΑ3** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Καρβελέας Η., Καρκαζής Η.
- ΕΑ4** ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΤΥΠΙΚΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΤΟΥΣ
Κωνσταντοπούλου Κ., Κοσιώνη Α.
- ΕΑ5** ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ» ΒΟΥΛΑΣ
Ζερβού-Βάλβη Φ., Φανδρίδης Ι., Δημητρίου Αικ., Γιαννοπούλου Α., Κατσίνη Ε.
- ΕΑ6** ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΟΥ ΝΑΡΘΗΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN - ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ
Σταματάκη Β., Χατζηχαλεπλή Χ., Βουρλή Α.
- ΕΑ7** ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΦΩΝΗΣΗΣ.
Βίλλιας Α., Βίλλιας Γ.
- ΕΑ8** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΣΕ ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤ ΟΙΚΟΝ

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ: ΤΟ ΤΡΑΧΕΙΟΑΝΩΝΥΜΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ

Βίλλιας Α., Βίλλιας Κ., Τούσερτ Μ.

2η Συνεδρία 11.00' - 12.00'

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

- ΣΤΡ1** ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΛΗΘΕΙΕΣ
Συντονίστρια: Νικολάτου-Γαλίτη Ο. Εισηγητές:
Νικολάτου-Γαλίτη Ο.: Οδοντιατρική Ογκολογία - Dental Oncology: Η διεπιστημονική προσέγγιση στην πρόληψη, πρώιμη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεονέκρωσης των γνάθων στον Ογκολογικό ασθενή.
Βάρδας Ε.: Οδοντική εξαγωγή και οστεονέκρωση των γνάθων σε φάρμακα.
Κουρή Μ.: Οστεονέκρωση των γνάθων σε non-antiresorptive targeted medications. Η συστηματική ανασκόπηση του MASCC Bone Study Group.
Παπαδοπούλου Ε.: Χαρακτηριστικά της οστεονέκρωσης των γνάθων (MRONJ) σε ογκολογικούς ασθενείς που λαμβάνουν παράγοντες στόχευσης των οστών ή/και άλλους βιολογικούς

3η Συνεδρία 12.00' - 13.00'

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Νικητάκης Ν., Καλύβας Δ.**

- ΕΙΣ1** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
Νικητάκης Ν.
- ΕΙΣ2** Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ

4η Συνεδρία 13.00' - 14.45'

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Δημητρίου Αικ., Κατσουράκης Μ.**

- ΕΑ9** ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ
ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΙ ΠΑΓΝΗ
**Βαϊλάκη Ε., Ζουμπουλάκης Μ., Κυρές Π.,
Καγκελάρη Χ., Παρασύρης Σ., Βλασιάδης
Κ., Μπογοσιάν Ε.**
- ΕΑ10** ΜΕΛΑΓΧΡΩΣΗ ΥΠΕΡΩΑΣ ΩΣ
ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ:
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ
**Χίλιου Γ., Καλογήρου Ε.-Μ., Τόσιος Κ.,
Σκλαβούνου Α.**
- ΕΑ11** Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΩΤΟ
ΣΗΜΕΙΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΟΞΕΙΑΣ
ΜΥΕΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ.
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ
**Αναστασόπουλος Γ., Τσουρή Ι., Παπαδιό-
χος Ι., Στράντζιας Π.**
- ΕΑ12** ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ
ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟ ΑμεΑ ΚΑΙ
ΣΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ ΤΟΥ
**Δημητρίου Αικ., Ζερβού-Βάλβη Φ., Κασιό-
νη Ε., Γιαννοπούλου Α.**
- ΕΑ13** ΧΡΟΝΙΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ
ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ
Κατσουράκης Μ.
- ΕΑ14** ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΜΗ
ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ
**Κυρές Π., Ζουμπουλάκης Μ., Καγκελάρη
Χ., Παρασύρης Σ., Μάστακα Α., Βλασιά-
δης Κ., Μπογοσιάν Ε.**
- ΕΑ15** ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ:
ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
**Μάρκου Β., Μακρυγιάννης Ι., Ζουλούμης
Λ.**
- ΕΙΣ3** ΣΥΝΗΘΗ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΟΗΣΕΙΣ

- ΕΙΣ4** ΟΙ ΛΑΘΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ (ATTITUDES)
ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ
Εμμανουήλ Δ.

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ: 14.45'-16.00'

5η Συνεδρία 16.00' - 17.15'

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ασματζή Χ., Μαραγκού Π.**

- ΕΑ16** ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑμεΑ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΟΥ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
**Σκούρη Ι., Δημητρίου Αικ., Παλάσκα Μ.,
Κούκου Κ., Ασματζή Χ., Κουτσουπάκη Α.,
Μελά-Καραμανάκου Α.**
- ΕΑ17** ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ
ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΜΕΑ, ΠΟΥ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΑΝ ΤΟ 2017 ΣΤΑ
ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΜΕΑ
ΤΟΥ ΓΝ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» ΒΟΥΛΑΣ
**Φανδρίδης Ι., Κατσικογιάννης Ν., Δημη-
τρίου Αικ., Γιαννοπούλου Α., Ζερβού-Βάλ-
βη Φ.**
- ΕΙΣ5** ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΡΟΠΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑμεΑ
Φανδρίδης Ι., Κατσικογιάννης Ν.
- ΕΙΣ6** ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ
ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ
Αναστασόπουλος Γ.
- ΕΑ18** Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΙΑΣ
ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ:
ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ,
ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ
**Γιαννοπούλου Α., Ζερβού - Βάλβη Φ.,
Φανδρίδης Ι.**
- 6η Συνεδρία 17.15 - 18.00**
- ΕΙΣΗΓΗΣΗ**
- Προεδρείο: **Τσαντίδου Μ.**
- ΕΙΣ7** ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ

7η Συνεδρία 18.00' - 18.40'

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΣΤΡ2 Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.
Συντονίστρια: Ζερβού-Βάλβη Φ.
Εισηγητές:
Ζερβού-Βάλβη Φ.: Ορισμοί - Ιστορική Ανα-
δρομή
Μπογοσιάν Ε.: Οι λόγοι που επιβάλλουν
την θέσπιση της ειδικότητας
Μάκος Χ.: Σύγχρονες προσεγγίσεις και
προσαρμογές στην οδοντιατρική περίθαλ-
ψη των ΑμεΑ ως αναπόσπαστο μέρος της
ειδικότητας

8η Συνεδρία 18.40' - 19.00'

ΕΙΣΗΓΗΣΗ

Προεδρείο: **Αντωνιάδου Α., Ζουριδάκη Θ.**

ΕΙΣ8 ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΛΑΣΤΟΣ (1869-1951): ΕΝΑΣ

19.00': ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

- Χαιρετισμός της Προέδρου της ΕΕΝΟ κ. Φλώ-
ρας Ζερβού-Βάλβη
- Προσφωνήσεις επισήμων
- Κήρυξη έναρξης εργασιών του Συνεδρίου
- Απονομή επαίνου στον τ. Γενικό Γραμματέα της
ΕΕΝΟ κ. Μάριο Φραγκάκη και στο τ. μέλος της
Επιτροπής Εκπαίδευσης της ΕΕΝΟ κ. Σπύρο
Μικρούλη
- Εναρκτήρια ομιλία: «Χιμαιρικά Πλάσματα στην
Ελληνική Μυθολογία και Αντανάκλασεις στην
Επιστήμη» από την Ομότιμη Καθηγήτρια κ. Ευ-
τέρπη Μπαζοπούλου-Κυρκανίδου
- Παρουσίαση από τον Επίτιμο Πρόεδρο της
ΕΕΝΟ Dr Julien Grivel του βιβλίου του «Σεβα-
στή»

Δεξίωση

Σάββατο 1 Δεκεμβρίου 2018

9η Συνεδρία 9.00' - 10.30'

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Αντερριώτης Δ., Σεληνίδου Α.**

- ΕΑ19** ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ
ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΜΕΑ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ
ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΣΕΡΡΩΝ
Γεωργιάδης Ν., Τσακμαλής Π., Κυριάκου Ε.,
Χατζηηλία Λ., Ζυγογιάννης Α., Καπετανούδης
Α.
- ΕΑ20** ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
Δαυίδοπούλου Σ., Σδράβου Κ., Τέγου Τ.
- ΕΑ21** Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ, ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ
ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
Πασχαλέρη Α., Τέγου Τ., Σδράβου Κ., Μακρής
Γ., Δαυίδοπούλου Σ.
- ΕΑ22** ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΙΣ

ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ

Σπηλιωτόπουλος Α., Ντόκος Ε.

- ΕΑ23** ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ.
ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ
ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ, ΕΩΣ ΤΗΝ
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ
ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.
Κυριάκου Ν., Μακρή Π.-Α., Γκουντάκου Α.,
Τουρναβίτης Α., Κυβεντίδης Ν., Μάκος Χ.,
Ζουλούμης Λ.
- ΕΑ24** ΜΕΤΡΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΗΝ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ
ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ.
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ-ΜΕΤΑΝΑΛΥΣΗ
Κυριάκου Ν., Ζουλούμης Λ., Βενέτης Γ., Τηλα-
βερίδης Ι.
- ΕΑ25** ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΦΟΒΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Κυρές Π., Καγκελάρη Χ., Ζουμπουλάκης Μ., Βαϊλάκη Ε., Καστρινού Χ., Βλασιάδης Κ., Μπογοσιάν Ε.

ΕΑ26 ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ»

Μπενναβέλη Α., Μαραγκού Φ., Κουτσαμάνη Μ.

ΕΑ27 ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ»

Μπενναβέλη Α., Μαραγκού Φ., Κουτσαμάνη Μ.

ΕΑ28 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ. Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΨΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Τσαγκάρης Μ., Μακρής Α., Κουτσουπάκη Α., Μπίνα Α., Καλαμποκίνη Αικ., Φανδρίδης Ι., Ζερβού-Βάλβη Φ.

10η Συνεδρία 10.30' - 11.30'

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Μεζίτης Μ., Ράλλης Γ.**

ΕΙΣ9 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΣΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ
Αντωνιάδης Κ.

ΕΙΣ10 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΦΘΟΡΙΩΣΗΣ ΣΤΑ ΑΜΕΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΒΕΒΑΡΗΜΕΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ
Τοπίτσογλου Β.

Διάλειμμα: 11.30' - 12.00'

11η Συνεδρία 12.00' - 13.30'

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΣΤΡ3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ
Συντονιστής: Ζουλούμης Λ.
Εισηγητές:
Ζουμπουλάκης Μ.: Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα και χημειοπροφύλαξη

Μακρυγιάννης Ι.: Αρρυθμίες

Γκουντάκου Α.: Υπέρταση

Χαλκίδου Α.: Ισχαιμικά

Κυριάκου Ν.: Ανεπάρκεια

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ: 13.30' - 15.00'

12η Συνεδρία 15.00' - 16.00'

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Λούφα Θ., Σπηλιωτόπουλος Α.**

ΕΙΣ 11 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ

Βλασιάδης Κ.

ΕΑ29 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ MOBBING ΣΕ ΧΩΡΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Χαϊδεμένος Ι., Τσελεκίδου Ε., Παπαδέλη Χ., Χρυσάφιδου Α.

ΕΑ30 ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΗ. ΕΙΝΑΙ ΚΑΝΟΝΑΣ;

Βαρσάμης Γ., Τσεκούρα Ε., Αναγνωστάκη Κ., Στεργιοπούλου Ε., Λούφα Θ.

ΕΑ31 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΙΡΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Λούφα Θ., Αναγνωστάκη Κ., Κωνσταντίνου Α., Στεργιοπούλου Ε., Βαρσάμης Γ., Τσεκούρα Ε.

13η Συνεδρία 16.00' - 17.00'

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΣΤΡ4 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ
Συντονιστής: Λυγιδάκης Ν.

Εισηγητές:

Λυγιδάκης Ν.: Κλινική αντιμετώπιση σοβαρού οδοντοφατνιακού τραύματος στα παιδιά και εφήβους

Αραποστάθης Κ.: Αντιμετώπιση ασθενών με χαμηλό βαθμό συνεργασίας με τον οδοντίατρο

Κουτσούκος Ι.: Αντιμετώπιση παιδιών και εφήβων με γενική αναισθησία

Κυριακή 2 Δεκεμβρίου 2018

14η Συνεδρία 9.30' - 10.50'

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Αγρανιώτης Μ., Δημητριάδης Δ.**

ΕΑ32 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ - ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΘΑΛΠΟΝΤΕΣ

Τζανάκη Ε., Θαμνίδης Ν., Φλεμετάκη Κ.-Ε.,

Τσότρα Μ.

ΕΑ33 ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΑΣΗΣΗΣ-ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΑΜΠΟ

Τζανάκη Ε., Θαμνίδης Ν., Φλεμετάκη Κ.-Ε., Τσότρα Μ.

ΕΑ34 ΣΥΝΔΡΟΜΟ SOTOS: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ **Κερεζούδη Χ., Στεφανίδης Σ., Θεοδωρίδης Γ., Πατρικίου Α., Περπερίδου Β., Γκινάλης Α., Νάτσιου Ι.**

ΕΑ35 ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ - ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΕΩΝ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΓΝΗ **Ζουμπουλάκης Μ., Κυρές Π., Καγκελάρη Χ., Παρασύρης Σ., Πεπονάκη Ε., Βλασιάδης Κ., Μπογοσιάν Ε.**

ΕΑ36 ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ **Μάρκου Β., Μακρυγιάννης Ι., Ζουμπουλάκης Μ., Ζουλούμης Α.**

ΕΑ37 ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ PRADER-WILLI. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ.

Περπερίδου Β., Θεοδωρίδης Γ., Στεφανίδης Σ., Κερεζούδη Χ., Πατρικίου Α., Νάτσιου Ι., Γκινάλης Α.

ΕΑ38 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ **Παπαδοπούλου Κ., Κατσικάκης Α., Καρακίτσου Α.**

ΕΑ39 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΜΩΝ ΑΜΕΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟ Γ.Α. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAFFOBSERVATIONAGGRESSIONSCALE **Κερεζούδη Χ., Στεφανίδης Σ., Πατρικίου Α.,**

Θεοδωρίδης Γ., Περπερίδου Β., Νάτσιου Ι., Γκινάλης Α.

ΕΑ40 ΣΥΝΔΡΟΜΟ SECKEL: ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ **Γιαννοπούλου Α., Μακρής Αλ., Ζερβού-Βάλβη Φ., Δημητρίου Αικ., Μένεγας Γ., Ασματζή Χ.**

15η Συνεδρία 10.50' - 12.00'

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Κωσταντινίδης Ρ., Σαμαράς Χ.**

ΕΙΣ12 ΓΑΣΤΡΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΛΑΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ **Γκαρδιακός Γ.**

ΕΙΣ13 ΜΑΣΤΙΧΑ ΧΙΟΥ: ΕΝΑ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ ΜΕ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Περρέα Δ., Γιαννοπούλου Α.

ΕΙΣ14 ΤΟ ΕΠΕΙΓΟΝ ΤΡΑΥΜΑ ΣΤΗΝ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ **Ζώταλης Ν.**

16η Συνεδρία 12.00' - 13.00'

ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

ΣΤΡ5 ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΥΠΑΘΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ **Συντονίστρια: Κοσιώνη Α.**

Εισηγητές:

Αντωνιάδου Μ.: Πρόληψη και συντηρητική αντιμετώπιση οδοντικών βλαβών ευπαθών ηλικιωμένων

Καρκαζής Η.: Προσθετική αντιμετώπιση σε ευπαθείς ηλικιωμένους

Κοσιώνη Α.: Ευρωπαϊκές οδηγίες για την προαγωγή της στοματικής υγείας ευπαθών ηλικιωμένων

17η Συνεδρία 13.00' - 14.30'

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Σπίνος Π., Τσεκούρα Ε.**

ΕΑ41 Η ΤΡΙΤΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ **Αναστασόπουλος Γ., Σιμπούλου Β., Ταγκαλάκης Π.**

- ΕΑ42** Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ CBCT ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ
Θεοδωρίδης Χ., Φωτόπουλος Γ., Σπίνος Π., Λιλλής Θ.
- ΕΑ43** ΟΔΟΝΤΙΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
Μακρυγιάννης Ι., Μάρκου Β., Ζουμπουλάκης Μ., Καραγκούνη Α., Κορόσογλου Β, Βενέτης Γ.
- ΕΑ44** ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΔΥΟ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ
Πολάτου Α., Ζώταλης Ν.
- ΕΑ45** ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΠΑΡΟΧΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Λαγουάρης Π.- Ε., Βίλλιας Α.
- ΕΑ46** Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΩΝ ΑΚΡΟΛΟΦΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ, ΕΤΕΡΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ Η ΑΛΛΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ
Μάλλιος Ν.
- ΕΑ47** Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΤΥΠΩΝ ΚΑΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ
Ζουμπουλάκης Μ., Φωτουλάκη Μ., Τοπίτσογλου Β., Λαζίδου Π., Τσιάντου Δ., Ζουλούμης Λ. Κοτσάνος Ν.
- ΕΑ48** ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΤΕΛΑΓΓΕΙΕΚΤΑΣΙΑ - ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ
Ζουμπουλάκης Μ., Καλαμπαλίκη Α., Μακρυγιάννης Ι., Μάρκου Β., Κουβέλη Δ., Ζουλούμης Λ.
- ΕΑ49** ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ
Καρακελίδου Α., Ηλιάδης Σ., Βενέτης Γ.
- ΕΑ50** Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΑΜΕΑ ΑΝΑΠΟΣΠΑΣΤΟΣ ΚΡΙΚΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥΣ
Καγκελάρη Χ., Κυρές Π., Ζουμπουλάκης Μ., Παρασύρης Σ., Γεωργαλά Δ., Βλασιάδης Κ., Μπογοσιάν Ε.
- ΕΑ51** ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΙΛΩΝ ΟΔΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΟΠΑΣΤΑΣ ΣΤΑ ΔΥΟ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΖΩΗΣ
Μπίμπαση Β., Τατόγλου Λ., Λέφα Π., Καρατάσιου Ζ., Τσεκούρα Ε.
- ΕΑ52** ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ TURNER ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 3 ΕΤΩΝ, ΛΟΓΩ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΑΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ.
Τσεκούρα Ε., Ταταριώτη Δ., Υφαντή Κ.
- ΕΑ53** ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Κ.Υ. ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ 7ης Υ.Π.Ε.
Θαμνίδης Ν., Τζανάκη Ε., Ζαβιδάκη Α.

14.45': ΛΗΞΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ - ΑΠΟΝΟΜΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Βιογραφικά σημειώματα των τιμωμένων μελών

Μάριος Α. Φραγκάκης



Ο Μάριος Φραγκάκης γεννήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης το 1948. Αποφοίτησε από την Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών το 1973. Άσκησε την Οδοντιατρική στο Ηράκλειο από το 1976-1986. Από 10-10-1986 έως 30-10-1989 υπηρέτησε ως Επιμελητής Α' ΕΣΥ στη Γναθοχειρουργική Κλινική του Π.Γ.Ν. Ηρακλείου «Πανάειο - Βενιζέλειο» και από 1-11-1989 έως 31-12-2015 ως Συντονιστής Διευθυντής στο Οδοντιατρικό Τμήμα ΠαΓΝ Ηρακλείου. Εκεί στο Μεγάλο Σχολείο, αλληλοδιδάχτηκε και αυτομορφώθηκε ενώ παράλληλα οργάνωσε και άσκησε με επάρκεια όλο το κλινικό έργο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και της Ειδικής Φροντίδας, δηλαδή Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία και Επανεκτίμηση στους ειδικούς ασθενείς και στα ΑμεΑ. Ήταν ιδρυτικό μέλος και Αντιπρόεδρος της «Στοματολογικής Εταιρείας Κρήτης» (1983). Υπήρξε ιδρυτικό μέλος (1997), και Γενικός Γραμματέας (1998-2013) του Δ.Σ. της «Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής», μέλος της Επιτροπής Εκπαίδευσης και μέλος της Συντακτικής Επιτροπής του Περιοδικού «Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική». Διετέλεσε εκλεγμένο μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης (2002-2004), Εθνικός Κριτής (2004) και Εισηγητής-Κριτής σε ΣΚΕΙΟΠΝΙ.

Είναι κάτοχος Διδακτορικού τίτλου τον οποίο έλαβε το 1997 από το Ιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Κρήτης. Διοργάνωσε πέντε Σεμινάρια Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής στο ΠαΓΝΗ (2000-2004).

Συνέγραψε κεφάλαιο στο βιβλίο «Στοιχεία Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής» του μαθήματος «Γηροδοντιατρική - Νοσοκομειακή Οδοντιατρική» της Οδοντιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ (2006) και συμμετείχε στη διδασκαλία του μαθήματος, μετά από πρόσκληση του Καθ. Η. Καρκαζή. Παρακολούθησε και συμμετείχε σε Συνέδρια, Σεμινάρια και Ημερίδες ως ομιλητής με ανακοινώσεις ή εισηγήσεις. Άρθρα του έχουν δημοσιευθεί σε τόμους Πρακτικών και σε επιστημονικά περιοδικά. Στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΕΝΟ (2001) απονεμήθηκε το 1ο και 2ο Βραβείο καλύτερης επιστημονικής εργασίας σε δυο ανακοινώσεις του Οδοντιατρικού Τμήματος ΠαΓΝΗ. Συμμετείχε στον Α' κύκλο Μετεκπαιδευτικού Προγράμματος στο αντικείμενο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής που πραγματοποιήθηκε από 26-6-2000 έως 7-7-2000, στο Οδοντιατρικό Τμήμα ΠαΓΝΗ, το οποίο ορίστηκε ως Εκπαιδευτικό Κέντρο με απόφαση του ΔΣ της ΕΕΝΟ. Οργάνωσε Εκπαιδευτικά Μαθήματα στο Οδοντιατρικό Τμήμα ΠαΓΝΗ (1991-2015) και Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα για τους επισκέπτες φοιτητές Οδοντιατρικών Σχολών, κατά τους θερινούς μήνες από το 2003.

Ασχολήθηκε ερασιτεχνικά με τη φωτογραφία και υπήρξε μέλος της Ελληνικής Φωτογραφικής Εταιρείας Παράρτημα Ηρακλείου.

Αποχώρησε από την ενεργό υπηρεσία στο τέλος του 2015 και συνεχίζει να ζει στο Ηράκλειο. Είναι έγγαμος, πατέρας δυο κοριτσιών και παππούς δυο εγγονιών.

Σπύρος Μικρούλης

Ο Σπύρος Μικρούλης γεννήθηκε στην Αθήνα το 1949. Σπούδασε στην Οδοντιατρική Σχολή Αθηνών και πήρε πτυχίο με βαθμό «Λίαν καλώς» το 1973.

Άσκησε την Οδοντιατρική στην Αθήνα ως ελεύθερος επαγγελματίας μέχρι το 1986, οπότε διορίστηκε στο ΕΣΥ ως επιμελητής Α' στο Κ. Υγείας Περάματος του Νομού Ρεθύμνης.

Λόγω μη λειτουργίας του Κ. Υγείας παρέμεινε και εργάστηκε επί 2 έτη στο Οδοντιατρείο του Νοσοκομείου Ρεθύμνου. Το 1988 εργάστηκε στο Κ. Υγείας Περάματος και το 1989 διορίστηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου ως Επιμελητής Α' Οδοντιατρικής όπου παρέμεινε για ένα και πλέον έτος. Η θητεία του στο ΠαΓΝΗ του έδωσε την ευκαιρία να εκπαιδευτεί στη Νοσοκομειακή Οδοντιατρική και συγκεκριμένα στην Μικρή Χειρουργική του Στόματος, στην αντιμετώπιση Οδοντιατρικών ασθενών στο Χειρουργείο με Γενική και Τοπική



αναισθησία, στη Νοσηλεία Οδοντιατρικών ασθενών και στη διάγνωση και διαφορική διάγνωση των στοματικών παθήσεων και των τραχηλοπροσωπικών διογκώσεων.

Το 1990 διορίστηκε Διευθυντής στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου Ρεθύμνου και άσκησε όλο το φάσμα της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής μέχρι τη συνταξιοδότησή του το Δεκέμβριο του 2016. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην Μικρή Χειρουργική του στόματος, στη διάγνωση και παραπομπή των καταγμάτων της Γναθοπροσωπικής πε-

ριοχής, στη Νοσηλεία Οδοντιατρικών ασθενών και στην αντιμετώπιση των ΑΜΕΑ με επισκέψεις στα ειδικά σχολεία και ιδρύματα και με θεραπεία ακόμα και στο χειρουργείο με Γενική Αναισθησία όπου κρίθηκε αναγκαίο. Εκτός από το κλινικό έργο έχει εκπονήσει ελεύθερες ανακοινώσεις σε συνέδρια και εργασίες που έχουν δημοσιευθεί σε τόμους πρακτικών των συνεδρίων και σε οδοντιατρικά περιοδικά. Έχει συμμετάσχει σε στρογγυλά Τραπέζια και ως εισηγητής σε μετεκπαιδευτικά μαθήματα και συνέδρια. Μαζί με τους συναδέλφους του οργάνωσε εκπαιδευτικά μαθήματα και συνέβαλε στην εκπαίδευση φοιτητών και πτυχιούχων που παρακολούθησαν τις εργασίες του Οδοντιατρικού τμήματος. Παρακολούθησε μεγάλο αριθμό συνεδρίων, σεμιναρίων και εκπαιδευτικών μαθημάτων. Υπήρξε μέλος Στοματολογικών Εταιριών και της Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Επίσης υπήρξε μαζί με το Μάριο Φραγκάκη και ομάδα εκπαίδευσης εισηγητής για την εξειδίκευση στην Νοσοκομειακή Οδοντιατρική. Υπήρξε μέλος στο ΣΚΕΙΟΠΝΙ Ηρακλείου, αναπληρωματικό μέλος στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΕΣΥ και είχε εκλεγεί 2 τριετίες Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και 3 τριετίες Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας. Με την ιδιότητα του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας υπήρξε κατά καιρούς και Διοικητής του Νοσοκομείου.

Είναι έγγαμος, έχει μία κόρη και ένα εγγονό.



Χιμαιρικά Πλάσματα στην Ελληνική Μυθολογία και Αντανakλάσεις στην Επιστήμη*

(απόσπασμα της ομιλίας)

Μπαζοπούλου-Κυρκανίδου Ευτέρπη

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 11: 57-58, 2018

Υπάρχουν αρκετά χιμαιρικά πλάσματα στην Ελληνική Μυθολογία. Η ίδια η Χίμαιρα ήταν ένα τριφυές πλάσμα, συνδυασμός λέοντος, γίδας και φιδιού, από την οποία προήλθε ο επιστημονικός όρος, ο οποίος ορίζει ένα άτομο αποτελούμενο από κύτταρα που προέρχονται από διαφορετικούς ζυγώτες. Εκτός από αυτήν τη δια-ειδική χίμαιρα ζώων, στην Ελληνική Μυθολογία υπάρχουν επίσης και χίμαιρες ανθρώπου/ζώου, όπως ο φίδι/άνδρας Κέκρωψ, ο ψάρι/άνδρας Τρίτων, η γυναίκα/λέαινα με φτερά Σφίγγα, και η πουλί/γυναίκα σειρήνα. Μεταξύ αυτών διακρίνονται οι Κένταυροι, ίππος/άνδρας, και ο ταύρος/άνδρας Μινώταυρος.

Τα πλάσματα αυτά, τα οποία παρουσιάστηκαν στη λογοτεχνία και την τέχνη πριν χιλιάδες χρόνια, διατήρησαν τη συναρπαστική τους φύση και την αρχέτυπη μορφή τους κατά τη διάρκεια των αιώνων, αν και, από τον τέταρτο αιώνα π.Χ., υπήρχαν αντίθετες γνώμες με αυτή την ιδέα από παραδοξογράφους, ιστορικούς, και φιλοσόφους όπως ο Παλαίφατος, ο Ηράκλειτος, ο Φιλόχορος, ο Servius και ο Αριστοτέλης.

Σύγχρονοι συγγραφείς επαναλαμβάνουν και παρατείνουν τις μυθικές εντυπώσεις για τη φύση και το σχήμα αυτών των πλασμάτων, δίχως αναφορές στις υπάρχουσες πηγές με ορθολογικές αποδόσεις, όπως στην περίπτωση της τεκνοποίησης και γέννησης του Μινώταυρου και τη φυσική εμφάνιση των Κενταύρων.

Ολίγες μόνο δεκαετίες πριν θα αναφερόμασταν στις δια-ειδικές χίμαιρες ζώων ως απλά δημιουργήματα της φαντασίας, γνωρίζοντας ότι, τέτοιου είδους πλάσματα δεν υφίστανται. Εντούτοις, στις αρχές της δεκαετίας

του 1980, πειραματικές χίμαιρες αμνού/γίδας παρήχθησαν απομακρύνοντας το αναπαραγωγικό φράγμα ανάμεσα σε αυτά τα δύο είδη ζώων. Προς το τέλος της δεκαετίας του 1990, νομικές αμφισβητήσεις εντέλλονται επί ενός δικαιώματος ευρεσιτεχνίας σε χίμαιρες ανθρώπου/ζώου. Δεν είναι εύκολη η τελική απόφαση. Η αρχαία λογοτεχνία και η τέχνη παρέχουν λεπτομέρειες για την προέλευση, τη συμπεριφορά και τη μοίρα αυτών των πλασμάτων ανθρώπου/ζώου. Κάτω από το φως της τρέχουσας βιοτεχνικής καινοτομίας, αξίζει να κοιτάξουμε προς αυτά τα δημιουργήματα της φαντασίας και να ιδούμε εάν γίνεται να ωφεληθούμε από αυτήν την εμπειρία.

Προτίθεται να παρουσιάσω αμφότερες, και τις μυθικές και τις ορθολογικές αρχαίες καλλιτεχνικές και λογοτεχνικές ενδείξεις για την Χίμαιρα, τους Κενταύρους και τον Μινώταυρο, και την επακόλουθη διαμάχη επί της ενδεχόμενης επέκτασης και εφαρμογής της χιμαιρικής ανθρώπου/ζώου βιοτεχνολογίας. Η σχετική με τον μύθο και τις χίμαιρες αρχαία λογοτεχνική μαρτυρία προέρχεται από υπάρχοντα κείμενα και βιβλιογραφικές αναφορές συγγραφέων...

Τα χιμαιρικά πλάσματα της μυθολογίας διατήρησαν την γοητεία τους μέχρι σήμερα, καιρός όπου πρέπει να αντιμετωπίσουμε την υπάρχουσα εν δυνάμει πραγματικότητα αυτού του είδους πλάσματα να δημιουργηθούν στο εργαστήριο για διάφορους σκοπούς. Η Χίμαιρα, ο Μινώταυρος, και οι Κένταυροι, μπορούν κάλλιστα να είναι μυθικά, αλλά, με επιστημονικούς όρους, δια-ειδικές ετερόλογες χίμαιρες είναι ζώα με γενετικό υλικό από διάφορα είδη, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν και ανθρώπους. Αλλά εκεί όπου οι μυθικές χίμαιρες είτε σκοτώθηκαν από ήρωες ή περιθωριοποιήθηκαν, οι εν δυνάμει σύγχρονες χίμαιρες της βιοτεχνολογίας θέτουν ερωτήματα για νομικούς, βιοηθικούς, και βιολόγους, στην περίπτωση που εμπλέκεται ανθρώπινο συστατικό. Μολο-

Ομότιμος Καθηγήτρια Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

νότι τα πλάσματα αυτά θα είναι στείρα (τουλάχιστον, ελπίζουμε), υπάρχει φόβος ότι στο μέλλον αυτό το ενδεχόμενο μπορεί να είναι καταστροφικό για την πνευματική ανάπτυξη και τον πολιτισμό. Το θέμα ηθικής που εγείρεται στην έκδοση αδείας ευρεσιτεχνίας σε μεθόδους δημιουργίας ανθρώπου/ζώου χίμαιρα είναι ενθαρρυντικό γιατί είναι ανθρωπιστικό. Σε διλήμματα γενετικής παρέμβασης στην εξέλιξη υπάρχει πάντοτε πολιτιστική αντίδραση στον αντίκτυπο: «Είναι δυνατόν ο άνθρωπος να αναλαμβάνει ευθύνη σαν να είναι Θεός; Από πού οι ηθικές αξίες;». Επί πλέον ο Όμηρος στον όγδοο αιώνα π.Χ. λέγει ότι ο Βελλεροφόντης σκότωσε την Χίμαιρα «κατέπεφνε θεών τεράεσσι πιθήσας». Η ομοιότητα αυτή, με χρονική διαφορά είκοσι οκτώ αιώνων, δείχνει ότι, οι ανθρώπινες αξίες παραμένουν σταθερές ανά τους αιώνες. Δεν είναι αυτή η παρατήρηση ελπιδοφό-

ρος για το μέλλον;

Οι ικανότητες του ανθρώπου και να δημιουργεί μύθους και να συλλογίζεται, όπως τόνισε ο Dawkins το 1998, πηγάζει από την γόνιμη δύναμη του ρεύματος δημιουργικής φαντασίας το οποίο αρδεύει τις νοητικές λειτουργίες. Στην περίπτωση των χιμαιρών, η μυθική έννοια προηγήθηκε της επιστημονικής περισσότερο από δύο χιλιετίες· αλλά το ίδιο σημείο όπου οι ποιητές και οι καλλιτέχνες επέτυχαν με την ιπτάμενη φαντασία τους, οι επιστήμονες κατόρθωσαν να προσεγγίσουν προσθέτοντας τη λαχανιασμένη τους προσπάθεια.

** Δημοσίευση της πλήρους εργασίας το πρώτον:
Euterpe Bazoroulou-Kyrkanidou: Chimeric Creatures in Greek Mythology and Reflections in Science. American Journal of Medical Genetics 100:66-80, 2001.*

ΣΤΡΟΓΓΥΛΑ ΤΡΑΠΕΖΙΑ

ΣΤΡ1

ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΣΕ ΦΑΡΜΑΚΑ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Συντονίστρια:

Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη, DDS, MSc, Dr Dent, Καθηγήτρια και Διευθύντρια Κλινικής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

Εισηγητές:

1. Οδοντιατρική Ογκολογία - Dental Oncology: Η διεπιστημονική προσέγγιση στην πρόληψη, πρώιμη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεονέκρωσης των γνάθων στον Ογκολογικό ασθενή.

Ουρανία Νικολάτου-Γαλίτη, DDS, MSc, Dr Dent, Καθηγήτρια και Διευθύντρια Κλινικής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

2. Οδοντική εξαγωγή και οστεονέκρωση των γνάθων σε φάρμακα.

Εμμανουήλ Βάρδας, DDS, MSc, Dr Dent, Επιστημονικός Συνεργάτης Κλινικής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

3. Οστεονέκρωση των γνάθων σε non-antiresorptive targeted medications. Η συστηματική ανασκόπηση του MASCC Bone Study Group.

Μαρία Κουρή, DDS, MSc, PhD(c), Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

4. Χαρακτηριστικά της οστεονέκρωσης των γνάθων (MRONJ) σε ογκολογικούς ασθενείς που λαμβάνουν παράγοντες στόχευσης των οστών ή/και άλλους βιολογικούς.

Ερωφίλη Παπαδοπούλου, DDS, MSc, PhD(c), Κλινική Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ.

Εισαγωγή

Η οστεονέκρωση των γνάθων αποτελεί ασυνήθη αλλά σοβαρή επιπλοκή που συσχετίζεται με την έκθεση των ασθενών σε ορισμένα φάρμακα όπως οι παράγοντες στόχευσης των οστών (bone targeting agents-BTAs) αλλά και άλλοι βιολογικοί παράγοντες. Κλινικά, η οστεονέκρωση μπορεί να εμφανιστεί ως νεκρό οστό, εκτεθειμένο ή μη στη στοματική κοιλότητα.

Στους παράγοντες στόχευσης των οστών ανήκουν τα διφωσφονικά και η δενοσουμάμπη. Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται σε ασθενείς με νοσήματα που προσβάλλουν τα οστά και χρησιμοποιούνται για να μειώσουν τα οστικά συμβάματα, όπως τα κατάγματα.

Εκτός από τους παράγοντες στόχευσης των οστών, η επιπλοκή της οστεονέκρωσης των γνάθων έχει συσχετιστεί και με την έκθεση σε βιολογικές θεραπείες όπως οι αναστολείς αγγειογένεσης, οι αναστολείς τυροσινικών κινασών, οι αναστολείς του κυτταρικού υποδοχέα της ραπαμυκίνης στα θηλαστικά, οι ανοσοθεραπευτικοί παράγοντες και η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

Παθογένεια

Η παθογένεια της οστεονέκρωσης των γνάθων δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Φαίνεται πως είναι αποτέλεσμα της συνεργικής δράσης μεταξύ τοπικής λοίμωξης/τραυματισμού και μειωμένης οστικής αναδόμησης/μεταβολισμού λόγω της έκθεσης στους BTAs. Σημαντικός είναι ο ρόλος της οδοντικής και περιοδοντικής λοίμωξης, που μπορεί να προηγείται της κλινικής εμφάνισης της οστεονέκρωσης.

Κλινική εικόνα & διάγνωση

Όσον αφορά στη διάγνωση της οστεονέκρωσης, τα κύρια σημεία και συμπτώματα που αναφέρονται είναι ο πόνος και τα σημεία φλεγμονής. Για τη διάγνωση, απαιτείται: Περιοχή με κλινική αποκάλυψη νεκρού οστού ή με νεκρό οστό, που ψηλαφείται μέσα από συρίγγιο και παραμένει για περισσότερο από 8 εβδομάδες, ιστορικό τρέχουσας ή προηγηθείσας θεραπείας με διφωσφονικά, δενοσουμάμπη ή αναστολείς αγγειογένεσης και απουσία ιστορικού ακτινοθεραπείας ή μετάστασης στη γνάθο. Αν και η ακτινογραφική εικόνα δεν συμπεριλαμβάνεται στον ορισμό, η ακτινογραφική εξέταση είναι απαραίτητη για τον έλεγχο και τον καθορισμό της έκτασης της οστικής προσβολής.

Θεραπευτικός αλγόριθμος

Όσον αφορά στη θεραπεία της οστεονέκρωσης των γνάθων στόχος είναι ο έλεγχος της λοίμωξης και του πόνου και ο περιορισμός της εξέλιξης της νόσου. Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική (διατήρηση καλής στοματικής υγιεινής, εξάλειψη ενεργού οδοντικής και περιοδοντικής φλεγμονής, τοπικά αντιβακτηριακά διαλύματα, συστηματική αντιβιοτική αγωγή) ή χειρουργική. Οι ασθενείς που έχουν λάβει χαμηλής δόσης θεραπεία για λιγότερο από 3 χρόνια ή έχουν προγραμματιστεί να λάβουν χαμηλής δόσης φάρμακα και δεν έχουν άλλο πρόσθετο παράγοντα κινδύνου αποτελούν ομάδα με χαμηλό κίνδυνο οστεονέκρωσης, ενώ ασθενείς που πρόκειται να λάβουν υψηλής δόσης διφωσφονικά ή δενοσουμάμπη, άτομα που έχουν προηγουμένως λάβει χαμηλής δόσης διφωσφονικά ή δενοσουμάμπη για περισσότερο από 3 χρόνια και αυτοί που έχουν παράγοντες κινδύνου και λαμβάνουν χαμηλής δόσης διφωσφονικά ή δενοσουμάμπη αξιολογούνται ως ασθενείς αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης οστεονέκρωσης.

Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να υποβληθούν σε λεπτομερή οδοντιατρική κλινική και ακτινολογική εξέταση πριν την έναρξη της θεραπείας με παράγοντες στόχευσης των οστών.

Κατά τη διάρκεια λήψης διφωσφονικών / δενοσουμάμπης, σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου μπορούν να γίνουν όλες οι οδοντιατρικές θεραπείες, χωρίς ιδιαίτερες προφυλάξεις. Σε ασθενείς αυξημένου κινδύνου επεμβατικές οδοντιατρικές πράξεις θα γίνουν εφόσον υπάρχει οδοντική λοίμωξη, που δεν ανταποκρίνεται με συντηρητική, συμβατική θεραπεία και ο ασθενής θα παραπεμφθεί σε κέντρο με τεκμηριωμένη εμπειρία στην αντιμετώπιση ανάλογων ασθενών.

Ο ρόλος του Οδοντίατρου

Ο οδοντίατρος μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης της οστεονέκρωσης των γνάθων. Η εφαρμογή προληπτικών μέτρων και καλής στοματικής υγιεινής μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της επιπλοκής όπως πολύ σημαντική είναι και η πρόωμη διάγνωση. Πολύ σημαντική είναι η εκπαίδευση του οδοντίατρου με στόχο την επικοινωνία με το θεράποντα ιατρό του ασθενούς.

Συμπερασματικά, η οστεονέκρωση των γνάθων αποτελεί σημαντική επιπλοκή που μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία της υποκείμενης νόσου. Οι οδοντίατροι μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη της επιπλοκής κι επομένως στη μείωση του πόνου και της νοσηρότητας αλλά και στη μεγιστοποίηση της ωφελιμότητας της θεραπείας με τα φάρμακα που σχετίζονται με την επιπλοκή.

ΣΤΡ2

Η ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ Στρογγυλό Τραπέζι της Ελληνικής Εταιρείας Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής (ΕΕΝΟ)

Συντονίστρια:

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, DDS, MPhil Med, Dr Dent, Πρόεδρος της ΕΕΝΟ, Συντονίστρια Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο» Βούλας

Εισηγητές:

1. Ορισμοί - Ιστορική Αναδρομή.

Φλώρα Ζερβού-Βάλβη, DDS, MPhil Med, Dr Dent, Συντονίστρια Διευθύντρια του Οδοντιατρικού Τμήματος - Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ ΓΝ«Ασκληπιείο» Βούλας, Πρόεδρος ΕΕΝΟ

2. Οι λόγοι που επιβάλλουν την θέσπιση της ειδικότητας.

Ευαγγελία Μπογοσιάν, DDS, MA, Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος ΠαΓΝ Ηρακλείου, Α' Αντιπρόεδρος ΕΕΝΟ

3. Σύγχρονες προσεγγίσεις και προσαρμογές στην οδοντιατρική περίθαλψη των ΑμεΑ ως αναπόσπαστο μέρος της ειδικότητας.

Χρήστος Μάκος, DDS, MD, PhD, MBA, Διευθυντής Τμήματος Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν. Κιλκίς, Αναπληρωτής Διοικητής ΓΝΘ «Ιπποκράτειο», Β' Αντιπρόεδρος ΕΕΝΟ

Σκοπός του Στρογγυλού αυτού Τραπέζιού είναι η ανάπτυξη των ορισμών της Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας και της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, η παράθεση σχετικής ιστορικής αναδρομής, η ανάδειξη των λόγων που επιβάλλουν και στην Ελλάδα τη θέσπιση της ειδικότητας και η έμφαση στις σύγχρονες προσεγγίσεις

και προσαρμογές που πρέπει να γίνουν στην οδοντιατρική περίθαλψη της κύριας πληθυσμιακής ομάδας των περιθαλπομένων στα Νοσοκομεία που είναι τα άτομα με Αναπηρία (ΑμεΑ), ως αναπόσπαστο μέρος της ειδικότητας.

Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας (ΟΕΦ - Special Care Dentistry), είναι ο κλάδος της Οδοντιατρικής, ο οποίος παρέχει πρόληψη και θεραπεία στις παθήσεις του στόματος σε άτομα ή κοινωνικές ομάδες που αδυνατούν να δεχθούν τη συνήθη οδοντιατρική περίθαλψη εξαιτίας κάποιας σωματικής, πνευματικής, ιατρικής, ψυχικής, νοητικής ή κοινωνικής δυσλειτουργίας ή αναπηρίας ή όπως συμβαίνει συχνότερα εξαιτίας συνδυασμού των προαναφερθέντων παραγόντων. Αντικείμενο της είναι η βελτίωση της στοματικής υγείας των ανωτέρω ατόμων, που είθισται να αναφέρονται ως «ειδικοί ασθενείς» ή «ασθενείς με αναπηρία». Οι εκπαιδευμένοι σε αυτήν οδοντίατροι μπορεί να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης και σε κατ'οίκον νοσηλεία των ασθενών.

Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική (ΝΟ - Hospital Dentistry) είναι η Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας που παρέχεται στο Νοσοκομείο και μπορεί να περιγραφεί ως μια συνθετική, πολύκλαδη και οριζόντια ειδικότητα που ενσωματώνει και αξιοποιεί γνώσεις και δεξιότητες πολλών πεδίων της Οδοντιατρικής και Ιατρικής Επιστήμης προκειμένου να αντιμετωπίζει με ασφάλεια τους ειδικούς ασθενείς.

Στην χώρα μας η ΝΟ άρχισε ουσιαστικά να αναπτύσσεται από το 1985, οπότε άρχισε η εισροή οδοντιάτρων στα Νοσοκομεία με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίοι έχουν προσφέρει σημαντικές υπηρεσίες. Όμως, παρουσιάζονται μεγάλες διαφορές δραστηριοτήτων ανάμεσα στα Νοσοκομειακά Οδοντιατρικά Τμήματα, σε πολλά δε από αυτά η παροχή περίθαλψης απέχει πολύ από τον στόχο της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, γεγονός που σε μεγάλο βαθμό οφείλεται στην έλλειψη καθιέρωσης της ειδικότητας. Με την καθιέρωση της ειδικότητας διασφαλίζεται:

1. Στους ειδικούς ασθενείς:

- Η παροχή υψηλού επιπέδου οδοντιατρικών υπηρεσιών με ασφάλεια.
- Η αποφυγή μετακινήσεων και ταλαιπωρίας αυτών και των οικογενειών τους προς αναζήτηση της κατάλληλης περίθαλψης.
- Η μείωση του κόστους για τη λήψη υπηρεσιών.
- Η μείωση των χρόνων αναμονής.

2. Στην οδοντιατρική κοινότητα:

- Η αναβάθμιση του ρόλου της οδοντιατρικής ως αναπόσπαστου κρίκου της ιατρικής αλυσίδας, ιδιαίτερα εντός του Νοσοκομείου.
- Η άρση της ασυμμετρίας μεταξύ καθηκόντων - επιστημονικών απαιτήσεων των οδοντιάτρων και της εκπαίδευσής τους.
- Η βασισμένη στην επιστημονική γνώση περίθαλψη των ασθενών και την άσκηση Οδοντιατρικής Βασισμένης στην Τεκμηρίωση.

- Η παροχή αναβαθμισμένων οδοντιατρικών υπηρεσιών στα Νοσοκομεία.
- Η μεταφορά της σύγχρονης γνώσης και εμπειρίας μέσα από θεσμοθετημένες διαδικασίες της ειδικότητας στις επόμενες γενιές οδοντιάτρων.
- Η επίλυση πιθανών νομικής φύσεως θεμάτων των οδοντιάτρων.

3. Στην Πολιτεία:

- Η εκπλήρωση των συνταγματικών επιταγών για την ισότητα των πολιτών καθώς και για τη μέριμνα του κράτους για την υγεία των πολιτών και την προστασία της αναπηρίας και τη συμμόρφωσή της με τις κυρωμένες από το ελληνικό κοινοβούλιο διεθνείς και ευρωπαϊκές συμβάσεις.
- Η μείωση του κόστους για τα ασφαλιστικά ταμεία.

Στα πλαίσια της ειδικότητας και ως αναπόσπαστο μέρος αυτής, έμφαση πρέπει να δοθεί στις σύγχρονες προσεγγίσεις και προσαρμογές που πρέπει να γίνουν στην οδοντιατρική περίθαλψη των ΑμεΑ, των ασθενών χρόνιων παθήσεων και νεοπλασιών περιλαμβανομένων, που αποτελούν την πλέον σημαντική πληθυσμιακή ομάδα των περιθαλπομένων στα Νοσοκομεία. Τέτοιες προσεγγίσεις και προσαρμογές είναι οι ακόλουθες:

- Η νομοθετική υποχρέωση και έλεγχος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών από την πρόληψη μέχρι και την αντιμετώπιση σε αυτές τις κατηγορίες.
- Η αναγνώριση της ειδικότητας της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής - Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας.
- Η προκήρυξη θέσεων και στελέχωση των νοσοκομειακών οδοντιατρικών τμημάτων με εξειδικευμένους οδοντιάτρους και η υποχρεωτική εκπαίδευση των ήδη υπηρετούντων με απονομή επίσημου τίτλου.
- Η οργάνωση των νοσοκομειακών οδοντιατρικών τμημάτων με κλίνες νοσηλείας ασθενών, εξωτερικό ιατρείο, σπητικό χειρουργείο, χειρουργείο γενικής αναισθησίας με προσωπικό νοσηλευτικό και βοηθούς οδοντιάτρους.
- Η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων αποστείρωσης με παράδοση του έργου στο νοσοκομειακό τμήμα αποστείρωσης με διακοπή χρήσης κλιβάνων αποστείρωσης με ευθύνη των οδοντιάτρων, με σετ εργαλείων και ατομικές συσκευασίες σε φακέλους, ατομικές αποστειρωμένες χειρολαβές υψηλών και χαμηλών ταχυτήτων και μικροεργαλείων και διαχωρισμός χώρων εξωτερικού ιατρείου και σπητικού χειρουργείου.
- Η λειτουργία και στελέχωση οδοντοτεχνικού εργαστηρίου ή αγορά ανάλογης εργασίας προς αντιμετώπιση κινητής και ακίνητης προσθετικής.
- Η συνεργασία των οδοντιατρικών τμημάτων με τμήματα γναθοπροσωπικής χειρουργικής ή, εάν είναι εφικτό, η συνυπηρέτηση στο νοσοκομειακό οδοντιατρικό τμήμα γναθοχειρουργού, οπότε σε μία κοινή χειρουργική συνεδρία μπορούν να αντιμετωπίζονται όλα τα σχετικά προβλήματα των ληπτών υγείας.
- Η εγκατάσταση και εφαρμογή του απαραίτητου ιατρικού φακέλου και με οδοντιατρικές παροχές υπηρεσιών υγείας εθνικής εμβέλειας με όφελος την εξυπηρέτηση

ασθενών, την ιστορικότητα, την ελαχιστοποίηση του απαιτούμενου χρόνου και την πάταξη της γραφειοκρατίας.

- Η ανάπτυξη συστήματος τηλειατρικής με οθόνες, κάμερες, ήχο, φωνή, πληκτρολόγια ειδικών χρηστών, φωτογράφηση, αποθήκευση μέχρι και συνταγογράφηση φαρμάκων, ακτινογραφιών και εργαστηριακών εξετάσεων με διαδικτυακή αποστολή δεδομένων.
- Η ανάπτυξη συστήματος homecare με εκπαίδευση προσωπικού νοσηλευτικού και βοηθών οδοντιάτρων κυρίως προς μετεγχειρητική παρακολούθηση και μετεγχειρητική νοσηλεία κατ'οίκον, και όχι μόνο, με μέγιστα οφέλη στα δύο τελευταία μετακίνησης, εξόδων, κινδύνων, ταλαιπωρίας ασθενών και συνοδών, απώλεια ωρών εργασίας, αδειών και αναμονής.

Συμπερασματικά, η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική - Οδοντιατρική Ειδικής Φροντίδας αποτελεί ένα ιδιαίτερο γνωστικό αντικείμενο. Η καθιέρωση της ειδικότητας αυτής και η εγκατάστασή της στα νοσοκομεία επιβάλλεται από λόγους επιστημονικούς, κοινωνικούς και νομικούς, θα συμβάλει δε ουσιαστικά στην άνοδο του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης στα ΑμεΑ, στην πληθυσμιακή ομάδα των οποίων ανήκουν τα πιο βεβαρημένα άτομα με χρόνιες παθήσεις.

ΣΤΡ3

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Συντονιστής:

Λάμπρος Ζουλούμης

Καθηγητής, Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ.

Εισηγητές:

1. Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα και χημειοπροφύλαξη.

Μιχαήλ Ζουμπουλάκης, MSc Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ.

2. Αρρυθμίες

Ιωάννης Μακρουγιάννης, Μεταπτυχιακός φοιτητής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ.

3. Υπέρταση

Άννυ Γκουντάκου, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ.

4. Ισχαιμικά

Αφροδίτη Χαλκίδου, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ.

5. Ανεπάρκεια

Νικόλαος Κυριάκου, Μεταπτυχιακός φοιτητής Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ.

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κυριότερη αιτία του θανάτου παγκοσμίως. Περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως από καρδιαγγειακά νοσήματα από ό,τι από οποιαδήποτε άλλη αιτία.

Υπολογίζεται ότι 17,7 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους από καρδιαγγειακά νοσήματα το 2015, που αντιπροσωπεύουν το 31% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Από αυτούς τους θανάτους, περίπου 7,4 εκατομμύρια οφείλονταν σε στεφανιαία καρδιακή νόσο και 6,7 εκατομμύρια οφείλονταν σε εγκεφαλικό επεισόδιο. Πρέπει να σημειωθεί πως πάνω από τα τρία τέταρτα των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα συμβαίνουν σε χώρες και ανθρώπους με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Οι περισσότερες καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν να αποφευχθούν με την αντιμετώπιση «παραγόντων κινδύνου συμπεριφοράς» και έξιων, όπως η χρήση καπνού, η ανθυγιεινή διατροφή και η παχυσαρκία, η σωματική αδράνεια και η επιβλαβής χρήση αλκοόλ, χρησιμοποιώντας στρατηγικές ενημέρωσης και πρόληψης για ολόκληρο τον πληθυσμό.

Τα άτομα με καρδιαγγειακή νόσο ή τα άτομα με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο (λόγω της παρουσίας ενός ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία ή η ήδη καθιερωμένη ασθένεια) χρειάζονται έγκαιρη ανίχνευση και διαχείριση με τη χρήση ανάλογης ιατρικής καθοδήγησης ή/και φαρμακευτικής αγωγής, κατά περίπτωση.

Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου της ζωής αλλά και της ανόδου των ποσοστών παρουσίας επιβαρυντικών παραγόντων/έξιων, όλο και περισσότεροι ασθενείς που επισκέπτονται τα οδοντιατρεία εμφανίζουν κάποια μορφή καρδιακής πάθησης λαμβάνοντας κάποια φαρμακευτική αγωγή, ή δυστυχώς είναι αδιάγνωστοι και πρέπει ο οδοντίατρος να αναγνωρίσει πιθανά σημεία και συμπτώματα ώστε να τους κατευθύνει ανάλογα προς διάγνωση.

Σε κάθε περίπτωση ο οδοντίατρος οφείλει να είναι ενημερωμένος τόσο για την ασφάλεια του ασθενή, όσο και τη δική του, αλλά και για να μπορεί να αναγνωρίσει τα κλινικά συμπτώματα, τα φάρμακα και τις επιδράσεις αυτών καθώς και για να είναι σε θέση να κατευθύνει ανάλογα τον ασθενή και να μπορεί να συνεργαστεί με τον καρδιολόγο.

Σκοπός λοιπόν αυτών των ομιλιών είναι να βοηθήσει τον κλινικό οδοντίατρο να αποκτήσει γνώση πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Για να δομηθεί μια ολοκληρωμένη θεματολογία αποφασίστηκε να χωρισθεί το αντικείμενο σε υποενότητες οι οποίες είναι: η χημειοπροφύλαξη/ενδοκαρδίτιδα, τα ισχαιμικά επεισόδια, η υπέρταση, οι αρρυθμίες και τέλος η καρδιακή ανεπάρκεια.

Χρησιμοποιώντας λοιπόν τις παραπάνω λέξεις-κλειδιά πραγματοποιήθηκε έρευνα για τα 10 τελευταία χρόνια στο PubMed, Elsevier Scopus και Science Direct, αλλά και στη βιβλιοθήκη της οδοντιατρικής σχολής του Α.Π.Θ.

Τα αποτελέσματα αυτής της ανασκόπησης με την συγκεκριμένη δομή αφορώντας ορισμούς, αιτιολογία στατιστικά δεδομένα, φαρμακευτική αγωγή, αλληλεπιδρά-

σεις φαρμάκων, αλλά και τέλος ιατρική και οδοντιατρική διαχείριση θα παρουσιαστούν στα πλαίσια αυτού του στρογγυλού τραπέζιου.

ΣΤΡ4

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Συντονιστής:

Νικόλαος Λυγιδάκης, Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστημίου Leeds UK, τ. Διευθυντής ΕΣΥ

Εισηγητές:

1. Κλινική αντιμετώπιση σοβαρού οδοντοφατνιακού τραύματος στα παιδιά και εφήβους

Νικόλαος Λυγιδάκης, Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής Πανεπιστημίου Leeds UK, τ. Διευθυντής ΕΣΥ

2. Αντιμετώπιση ασθενών με χαμηλό βαθμό συνεργασίας με τον οδοντίατρο

Κωνσταντίνος Αραποστάθης, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ

3. Αντιμετώπιση παιδιών και εφήβων με γενική αναισθησία

Ιωάννης Κουτσούκος, Διευθυντής ΕΣΥ, Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης

Η οδοντική τερηδόνα είναι η πιο διαδεδομένη χρόνια νόσος της παιδικής ηλικίας. Ο έλεγχός της στα παιδιά παραμένει δυσεπίλυτο πρόβλημα παρά τη μεγάλη πρόοδο στις επιστημονικές γνώσεις για την πρόληψη της. Οι ανάγκες αποκατάστασης στα παιδιά και τους εφήβους προκύπτουν όχι μόνο για την οδοντική τερηδόνα αλλά για οδοντικά τραύματα, για ανεπιθύμητες ιατρογενείς βλάβες και λιγότερο συχνά από διαβρωτική φθορά των οδοντικών ιστών αλλά και ανωμαλίες διάπλασης των δοντιών. Στα παιδιά και τους εφήβους και με εξαίρεση τους οδοντικούς τραυματισμούς, οι συχνότερες βλάβες είναι στα οπίσθια δόντια νεογιλά ή μόνιμα και αυτά είναι τα δόντια που μας απασχολούν για την αποκαταστατική φροντίδα τους.

Τα άτομα που προσέρχονται στο νοσοκομείο είναι άτομα με συνήθως χαμηλού βαθμού προληπτική αγωγή στα δόντια που έχουν στο στόμα τους. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως δεν είναι συνεργάσιμοι και ο οδοντίατρος πρέπει να εφαρμόσει όλες τις βασικές μεθόδους προσέγγισης των ασθενών όπως τις τεχνικές, λέω-δείχνω-κάνω, την παρουσία-απουσία του γονέα, τον έλεγχο με τη φωνή, τη μη λεκτική επικοινωνία, τη θετική επιβράβευση και τη διάσπαση προσοχής. Ξαν λύσεις ανάγκης μπορούν να εφαρμοστούν κάποιες πιο προχωρημένες τεχνικές όπως ο περιορισμός της κινητικότητας των ασθενών με χρήση φυσικών μέσων, αλλά και φαρμακολογικές τεχνικές όπως η ενσυνείδητη χαλάρωση, η βαθιά χαλάρωση με απώλεια συνείδησης και τέλος η γενική αναισθησία. Σε κάθε περίπτωση η εξασφάλιση της ασφάλειας και της

ποιότητας της οδοντιατρικής περίθαλψης είναι υψίστης σημασίας.

Η παρουσία του γονέα στο χώρο του οδοντιατρείου αποτελεί ένα από τα πολυσυζητημένα και αμφιλεγόμενα θέματα. Το άγχος και ο φόβος του παιδιού που σχετίζεται με την άρνηση θεραπείας στα παιδιά φαίνεται ότι μπορεί να μειωθεί σημαντικά με την παρουσία του γονέα, γεγονός που τονίζει την αναγκαιότητά της. Αντίθετα, μερικές φορές η παρουσία γονέα επηρεάζει και επιβαρύνει αρνητικά τη μη συνεργάσιμη συμπεριφορά του παιδιού. Σημαντική είναι η επισήμανση της ύπαρξης εγκυκλίου της πολιτείας για το θέμα αυτό.

Η επιτυχής έκβαση και ολοκλήρωση της αντιμετώπισης εξαρτάται άμεσα και από την όσο το δυνατόν ανώδυνη παροχή της οδοντιατρικής θεραπείας. Η τοπική αναισθησία αποτελεί τον κυριότερο βοηθό του οδοντιάτρου στη θεραπεία των δοντιών αν και η βελόνα είναι στατιστικά από τους πρώτους παράγοντες φόβου στα παιδιά κατά την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο. Μέσω του ανώδυνου της διαδικασίας η επίτευξη συνεργασίας με τον μικρό ασθενή είναι πρωταρχικός στόχος για την ολοκλήρωση της οδοντιατρικής θεραπείας. Πάντα αν υπάρχει έστω και παραμικρή πιθανότητα πόνου είναι προτιμότερο να γίνεται τοπική αναισθησία πριν την έναρξη της θεραπείας παρά κατά την διάρκεια της. Το είδος αλλά και οι τεχνικές επίτευξης συνεργάσιμου ασθενή κατά την χορήγηση της τοπικής αναισθησίας είναι απόλυτη ευθύνη του οδοντιάτρου ενώ οι παράγοντες που την επηρεάζουν πρέπει να είναι γνωστές στον οδοντίατρο καθώς και οι επιπλοκές που μπορεί να δημιουργηθούν ώστε να υπάρξει η ανάλογη αντίδραση. Τελικά όσο πιο προβληματική είναι η συνεργασία του παιδιού τόσο μεγαλύτερη είναι η ανάγκη για αποτελεσματικότερη και πιο σίγουρη αναισθησία.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται σε όλες αυτές της τεχνικές διαχείρισης της συμπεριφοράς και τότε η επικοινωνία με τον ασθενή και η επίτευξη επιπέδου συνεργασίας κατάλληλου για να πραγματοποιηθεί σωστά και με ασφάλεια η οδοντιατρική θεραπεία καθίσταται δύσκολη, ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά.

Η γενική αναισθησία αποτελεί μια εναλλακτική μέθοδο αντιμετώπισης των μικρών και ειδικών ασθενών στη θεραπεία των δοντιών των ατόμων που προσέρχονται στο νοσοκομείο αν και η επιλογή των περιστατικών πρέπει όμως να είναι πολύ προσεκτική γιατί δεν πρόκειται για μια απλή διαδικασία. Πρέπει να ακολουθηθούν σωστά οι ενδείξεις και αντενδείξεις της τεχνικής καθώς και να αξιολογηθούν τα ιδιαίτερα προβλήματα και οι ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά για κάθε περίπτωση. Ο ρόλος του οδοντιάτρου ξεκινά με την εξέταση του ασθενή και την διαπίστωση ότι η γενική αναισθησία είναι η θεραπεία εκλογής για τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή. Συνεχίζεται με τον συντονισμό του Παιδιάτρου και του Αναισθησιολόγου, ενώ περιστασιακά και ανάλογα με τα ιδιαίτερα προβλήματα του κάθε ασθενή απαιτείται και η συμμετοχή και ιατρών άλλων ειδικοτήτων.

Γενική αναισθησία είναι μια ελεγχόμενη κατάσταση απώλειας της συνείδησης η οποία συνοδεύεται από απώ-

λεια όλων των προστατευτικών ανατακλαστικών, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας να διατηρεί μόνος του ο ασθενής ανοικτή την αεροφόρο οδό και να απαντά συνειδητά σε φυσικούς ερεθισμούς και λεκτικές εντολές. Η κατάσταση αυτή επιφέρεται με φαρμακευτικές μεθόδους.

Ενδείξεις χορήγησης γενικής αναισθησίας

- ο Ασθενείς με φυσικά, νοητικά ή ιατρικά προβλήματα
- ο Ασθενείς με οδοντιατρικές ανάγκες που η τοπική αναισθησία είναι ανενεργής λόγω οξείας φλεγμονής, ανατομικών ανωμαλιών ή αλλεργίας.
- ο Μη συνεργάσιμοι, εξαιρετικά φοβισμένοι ή ανήσυχτοι ασθενείς ή ασθενείς που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν και έχουν οδοντιατρικές ανάγκες που δεν μπορούν ν' αντιμετωπιστούν διαφορετικά.
- ο Ασθενείς που έχουν υποστεί εκτεταμένο στοματοπροσωπικό και οδοντικό τραύμα.
- ο Ασθενείς με σοβαρές οδοντιατρικές ανάγκες που δεν έχουν την απαιτούμενη αντιμετώπιση διαφορετικά, π.χ. διαμονή στην επαρχία.
- ο Ασθενείς που η χρήση της γενικής αναισθησίας προστατεύει την ομαλή ανάπτυξη της ψυχικής τους υγείας.

Αντενδείξεις χορήγησης γενικής αναισθησίας

ο Υγιείς, συνεργάσιμοι ασθενείς με λίγες οδοντιατρικές ανάγκες ή ασθενείς με ιατρικές αντενδείξεις γενικής αναισθησίας.

Οι απαιτήσεις για την γενική αναισθησία είναι το εξειδικευμένο προσωπικό, ο απαραίτητος εξοπλισμός και η τήρηση των προδιαγραφών που έχουν ορισθεί. Πρέπει να γίνει ο ανάλογος προ-χειρουργικός έλεγχος και να καταγράφεται το λεπτομερές ιστορικό του μικρού ασθενή, ενώ μετά το τέλος του χειρουργείου δίδονται συγκεκριμένες οδηγίες.

Οι μέθοδοι που ακολουθούνται στο νοσοκομείο για την οδοντιατρική θεραπεία είναι ευθύνη και αποκλειστικότητα του οδοντιάτρου που φέρει και την ευθύνη για την ομαλή λειτουργία της ομάδας των ιατρών και των νοσηλευτών αλλά και για την χρήση του κατάλληλου εξοπλισμού για την καλύτερη και ασφαλέστερη θεραπεία των μικρών ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο για την θεραπεία των δοντιών τους.

Παρότι οι οδηγίες των Ακαδημιών Παιδοδοντιατρικής της Ευρώπης και της Αμερικής συμπεριλαμβάνουν πάντοτε τις πιο σύνθετες φαρμακολογικές τεχνικές ελέγχου της συμπεριφοράς και του πόνου, όπως η γενική αναισθησία αλλά και η καταστολή, οι μέθοδοι αυτές δεν χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική πράξη στη χώρα μας κυρίως λόγω της ισχύουσας νομοθεσίας, της νομικής κάλυψης της διαδικασίας, του κόστους των τεχνικών εγκαταστάσεων αλλά και της ελλιπούς εκπαίδευσης του προσωπικού.

ΣΤΡ5

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΥΠΑΘΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ

Συντονίστρια:

Αναστασία Κοσιώνη, Αναπλ. Καθηγήτρια Γηροδοντιατρικής

Εισηγητές:

1. Πρόληψη και συντηρητική αντιμετώπιση οδοντικών βλαβών ευπαθών ηλικιωμένων

Μαρία Αντωνιάδου, Επικ. Καθηγήτρια Οδοντικής Χειρουργικής.

2. Προσθετική αντιμετώπιση σε ευπαθείς ηλικιωμένους **Ηρακλής Καρκαζής**, Καθηγητής Κινητής Προσθετικής.

3. Ευρωπαϊκές οδηγίες για την προαγωγή της στοματικής υγείας ευπαθών ηλικιωμένων

Αναστασία Κοσιώνη, Αναπλ. Καθηγήτρια Γηροδοντιατρικής

Οι γηροδοντιατρικοί ασθενείς, ανάλογα με την ικανότητα αυτοφροντίδας, διακρίνονται σε λειτουργικά ανεξάρτητους, ευπαθείς και λειτουργικά εξαρτημένους. Η κατηγοριοποίηση αυτή προσφέρει κάποιες γενικές κατευθύνσεις σχετικά με το εύρος της απαιτούμενης οδοντιατρικής παρέμβασης, από την πλήρη θεραπεία και αποκατάσταση έως την αποφυγή κάθε θεραπείας.

Οι «ευπαθείς» ασθενείς, ειδικότερα, παρουσιάζουν ιατροκοινωνικά προβλήματα που απαιτούν κάποιου βαθμού εξωτερική βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης και της καθημερινής στοματικής υγιεινής και της πρόσβασης στην οδοντιατρική φροντίδα. Οι περισσότεροι ασθενείς αυτής της κατηγορίας είναι υπερήλικες (άνω των 80 ετών) και διαβίουν είτε στα σπίτια τους με την υποστήριξη συγγενών ή έμμισθου προσωπικού φροντίδας είτε σε κάποιο ίδρυμα. Κάποιοι εξ αυτών, υπό προϋποθέσεις, μπορούν να αντιμετωπιστούν στο οδοντιατρείο, ενώ κάποιοι άλλοι κατ'οίκον. Σε κάποιες περιπτώσεις είναι αναγκαία η παραπομπή σε νοσοκομείο.

Στα τελευταία χρόνια αυξάνονται τα ποσοστά των ηλικιωμένων οι οποίοι διατηρούν ένα σημαντικό αριθμό φυσικών δοντιών. Στους ενόδοντες ευπαθείς και λειτουργικά εξαρτημένους ασθενείς τα στοματικά προβλήματα αυξάνονται, καθώς καταγράφονται πολλαπλά εμπόδια στη στοματική υγεία τα οποία διακρίνονται σε: α) σχετιζόμενα με τον ίδιο τον ασθενή (προσωπικά, ιατροκοινωνικά, οικονομικά, ψυχολογικά κ.ά.), β) σχετιζόμενα με την ελλιπή υποστήριξη από τους επαγγελματίες φροντίδας (ιατροί, οδοντίατροι, τυπικοί φροντιστές σε μονάδες φροντίδας, κ.ά.) λόγω περιορισμένων γνώσεων και δεξιοτήτων ή και διάθεσης/ πρόθεσης φροντίδας της στοματικής υγείας των ασθενών τους, και γ) σχετιζόμενα με ανεπαρκείς κεντρικές πολιτικές στοματικής υγείας, καθώς αυτή συνήθως δεν καλύπτεται από το κράτος ή τα ασφαλιστικά ταμεία, απαιτεί υψηλό ιδιωτικό κόστος, ενώ σπάνια παρέχει υπηρεσίες κατ'οίκον οδο-

ντιατρικής.

Στους ευπαθείς ασθενείς ο στόχος της οδοντιατρικής φροντίδας είναι ο έλεγχος του πόνου και της φλεγμονής, η διατήρηση της λειτουργικότητας του στοματογναθικού συστήματος και η διατήρηση της ποιότητας ζωής.

Η πρόληψη παίζει πολύ σημαντικό ρόλο με δράσεις σε πολλαπλά επίπεδα, όπως είναι η ενίσχυση της καθημερινής υγιεινής βλεννογόνων, γλώσσας, δοντιών και οδοντοστοιχιών, ο έλεγχος της διατροφής με περιορισμό των τερηδογόνων τροφών και των τροφών που προκαλούν διάβρωση, ο έλεγχος της ξηροστομίας, η χρήση -αν απαιτείται- τοπικών παραγόντων πρόληψης, όπως είναι τα φθοριούχα σκευάσματα και η συστηματική επικοινωνία και εκπαίδευση των φροντιστών οι οποίοι αναλαμβάνουν σε σημαντικό βαθμό τη φροντίδα στόματος των ευπαθών και λειτουργικά εξαρτημένων ασθενών.

Στους ηλικιωμένους γενικότερα, συνήθεις οδοντικές βλάβες αποτελούν οι αποτριβές, οι αποσπάσεις, οι διαβρώσεις, τα κατάγματα και η τερηδόνα μύλης και ρίζας. Ανάλογα με το είδος και τη θέση της βλάβης χρησιμοποιούνται ως υλικά αποκατάστασης οι υαλοϊονομερείς κόνιες, οι οποίες έχουν σημαντική θέση στην αντιμετώπιση των γηροδοντιατρικών ασθενών, οι ρητινοτροποποιημένες υαλοϊονομερείς κόνιες, οι σύνθετες ρητίνες και σε κάποιες περιπτώσεις και το αμάλγαμα. Κατά την αποκατάσταση των εκτεταμένων τερηδονικών βλαβών γίνεται προσπάθεια να μην τρωθεί ο πολφός, με τεχνικές όπως η μερική αφαίρεση της τερηδόνας, ενώ σημαντικό ρόλο κατέχουν οι επιδιορθώσεις των παλαιών εμφράξεων. Στην κατ'οίκον αντιμετώπιση ενδείκνυται η ατραυματική τεχνική που περιλαμβάνει αφαίρεση της τερηδόνας με εργαλεία χειρός και έμφραξη με υαλοϊονομερείς κόνιες.

Στους ευπαθείς ασθενείς, η έκταση της προσθετικής αποκατάστασης περιορίζεται σημαντικά, ενώ πάντα αξιολογείται το ισοζύγιο κόστους-οφέλους για την παροχή αποκαταστατικής θεραπείας. Έναν γενικότερο στόχο αποτελεί η διατήρηση των φυσικών δοντιών και η συντήρηση ή αποκατάσταση ενός βραχέος τόξου 20 δοντιών, το οποίο περιλαμβάνει τα πρόσθια δόντια και 4 ζεύγη ανταγωνιστών στην οπίσθια περιοχή του οδοντικού τόξου. Ένα βραχύ οδοντικό τόξο συνήθως επαρκεί για την ομαλή λειτουργία της μάσησης και την αποκατάσταση της αισθητικής και της φώνησης. Σε κάποιες περιπτώσεις ασθενών με σημαντικό βαθμό λειτουργικής εξάρτησης μπορεί να αποτελέσει θεραπευτικό στόχο και το υπερβολικά βραχύ οδοντικό τόξο 16 περίπου δοντιών, με τα πρόσθια δόντια και 1-3 οπίσθια δοντιακές επαφές. Στα πλαίσια αυτά μερικές οδοντοστοιχίες ελευθέρων άκρων που αντικαθιστούν μόνο τους γομφίους, θα πρέπει να αποφεύγονται σε ευπαθή ηλικιωμένα άτομα.

Το φάσμα της κινητής προσθετικής αποκατάστασης, που παρέχεται υπό προϋποθέσεις, περιλαμβάνει μερικές, απλές επένθετες (χωρίς συνδέσμους ακριβείας) και ομοιότυπες οδοντοστοιχίες, ενώ στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης περιλαμβάνονται και οι επιδιορθώσεις των υπαρχουσών οδοντοστοιχιών. Η καθημερινή φροντίδα των αποκαταστάσεων απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών και κυρίως των φροντιστών τους.

Τα πολύ επιβαρυσμένα δόντια των ευπαθών ασθενών θα πρέπει να εξάγονται για τον περιορισμό του πόνου και της φλεγμονής και για τη μικρότερη δυνατή επιβάρυνση της γενικής υγείας τους. Σε κάθε περίπτωση, όταν ο ασθενής είναι λειτουργικά εξαρτημένος ή κατηλωμένος, η παρέμβαση του οδοντίατρου -αν απαιτηθεί- είναι συνήθως συμπτωματική και ανακουφιστική.

Η φτωχή κατάσταση της στοματικής υγείας των ευπαθών ηλικιωμένων ώθησε το Ευρωπαϊκό Κολλέγιο Γηροδοντιατρικής (European College of Gerodontology) και την Ευρωπαϊκή Γηριατρική Εταιρεία (European Geriatric Medicine Society) στη δημοσίευση κοινών κατευθυντηρίων οδηγιών οι οποίες περιλαμβάνουν τρεις άξονες: α) την εκπαίδευση όλων των υγειονομικών αλλά και του προσωπικού φροντίδας ηλικιωμένων στην πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας, β) την ανάπτυξη κεντρικών πολιτικών στοματικής υγείας και γ) την ενίσχυση της συμμετοχής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την προστασία της στοματικής υγείας στην τρίτη ηλικία.

Οι κατευθυντήριες αυτές οδηγίες περιλαμβάνουν επίσης τις ικανότητες που θα πρέπει να κατέχουν οι μη-οδοντίατροι υγειονομικοί σχετικά με την πρόληψη και προαγωγή της στοματικής υγείας των ηλικιωμένων, αλλά και τις παρεμβάσεις που θα πρέπει να γίνουν στη λειτουργία των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων ώστε να βελτιωθεί η στοματική υγεία των φιλοξενούμενων. Σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας, βασικό στόχο αποτελεί η ένταξη της αρχικής στοματικής αξιολόγησης στη γενικότερη ιατρική αξιολόγηση, ώστε τα όποια προβλήματα υπάρχουν να εντοπίζονται έγκαιρα, να ελέγχονται, όσο είναι δυνατόν, (π.χ. η ξηροστομία φαρμακευτικής αιτιολογίας) και οι ασθενείς να παραπέμπονται στον οδοντίατρο όταν αυτό απαιτείται. Στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων θα πρέπει να παρέχεται στοματική αξιολόγηση κατά την είσοδο, καθημερινή στοματική υγιεινή με τη συνδρομή του προσωπικού φροντίδας, έλεγχος της διαίτας, τακτικές στοματικές αξιολογήσεις με χρήση κατάλληλων μέσων για μη-οδοντίατρος και πρόσβαση σε οδοντίατρο.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΤΩΝ ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ**

Εισηγητής:

Νικόλαος Γ. Νικητάκης

Καθηγητής Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή
ΕΚΠΑ

Ο καρκίνος του στόματος αποτελεί μία από τις συχνότερες μορφές κακοήθειας του ανθρώπου παγκοσμίως αντιστοιχώντας σε περίπου 300.000 νέες περιπτώσεις ετησίως. Αν και πολλές μορφές καρκίνου προσβάλλουν τη στοματική και γναθοπροσωπική χώρα, το ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του στόματος (ΑΚΣ) ευθύνεται για τη συντριπτική πλειοψηφία των κρουσμάτων. Σκοπός της εισήγησης είναι να υπογραμμίσει τις σημαντικές δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου του στόματος, τόσο σε πρωτογενές (μέσω της αποφυγής ή διακοπής των γνωστών προδιαθεσικών παραγόντων) όσο και σε δευτερογενές επίπεδο (που βασίζεται στην έγκαιρη διάγνωση, ιδανικά σε ένα προκαρκινικό στάδιο). Θα τονιστεί ιδιαίτερα ο κομβικός ρόλος των οδοντιάτρων στην αποτελεσματική εφαρμογή των βασικών αρχών πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του στόματος. Επίσης, θα δοθεί έμφαση στην παρουσίαση των σύγχρονων απόψεων και των νεότερων δεδομένων που αφορούν στις προκαρκινικές αλλοιώσεις του στόματος, λόγω της σπουδαιότητας της ορθής διάγνωσης και κατάλληλης αντιμετώπισής τους για την αποτροπή του κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής.

Αιτιολογικά, το ΑΚΣ συνδέεται κυρίως με το κάπνισμα και την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, και, σε μικρότερο βαθμό, με άλλους παράγοντες, όπως τη δράση ογκογόνων στελεχών του ιού HPV. Η ενεργός συμμετοχή του οδοντιάτρου στην ενημέρωση των ασθενών του και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου για την ύπαρξη και το μέγεθος του προβλήματος του καρκίνου του στόματος και η ενθάρρυνση της υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης με αποφυγή έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην πρωτογενή πρόληψη αυτής της θανατηφόρου νόσου.

Παρά τις σημαντικές προόδους στην κατανόηση της βιολογίας της νόσου και στις μεθόδους θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης, η πρόγνωση του ΑΚΣ παραμένει δυσμενής. Αν και ο καρκίνος του στόματος είναι άμεσα προσβάσιμος στην επισκόπηση και στη ψηλάφηση και, συνακόλουθα, μπορεί να διαγνωστεί σχετικά εύκολα και έγκαιρα από τον κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρό και οδοντίατρο, το 50% των περιπτώσεων γίνονται αντιληπτές σε προχωρημένο στάδιο. Από την άλλη πλευρά, είναι κοινώς αποδεκτό ότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του στόματος σε

πρώιμα στάδια ανάπτυξης, πριν την εν τω βάθει διηθητική και κυρίως την επιχώρια λεμφαδενική ή απομακρυσμένη μεταστατική επέκταση, μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στη βελτίωση των ποσοστών πενταετούς επιβίωσης. Επιπλέον, στις περισσότερες περιπτώσεις, της ανάπτυξης του ΑΚΣ προηγείται ένα στάδιο προκαρκινικών αλλοιώσεων, η κακοήθης εξαλλαγή των οποίων μπορεί να αποφευχθεί, εφόσον ανιχνευθούν, διαγνωστούν και αντιμετωπιστούν έγκαιρα και αποτελεσματικά. Ο οδοντίατρος έχει τη δυνατότητα να εξετάζει σε τακτική βάση τη στοματική κοιλότητα των ασθενών του και, κατά συνέπεια, βρίσκεται στην καταλληλότερη θέση για να εντοπίσει πρόδρομες ή αρχόμενες καρκινικές βλάβες, διαδραματίζοντας έναν κομβικό ρόλο στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του στόματος.

Οι πρόδρομες αλλοιώσεις του ΑΚΣ έχουν αποδοθεί με ποικίλες ονοματολογίες, όπως προκαρκινικές βλάβες και καταστάσεις ή δυνητικά κακοήθεις διαταραχές, και περιλαμβάνουν διάφορες επιμέρους οντότητες, με σημαντικότερες τη λευκοπλακία και την ερυθροπλακία. Έχουν αποτελέσει πεδίο εντατικής και μακροχρόνιας μελέτης με πληθώρα σημαντικών ευρημάτων, τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν κλινικά, αλλά και να αποτελέσουν εφαλτήριο για μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες. Πρόσφατα, οι νεότερες εξελίξεις στον τομέα των προκαρκινικών διαταραχών του στόματος παρουσιάστηκαν αναλυτικά στο Ειδικό Τεύχος του επιστημονικού περιοδικού «Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology» με τίτλο «Preneoplastic Oral Epithelial Lesions» (Special Guest Editor: N. Nikitakis) με συμμετοχή παγκοσμίως καταξιωμένων ειδικών συγγραφέων. Ακολουθώντας τη θεματολογία του Ειδικού Τεύχους, θα παρουσιαστούν συνοπτικά τα σημαντικότερα στοιχεία, συμπεριλαμβανοντας: 1) Ιστορική αναδρομή, ονοματολογία και ταξινόμηση, 2) Κλινική εικόνα, 3) Ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά, 4) Παράγοντες κινδύνου και αιτιοπαθογένεια, 5) Εκτίμηση κινδύνου κακοήθους εξαλλαγής, 6) Μοριακές συνιστώσες και δείκτες, 7) Νεότερες διαγνωστικές τεχνικές και 8) Θεραπευτική αντιμετώπιση. Τα μέχρι σήμερα γνωστά δεδομένα και τα πλέον πρόσφατα και ελπιδοφόρα ευρήματα θα αναφερθούν συνοπτικά, ενώ θα αναδειχθούν οι συνεχιζόμενες προκλήσεις και οι μελλοντικές προοπτικές και ερευνητικές κατευθύνσεις.

Συμπερασματικά, οι δυνητικά κακοήθεις διαταραχές και ο καρκίνος του στόματος αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα υγείας με πολύπλευρες προεκτάσεις. Από το σύνολο των ιατρών και επαγγελματιών υγείας, ο οδοντίατρος βρίσκεται στην πλέον υπεύθυνη αλλά και πλεονεκτικότερη θέση για να συμβάλει ουσιαστικά στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση και αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του στόματος και των πρόδρομων σταδίων του.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Εισηγήτρια:**Φλώρα Ζερβού-Βάλβη**

Συντονίστρια Διευθύντρια Οδοντιατρικού Τμήματος
Ειδικής Μονάδας ΑΜΕΑ, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

Η προσβολή από στοματικά νοσήματα επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής σε όλα τα άτομα και ιδιαίτερα σε εκείνα με ήδη βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό και αναπηρίες. Καθήκον του οδοντιάτρου είναι ο έλεγχος των νοσημάτων αυτών.

Η παρούσα εισήγηση έχει ως σκοπό την παρουσίαση του ρόλου της Στοματολογίας στην άσκηση της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής.

Η Στοματολογία ορίζεται ως ο κλάδος εκείνος της επιστήμης που μελετά τις νόσους του στόματος από πλευράς αιτιολογίας, παθογένειας, κλινικής εικόνας, ιστοπαθολογίας, διάγνωσης, πρόγνωσης και θεραπείας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι στοματογοναθικές δυσπλασίες, οι όγκοι του στόματος, οι φλεγμονώδεις νόσοι του στόματος και οι στοματικές εκδηλώσεις των γενικών νόσων.

Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική ορίζεται ως η άσκηση Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας στο Νοσοκομείο δηλ. αντικείμενο της είναι η παροχή πρόληψης και θεραπείας των παθήσεων του στόματος σε άτομα ή κοινωνικές ομάδες που αδυνατούν να δεχθούν τη συνήθη οδοντιατρική περίθαλψη εξαιτίας κάποιας σωματικής, πνευματικής, ιατρικής, ψυχικής, νοητικής ή κοινωνικής δυσλειτουργίας ή αναπηρίας ή εξαιτίας συνδυασμού των προαναφερθέντων παραγόντων και που για την αντιμετώπισή τους χρειάζονται νοσοκομειακή στήριξη. Οι ειδικοί αυτοί ασθενείς φαίνεται να εμφανίζουν μάλιστα υψηλότερο επιπολασμό στοματικών νόσων. Στα Νοσοκομειακά Οδοντιατρικά Τμήματα (NOT) του ΕΣΥ αντιμετωπίζεται, επίσης, σε τακτική ή έκτακτη βάση και μεγάλος αριθμός ατόμων με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό.

Όπως, επομένως, ήδη από τους ορισμούς συμπεραίνεται, η Στοματολογία αποτελεί εκ των πραγμάτων ένα από τα πεδία άσκησης της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, τα δε στοματολογικά περιστατικά αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του συνόλου των περιστατικών των NOT.

Τα στοματολογικά περιστατικά μπορούν να αντιμετωπίζονται στα NOT μέσα στη ροή των υπολοίπων περιστατικών. Η λειτουργία Στοματολογικού Ιατρείου (ΣΙ) από εξειδικευμένους στο αντικείμενο οδοντιάτρους, όμως, προάγει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών και δημιουργεί σημεία αναφοράς για τους ασθενείς αυτούς, οι οποίοι διαφορετικά απευθύνονται σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, κυρίως σε ΩΡΛ. Έχει πράγματι α-

ποδειχθεί ότι η λειτουργία ΣΙ εντός νοσοκομειακού Οδοντιατρικού Τμήματος αυξάνει σημαντικά την κίνηση των αντίστοιχων περιστατικών. Σημειωτέον ότι, εφόσον η Στοματολογία δεν αποτελεί ειδικότητα της Οδοντιατρικής, η λειτουργία ΣΙ ευρίσκεται στα πλαίσια αρμοδιότητας και δραστηριοτήτων του NOT και δεν απαιτεί ειδική έγκριση, ευνοήτως, όμως, απαιτεί την ύπαρξη εξειδικευμένων γνώσεων και στοιχειώδους εξοπλισμού.

Ο νοσοκομειακός οδοντίατρος που είναι εξοικειωμένος με την αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών με την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των νοσημάτων του στόματος.

Ιδιαίτερα αναφέρονται οι ακόλουθοι τομείς:

- Διάκριση των φυσιολογικών δομών από το παθολογικό.
- Διάκριση των παραλλαγών του φυσιολογικού βλεννογόνου του στόματος από το παθολογικό.
- Αναγνώριση συνήθων στοματογοναθικών δυσπλασιών
- Διάγνωση και θεραπεία φλεγμονωδών νόσων και συγκεκριμένα:

- αναγνώριση και θεραπεία βλαβών από προσθετικές εργασίες

- αναγνώριση και αντιμετώπιση των συνήθων φλεγμονωδών νόσων του βλεννογόνου του στόματος, όπως βλαβών από φυσικά αίτια, βλαβών από τοπική ή γενική χρήση χημικών ουσιών και φαρμάκων (π.χ. στοματικών επιπλοκών από τη συστηματική φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς), βλαβών από εναπόθεση εξωγενών χρωστικών και καθ' ἑξιν βλαβών.

Συνεισφορά στη διάγνωση και θεραπεία συνήθων συστηματικών νοσημάτων με βάση τις στοματικές εκδηλώσεις και συνεργασία με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες για τη συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς.

- Διάγνωση και αντιμετώπιση συνήθων αντιδραστικών και καλοήθων όγκων του βλεννογόνου του στόματος. Σημειωτέον ότι σημαντική για τη διάγνωση πολλών από τις ανωτέρω αναφερόμενες νοσολογικές οντότητες είναι η δυνατότητα διενέργειας βιοψίας και η συνεργασία με το Παθολογοανατομικό Τμήμα του Νοσοκομείου.

- Συμβολή στην πρόληψη πλειάδας νοσημάτων μεταξύ των οποίων οι προκαρκινικές καταστάσεις και ο καρκίνος του στόματος πρωτογενώς μέσω της ενημέρωσης των προσερχομένων ασθενών αλλά και γενικότερα του πληθυσμού και δευτερογενώς μέσω της έγκαιρης διάγνωσης.

- Φροντίδα του ογκολογικού ασθενούς πριν κατά τη διάρκεια και μετά την ογκολογική θεραπεία.

- Ορθή καθοδήγηση του ασθενούς, μέρος της οποίας αποτελεί και η λελογισμένη παραπομπή στον ειδικό.

Μέσω αυτών των οδών ο οδοντίατρος επιτυγχάνει την ορθή φροντίδα των νοσηλευομένων και μη ασθενών και ιδιαίτερα των ατόμων με αναπηρία και βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, των γηριατρικών και των παιδιατρικών. Η Στοματολογία, επομένως, με την παροχή των ανά-

λογων γνώσεων, αποτελεί βασικό πυλώνα της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής. Είναι σαφές ότι η εκπαίδευση σε αυτήν είναι αναγκαία, διευρύνει την κλινική πράξη και δίνει τέτοιες βάσεις ώστε «να ωφελείται ή να μη βλάπτεται» ο ασθενής.

Συμπερασματικά, ο ρόλος της Στοματολογίας στην άσκηση της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής είναι σημαντικό, ορισμένες φορές ακόμα και καθοριστικός για τη ζωή του ασθενούς, όπως όταν αποκαλύπτονται κακοήθειες βλάβες. Μεγάλη είναι, επομένως, και η σημασία της ανάλογης εκπαίδευσης και εξοικείωσης του νοσοκομειακού οδοντιάτρου με τα νοσήματα του στόματος.

ΕΙΣ3

ΣΥΝΗΘΗ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΝΟΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΒΙΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Εισηγητής:

Εμμανουήλ Βάλβης

Μαθηματικός - Στατιστολόγος, Συντονιστής Εκπαιδευτικού Έργου Μαθηματικών

Ο Έλεγχος Στατιστικών Υποθέσεων αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας κάθε επιδημιολογικής μελέτης στη Βιοστατιστική.

Η εκάστοτε χρησιμοποιούμενη ερευνητική μέθοδος μαζί με την εφαρμογή στατιστικών εργαλείων και τεχνικών αφετέρου συνεργάζονται για την παραγωγή νέων ερευνητικών δεδομένων. Στην παρούσα εισήγηση γίνεται προσπάθεια ενημέρωσης των ιατρών ερευνητών για κρίσιμα ζητήματα των χρησιμοποιούμενων στατιστικών μεθόδων που συχνά αλλοιώνουν, ή και ακυρώνουν ακόμη, τα συμπεράσματα της έρευνας, όπως επισημαίνεται και στη διεθνή βιβλιογραφία.

Για αυτό το σκοπό, εξηγείται η έννοια του στατιστικού μοντέλου, Παραμετρικού ή Μη Παραμετρικού, που είναι υποκείμενο και θα εφαρμοσθεί στη μέθοδο. Εξετάζεται η σημασία επιλογής του επιπέδου σημαντικότητας α και η σχετιζόμενη έννοια της ισχύος (power) της δοκιμασίας.

Ακολούθως επισημαίνεται ότι η τιμή του p-value, που προκύπτει από την τιμή του test που εφαρμόζεται (t-statistic, chi square-statistic), είναι η πιθανότητα του ενδεχομένου το εξεταζόμενο δείγμα να προέρχεται από τον πληθυσμό που περιγράφει η Μηδενική Υπόθεση και να συνδέεται άμεσα και με όλες τις παραδοχές που περιέχει το υποκείμενο στατιστικό μοντέλο.

Στην συνέχεια, εξηγείται ποιες πληροφορίες πολλοί βιοϊατρικοί ερευνητές εσφαλμένα νομίζουν ότι εξάγονται από την τιμή του p-value.

Εκτίθενται συνήθεις παρανοήσεις των διαστημάτων εμπιστοσύνης (confidence interval) και της ισχύος της εφαρμοζόμενης δοκιμασίας (power of the test).

Στην εισήγηση παρουσιάζονται χαρακτηριστικά παραδείγματα που καθιστούν κατανοητά τις ενδείξεις, τα σφάλματα και τους περιορισμούς εφαρμογής συνήθων δοκιμασιών.

Συμπερασματικά, επιβάλλεται η τήρηση όλων των κανόνων για την ορθή επιλογή και εφαρμογή της κατάλληλης στατιστικής δοκιμασίας προκειμένου να εξάγονται ασφαλή συμπεράσματα από τις ερευνητικές μας εργασίες.

ΕΙΣ4

ΟΙ ΛΑΘΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ - ΝΟΟΤΡΟΠΙΕΣ (ATTITUDES) ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Εισηγητής:

Δημήτρης Εμμανουήλ

Επικ. Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η πρόσβαση στην περίθαλψη είναι μια περίπλοκη κατάσταση με πολλά εμπόδια. Τα περισσότερα από αυτά έχουν πλέον ερευνηθεί και αναγνωρισθεί και περιλαμβάνουν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, την εκπαίδευση, απομόνωση, μεταφορά, οικονομική κατάσταση κ.λπ. Η πρόσβαση καθίσταται ακόμη πιο περίπλοκη όταν ο ασθενής είναι ένα πρόσωπο που απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα για παροχή υγείας όπως τα άτομα με αναπηρία. Υπάρχουν πολλά στοιχεία που δείχνουν ότι οι ασθενείς με αναπηρία δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς με αποτέλεσμα να έχουν περισσότερα ιατρικά και οδοντιατρικά προβλήματα.

Ένα από τα εμπόδια στην ιατρική αντιμετώπιση ατόμων με αναπηρία είναι οι συμπεριφορές (νοοτροπίες) του ιατρικού προσωπικού. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην έχουν εμπιστοσύνη να αντιμετωπίσουν αυτές τις ομάδες λόγω έλλειψης γνώσεων και δεξιοτήτων, και μπορεί να αισθάνονται άβολα επειδή δεν έχουν εμπειρία στην διαφορετικότητα. Πολλές προσπάθειες έχουν επικεντρωθεί στη βελτίωση της εκπαίδευσης του ιατρικού προσωπικού για τα άτομα με αναπηρία και αυτά των περιθωριοποιημένων ομάδων. Η σωστή εκπαίδευση μπορεί να βελτιώσει τις στάσεις των φοιτητών της υγείας, αλλά η ποιότητα της μέχρι τώρα έρευνας και ειδικότερα τα προβλήματα έγκυρης μέτρησης δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Η αξιολόγηση του φοιτητή σε συμπεριφορές και νοοτροπίες απέναντι σε ομάδες που δεν καλύπτονται ιατρικά απαιτεί την αναγνώριση και μέτρηση αυτών των συμπεριφορών έτσι ώστε στη συνέχεια να προσδιοριστούν οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την ανάπτυξη και βελτίωση συμπεριφορών και νοοτροπίας.

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΤΡΟΠΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ - ΑμεΑ

Εισηγητές:

Ιωάννης Φανδρίδης¹, Νικόλαος Κατσοκογιάννης²

¹Διευθυντής, Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική μονάδα Ενηλίκων ΑΜΕΑ Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

²Διευθυντής, Οδοντιατρικό Τμήμα Γ.Ν. Τρικάλων

Τα ενήλικα ΑμεΑ στη πλειοψηφία τους αντιμετωπίζονται οδοντοθεραπευτικά από Νοσοκομειακά Οδοντιατρικά Τμήματα του ΕΣΥ. Σε αυτά, κατά κανόνα, οι υπάρχουσες δύο επιλογές είναι είτε η αντιμετώπιση να γίνει στα εξωτερικά ιατρεία (Ε.Ι) του Τμήματος με τοπική αναισθησία μόνο - εάν ο βαθμός συνεργασίας του ΑμεΑ το επιτρέπει - ή άλλως με γενική αναισθησία στο χειρουργείο.

Σκοπός της παρούσας εισήγησης είναι η ανάδειξη της ύπαρξης και άλλων εφικτών τρόπων που να συμβάλουν προς μία καλύτερη και συχνότερη συνεργασία των ενηλίκων ΑμεΑ. Κάτι τέτοιο θα προσέθετε ποσοτικά και ποιοτικά στη προσφερόμενη οδοντοθεραπεία τους στα Ε.Ι, αλλά και θα αποσυμφόριζε τα χειρουργεία με γενική αναισθησία στα πολύ λίγα Νοσοκομειακά Οδοντιατρικά Τμήματα του ΕΣΥ που το παρέχουν. Το άγχος και ο φόβος αποτελούν παγκοσμίως ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στην αναζήτηση οδοντοθεραπείας. Η μέθοδος της καταστολής αναφέρεται σε πολλές διεθνείς βιβλιογραφικές μελέτες ως μία χρήσιμη επιλογή προκειμένου να αντιμετωπιστούν οδοντοθεραπευτικά οι φοβισμένοι ενήλικοι ασθενείς, μέσα στους οποίους συμπεριλαμβάνονται και τα ενήλικα ΑμεΑ. Αυτή αποσκοπεί κυρίως στο να μειώσει το επίπεδο συνείδησης του ασθενή απέναντι στη φοβική κατάσταση της οδοντοθεραπείας.

Η καταστολή σταδιοποιείται κλινικά σε τέσσερα επίπεδα, στην ελαφρά (ή ελάχιστη παλαιός όρος: αγχόλυση), μέτρια (παλαιός όρος: ενσυνείδητη), βαθειά και τη γενική ή αλλιώς γενική αναισθησία. Αυτά αποτελούν ένα συνεχές φάσμα με το κάθε επίπεδο να μπορεί να επιτευχθεί ανεξάρτητα από την οδό χορήγησης των διαφόρων φαρμακευτικών παραγόντων.

Στην ελαφρά και στη μέτρια καταστολή, ο ασθενής απαντά κανονικά στις λεκτικές εντολές και τα απτικά ερεθίσματα, τα προστατευτικά του αντανάκλαστικά παραμένουν ανεπηρέαστα και η αναπνευστική και καρδιαγγειακή του λειτουργία διατηρούνται φυσιολογικά χωρίς να χρειάζονται υποβοήθηση.

Αντίθετα, στη βαθειά καταστολή το επίπεδο συνείδησης είναι πολύ μειωμένο, τα αντανάκλαστικά ελαττωμένα και η αυτόματη αναπνευστική λειτουργία ανεπαρκής (μία κατάσταση δηλαδή κοντά στη γενική αναισθησία), που απαιτεί διεθνώς αναισθησιολογική

παρουσία και προχωρημένη παρακολούθηση.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η ελαφρά και η μέτρια καταστολή σε ASA I και II ενήλικους ασθενείς (χωρίς ή με ελαφρά συστηματική νόσο) με από του στόματος ή με δι εισπνοής χορήγηση αναφέρονται ως το ασφαλές όριο που μπορεί με επιτυχία να χορηγήσει ο ίδιος ο κατάλληλα εκπαιδευμένος (και αδειοδοτημένος στις χώρες που του το επιτρέπουν) οδοντίατρος.

Ειδικότερα, η από του στόματος καταστολή αναφέρεται διεθνώς ως η ασφαλέστερη, πλέον καθιερωμένη και πιο συχνά εφαρμοζόμενη μέθοδος καταστολής. Οι βενζοδιαζεπίνες είναι τα προτιμώμενα φάρμακα για οδοντιατρική από του στόματος ελαφρά ή μέτρια καταστολή στους ενήλικους. Προκαλούν συγχρόνως καταστολή, αγχόλυση, ύπνο, αμνησία, μυοχάλαση ενώ έχουν και αντιεπιληπτική δράση. Οι συχνότερα χορηγούμενες βενζοδιαζεπίνες και στις κάτωθι ενδεικτικές δοσολογίες για ελαφρά καταστολή στους ενήλικες είναι οι ακόλουθες τέσσερις, ήτοι η πλέον χρησιμοποιούμενη τριαζολάμη (π.χ Halcion) 0,25 mg, η διαζεπάμη (π.χ Stedon) 5-10 mg, η λοραζεπάμη (π.χ Tavor) 0,5-1 mg και η αλπραζολάμη (π.χ Xanax) 0,25 mg. Χορηγούνται στο οδοντιατρείο, κατά κανόνα μία ώρα πριν την οδοντοθεραπεία και η διάρκεια της καταστολής κυμαίνεται από 1-4 ώρες αναλόγως σκευάσματος. Τη μικρότερη διάρκεια καταστολής έχει η τριαζολάμη και τη μεγαλύτερη η διαζεπάμη και η λοραζεπάμη. Ο ασθενής δεν τρώει και δεν πίνει τίποτα για 2 ώρες πριν (για ελαφρά καταστολή) ή 8 ώρες πριν (για μέτρια καταστολή). Σε όλες τις περιπτώσεις απαραίτητη είναι και η επαρκής τοπική αναισθησία. Οι ASA I και ASA II ενήλικοι ασθενείς αναφέρεται ότι είναι οι πλέον κατάλληλοι. Προσοχή χρειάζεται για τις περιπτώσεις που αντενδίκνυται η χορήγηση των βενζοδιαζεπινών καθώς και για τις αλληλεπιδράσεις τους με άλλα φάρμακα. Για παράδειγμα, αντενδίκνυται επί εγκυμοσύνης, θηλασμού, σε γλαύκωμα στενής γωνίας και σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Επίσης αντενδίκνυται η συγχορήγηση των περισσότερων βενζοδιαζεπινών με φάρμακα που αναστέλλουν το ένζυμο του καταβολισμού τους, όπως είναι η ερυθρομυκίνη, η κλαριθρομυκίνη, οι αντιμυκητιασικές αζόλες, μερικά αντιϊικά, καθώς και ο χυμός γκρέιπφρουτ, καθότι αυξάνουν το βαθμό και τη διάρκεια της καταστολής. Προσοχή χρειάζεται και στη συγχορήγηση τους με μετρονιδαζόλη και βαλπροϊκό (αύξηση καταστολής). Ασθενείς σε χρόνια λήψη κατασταλτικών του ΚΝΣ συχνά χρειάζονται μειωμένη δόση. Επίσης, οι ηλικιωμένοι χρήζουν μεγαλύτερης προσοχής για παρενέργειες και μειωμένη δοσολογία. Τέλος, σε ασθενείς με χρόνια οργανικά προβλήματα ή που λαμβάνουν και άλλα φάρμακα, εννημερώνεται ο θεράπων ιατρός τους και η δόση εξατομικεύεται αναλόγως.

Η από του στόματος ελαφρά ή μέτρια καταστολή αναφέρεται σε μερικές διεθνείς μελέτες ως ένα αποτελεσματικό όπλο για την οδοντοθεραπεία και των ενήλι-

κων ΑμεΑ. Τα καλύτερα αποτελέσματα καταστολής είχαν οι ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια, κινητικά προβλήματα και σπαστικότητα (π.χ. εγκεφαλική παράλυση, Parkinson) καθώς και με διαταραχές συμπεριφοράς, ενώ ήταν συνήθως ανεπαρκής για άτομα με νοητική υστέρηση, αυτισμό ή άνοια. Κατά τη διάρκεια της καταστολής αναφέρεται ότι πρέπει να παρακολουθούνται από τον οδοντίατρο και τον βοηθό του (monitoring) το επίπεδο συνείδησης (απάντηση σε εντολές), ο αερισμός και η οξυγόνωση (χρώμα προσώπου, κορεσμός O₂, θωρακικές κινήσεις), η καρδιακή συχνότητα και η αρτηριακή πίεση του ασθενούς.

Η μιδαζολάμη είναι και αυτή μία βενζοδιαζεπίνη. Σήμερα είναι η πλέον χρησιμοποιούμενη φαρμακευτική ουσία για μέτρια οδοντιατρική καταστολή σε ενήλικες, καθώς θεωρείται ασφαλής. Χορηγείται είτε με τη μορφή στοματικού διαλύματος, είτε με ενδομυϊκή ή ενδοφλέβια χορήγηση. Τα κυκλοφορούντα στοματικά διαλύματα μιδαζολάμης (π.χ. Epistatus, Buccolam) τοποθετούνται με σύριγγα χωρίς βελόνα στην ουλοπαρεϊκή αύλακα των κάτω δοντιών. Η δοσολογία ενηλίκων για από του στόματος χορήγησή της αναφέρεται κατά μέσο όρο ότι είναι τα 5-10 mg. Χορηγείται στο οδοντιατρείο, σε λιγότερο από μία ώρα πριν την οδοντοθεραπεία και η διάρκεια της καταστολής κυμαίνεται σε μια ώρα μετά την έναρξη της δράσης της. Απαραίτητη είναι η συνεχής παρακολούθηση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας του ασθενούς. Για τη παρεντερική χορήγηση της μιδαζολάμης (π.χ. Dormicum, Midazolam, Damizol) απαιτείται, κατά κανόνα και διεθνώς, η παρουσία αναισθησιολόγου. Συνήθης δοσολογία για ενδομυϊκή χορήγηση ενηλίκων αναφέρονται τα 5 mg (σε ηλικιωμένους ή χρόνια πάσχοντες το ήμισυ της ανωτέρω δόσης) 30-60 min πριν. Η συνηθέστερη όμως χορήγηση της είναι η ενδοφλέβια με δοσολογία 2-5 mg, χορηγούμενη με σταδιακές (ανά 2-3 min) αργές εγχύσεις των 1 mg. Η κατασταλτική της δράση ξεκινά κατ' αυτό τον τρόπο σε λιγότερο από 1 min και διαρκεί περί τα 20 min.

Σε περίπτωση υπερδοσολογίας των βενζοδιαζεπινών, ομού με το λοιπό πρωτόκολλο επείγουσας αντιμετώπισης, ως αντίδοτο χορηγείται η φλουμαζενίλη (π.χ. Anexate), η οποία αναστρέφει την κατασταλτική δράση τους τόσο αναπνευστικά όσο και στο ΚΝΣ και μειώνει τον χρόνο ανάνηψης. Ως ανεπιθύμητη ενέργεια της αναφέρεται ο κίνδυνος επιληπτικών κρίσεων. Η φλουμαζενίλη χορηγείται με ενδοφλέβια ή υπογλώσσια έγχυση. Η υπογλώσσια έγχυση (2-3 mm κάτω από τον υπογλώσσιο βλεννογόνο μέσα στο φλεβικό πλέγμα) για αναστροφή από ενσυνείδητη καταστολή σε ενήλικες γίνεται με διαδοχικές δόσεις (ανά 1-3 λεπτά) 0,2 mg φλουμαζενίλης. Χορηγείται δηλαδή αρχικά 0,2 mg φλουμαζενίλης και εάν χρειαστεί χορηγείται δεύτερη ίση δόση μέχρις αναστροφής των συμπτωμάτων της υπερδοσολογίας της βενζοδιαζεπίνης, με μέγιστη χορήγηση το 1mg φλουμαζενίλης (ήτοι 5 δόσεις). Στη

περίπτωση αυτή απαραίτητη είναι η παρακολούθηση του ασθενούς για επιπλέον 1-2 ώρες για το κίνδυνο επανακαταστολής του.

Μία άλλη μέθοδος για ενήλικες, η δι' εισπνοής καταστολή, πραγματοποιείται από τον κατάλληλα εκπαιδευμένο και αδειοδοτημένο σε μερικές χώρες του εξωτερικού οδοντίατρο, με τη χορήγηση αερίου μίγματος πρωτοξειδίου του αζώτου και οξυγόνου (N₂O/O₂) σε διάφορες αναλογίες. Το μίγμα με αναλογία 20-30% N₂O αναφέρεται ότι μπορεί να χορηγηθεί αρχικά συμπληρώνοντας τη κατασταλτική δράση μιας βενζοδιαζεπίνης, ενώ σε υψηλότερη αναλογία N₂O (π.χ. 30-50%) χορηγείται συνήθως από μόνο του για ελαφρά ή μέτρια καταστολή. Προκαλεί καταστολή, αναλγησία και αμνησία. Η έναρξη και η αποδρομή της δράσης της καταστολής είναι ταχεία (εντός λεπτών). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αναπνοή από τη μύτη, ενώ χρειάζεται και επαρκής τοπική αναισθησία. Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής της μεθόδου παρακολουθούνται οι ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς.

Όσον αφορά τα ενήλικα ΑμεΑ, η δι' εισπνοής καταστολή με N₂O/O₂ αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι μπορεί να εφαρμοστεί σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση, νοητική υστέρηση, αυτισμό ή υπερκινητικότητα, που να διαθέτουν όμως κάποιο βαθμό συνεργασίας και λεκτικής επικοινωνίας. Προτιμώνται τα πρωινά ραντεβού ενώ προηγείται τετράωρη νηστεία του ασθενούς. Επίσης, πρέπει να αποφεύγονται οι συχνές χορηγήσεις στο ίδιο άτομο (πχ σε λιγότερο από μία εβδομάδα).

Η εν λόγω καταστολή με N₂O/O₂ θεωρείται μια ασφαλής μέθοδος εάν τηρηθούν οι σωστοί κανόνες χορήγησης. Γενικά, αναφέρεται ότι δεν υπάρχει αντένδειξη για τη χορήγηση της σε άτομα υπό φαρμακευτική αγωγή. Επί υπάρξεως όμως προδιαθεσικών καταστάσεων (π.χ. καρδιολογικές, αναπνευστικές, μεταβολικές διαταραχές κα.), η συνεργασία με τον ειδικό ιατρό προς αποφυγή επιπλοκών είναι απαραίτητη. Στις σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες της μεθόδου συγκαταλέγονται η υποξία από διάχυση που προλαμβάνεται εάν στο τέλος της χορήγησης δοθεί 100% O₂ για 5 λεπτά, η ναυτία και ο έμετος που εξαρτώνται από το βάθος και τη διάρκεια της καταστολής και η απενεργοποίηση της Β12 που εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για τα χορηγούμενα άτομα που παρουσιάζουν έλλειψη της βιταμίνης. Βέβαια, σε συγχορήγηση του N₂O/O₂ με άλλα κατασταλτικά ο κίνδυνος επιπλοκών αυξάνεται.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται το ότι επιτρέπει την εκτέλεση εργασιών και πολύπλοκων επεμβάσεων που απαιτούν πολλές συνεδρίες, ότι παρατείνεται ο χρόνος της κάθε συνεδρίας με αποτέλεσμα λιγότερα ραντεβού και ότι αποφεύγεται η γενική αναισθησία.

Τέλος, η βαθειά καταστολή επιτυγχάνεται συνήθως με τη χορήγηση διάφορων φαρμακευτικών παραγόντων, όπως η μιδαζολάμη, η κεταμίνη, η προποφόλη και η φεντανύλη), που χορηγούνται στις κατάλληλες δοσο-

λογίες είτε μόνες τους ή σε συνδυασμό μεταξύ τους. Δεν απέχει πολύ από τη γενική αναισθησία, γι αυτό οι κανόνες ασφάλειας και παρακολούθησης από τον αναισθησιολόγο δεν διαφέρουν από εκείνους που εφαρμόζονται εντός της χειρουργικής αίθουσας. Υπογραμμίζεται ότι σε όλες τις διεθνείς μελέτες αναφέρεται ότι σε κάθε περίπτωση χορήγησης καταστολής από τον ίδιο τον οδοντίατρο (στις χώρες που επιτρέπεται) απαιτείται η ανάλογη πιστοποιημένη εκπαίδευση (και η ισχύουσα άδεια) του οδοντίατρο και του βοηθού του, καθώς και ο κατάλληλος εξοπλισμός αντιμετώπισης του επειγόντος (π.χ. διασφάλισης του αεραγωγού και υποστήριξης της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας), διότι κάθε φάρμακο που καταστέλλει το ΚΝΣ έχει την πιθανότητα να επιβαρύνει την αναπνοή, την κυκλοφορία ή και τα δύο. Οι συχνότερες αιτίες των συμβαμάτων αναφέρεται ότι σχετίζονται με την ελλιπή αξιολόγηση του ασθενή, την απόφραξη του αεραγωγού, την ανεπαρκή παρακολούθηση και την ελλιπή εμπειρία. Όσον αφορά την Ελλάδα, το ισχύον νομικό καθεστώς στο ανωτέρω θέμα αναλύεται στην ελεύθερη ανακοίνωση (EA18) του παρόντος 6ου συνεδρίου της ΕΕΝΟ με τίτλο «Η χρήση της ελάχιστης και μέτριας καταστολής από τον οδοντίατρο: προϋποθέσεις, νομικό πλαίσιο», περίληψη της οποίας παρατίθεται στο παρόν τεύχος.

Βιβλιογραφία

- Sebastiani F.R., Dym H., Wolf J. Oral sedation in the dental office. *Dent Clin N Am.* 2016; 60: 295-307.
- Coke J.M., Edwards M.D. Minimal and moderate oral sedation in the adult special needs patients. *Dent Clin N Am.* 2009; 53: 221-230.
- Wang Y-C., Lin I-H., Huang C-H., Fan S-Z. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica.* 2012; 50: 122-125.
- Solomonowitz B.H. Treatment of mentally disabled patients with intravenous sedation in a dental clinic outpatient setting. *Dent Clin N Am.* 2009; 53: 231-242.
- Kouchaji Ch. Complications of IV sedation for dental treatment in individuals with intellectual disability. *Egyptian Journal of Anaesthesia.* 2015; 31: 143-8.
- Yoshikawa F., Tamaki Y., Okumura H. et al. Risk factors with intravenous sedation for patients with disabilities. *Anesth Prog.* 2013; 60: 153-161.
- Haas D.A. Oral sedation in dental practice. *RCDSO Dispatch magazine.* May/June 2015 supplement: 1-8.
- Flanagan D. Oral triazolam sedation in implant dentistry. *J Oral Implantol.* 2004; 30: 93-97.
- Φραγκίσκος Φρ. Τοπική αναισθησία και καταστολή-αναλγησία στην οδοντιατρική. Αθήνα, 1995.
- In Chi S. Complications caused by nitrous oxide in dental sedation. *J Dent Anesth Pain Med.* 2018; 18(2): 71-78.

Concuera-Flores J.R., Silvestre-Rangil J., Cutando-Sonano A., Lopez-Jimenez J. Current methods of sedation in dental patients a systematic review of the literature. *Med Oral Pathol Oral Cir Bucal.* 2016; 21(5): e579-e586.

ΕΙΣ6

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Εισηγητής:

Γεώργιος Αναστασόπουλος

Επιμελητής Οδοντιατρικού Τμήματος
ΓΝ Παίδων «Αγία Σοφία»

Η Οδοντιατρική αντιμετώπιση κάθε ασθενή και ειδικότερα του παιδιατρικού αποτελεί ένα είδος θεραπείας που απαιτεί αυξημένο βαθμό ακρίβειας των χειρισμών αλλά και υψηλό επίπεδο ασφάλειας, που για να επιτευχθούν είναι αναγκαία η απόλυτη συνεργασία του θεραπευομένου.

Επίσης η οδοντιατρική θεραπεία προκαλεί μεγάλο άγχος και φόβο, συναισθήματα που στα παιδιά είναι πολύ πιο έντονα, μεγαλύτερα ίσως από άλλες επεμβάσεις και αποτελούν τη συχνότερη αιτία μη αποδοχής της θεραπείας από οδοντίατρο.

Παρά την πρόοδο της οδοντιατρικής στην αναλγησία και την χρήση ψυχολογικών τεχνικών προσέγγισης των ασθενών, όταν το επίπεδο συνεργασίας που απαιτείται δεν μπορεί να επιτευχθεί πχ. σε βρέφη, σε νήπια, σε παιδιά με έντονη φοβία, σε παιδιά με νοητική υστέρηση, αναπτυξιακές ή νευροψυχικές διαταραχές, είναι αναγκαία η χρήση φαρμάκων που μπορούν να χορηγηθούν από διάφορες οδούς και με άλλοτε άλλο επιθυμητό αποτέλεσμα που μπορεί να ποικίλλει από ελαφριά αγχώλυση σπανιότερα, έως γενική αναισθησία συχνότερα. Κάπου στο μέσο της κλίμακας αυτής βρίσκεται και η ενσυνείδητη καταστολή, μια μέθοδος διαχείρισης μη συνεργάσιμων ασθενών που παρά τα αμφιλεγόμενα αποτελέσματα κερδίζει συνεχώς αναβαθμισμένη θέση στην καθημερινή πρακτική ιδιαίτερα στο χώρο του Νοσοκομειακού Οδοντιατρείου. Χρησιμοποιείται όμως κάτω από προϋποθέσεις, λαμβάνονται δηλαδή υπ' όψιν διάφοροι παράγοντες που έχουν να κάνουν :

- **με τον ασθενή** απαιτείται ένα ελάχιστο επίπεδο συνεργασίας και ιατρικό ιστορικό ASA I ή II χωρίς σοβαρή καρδιακή, ηπατική, νεφρική ή αναπνευστική νόσο, χωρίς αιματολογική νόσο ή δύσκολο αεραγωγό. Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί πως τα παιδιά εμφανίζουν διαφορές στην φυσιολογία, την ανατομία και το μεταβολισμό σε σχέση με τους ενήλικες, όπως μεγάλο μέγεθος κεφαλής, μεγάλη γλώσσα και κοντό τράχηλο, στενή συνήθως ρινική οδό, χαμηλή λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα πνευμό-

νων με υψηλή κατανάλωση οξυγόνου και διαφορές στη θερμορύθμιση.

- **με τον χρόνο θεραπείας** για χρονοβόρες θεραπείες καλό είναι να προτιμάται η Γενική Αναισθησία στο χώρο του Χειρουργείου.
- **με το οικογενειακό και κοινωνικό** περιβάλλον του ασθενούς με κατανόηση του τρόπου αντιμετώπισης του μικρού ασθενούς και των πιθανών περιορισμών του καθώς της ανάγκης παρακολούθησης του ασθενή μετά το πέρας της θεραπείας.
- **με το προσωπικό**, Οδοντιατρικό, Αναισθησιολογικό, Νοσηλευτικό και Βοηθητικό, την εκπαίδευση και εξοικείωσή του με τη μέθοδο και τη διαθεσιμότητά του.
- **με την διαθεσιμότητα της απαιτούμενης υποδομής**, δηλαδή κατάλληλων χώρων θεραπείας και ανάνηψης, εργαλείων και εξοπλισμού, οδοντιατρικού και αναισθησιολογικού, καθώς και διάθεση αρκετού χρόνου για την προετοιμασία του ασθενή και τη συνεδρία.

Ως **Ενσυνείδητη καταστολή** ορίζεται η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής έχει ελάχιστα μειωμένο το επίπεδο της συνείδησης, ώστε να μπορεί να διατηρεί ανοιχτή την αεροφόρα οδό συνεχώς από μόνος του και να ανταποκρίνεται κατάλληλα σε σωματικά ή λεκτικά ερεθίσματα.

Συνήθως χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό φάρμακα χορηγούμενα ενδοφλεβίως όπως π.χ. η προποφόλη και η κεταμίνη, ενώ η ρινική ή από το στόμα χορήγηση άλλων π.χ. μιδαζολάμης χρησιμοποιείται ως προνάρκωση. Η χρήση αερίων και ειδικότερα μίγματος Πρωτοξειδίου του Αζώτου και Οξυγόνου μόνη ή σε συνδυασμό με άλλα ενδοφλεβίως ή από του στόματος χορηγούμενα φάρμακα μπορεί να προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα λαμβάνοντας υπ όψιν και τις αναληψιμότητες του ιδιότητες, που βέβαια είναι απολύτως επιθυμητές αλλά δεν καταργούν την ανάγκη χρήσης και τοπικού αναισθητικού παράλληλα, γεγονός που περιορίζει την δυνατότητα επέμβασης σε πολλές περιοχές του στόματος στην ίδια συνεδρία (αποφυγή υπερδοσολογίας).

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα της διαδικασίας είναι:

- Η δυνατότητα θεραπείας δύσκολων ασθενών.
- Καλύτερη ποιότητα θεραπείας σε συντομότερο χρονικό διάστημα.
- Δημιουργία καλής σχέσης του παιδιού με τον χώρο και το προσωπικό λόγω καλής αρχικής εμπειρίας.
- Απελευθέρωση πολύτιμου χειρουργικού χρόνου για αντιμετώπιση ασθενών στον χώρο του χειρουργείου υπό γενική αναισθησία.

Σαν μειονεκτήματα μπορούμε να αναφέρουμε ότι:

- Οι δυνατότητες θεραπείας είναι περιορισμένες σε σχέση με τη Γενική Αναισθησία.
- Η μέθοδος έχει αρκετές δυσκολίες λόγω διαχείρισης του αεραγωγού.
- Συχνά υπάρχει απροθυμία από το προσωπικό για αναισθησιολογικές πράξεις μακριά από τον χώρο του χειρουργείου.
- Απαιτείται ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η ενσυνείδητη καταστολή στα παιδιά παραμένει ως μία χρήσιμη, αμφιλεγόμενη μέθοδος αντιμετώπισης των δύσκολων ασθενών.

Κανένα φάρμακο δεν πρέπει να θεωρείται ακίνδυνο και απόλυτα ασφαλές. Θα πρέπει να τονισθεί πως η διαδικασία είναι ασφαλής όταν πραγματοποιείται σε ελεγχόμενο περιβάλλον με δυνατότητα άμεσης αντιμετώπισης πιθανών επιπλοκών και από οδοντιατρικό, αναισθησιολογικό και νοσηλευτικό προσωπικό με ειδική εκπαίδευση και εξοικείωση στις απαιτούμενες διαδικασίες.

ΕΙΣΓ

ΕΠΙΚΑΙΡΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΟ

Εισηγητής:

Ιωάννης Τζούτζας

Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Με βάση παλιότερη διατύπωση του Council of European Dentists και συγκεκριμένα στην Ολομέλεια του 2008, αναφέρεται ότι το οδοντιατρικό επάγγελμα είναι ταγμένο να παρέχει ασφαλή υγειονομική περίθαλψη που είναι αναγκαία για τη διασφάλιση καλής γενικής υγείας και στοχεύει στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων και στην καθιέρωση μιας ανοιχτής συνείδησης για την ασφάλεια του ασθενή, στην οποία οι οδοντίατροι θα έχουν τη δυνατότητα να μαθαίνουν από τις εμπειρίες τις δικές τους και των άλλων.

Τον τελευταίο χρόνο, τόσο η Ευρωπαϊκή Ένωση δια στόματος Ευρωπαϊκής Επιτροπής και Ευρωπαϊκού Συμβουλίου και CED όσο και ο WHO και η FDI έχουν δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην ασφάλεια του ασθενούς σαν πολιτικό θέμα σε Ευρωπαϊκό και Παγκόσμιο επίπεδο και προετοιμάζονται προτάσεις για την ασφάλεια του ασθενούς μέσα στο 2018 και 2019.

Αυτές οι προτάσεις θα πρέπει να οικοδομηθούν πάνω στη διεθνή εργασία/έρευνα που έχει ήδη γίνει και θα πρέπει πρωτίστως να επιδιώξουν να συστήσουν ανάληψη δράσης εκ μέρους των κρατών μελών για να τις εφαρμόσουν στα δικά τους συστήματα υγείας.

Το μεγαλύτερο μέρος της οδοντιατρικής περίθαλψης στην Ευρώπη παρέχεται στην ελεύθερη άσκηση, σε μικρούς χώρους και σε ένα περιβάλλον όπου ο οδοντίατρος γενικά έχει πλήρη ατομική ευθύνη για το σύνολο των διαδικασιών της θεραπευτικής φροντίδας του ασθενούς.

Ο κίνδυνος των συμβαμάτων είναι παρών σε διάφορες φάσεις καθ όλη τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, που σχετίζεται, επί παραδείγματι με τη διάγνωση, τον ελαττωματικό εξοπλισμό, τη γενική ασφάλεια του ιατρού, την περιορισμένη επικοινωνία με τον ασθενή ή άλλους επαγγελματίες υγείας, τον ανεπαρκή έλεγχο

διασποράς λοιμώξεων ή τη διαχείριση των αποβλήτων. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης «μηδενικός κίνδυνος» δεν υπάρχει και δεν είναι δυνατό να υπάρξει.

Η μείωση των συμβαμάτων και η βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς επιτυγχάνεται πιο αποτελεσματικά με την πρόληψη, και η προληπτική δράση για τη μείωση των συμβαμάτων είναι με τη σειρά της μία πλευρά της υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Η ποιότητα δεν μπορεί να προαχθεί με τη βία ή με κυρώσεις. Πρέπει να διασφαλιστεί ότι νέα κατ'επίφαση μέτρα για τη βελτίωση της ασφάλειας του ασθενούς, που μπορεί συχνά να επιβαρύνουν το γραφειοκρατικό άγχος του οδοντιάτρου, δεν θα παρεμποδίζουν τους οδοντιάτρους από το να αφιερώνουν αρκετό χρόνο με κάθε ασθενή, καθώς αυτό αποτελεί μια ουσιώδη παράμετρο της υψηλής ποιότητας.

Το περίγραμμα των θέσεων αναφορικά με την ασφάλεια των οδοντιατρικών ασθενών μπορεί να περιγραφεί με την επιγραμματική ή λεπτομερειακή ανάλυση παραμέτρων όπως η μη κοινοποίηση/δημοσιοποίηση δεδομένων, η αποφυγή διασποράς λοιμώξεων, η αποφυγή τραυματισμού εξαιτίας Κλινικών διαδικασιών ακόμα και Κτιριακής ανεπάρκειας, η προστασία από ιοντίζουσες και μη ιοντίζουσες ακτινοβολίες, η κατάποση εργαλείων, υλικών και διατάξεων, η ποιότητα νερού, η ποιότητα υλικών (κίτρινες κάρτες MDS), η αφαίρεση παλαιών αποκαταστάσεων αμαλγάματος και πολυμερών, η τοποθέτηση και διαμόρφωση πολυμερών αποκαταστάσεων, και τέλος η υιοθέτηση και εφαρμογή πιστοποιημένων διαδικασιών.

Η εμπλοκή σε ερευνητικά προγράμματα, η Συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση, διαδικασίες ανάνηψης και αντιμετώπιση ιατρογενών προβλημάτων (Resuscitation) και τέλος το Βιοχημικό και φαρμακευτικό status των ασθενών που προσέρχονται για αναζήτηση οδοντιατρικών υπηρεσιών, αποτελούν κομβικά θέματα στην ασφάλεια των Ασθενών.

Τόσο τα Πανεπιστήμια, όσο και οι Επαγγελματικοί και Επιστημονικοί φορείς κάθε χώρας οφείλουν να επιδιώκουν να διασφαλίζουν ότι η ασφάλεια του ασθενούς είναι μέρος των προπτυχιακών και μεταπτυχιακών εκπαιδευτικών οδοντιατρικών προγραμμάτων, ώστε να ενισχύσουν περαιτέρω την κουλτούρα της ασφάλειας του ασθενούς στην υγειονομική περίθαλψη, να ενθαρρύνουν τα μέλη-οδοντιάτρους τους να είναι ενεργά ενήμεροι για τους διάφορους τομείς/πλευρές της επαγγελματικής τους άσκησης όπου ενδέχεται να τεθεί εν κινδύνω η ασφάλεια του ασθενούς.

Παράλληλα να ενθαρρύνουν τους οδοντιάτρους-μέλη τους και τα υπόλοιπα μέλη της οδοντιατρικής ομάδας να συμμετέχουν σε συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη σχετικά με την ασφάλεια του ασθενούς, να διατηρούν επικαιροποιημένες τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους.

Τέλος με αφορμή την πρόσφατη Νομοθεσία για GDPR να επιδιώκουν να διασφαλίζουν ότι τα ιατρικά δεδομένα του ασθενούς φυλάσσονται με ασφάλεια και ότι είναι διαθέσιμα σε επαγγελματίες υγείας όπως και όταν

ζητούνται, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία.

ΕΙΣ8

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΒΛΑΣΤΟΣ (1869-1951): ΕΝΑΣ ΠΡΩΤΟΠΟΡΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Εισηγητής:

Μάριος Α. Φραγκάκης

τ. Συντονιστής Διευθυντής Οδοντιατρικής Κλινικής Πα ΓΝ Ηρακλείου

Εισαγωγή

Η μελέτη της Γενικής Ιστορίας βοηθά τους ανθρώπους να κατανοήσουν το παρελθόν και τη σχέση του παρελθόντος με το παρόν και το μέλλον. Οι βιογραφίες οδοντιάτρων που έζησαν σε προηγούμενες εποχές αποτελούν ενδιαφέρον κεφάλαιο της Ιστορίας της Οδοντιατρικής και κατ'επέκταση της Γενικής Ιστορίας της Ανθρωπότητας.

Σκοπός

Να προσεγγίσει τη ζωή και το έργο του οδοντιάτρου Γεωργίου Βλαστού με στόχο να φέρει στο ιστορικό προσκήνιο έναν «αφανή» υπηρέτη της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και της Ειδικής Φροντίδας των αρχών του 20ού αιώνα στην Κρήτη.

Υλικό

Βρέθηκαν και σχολιάστηκαν ιστορικά στοιχεία από τα εξής: Μητρώο Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου, Αρχεία Δήμου Ηρακλείου, Εφημερίς της Κρητικής Πολιτείας, τοπικές εφημερίδες και περιοδικά του 19ου και 20ού αιώνα.

Αποτελέσματα

Ο Γεώργιος Βλαστός γεννήθηκε το 1869 στις Βρύσες Αμαρίου Ρεθύμνου. Έλαβε δίπλωμα οδοντιάτρου από το Ιατροσυνέδριο Ελλάδος το 1892 και είναι εγγεγραμμένος στο Μητρώο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Ηρακλείου με αριθμό 1. Με αίτησή του προς το Δήμαρχο Ηρακλείου (1899) ζήτησε να προσφέρει δωρεάν οδοντιατρικές υπηρεσίες στο Χριστιανικό και Οθωμανικό Νοσοκομείο. Την πρόταση αποδέχθηκε το Χριστιανικό Νοσοκομείο, όπου υπηρέτησε περίπου δύο έτη. Το 1900 και 1902 υπέβαλε αιτήσεις διορισμού στο νεοσύστατο Πανάγειο Δημοτικό Νοσοκομείο, αλλά, επειδή δεν προβλεπόταν θέση οδοντιάτρου, δεν τελεσφόρησαν. Το 1934 εκλέχθηκε Πάρεδρος στο Δήμο Ηρακλείου. Το 1937, μετά τη συνταξιοδότησή του, πήγε στη Σπιναλόγκα, όπου για δύο μήνες φρόντισε οδοντιατρικά τους χανσενικούς ασθενείς. Πέθανε το 1951 στο Ηράκλειο.

Συμπέρασμα

Αξιολογώντας την επιστημονική, κοινωνική και ανθρωπιστική δραστηριότητα του Γ. Βλαστού μέσα στο ιστορικό της πλαίσιο, θεωρούμε ότι αξίζει να συμπεριλη-

φθεί στους Έλληνες πρωτοπόρους της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής και της Ειδικής Φροντίδας.

ΕΙΣ9

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΣΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ

Εισηγητής:

Κωνσταντίνος Αντωνιάδης

Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Οι οδοντιατρικοί ασθενείς στο νοσοκομείο διακρίνονται σε νοσηλεύμενους ασθενείς με ιατρικό ιστορικό γνωστής νόσου και δευτερογενές οδοντοστοματολογικό πρόβλημα και σε ασθενείς της εφημερίας ή των εξωτερικών ιατρείων με οδοντιατρικό νόσημα.

Η πρώτη κατηγορία ασθενών με συγκεκριμένο ιατρικό ιστορικό απαιτεί άμεση συσχέτιση της όποιας σημειολογίας και συμπτωματολογίας με τη κύρια νόσο και η νοσηρότητα της κάθε παρέμβασης σχετίζεται με το στάδιο της νόσου, τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής καθώς από τη γενική του κατάσταση. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει συχνά χρόνια πάσχοντες, ανοσοκατασταλμένους, ήδη νοσηλεύμενους και ΑΜΕΑ.

Η δεύτερη κατηγορία αφορά ασθενείς κύρια περιπατητικούς που προσέρχονται για οδοντιατρική περίθαλψη. Επείγουσα κατάσταση είναι αυτή που εξελίσσεται και ανησυχεί τόσο τον ασθενή όσο και το περιβάλλον του και οδηγεί τον ασθενή στο Νοσοκομείο. Η εκτίμηση της κατάσταση του σε συνδυασμό με το ιατρικό του ιστορικό και τη φυσική του κατάσταση προκαθορίζει το σχεδιασμό αντιμετώπισης, τη νοσηρότητα της παρέμβασης καθώς τη πρόγνωση της κατάστασης του ασθενή. Οι άξονες της όποιας διαλογής για άμεση αντιμετώπιση από τον Οδοντίατρο ή παραπομπή του σε Ειδικό Κέντρο στηρίζεται στη βαρύτητα της κατάστασης, στην ικανότητα άμεσης διαχείρισης της νόσου, στη διασφάλιση του αεραγωγού, στον έλεγχο της λοίμωξης και στη διαχείριση της τυχόν συστηματικής νόσου.

ΕΙΣ10

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΦΘΟΡΙΩΣΗΣ ΣΤΑ ΑΜΕΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΒΕΒΑΡΗΜΕΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Εισηγήτρια:

Βασιλική Τοπίτσογλου

Καθηγήτρια Εργ. Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων, Τμήμα Οδοντιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΑΠΘ

Τα άτομα με ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας, χαρακτηρίζονται από υψηλά ποσοστά νωδότητας, από παρουσία τερηδονικών βλαβών μύλης/ρίζας, πτωχή στοματική υγιεινή, περιοδοντικά προβλήματα, αλλά και βλάβες σε μαλακούς ιστούς, αποτριβές, διαβρώσεις δοντιών, σπασμένες εμφράξεις, κ.ά. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η τερηδόνα μύλης μειώνεται μεν στις νεαρότερες ηλικίες αλλά στους υπερήλικες και στα με βεβαρημένη γενική υγεία άτομα, εμφανίζει αυξητική τάση (σε μύλη και ρίζα). Ως πιθανοί λόγοι αναφέρονται: η εμπλοκή των κινητικών/νοητικών αδυναμιών (με συνέπεια την παραμονή μικροβιακών πλακών), η ύπαρξη των προβλημάτων γενικής υγείας (με την ροπή στις μαλακίες και πλούσιες σε υδατάνθρακες τροφές) και η επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής (με την συνακόλουθη υποσιταλία).

Σκοπός της εισήγησης είναι η κατανόηση του αυξημένου τερηδονικού κινδύνου στα ΑΜΕΑ και στα βεβαρημένα άτομα και η αξιοποίηση των φθοριούχων αλάτων στην προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση των τερηδονικών βλαβών.

Οι φθοριούχες οδοντόκρεμες αποτελούν την πρώτη γραμμή άμυνας του απατίτη έναντι της νόσου τερηδόνας (βασικό πρόγραμμα πρόληψης). Πέραν αυτών, τα άτομα με υψηλό τερηδονικό κίνδυνο χρειάζονται επιπλέον φθόριο για την επανασβεσίωση των επιφανειακών τερηδονικών βλαβών (επιπρόσθετο πρόγραμμα πρόληψης). Η συνεχής παρουσία των φθοριούχων αλάτων στο υγρό περιβάλλον του δοντιού, αυξάνει τη δυναμική των κοινών προς τον απατίτη ιόντων, γεγονός που προστατεύει τον απατίτη από τη διάλυση, αλλά μέχρις ενός ορίου όξινης επίθεσης (pH ως 4,5). Η προστασία έγκειται στο ότι μειώνεται η πιθανότητα να εμφανιστούν νέες τερηδονικές βλάβες κατά 20% το ελάχιστον, ποσοστό που μοιάζει χαμηλότερο του αναμενόμενου, λόγω του φαινομένου της επικάλυψης (halo effect).

Σε άτομα με υψηλό τερηδονικό κίνδυνο, από την ADA (2014) προτείνονται (α) πυκνά φθοριούχα για τοπική εφαρμογή στο ιατρείο, δηλαδή το φθοριούχο βερνίκι με 22.600 ppm ή το φθοριούχο ζελέ (APF) με 12.300 ppm, σε συχνότητα που καθορίζει ο θεράπων, και (β) συνταγογραφούμενα φθοριούχα για κατ οίκον χρήση, δηλαδή οδοντόκρεμα ή ζελέ με 5.000 ppm F ή στοματόπλυμα με 900 ppm F. Για τα μικρότερα των 6 ετών παιδιά, συστήνεται το φθοριούχο βερνίκι. Δεν υπάρχουν αδιάσειστα κλινικά ευρήματα αποτελεσματικότητας για όλα τα φθοριούχα σκευάσματα, αφενός διότι η σύνθεσή τους αλλάζει σκοπίμως και αφετέρου δεν υπάρχει επάρκεια στη διαθεσιμότητα όλων αυτών των προϊόντων.

Κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση των τερηδονικών κοιλοτήτων, ως εμφρακτικά υλικά επιλογής παραμέ-

νουν αυτά που απελευθερώνουν φθόριο, όπως π.χ. οι υαλοϊονομερείς κονίες και ο διαμινικός φθοριούχος άργυρος.

Η διαχείριση των μικροβιακών πλακών περιλαμβάνει την μηχανική (π.χ. ηλεκτρική οδοντόβουρτσα) και τη χημική απομάκρυνσή τους (π.χ. χλωρεξιδίνη). Πέραν αυτών, δεν πρέπει να μειώνεται η συμβολή των λοιπών μέτρων διαχείρισης των μικροβιακών πλακών που είναι οι διατροφικές επιλογές (σύσταση, περιεχόμενο τροφής) και η χρήση ξυλιτόλης και άλλων υποκαταστάτων της ζάχαρης σε τρόφιμα (στερεά και υγρά), και σε φαρμακευτικά σιρόπια.

Τα πρωτόκολλα στοματικής φροντίδας για τον βεβαρημένο πληθυσμό και τους φροντιστές τους, δεν αρκεί να δίδονται εν είδη συμβουλών. Οι φροντιστές, όπως και οι νοσηλευτές, χρειάζεται να εκπαιδεύονται στην πράξη με τα προτεινόμενα μέσα στοματικής υγιεινής, και μάλιστα επανειλημμένως. Οι δυσκολίες που αναδεικνύονται από την πλευρά του νοσηλευτή αφορούν στον φόβο που έχει λόγω έλλειψη εκπαίδευσης, κατά το στάδιο των προπτυχιακών σπουδών του. Ανάλογες είναι και οι δυσκολίες που εντοπίζονται από την πλευρά του ασθενή ενήλικα/παιδί, που αρνείται να συνεργαστεί ή βιώνει αίσθημα πνιγμού.

Συμπεράσματα: Οι στοματικές παθήσεις δρουν αθροιστικά, άρα με την πάροδο του χρόνου οι βλάβες γίνονται ολοένα και πιο σύνθετες, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής του ατόμου και της οικογένειας. Η κατάσταση μοιάζει με «σιωπηρή επιδημία», που εγκλωβίζει τα βεβαρημένα άτομα στις βασικές λειτουργίες της ζωής, και ταυτόχρονα τους στερεί την ευχαρίστηση που απορρέει από την λήψη της τροφής και την επικοινωνία με τους άλλους. Γνωρίζοντας αυτά ο οδοντίατρος, οφείλει:

(α) να παράσχει οδοντιατρική Περίθαλψη με κύριο μέλημα την απαλλαγή από τον πόνο και τη διατήρηση των υπάρχοντων δοντιών με όσο γίνεται πιο απλές θεραπευτικές επιλογές, και

(β) να εφαρμόσει έγκαιρα ένα Εντατικό Πρόγραμμα Πρόληψης που θα περιλαμβάνει αφενός την καθημερινή στοματική υγιεινή και αφετέρου την επιθετική πολιτική χρήσης φθοριούχων, για το σπίτι και το οδοντιατρείο.

ΕΙΣ 11

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΗΓΕΣΙΑ ΓΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΕΙΑ

Εισηγητής:

Κωνσταντίνος Βλασιάδης

Διευθυντής ΕΣΥ, Οδοντιατρική Κλινική Πα ΓΝ Ηρακλείου

Κάθε σύγχρονο οδοντιατρείο για να χαρακτηρίζεται από διαρκή επιτυχία πρέπει να διοικείται από έναν προϊ-

στάμενο ηγέτη, ικανό να ασκεί θετική επιρροή σε όλους τους εμπλεκόμενους με το ιατρείο. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνει ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού, επικέντρωση της ιατρονοσηλευτικής ομάδας στην επίτευξη των στόχων, βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας του οδοντιατρείου στο περιβάλλον δραστηριοποίησής του. Το όραμα, η ικανότητα επικοινωνίας και η στρατηγική υποστήριξης, καθοδήγησης και επιστημονικής εκπαίδευσης του προσωπικού αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά του ηγέτη.

Βασικά χαρακτηριστικά των επιτυχημένων οδοντιατρείων είναι ότι έχουν ξεκαθαρίσει ποια είναι τα προαπαιτούμενα για τη λειτουργία τους και ποια κάνουν τη διαφορά. Έχουν όραμα, κατανοούν το περιβάλλον, προσαρμόζονται σε αυτό αλλά δημιουργούν και τα δικά τους στοιχεία. Ασκούν στρατηγική με βάση το μέλλον και όχι το παρελθόν, χρησιμοποιούν δείκτες μέτρησης των επιδόσεων και μέσω σαφήνειας δομών εξασφαλίζουν την αποδοτική εργασία του προσωπικού. Επίσης, εξασφαλίζουν τις καταλληλότερες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό τους, εξασφαλίζουν την αποδοτική εργασία τους μέσω ελέγχου και, το κυριότερο, διαχειρίζονται συνεχώς την εταιρική τους κουλτούρα. Κύριοι ρόλοι του ηγέτη είναι η ανάπτυξη της κατάλληλης οργανωτικής κουλτούρας στο οδοντιατρείο, η επικοινωνία στα μέλη της ομάδας και η υποκίνηση του προσωπικού ώστε να αποδίδει τα μέγιστα. Η ανάπτυξη οργανωτικής κουλτούρας στο οδοντιατρείο έχει ως σκοπό την προώθηση της ατομικής πρωτοβουλίας σε όλα τα μέλη της ομάδας, τη ταύτιση των μελών με την ομάδα τους και τη προώθηση των στόχων της μονάδας και των απαιτήσεων που έχει από τα μέλη της. Μέσω της επικοινωνίας στο οδοντιατρείο, εξασφαλίζεται η αμφίδρομη ανταλλαγή σκέψεων του προσωπικού μεταξύ τους και με τη διοίκηση, τους οδοντοτεχνίτες, τους συνεργάτες και τη πολιτεία. Επίσης, διασφαλίζεται η ομαλή λειτουργία του οδοντιατρείου, παράγεται μεγαλύτερος αριθμός ποιοτικών υπηρεσιών προς τον ασθενή και μειώνεται η πιθανότητα ιατρικού λάθους και δικαστικών διεκδικήσεων. Παρέχονται καλύτερες συνθήκες εργασίας και εξαλείφεται το επαγγελματικό άγχος. Υποκίνηση είναι η αύξηση των κινήτρων προς τους εργαζόμενους με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσής τους. Ο ρόλος της ηγεσίας στην υποκίνηση της οδοντιατρικής μονάδας είναι σημαντικός καθώς αναγνωρίζοντας τις προσδοκίες, τις ατομικές ικανότητες και τα χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου παρακινεί το προσωπικό να είναι αφοσιωμένοι στη μονάδα, να αγωνίζονται για την επαγγελματική τους σταδιοδρομία μέσα από την ανάπτυξη της μονάδας τους και καθορίζει τους στόχους του οδοντιατρείου. Επίσης, προωθεί τη συμμετοχή όλων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, υποστηρίζει τις προσπάθειες και ανταμείβει δίκαια για αυτές.

Η διερεύνηση των τρόπων εφαρμογής της ηγεσίας που ασκείται στην οδοντιατρική ομάδα κρίνεται αναγκαία τόσο για την μέγιστη ενεργοποίηση των ικανο-

τήτων των μελών της όσο και για τη διασφάλιση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης.

ΕΙΣ12

ΓΑΣΤΡΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΟΛΑΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Εισηγητής:

Γεώργιος Κ. Γκαρδιακός

τ. Διευθυντής της Οδοντιατρικής Μονάδας του Ογκολογικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».

«Διάιτα» - «Διατροφή» - «Γαστρονομική απόλαυση». Όποιον όρο και εάν χρησιμοποιήσουμε, είναι παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν την υγεία και καλή κατάσταση του στοματογναθικού συστήματος στον άνθρωπο, μέσω πολλών μηχανισμών.

Η γαστρονομική απόλαυση ξεκινά από τη στιγμή που η τροφή περάσει το φράγμα των χειλιών. Η απόλαυση όμως αυτή ενισχύεται και πολλαπλασιάζεται, ή αντίθετα μειώνεται, ανάλογα με αυτό που βλέπουμε και μυρίζουμε.

Υπάρχει ένα σύνολο οργάνων και θέσεων στη στοματική κοιλότητα όπως η γλώσσα, ο ουρανίσκος, τα δόντια, οι σιελογόνοι αδένες, αλλά και αισθήσεις όπως η όραση και η όσφρηση, ο συνδυασμός των οποίων οδηγεί στην τελική απόλαυση.

Ένας πάγιος κανόνας λέει ότι πάντα εκτιμάμε κάτι μόνο όταν το χάσουμε. Έτσι, εκτιμάμε την απόλαυση του φαγητού μόνο όταν αυτή έχει, ή κινδυνεύει να χαθεί.

Οποιαδήποτε οδοντιατρική εργασία πραγματοποιήσουμε, είτε απλή, είτε σύνθετη η πρώτη ερώτηση που θα μας απευθύνει ο ασθενής μας είναι «Πότε μπορώ να φάω;» και η δεύτερη «Τι μπορώ να φάω;»

Επιπρόσθετα, προσέρχονται για αντιμετώπιση περιστατικά με συγκεκριμένα προβλήματα, που ούτε η κλινική εξέταση αλλά ούτε και ο ακτινολογικός έλεγχος οδηγεί στη λύση τους. Τότε αρχίζουμε τις υποθέσεις, ειδικότερα δε όταν το πρόβλημα υφίσταται μεν, αλλά δεν εμφανίζεται την ώρα και τη στιγμή που πραγματοποιείται η εξέταση του ασθενούς. Και από την στιγμή που η απλή διατροφή απέκτησε πολυπλοκότητα, αυτόματως διαφοροποιήθηκε από την έννοια της επιβίωσης και μεταπήδησε στην απόλαυση. Τότε καλούμαστε εμείς που ασχολούμαστε ανεξάρτητα από την ειδικότητα που κατέχουμε - με το στοματογναθικό σύστημα, να επιλύσουμε πιθανά και απίθανα προβλήματα.

Διάφορα είδη τροφίμων, εκτός από την πρακτικά ωφέλιμη ιδιότητά τους, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά και να επιφέρουν βλάβες στα δόντια, στο στοματικό βλεννογόνο, αλλά και στο στοματογναθικό σύστημα γενικότερα. Η εξέλιξη αυτή μας οδήγησε στο να αντιμετωπίσουμε το ζήτημα της «Γαστρονομικής Απόλαυσης», όχι μόνο σε ασθενείς της στοματογναθικής περιοχής, αλλά και τις συνέπειες αυτής στους υγιείς.

Καλούμαστε λοιπόν να επιλύσουμε απορίες, να βοηθήσουμε στη διατήρηση «υψηλού επιπέδου» ζωής σε χρόνιους ασθενείς, να δώσουμε οδηγίες - μετά από τη διενέργεια διαφόρων οδοντιατρικών πράξεων - και να προσφέρουμε οριστικές λύσεις σε γενικότερα χρόνια προβλήματα του στοματογναθικού συστήματος. Χρειάζεται ακόμη να δώσουμε λύσεις σε προβλήματα και σε υγιή άτομα, που προκύπτουν από καθημερινές «συνήθειες και απολαύσεις». Προβλήματα που οδηγούν σε «δυσφορία», σε προσωπικό αλλά και σε επίπεδο κοινωνικών συναναστροφών, των οποίων οι επιπτώσεις σε αρκετές περιπτώσεις είναι μη αναστρέψιμες. Καθημερινά εκτός από τις κλασικές ερωτήσεις «τι θα φάω τώρα» και «πώς θα φάω», χρειάζεται να απαντήσουμε και σε άλλες ερωτήσεις-παρατηρήσεις όπως «δεν έχω γεύση», «άλλαξε η γεύση μου», «δεν μπορώ να μασήσω», «ξεραίνεται το στόμα μου», «μυρίζει το στόμα μου», «αναπνέω και πονάει τα δόντια μου», «πονώ αλλά δεν μπορώ να προσδιορίσω πού». Εδώ θα πρέπει να εξεταστεί και να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στη «διατροφή-γαστρονομική απόλαυση» και το στοματογναθικό σύστημα, σε θεωρητικά υγιή άτομα, αφενός μεν από τις συνέπειες που προκύπτουν, αφετέρου δε να βοηθήσουμε ανθρώπους που πάσχουν και νοσούν, είτε από νοσήματα του στοματογναθικού, είτε από συστηματικά νοσήματα, ώστε να μπορέσουν να απολαύσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το φαγητό που επιθυμούν. Επιπρόσθετα θα χρειαστεί να απαντήσουμε και σε ερωτήματα που αφορούν την διαταραχή της γευστικής αίσθησης, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, σε υγιείς ανθρώπους.

Συνοψίζοντας, η υγεία του στόματος είναι πολύ πιο σημαντική από ό,τι μπορούν οι περισσότεροι άνθρωποι να συνειδητοποιήσουν. Οι διατροφικές συνήθειες μπορούν να επηρεάσουν τη στοματική υγεία, μέσω διαφορετικών μηχανισμών, καθότι συγκεκριμένες τροφές έχουν ευεργετική αλλά και επιβαρυντική επίπτωση, προκαλώντας δυνητικά ασθένειες, επηρεάζοντας τα δόντια και το βλεννογόνο.

Τα δόντια μας μπορεί να είναι πολύ μικρά σε μέγεθος και ο βλεννογόνος του στόματος πολύ μικρός σε επιφάνεια, αλλά τελικά είναι πολύ σημαντικά για τη διατήρηση της καλής μας υγείας.

ΕΙΣ13

ΜΑΣΤΙΧΑ ΧΙΟΥ: ΕΝΑ ΦΥΣΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ ΜΕ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Εισηγήτριες:

Περρέα Δέσποινα¹, Γιαννοπούλου Αγγελική²

¹Καθηγήτρια Πειραματικής Παθοφυσιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, ΕΚΠΑ

²Επιμελήτρια Οδοντιατρικού Τμήματος Ειδικής Μονάδας ΑμεΑ Γ.Ν. «Ασκληπιείο Βούλας»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μαστίχα της Χίου είναι μια λευκή, ημιδιαφανής φυσική ρητίνη που παράγεται από το φυτό *Pistacia lentiscus* var. *Chia*. Είναι αειθαλής θάμνος που ανήκει στην οικογένεια *Anacardiaceae* και καλλιεργείται μόνο στο νησί της Χίου και συγκεκριμένα στη νότια Χίο. Ο συνδυασμός της ποικιλίας του δέντρου, του εδάφους, του μικροκλίματος, της τοπολογίας και του ανάγλυφου της περιοχής, αποτελούν το «μυστικό» για την αποκλειστικότητα που έχει η μικρή αυτή γωνιά του πλανήτη μας. Οι ρητινοφόροι αγωγοί που διατρέχουν το βλαστό, τις ρίζες και τα φύλλα του θάμνου, παράγουν μία κιτρινοπράσινη ρητίνη, την περίφημη μαστίχα Χίου. Οι τριτερπενικές ενώσεις και οι φυτοστερόλες είναι από τα κύρια συστατικά της. Σημαντική ερευνητική δραστηριότητα στην Ελλάδα και διεθνώς σταδιακά αποκαλύπτει ότι η φυσική μαστίχα Χίου διαθέτει μοναδικές ευεργετικές και θεραπευτικές ιδιότητες για την Υγεία, επιβεβαιώνοντας τα όσα ιστορικά έχουν καταγραφεί.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εισήγησης είναι η παρουσίαση των σύγχρονων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με τις ευεργετικές ιδιότητες της μαστίχας Χίου στη Στοματική Υγεία.

Επίσης η παρουσίαση προϊόντων με φυσική μαστίχα Χίου, ως ένα συμπληρωματικό προληπτικό και θεραπευτικό μέσο της σύγχρονης οδοντιατρικής.

ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΙΧΑΣ ΧΙΟΥ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Τις τελευταίες δεκαετίες, πολλές επιστημονικές έρευνες υποστηρίζουν τις ευεργετικές ιδιότητες της μαστίχας Χίου στη Στοματική Υγεία. Σύμφωνα με αυτά τα ευρήματα τα οφέλη και οι πιθανές συνέπειές τους από την ορθή κατανάλωση της μαστίχας Χίου συνοψίζονται:

1. Στις αντιμικροβιακές ιδιότητες της μαστίχας Χίου ενάντια στα παθογόνα βακτήρια της στοματικής κοιλότητας.

Σήμερα είναι απολύτως σαφές ότι ο μικροβιακός παράγοντας είναι υπεύθυνος για τις συχνότερες νόσους του στόματος, την οδοντική τερηδόνα και τις νόσους του περιοδοντίου που προκαλούνται με την επίδραση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας που προσκολλάται στα δόντια και τα ούλα.

Η χρήση της μαστίχας Χίου συμβάλλει στη μείωση της:

ο Βακτηριακής ανάπτυξης στο σάλιο
ο Οξεογόνου δύναμης της οδοντικής μικροβιακής πλάκας

Η αποτελεσματικότητα της μαστίχας έχει αποδειχθεί έναντι Gram (+) και Gram (-) βακτηρίων (όπως *Streptococcus mutans*, *P. Gingivalis*) τα οποία θεωρούνται ως κυρίαρχα είδη που απομονώνονται από το ανθρώπινο σάλιο και την οδοντική μικροβιακή πλάκα και έχουν αναγνωριστεί ως οι σημαντικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες για την τερηδόνα και τις νόσους του περιοδοντίου αντίστοιχα.

2. Στην αυξημένη παραγωγή σάλιου διέγερσης και της συνακόλουθης ρυθμιστικής ικανότητας, που προκαλεί η μαστίχα της μαστίχας Χίου. Το σάλιο αποτελεί φυσιολογικό προστατευτικό παράγοντα που συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας του οικοσυστήματος του στόματος και βοηθά στην άμυνα των ιστών της στοματικής κοιλότητας ενάντια στην εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων. Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών η μαστίχα της μαστίχας Χίου:

ο Προκαλεί μείωση στα επίπεδα των αποικιών των παθογόνων μικροβίων στο σάλιο.

ο Απομακρύνει τα μη προσκολλημένα βακτήρια και εξουδετερώνει τα βλαβερά υγρά και οξέα.

ο Αυξάνει το pH της οδοντικής μικροβιακής πλάκας.

ο Ενισχύει την επανασβεσίωση των αρχόμενων τερηδονικών βλαβών.

3. Στις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες, αντιαιμοπεπτική δράση της μαστίχας Χίου.

Η μαστίχα διεγείρει την επιβίωση των πολυμορφοπύρηνων λευκοκύτταρων της στοματικής κοιλότητας (OPMNs) με την πρόληψη της απόπτωσης αυτών. Μέσω αυτής της διαδικασίας η μαστίχα μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της φυσικής ανοσίας, καθώς και στην εξάλειψη των βακτηρίων από στοματική κοιλότητα.

4. Στη συμβολή της στην καταπραυντική αντιμετώπιση της ξηροστομίας με τη διέγερση της σιαλικής λειτουργίας που προκαλεί η μαστίχα της μαστίχας Χίου

5. Στη συμβολή της για την αντιμετώπιση της κακοσμίας του στόματος

6. Στη βελτίωση των συνθηκών για τη γναθοπροσωπική ανάπτυξη και στη μείωση της συχνότητας των ορθοδοντικών προβλημάτων. Η μαστίχα της σκληρής φυσικής μαστίχας Χίου δραστηριοποιεί τους περιοδοντικούς ιστούς και αυξάνει τη δύναμη των μασσητήριων μυών επηρεάζοντας θετικά τη λειτουργική τους ικανότητα.

ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΜΑΣΤΙΧΑΣ ΧΙΟΥ - Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

Συστατικά της φυσικής πρώτης ύλης της μαστίχας Χίου μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην Οδοντιατρική. Στο εμπόριο κυκλοφορούν προϊόντα που μπορούν να ενταχθούν σε πρόγραμμα στοματικής υγιεινής (οδοντόκρεμα, στοματικό διάλυμα κ.α.). Επίσης εκτός της φυσικής μαστίχας Χίου κυκλοφορούν σίχλες με την προσθήκη γλυκαντικών ουσιών που δεν δημιουργούν προβλήματα στα δόντια (όπως ξυλιτόλη, σορβιτόλη, μαννιτόλη) και φυσική μαστίχα εμπλουτισμένη με φθόριο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ιδιότητες της μαστίχας Χίου την καθιστούν ένα προϊόν με μεγάλη ελκυστικότητα που μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της Στοματικής Υγείας.

Η μαστίχα Χίου και τα προϊόντα της μπορούν να ενταχθούν στα προληπτικά και θεραπευτικά προγράμματα της οδοντιατρικής.

Παρότι τα αποτελέσματα των ερευνών είναι ενθαρρυντικά

ντικά, για την πληρέστερη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της ευεργετικής επίδρασης των προϊόντων αυτών έναντι των νόσων του στόματος, καθώς και των πιθανών παρενεργειών των προϊόντων της από την χρήση τους, κρίνεται αναγκαία η περαιτέρω διερεύνηση.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aksoy A, Duran N, Koksal F: In vitro and in vivo antimicrobial effects of mastic chewing gum against *Streptococcus mutans* and *mutans streptococci*. *Arch Oral Biol* 2006; 51(6): 476-481.

Koparal E, Ertugrul F, Sabah E: Effect of chewing gum on plaque acidogenicity. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 24(2): 129-32.

Koutsoudaki C, Krsek M, Rodger A: Chemical composition and antibacterial activity of the essential oil and the gum of *Pistacia lentiscus* Var. *chia*. *J Agric Food Chem* 2005; (53): 7681-5.

Koychev S, Dommisch H, Chen H, Pischon N: Antimicrobial effects of mastic extract against oral and periodontal pathogens. *J Periodontol* 2017; 88(5): 511-517.

Takahashi K, Fukazawa M, Motohira H, Ochiai K, Nishikawa H, Miyata T: A pilot study on anti-plaque effects of mastic chewing gum in the oral cavity. *J Periodontol* 2003; 74(4): 501-505.

Τοπίτσογλου Β, Βασιλειάδου Β: Η μαστίχα στην οδοντιατρική πρόληψη. *Παιδοδοντία* 1998; 12 (3): 99-101.

ΕΙΣ14

ΤΟ ΕΠΕΙΓΟΝ ΤΡΑΥΜΑ ΣΤΗΝ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Εισηγητής:

Νικόλαος Ζώταλης

Γναθοπροσωπικός Χειρουργός - τ. Διευθυντής ΕΣΥ, Μονάδα Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο Ν. Ιωνίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα χειρουργικά περιστατικά, τα οποία χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης στην Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική, αφορούν κυρίως σοβαρές κακώσεις και τραύματα των μαλακών και σκληρών ιστών της περιοχής αυτής. Τα τραύματα αυτά συνήθως οφείλονται σε βιαιοπραγίες, τροχαία και εργατικά ατυχήματα, σε απόπειρες αυτοκτονίας, πτώσεις, χρήση πυροβόλων όπλων κ.ά.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναφορά στην διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση του επείγοντος γναθοχειρουργικού τραυματολογικού περιστατικού μετά την αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς με πιθανές συνυπάρχουσες κακώσεις θώρακα, κοιλίας και άκρων, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, μεταβολικές διαταραχές κ.λπ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα περιστατικά που παρουσιάζονται αντιμετωπίστηκαν κατά τα 13 χρόνια λειτουργίας της Μονάδας Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Γ.Ν. Κωνσταντοπούλειο Ν. Ιωνίας. Αυτά αφορούσαν χαίνοντα θλαστικά τραύματα προσώπου καθώς και συντριπτικά επιεπιλεγμένα κατάγματα της ίδιας περιοχής με κύριες αιτίες πρόκλησης: Τροχαία ατυχήματα, βιαιοπραγίες, πτώσεις, πυροβόλα όπλα κ.ά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τραύματα που αντιμετωπίστηκαν μέσα στις πρώτες 6-12 ώρες από την πρόκλησή τους είχαν άριστα λειτουργικά και αισθητικά αποτελέσματα.

Οι κύριες παράμετροι οι οποίες καθόρισαν την άμεση θεραπευτική παρέμβαση υπήρξαν: 1. Η κατάσταση του κυκλοφορικού και του αναπνευστικού συστήματος του ασθενούς. 2. Η μεταβολική ισορροπία του ασθενούς και 3. Η συνύπαρξη και άλλων πλέον κρίσιμων και επικίνδυνων καταστάσεων για την επιβίωση των ασθενών στις περιπτώσεις πολυτραυματιών.

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΑ1

ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑ. ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΑΙΤΙΑ ΕΞΑΓΩΓΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΤΗ ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ

Σωτήρη Βενετία, Ντόκου Παναγιώτα, Πιτσηλής Γεράσιμος, Ντόκος Ελευθέριος

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιώς «TZANEIO»

Εισαγωγή

Η περιοδοντίτιδα και η τερηδόνα αποτελούν τις συχνότερες αιτίες απώλειας δοντιών.

Η τερηδόνα είναι ο πρωταρχικός λόγος εξαγωγής δοντιών στο σύνολο των ασθενών. Η τερηδόνα σε συνδυασμό με τις περιοδοντικούς νόσους αποτελούν τους κύριους λόγους εξαγωγής δοντιών.

Σκοπός

Ο σκοπός της ερευνητικής μελέτης είναι η καταγραφή των εξαχθέντων δοντιών στη μέση ηλικία σε δείγμα ασθενών και η αιτία εξαγωγής αυτών.

Υλικό και Μέθοδος

Το υλικό της έρευνας αποτέλεσε ένα δείγμα ασθενών που προσήλθαν για εξαγωγή στο Οδοντιατρικό Τμήμα του «TZANEIOY» Νοσοκομείου και καταγράφησαν πληροφορίες όπως ηλικία, φύλο, τύπος δοντιού που εξήχθη και κύρια αιτία. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 16 ετών και άνω και στα δύο φύλα.

Αποτελέσματα

Τα εξαχθέντα δόντια είχαν κατανεμηθεί σύμφωνα με την αιτία εξαγωγής σε διάφορες ηλικιακές κατηγορίες. Το ποσοστό των εξαγωγών που οφειλόταν σε περιοδοντικούς λόγους και αφορούσε όλες τις ηλικίες, έφθασε το 41%, το ποσοστό που ενοχοποιούσε την τερηδόνα στο 56% και σε άλλους λόγους οφειλόταν το 3%.

Στα άτομα ηλικίας 16-20 ετών το ποσοστό εξαχθέντων δοντιών οφειλόμενο σε τερηδόνα ήταν 81%. Στις ηλικίες 21-35 ετών καταγράφηκε το υψηλότερο ποσοστό εξαγωγών εξαιτίας της τερηδόνας 93% και έτσι έγινε σχεδόν ο μόνος παράγοντας που προκαλεί την εξαγωγή δοντιών. Στην ηλικιακή κατηγορία 35-65 ετών, μια σοβαρή αλλαγή συμβαίνει στη σχέση μεταξύ τερηδόνας και περιοδοντικών νόσων, όπου οι περιοδοντικές νόσοι γίνονται ο κύριος λόγος εξαγωγής δοντιών με ποσοστό 68% έναντι 27% της τερηδόνας.

Συμπεράσματα

Η τερηδόνα διατηρεί τον κυρίαρχο ρόλο της ως λόγος εξαγωγής δοντιών με φθίνουσα πορεία όσο η ηλικία του ασθενούς ανεβαίνει.

Η περιοδοντίτιδα όμως αποτελεί την βασικότερη αιτία εξαγωγής δοντιών στην μέση ηλικία.

ΕΑ2

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ TZANEIO

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 11: 81-104, 2018

Σωτήρη Βενετία, Ντόκου Παναγιώτα, Πιτσηλής Γεράσιμος, Ντόκος Ελευθέριος

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιώς «TZANEIO»

Εισαγωγή

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα σύνδρομο με κύρια κλινική εκδήλωση την αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης του ορού του αίματος των ασθενών που πάσχουν από την νόσο.

Για τον κλινικό οδοντίατρο ο εντοπισμός των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη βοηθά στην πρόληψη σοβαρών διαταραχών στην επουλωτική διαδικασία των τραυμάτων, καθώς και στην αποφυγή πρόκλησης μετεγχειρητικών λοιμώξεων σε ασθενείς με αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη.

Σκοπός

Ο σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση αντιμετώπισης οδοντιατρικών περιστατικών σακχαροδιαβητικών ατόμων σε Γενικό Νοσοκομείο, η ανάδειξη της σημασίας διάγνωσης και αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη σε ασθενείς με οδοντιατρικά προβλήματα πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση στην στοματική κοιλότητα, καθώς και η παρουσίαση προτάσεων αποφυγής των επιπλοκών που μπορεί να εμφανίσει ο διαβητικός ασθενής, οι οποίες ενδεχομένως θα τον οδηγήσουν στο Νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδος

Η εργασία έγινε σε ασθενείς, του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου «TZANEIO», οι οποίοι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και απαιτείται οδοντιατρική χειρουργική παρέμβαση.

Συμπεράσματα

Η επούλωση των χειρουργικών τραυμάτων των σακχαροδιαβητικών ασθενών παρουσιάζεται διαταραγμένη και παρατεταμένη χρονικά συγκριτικά με τους υγιείς ασθενείς.

Για την πρόληψη ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη κατά την διάρκεια χειρουργικής επέμβασης είναι απαραίτητη η αυστηρή τήρηση των βασικών αρχών της χειρουργικής όπως η σχολαστική ασηψία και αιμόσταση, και κυρίως ο σεβασμός των μαλακών και σκληρών ιστών κατά τους διάφορους εγχειρητικούς χειρισμούς. Η μικρότερη δυνατή διάρκεια της επέμβασης ώστε να δημιουργηθούν συνθήκες ομαλής επούλωσης, μειώνοντας τον κίνδυνο μετεγχειρητικής λοίμωξης.

ΕΑ3

ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Καρβελέας Ηλίας, Καρκαζής Ηρακλής

Τομέας Προσθετολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή

Για τους ηλικιωμένους ασθενείς, αλλά και εκείνους που ανήκουν σε ειδικές κατηγορίες, στην πρώτη γραμμή προσθετικής αποκατάστασης, όταν το επιτρέπουν οι συνθήκες, βρίσκονται οι κινητές προσθέσεις. Αυτό δεν είναι τυχαίο, καθώς πλεονεκτήματα όπως η ευκολία κατασκευής, η μικρή τλαιπωρία του ασθενούς, η δυνατότητα επιδιόρθωσης και το χαμηλό κόστος τους τις καθιστούν ενίοτε μοναδική επιλογή. Είναι λοιπόν απαραίτητο να γνωρίζουμε έναν από τους βασικότερους μηχανισμούς που οδηγούν στην επιτυχία τους, τον Νευρομυϊκό παράγοντα.

Σκοπός

Να παρουσιαστεί ο Νευρομυϊκός παράγοντας και να επεξηγηθεί ο μηχανισμός λειτουργίας του, ώστε να γίνει αντιληπτή η σημασία του στην κλινική πράξη, καθώς και να παρουσιαστούν τεχνικές αξιοποίησης του.

Μέθοδος

Αναζήτηση πηγών σε ελληνική και ξενόγλωσση, έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία.

Αποτελέσματα

Η προσαρμογή του νευρομυϊκού παράγοντα, εκδηλώνεται κλινικά με πολλούς τρόπους, μερικές φορές ιδιαίτερα εντυπωσιακούς, προσφέροντας συγκράτηση και λειτουργικότητα σε ιδιαίτερα φθαρμένες αποκαταστάσεις. Η προσαρμογή εξαρτάται από την εξοικείωση των εξωδεκτικών υποδοχέων του στοματικού βλεννογόνου και την εκμάθηση νέων κινητικών προτύπων. Ταυτόχρονα, μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες από τις υπάρχουσες προσθετικές εργασίες, και συνδυάζοντας τις με τεχνικές όπως οι ομοιότυπες οδοντοστοιχίες και η καταγραφή της ουδέτερης ζώνης, να εκμεταλλευτούμε στο μέγιστο τον νευρομυϊκό παράγοντα.

Συμπεράσματα

Η κατανόηση των νευροφυσιολογικών μηχανισμών του στοματογναθικού συστήματος επιτρέπει στοχευμένες ιατρικές παρεμβάσεις, που θα βελτιώσουν το αποτέλεσμα της θεραπείας και την ποιότητα ζωής του ειδικού ασθενή

EA4

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΤΥΠΙΚΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΤΟΥΣ

Κωνσταντοπούλου Καλλιόπη, Κοσιώνη Αναστασία

Γνωστικό αντικείμενο Γηροδοντιατρικής, Τομέας Προσθετολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή

Οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων είναι συχνά επιβαρυνμένοι με πολλά προβλήματα υγείας και βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση προβλημάτων της στοματικής υγείας, λόγω αδυναμίας στοματικής φροντίδας και πρόσβασης στον οδοντίατρο. Επομένως, ο ρόλος του προσωπικού των μονάδων φροντίδας είναι κρίσιμος για τη φροντίδα του στό-

ματος ιδιαίτερα των λειτουργικά εξαρτημένων ηλικιωμένων.

Σκοπός

Ο σχολιασμός των εμποδίων στην καθημερινή στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων που διαμένουν σε μονάδες φροντίδας, καθώς και της αποτελεσματικότητας των αντίστοιχων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που παρέχονται στους τυπικούς φροντιστές τους.

Μέθοδος Ανασκόπησης

Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες PubMed, Google Scholar, Scopus και ScienceDirect.

Αποτελέσματα

Τα κυριότερα εμπόδια στην παροχή στοματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους σε μονάδες φροντίδας είναι η αντίσταση των ηλικιωμένων στη φροντίδα του στόματος, η έλλειψη εκπαίδευσης των φροντιστών στην παροχή στοματικής φροντίδας και στη διαχείριση αρνητικών συμπεριφορών των ηλικιωμένων, η έλλειψη χρόνου των φροντιστών, η γενική δυσφορία των φροντιστών για τη στοματική φροντίδα των ηλικιωμένων και ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού.

Τα αποτελεσματικότερα εκπαιδευτικά προγράμματα που στόχευαν στην ενίσχυση των γνώσεων και των στάσεων των φροντιστών για τη φροντίδα του στόματος των ηλικιωμένων περιελάμβαναν εκπαίδευση για τη σημασία της στοματικής υγείας, τη αξιολόγηση της κατάστασης της στοματικής υγείας, τα πρωτόκολλα της καθημερινής φροντίδας του στόματος, τον κατάλληλο εξοπλισμό, καθώς και πρακτικό σεμινάριο για την εφαρμογή στοματικής υγιεινής. Ωστόσο, ο αποτελεσματικότερος συνδυασμός των εκπαιδευτικών τεχνικών που θα πρέπει να περιλαμβάνονται σε ένα αντίστοιχο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ακόμα ερευνάται.

Συμπεράσματα

Ένα δομημένο πρωτόκολλο φροντίδας του στόματος και η ενίσχυση των γνώσεων των φροντιστών για τη σημασία της στοματικής υγείας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της στοματικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στις μονάδες φροντίδας.

EA5

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» ΒΟΥΛΑΣ

Ζερβού-Βάλβη Φλώρα, Φανδρίδης Ιωάννης, Δημητρίου Αικατερίνη, Γιαννοπούλου Αγγελική, Κατσίνη Ελένη

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ, ΓΝ «Ασκληπείο» Βούλας

Εισαγωγή

Κύριο έργο των Νοσοκομειακών Οδοντιατρικών Τμημάτων (NOT) αποτελεί η παροχή Οδοντιατρικής Περίθαλψης σε ασθενείς με γενικά νοσήματα και σε ειδικούς ασθενείς, όπως εξάλλου ορίζεται και από την σχετική Υπουργική Απόφαση (ΥΑ). Δυστυχώς, όμως, αυτό δεν εί-

ναι δεδομένο για όλα τα Οδοντιατρικά Τμήματα των Νοσοκομείων (NOT).

Σκοπός

Η αξιολόγηση των κλινικών δραστηριοτήτων του Οδοντιατρικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου «Ασκληπιείο Βούλας» με στόχο την εκτίμηση της εναρμόνισής των με εκείνες της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, όπως αυτές περιγράφονται στην σχετική ΥΑ.

Υλικό και Μέθοδος

Κριτική μελέτη και αξιολόγηση των σχετικών αρχείων της τελευταίας δεκαετίας (2008-2017) του Τμήματος.

Αποτελέσματα

Το κλινικό αντικείμενο του Τμήματος είναι εναρμονισμένο με την εν λόγω ΥΑ. Στα πλαίσια, μάλιστα, του Οδοντιατρικού Τμήματος λειτουργεί από το 1995 Μονάδα για Οδοντοθεραπεία Ενηλίκων Ατόμων με Αναπηρία και γίνεται αντιμετώπιση στο χειρουργείο.

Ποσοστό 67% των συνεδριών είναι τακτικές. Από αυτές περί τα 4/5 αφορούν σε επανεξετάσεις, περί το 1/5 σε επωπερικούς ασθενείς (πλέον του ημίσεος επί κλίνης), ποσοστό δε 55% πραγματοποιείται σε άτομα με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό και αναπηρία.

Οι ασθενείς του Τμήματός μας είτε προσέρχονται αυθορμήτως είτε παραπέμπονται ακόμα και από άλλα NOT.

Συμπεράσματα

Η πλήρης ανάπτυξη αυτών των δραστηριοτήτων από όλα τα NOT και η έκδοση σύγχρονης ΥΑ, θα αναβαθμίσει τα μέγιστα τις παρεχόμενες υπηρεσίες και θα διασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε αυτές. Βάση αυτής της ανάπτυξης θα αποτελέσει η εκπαίδευση των υπηρετούντων στο ΕΣΥ οδοντιάτρων και η καθιέρωση της ειδικότητας της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής Οδοντιατρικής Ειδικής Φροντίδας.

EA6

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΟΥ ΝΑΡΘΗΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Σταματάκη Βασιλική, Χατζηχαλεπλή Χαρά, Βουρλή Αναστασία

Ιδιωτικό ιατρείο

Εισαγωγή

Το σύνδρομο Down (DS) είναι κληρονομική νόσος που περικλείει ένα σύνολο χαρακτηριστικών όπως μικροκεφαλία, μικρά στρογγυλά αυτιά και μικρή μύτη, κοντά και πλατιά χέρια, καθώς και κοντά δάκτυλα. Στη στοματική κοιλότητα παρατηρούνται μεγάλη και σχισμοειδής γλώσσα, ανοικτή δήξη, οδοντικές δυσπλασίες, υπεράριθμα δόντια, περιοδοντική νόσος και τερηδόνα. Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την νοητική στέρση και τις συναισθηματικές διαταραχές, αυξάνουν τον κίνδυνο τραύματος στην στοματική κοιλότητα, ειδικά στους ασθενείς-αθλητές. Για τον λόγο αυτό η κατασκευή αθλητικού ενδοστοματικού νάρθηκα θεωρείται επιβεβλημένη.

Σκοπός

Η παρουσίαση περιστατικού κατασκευής εξατομικευμένου αθλητικού νάρθηκα σε άτομο με DS, που ασχολείται με αθλητικές δραστηριότητες.

Παρουσίαση περιστατικού

Άνδρας, 45 ετών με DS, αθλητής μπάσκετ, προσήλθε στο ιατρείο μετά από ανάρρωση από εγκεφαλική διάσειση που προήλθε από χτύπημα στην κάτω γνάθο κατά την διάρκεια αγώνα. Ο ασθενής δεν έφερε ενδοστοματικό νάρθηκα κατά τη διάρκεια της άθλησης. Κλινικά διαπιστώθηκαν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: στενή γωνιώδης υπερώα, μεγάλη γλώσσα, σταυροειδής σύγκλιση και περιοδοντίτιδα. Ο ασθενής στην αρχή δεν ήταν συνεργάσιμος και χρησιμοποιήθηκαν ψυχολογικές τεχνικές για τη δημιουργία εμπιστοσύνης. Κατασκευάστηκαν 2 αθλητικοί νάρθηκες προσαρμοσμένοι στις ανάγκες του ασθενούς. Ο ασθενής έγινε πλήρως συνεργάσιμος και χρησιμοποιεί τα τελευταία δύο χρόνια τον νάρθηκα σε προπονήσεις και αγώνες χωρίς προβλήματα.

Συζήτηση

Ο ενδελεχής κλινικός έλεγχος και η σωστή αξιολόγηση από τον οδοντίατρο, συνοδευόμενα από την κατάλληλη οδοντιατρική θεραπεία και πλαισιωμένα με πολλή αγάπη, μπορούν να προσφέρουν σε ένα άτομο με DS τη δυνατότητα να συμμετέχει με ασφάλεια στην αθλητική και ψυχαγωγική σωματική άσκηση.

EA7

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΦΩΝΗΣΗΣ

Βίλλιας Αριστείδης, Βίλλιας Γεώργιος

Γνωστικό αντικείμενο Γηροδοντιατρικής, Τομέας Προσθετολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή

Με την βελτίωση των συστημάτων περίθαλψης και της προόδου στην ιατρική όλο και περισσότεροι ασθενείς επιβιώνουν από σοβαρούς τραυματισμούς και από χρόνιες ασθένειες. Για να επιτευχθεί ικανοποιητική ποιότητα ζωής ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να αλληλεπιδράσει με το περιβάλλον του, να επικοινωνήσει με τους οικείους του και με όσους απαρτίζουν τη θεραπευτική ομάδα. Η επικοινωνία έχει ιδιαίτερη σημασία στην παροχή υπηρεσιών υγείας, καθιστώντας την αλληλεπίδραση ιατρού ασθενούς αποδοτικότερη, αποκαλύπτοντας προβλήματα υγείας και συνεισφέροντας στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας. Η τεχνολογική πρόοδος έχει καταστήσει τις έξυπνες συσκευές ευρέως διαδεδομένες και προσιτές. Επίσης η ποικιλία του διαθέσιμου λογισμικού καθιστά αυτές τις συσκευές πολυδύναμες και ικανές να καλύψουν ευρύ φάσμα επικοινωνιακών απαιτήσεων.

Σκοπός

Η παρουσίαση αυτή αποσκοπεί να γνωστοποιήσει στον εργαζόμενο στο χώρο της υγείας τις δυνατότητες που

παρέχονται από την τεχνολογία για την υποβοήθηση της επικοινωνίας με τον ασθενή με περιορισμένη κινητικότητα και αδυναμία φώνησης.

Περιγραφή τεχνικής

Παρουσιάζεται η σύνθεση ενός συστήματος επικοινωνίας με τη χρήση ενός μόνο διακόπτη ως μονάδα εισόδου, ενός μετατροπέα σήματος και μιας ηλεκτρονικής πινακίδας. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η διαδικασία προσαρμογής του συστήματος στις ανάγκες του χρήστη, γίνεται αναφορά στη διαδικασία εκμάθησης και δίνονται παραδείγματα εφαρμογών του συστήματος.

Συμπεράσματα

Η τεχνολογία δίνει λύσεις επικοινωνίας σε ανθρώπους με περιορισμένη κινητικότητα και αδυναμία φώνησης. Ο οδοντίατρος ως επαγγελματίας υγείας, εξοικειωμένος με την τεχνολογία, μπορεί να προτείνει τη χρήση παρόμοιων συστημάτων, τα οποία μπορούν να βελτιώσουν το επίπεδο επικοινωνίας με τους ειδικούς αυτούς ασθενείς.

ΕΑ8

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥ ΣΕ ΜΙΑ ΣΠΑΝΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΡΑΧΕΙΟΣΤΟΜΙΑ: ΤΟ ΤΡΑΧΕΙΟΑΝΩΝΥΜΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ

Βίλλιας Αριστείδης, Βίλλιας Κωνσταντίνος, Τούσερτ Μιχαήλ

Γνωστικό αντικείμενο Γηροδοντιατρικής, Τομέας Προσθετολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή

Η τραχειοστομία είναι μια οπή που δημιουργείται χειρουργικά στην πρόσθια περιοχή του τραχήλου και καταλήγει στην τραχεία. Παρέχει μια δίοδο αέρα για την διευκόλυνση της αναπνοής όταν παρεμποδίζεται η χρήση της φυσιολογικής αναπνευστικής οδού. Επίσης η τραχειοστομία συνήθως είναι απαραίτητη όταν προβλήματα υγείας επιβάλλουν τη μακροχρόνια χρήση συσκευών υποστήριξης της αναπνοής.

Σήμερα όλο και περισσότεροι ασθενείς με χρόνιες και σοβαρές παθήσεις περιθάλπονται στην κατοικία τους ή σε ιδρύματα μακράς νοσηλείας. Ο οδοντίατρος ως μέλος της ομάδας περίθαλψης, μπορεί να κληθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε μη περιπατητικούς ασθενείς με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, όπως ασθενείς με τραχειοστομία.

Σκοπός

Η εργασία αυτή αποσκοπεί στο να ενημερώσει τον κλινικό οδοντίατρο για το τραχειοανώνυμο συρίγγιο. Μια σπάνια και απειλητική για τη ζωή επιπλοκή σε ασθενείς που φέρουν τραχειοστομία. Κατά την επιπλοκή αυτή δημιουργείται επικοινωνία μεταξύ της ανώνυμης αρτηρίας και της τραχείας μέσω συριγγίου με αποτέλεσμα την κατακλυσιμαία αιμορραγία και την κατάληξη του ασθενή.

Υλικό και μέθοδος

Κάνοντας ανασκόπηση των πιο πρόσφατων βιβλιογραφι-

κών δεδομένων για την επιπλοκή αυτή παρουσιάζονται συνοπτικά επιδημιολογικά στοιχεία και η πορεία εξέλιξης. Γίνεται επίσης αναφορά στην αιτιοπαθογένεια αυτής της επιπλοκής, καθώς επίσης και στους τρόπους διάγνωσης και αντιμετώπισης.

Συμπεράσματα

Το τραχειοανώνυμο συρίγγιο είναι μια επιπλοκή με μικρή πιθανότητα επιβίωσης. Συνεπώς, ο ρόλος του ευαισθητοποιημένου οδοντίατρου, καθώς και των υπολοίπων μελών της θεραπευτικής ομάδας, στην αναγνώριση πρώιμων συμπτωμάτων, την άμεση κλήση για εξειδικευμένη βοήθεια και την έγκαιρη παραπομπή του ασθενούς σε ειδικούς για τους κατάλληλους χειρισμούς μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά επιβίωσης.

ΕΑ9

ΜΕΛΕΤΗ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΙ ΠΑΓΝΗ

Βαϊλάκη Ευαγγελία, Ζουμπουλάκης Μιχαήλ, Κυρές Πέτρος, Καγκελάρη Χριστίνα, Παρασύρης Σταύρος, Βλασιάδης Κωνσταντίνος, Μπογοσιάν Ευαγγελία

Οδοντιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Ηρακλείου

Εισαγωγή

Η αντιμετώπιση στοματολογικών περιστατικών περιλαμβάνεται στις δραστηριότητες του εξωτερικού ιατρείου ενός Νοσοκομειακού Οδοντιατρικού Τμήματος. Μπορεί να αφορά ασθενείς του Τμήματος Επειγόντων, του τακτικού ΕΙ ή παραπεμπόμενους από άλλες κλινικές.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των στοματολογικών προβλημάτων που διαγνώστηκαν ή και αντιμετώπιστηκαν σε διάστημα ενός έτους στο ΕΙ της Οδοντιατρικής Κλινικής ΠΑΓΝΗ.

Μέθοδος και Υλικό

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη που αφορά στην περίοδο 01-08-2017 έως και 31-07-2018. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από το μητρώο ασθενών που τηρείται στο ΕΙ. Σε ειδικούς πίνακες καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, η αιτία προσέλευσης, η διάγνωση του προβλήματος και η αντιμετώπιση του.

Αποτελέσματα

Με στοματολογικό πρόβλημα βρέθηκαν 113 ασθενείς, 73 του ΤΕΠ και 40 του ΤΕΙ. Ο μεγαλύτερος αριθμός, 54 (47%) ασθενείς, αφορούσε σε τραυματικά έλκη διάφορης αιτιολογίας. Επίσης καταγράφηκαν 13 (11,5%) ασθενείς με διογκώσεις των σκληρών και μαλακών ιστών, 7 (6,2%) με λευκές βλάβες των μαλακών ιστών, 9 (8%) με λοιμώξεις ιογενείς, μικροβιακές και μυκητιασικές, 3 (2,65%) με σύνδρομο καυσalgίας στόματος, 5 (4,4%) με άφθες, 1 (0,88%) με νευραλγία κ.α. Μία ασθενής (0,88%) έπασχε από οστεονέκρωση της γνάθου και μία (0,88%) διαγνώστηκε με Ca ούλων.

Συμπεράσματα

Τα στοματολογικά προβλήματα αποτελούν μια από τις αιτίες προσέλευσης στα Οδοντιατρικό ΕΙ των Νοσοκο-

μείων ως τακτικά ή έκτακτα περιστατικά. Οι νοσοκομειακοί οδοντίατροι πρέπει να είναι έχουν επαρκείς γνώσεις για τη διάγνωση και θεραπεία τους. Σε ορισμένες δε περιπτώσεις είναι σημαντικός ο ρόλος τους για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών.

ΕΑ10

ΜΕΛΑΓΧΡΩΣΗ ΥΠΕΡΩΑΣ ΩΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΝΟΣΗΜΑ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Χίλιου Γεωργία, Καλογήρου Ελένη-Μαρίνα, Τόσιος Κωνσταντίνος Ι., Σκλαβούνου Αλεξάνδρα

Εργαστήριο Στοματολογίας, Οδοντιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή

Οι ασθενείς με συστηματικά νοσήματα συχνά τελούν υπό χρόνια αγωγή με ανοσοκατασταλτικούς ή ανοσοτροποποιητικούς παραγόντες, ορισμένοι εκ των οποίων έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών στο στοματικό βλεννογόνο. Τα ανθελονοσιακά φάρμακα έχουν ενοχοποιηθεί για αρκετές περιπτώσεις μελάγχρωσης του δέρματος, ενώ αντίθετα η αναφορά φαρμακοεπαγόμενης μελάγχρωσης από αυτά στο στοματικό βλεννογόνο είναι σπάνια στη βιβλιογραφία.

Σκοπός

Η παρουσίαση περίπτωσης μελάγχρωσης υπερώας σε σχέση με ένα ανθελονοσιακό παράγοντα που χορηγείται ως θεραπεία για αυτοάνοσο νόσημα.

Παρουσίαση περίπτωσης

Γυναίκα 76 ετών, με ιστορικό συνδρόμου Sjögren και οστεοπόρωσης υπό αγωγή με το ανθελονοσιακό σκεύασμα υδροξυχλωροκίνη και τη διφωσφονική ένωση ιβανδρονικό οξύ, αντίστοιχα, προσήλθε με διάχυτη μελάγχρωση στη μεσότητα της σκληρής υπερώας, αντίστοιχα με τη βάση έδρασης άνω μερικής οδοντοστοιχίας. Η ασθενής δεν ανέφερε συμπτώματα. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε διάχυτη μελάγχρωση στο δέρμα των κάτω άκρων. Με πιθανή διάγνωση φαρμακοεπαγόμενης μελάγχρωσης από υδροξυχλωροκίνη συστήθηκε μερική βιοψία από την υπερώα. Επίσης, λόγω του αυξημένου κινδύνου αμφιβληστροειδοπάθειας σε ασθενείς με μελάγχρωση από υδροξυχλωροκίνη, η ασθενής παραπέμφθηκε για οφθαλμολογική εξέταση.

Συμπέρασμα

Η διαρκώς αυξανόμενη χρήση φαρμάκων που χορηγούνται για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων σε ασθενείς περιπατητικούς ή σε νοσοκομειακό περιβάλλον, καθιστά αναγκαία τη γνώση των πιθανών παρενεργειών τους από τους οδοντίατρους. Τα ανθελονοσιακά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν μελάγχρωση του στοματικού βλεννογόνου και η υπερώα αποτελεί τη συχνότερη θέση προσβολής.

ΕΑ11

Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΩΤΟ ΣΗΜΕΙΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΜΥΕΛΟΒΛΑΣΤΙΚΗΣ ΛΕΥΧΑΙΜΙΑΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αναστασόπουλος Γεώργιος, Τσουρή Ιωάννα, Παπαδιόχος Ιωάννης, Στράντζιας Πασχάλης

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή

Η στοματική κοιλότητα αποτελεί αρκετές φορές το αρχικό σημείο εμφάνισης ενός σημαντικού αριθμού ασθενειών, οι οποίες εάν δεν διαγνωσθούν σωστά και αντιμετωπιστούν εγκαίρως, μπορεί να οδηγήσουν σε σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η Οξεία Μυελογενής Λευχαιμία είναι μια ασθένεια η οποία μπορεί να έχει ως πρώτη εμφάνιση το στόμα κάνοντας πολύ σημαντική τη συμβολή του οδοντίατρου στη διάγνωση.

Παρουσίαση περιστατικού

Η ασθενής Μ.Γ., 14 ετών, παραπέμφθηκε από το Τμήμα Αιματολογίας - Ογκολογίας στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου για εξέταση λόγω οίδηματος στην κάτω γνάθο αριστερά. Παρατηρήθηκε ενδοστοματική και εξωστοματική διόγκωση στην περιοχή της αριστερής κάτω γνάθου με έντονη πυόρροια κατά την πίεση, κινητικότητα του πρώτου μόνιμου γομφίου της αντίστοιχης περιοχής καθώς και διόγκωση και ερυθρότητα των ούλων στην αριστερή και δεξιά άνω και κάτω γνάθο. Μετά από οδοντιατρική εξέταση και ακτινογραφικό έλεγχο τέθηκε υποψία λευχαιμικής διήθησης του σώματος της κάτω γνάθου και των ούλων άνω και κάτω γνάθου, υποψία που ενισχύθηκε μετά από εργαστηριακές εξετάσεις. Πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός της περιοχής και διενέργεια βιοψίας και ιστολογικής εξέτασης στις περιοχές με τα οίδηματώδη ούλα που επιβεβαίωσε την λευχαιμική διήθηση, όπως επίσης και πλήρης αντιμετώπιση όλων των οδοντιατρικών αναγκών της ασθενούς, ώστε να ακολουθηθεί το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα στο Τμήμα Αιματολογίας-Ογκολογίας του Νοσοκομείου. Η ασθενής εμφάνισε σημαντική βελτίωση από την πρώτη κιόλας μετεχειρητική εβδομάδα.

Συμπέρασμα

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση της ΟΜΛ προϋποθέτει την διεξοδική εξέταση της στοματικής κοιλότητας και ο οδοντίατρος πρέπει να καθοδηγήσει αλλά και να προετοιμάσει τον ασθενή ώστε να ακολουθήσει την απαραίτητη θεραπεία χωρίς ή με ελάχιστες διακοπές.

ΕΑ12

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΕΡΠΗΤΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΟ ΑμεΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ ΤΟΥ

Δημητρίου Αικατερίνη, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα, Κατσίνη Ελένη, Γιαννοπούλου Αγγελική

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ, ΓΝ «Ασκληπείο» Βούλας

Εισαγωγή

Η ερπητική στοματίτιδα (ΕΣ) είναι μία συνήθης ιογενής λοίμωξη του στόματος με έντονη σημειολογία και συμπτωματολογία κυρίως στην πρωτοπαθή της μορφή (ΠΕΣ), η οποία μπορεί να παρουσιάσει διάφορες επιπλοκές.

Σκοπός

Η παρουσίαση ΠΕΣ σε ενήλικο ΑΜΕΑ του οποίου την οδοντιατρική αντιμετώπιση με γενική αναισθησία είχε αναλάβει Ειδική Οδοντιατρική Μονάδα Γενικού Νοσοκομείου, με προσβολή και του οφθαλμού, και στη συνέχεια η προσβολή του πατέρα του από ΠΕΣ με έντονη συμπτωματολογία.

Παρουσίαση περιπτώσεων

ΑμεΑ ηλικίας 24 ετών με αυτισμό προσήλθε συνοδευόμενος από τους γονείς του στο εξωτερικό ιατρείο του Νοσοκομείου. Οι γονείς ανέφεραν ότι πριν από οκτώ ημέρες το παιδί παρουσίασε υψηλό πυρετό και δυσκαταποσία. Επισκέφθηκαν παθολόγο ο οποίος συνέστησε λήψη αντιβίωσης. Μετά από δύο ημέρες εμφανίσθηκαν βλάβες στο στόμα, και ο υψηλός πυρετός συνεχίσθηκε. Οι γονείς προσήλθαν στο Νοσοκομείο μας διότι θορυβήθηκαν από έντονο οίδημα που παρουσιάστηκε στην περιοχή του δεξιού οφθαλμού και του όφρυος. Την ημέρα που προσήλθε στο Οδοντιατρικό Τμήμα ο ασθενής δεν είχε πυρετό και η κλινική του εξέταση έδειξε πολλαπλές βλάβες στην γλώσσα τα χείλη και στο δέρμα του πώγωνος καθώς και έντονη λεμφαδενίτιδα. Συνεστήθη από εμάς λήψη αντιικής αγωγής per os. Για την εκτίμηση του οιδήματος της οφθαλμικής περιοχής παραπέμφθηκε στους οφθαλμιάτρους του Νοσοκομείου μας. Δύο ημέρες μετά την εξέτάσή του, προσήλθε ο πατέρας στο Τμήμα και ανέφερε ότι και αυτός άρχισε να πυρέσσει, δύο δε ημέρες μετά εμφάνισε και αυτός πολλαπλές βλάβες στον βλεννογόνο του στόματος.

Συμπέρασμα

Είναι σημαντικό ο ρόλος του οδοντιάτρου στη σωστή διάγνωση της ερπητικής στοματίτιδας. Η σωστή αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενή και των κλινικών εκδηλώσεων (υποβοηθούμενη από κυτταρολογική εξέταση εάν αυτό είναι εφικτό) βοηθά στην ορθότερη διαχείριση του ασθενή. Επιβεβλημένος είναι ιδιαίτερα για τα ΑμεΑ ο υψηλός δείκτης υποψίας πιθανής προσβολής των οφθαλμών.

EA13

ΧΡΟΝΙΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κατσουράκης Μιχαήλ

Ιδιωτικό Ιατρείο

Εισαγωγή

Ο Χρόνιος Τραυματισμός (ΧΤ) είναι γενεσιουργός αιτία πολλών βλαβών στη στοματική κοιλότητα, όπως τραυματικό έλκος, αντιδραστικοί όγκοι, βλεννώδεις κύστες, βλάβες από οδοντοστοιχίες, οστεονέκρωση των γνάθων

από διφωσφονικά κλπ. Συχνότεροι παράγοντες χρόνιου τραυματισμού είναι οξύαιχμα δόντια, κακότεχνες εμφράξεις και στεφάνες, κινητές προσθετικές εργασίες κακές έξεις όπως βρουξισμός και προώθηση της γλώσσας κλπ. Αρκετά συχνά ενοχοποιείται και για την εμφάνιση Ακανθοκυτταρικού Καρκινώματος της στοματικής κοιλότητας, είτε από μόνος του, είτε σε συνδυασμό με άλλους αιτιολογικούς παράγοντες όπως κάπνισμα, αλκοόλ, ηλιακή ακτινοβολία, ιοί HPV, χαμηλή Β12, σιδηροπενική αναιμία κλπ. χωρίς να έχει τεκμηριωθεί απόλυτα ο ρόλος του.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση 10 περιπτώσεων Ακανθοκυτταρικού καρκινώματος της στοματικής κοιλότητας και ενός μεταστατικού καρκινώματος μαστού, από το σύνολο των 90 που διαγνώστηκαν όπου ο χρόνιος τραυματισμός υπήρχε και συνέβαλε πιθανότατα στην εμφάνισή τους. Σε μία μάλιστα από τις περιπτώσεις αυτές δεν υπήρχε άλλος πιθανός αιτιολογικός παράγοντας. Συγχρόνως παρουσιάζονται τα ευρήματα από ανάλογες μελέτες της βιβλιογραφίας και οι πιθανοί μηχανισμοί που ο χρόνιος τραυματισμός συμβάλλει μέσω των μηχανισμών της φλεγμονής ή/και προκαλεί την δημιουργία καρκινώματος στην στοματική κοιλότητα. Τονίζεται επίσης ο ρόλος του οδοντιάτρου τόσο στην πρώιμη διάγνωση όσο και στην απομάκρυνση του χρόνιου τραυματισμού με σκοπό την πρόληψη της εμφάνισης του καρκίνου του στόματος.

EA14

ΟΣΤΕΟΝΕΚΡΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΑΘΩΝ ΑΠΟ ΜΗ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Κυρές Πέτρος, Ζουμπουλάκης Μιχαήλ, Καγκελάρη Χριστίνα, Παρασύρης Σταύρος, Μάστακα Αντωνία, Βλασιάδης Κωνσταντίνος, Μπογοσιάν Ευαγγελία

Οδοντιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Ηρακλείου

Εισαγωγή

Η οστεονέκρωση των γνάθων είναι σοβαρή επιπλοκή που αρχικά σχετίστηκε με τα διφωσφονικά φάρμακα. Επειδή διαπιστώθηκε ότι προκαλείται και από φάρμακα εκτός των διφωσφονικών, από το 2014 χρησιμοποιείται ο όρος «Οστεονέκρωση της Γνάθου Σχετιζόμενη με Φάρμακα».

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τα φάρμακα πέραν των διφωσφονικών που μπορεί να προκαλέσουν οστεονέκρωση των γνάθων και η ενημέρωση των οδοντιάτρων για αυτά.

Μέθοδος - Αποτελέσματα

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι οστεονέκρωση προκαλεί εκτός των διφωσφονικών και ο αντιαπορροφητικός παράγοντας δονοσομύμη που χορηγείται ανά 6μηνο για την πρόληψη καταγμάτων σε οστεοπορωτικούς ασθενείς (Prolia) και μηνιαία σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους και μεταστατική οστική νόσο (Xgeva). Επίσης με την οστεονέκρωση σχετίζεται η χο-

ρήγηση αντιαγγειογενετικών παραγόντων που χορηγούνται για την αντιμετώπιση διαφόρων μορφών καρκίνου, όπως οι αναστολείς της τυροσίνης κίνησης και τα μονοκλωνικά αντισώματα που στοχεύουν τον αγγειακό ενδοθηλιακό αυξητικό παράγοντα που χορηγούνται σε ορισμένες μορφές καρκίνου. Περιορισμένες αναφορές υπάρχουν και για άλλα φάρμακα.

Η δανοσουμάμπη και σε μικρότερο βαθμό η μπεβασιζουμάμπη (Avastin) έχουν την μεγαλύτερη τεκμηρίωση στην βιβλιογραφία ότι μπορούν να προκαλέσουν οστεονέκρωση των γνάθων. Λόγω του κινδύνου της οστεονέκρωσης, πρέπει να εφαρμόζονται ειδικά προληπτικά μέτρα πριν και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους στους ασθενείς που πρόκειται να λάβουν τα παραπάνω φάρμακα.

Συμπέρασμα

Ο κίνδυνος της οστεονέκρωσης των γνάθων είναι ένα σχετικά νέο πρόβλημα με το οποίο έρχεται αντιμετώπιση η οδοντιατρική κοινότητα. Είναι πιθανόν ότι θα εμφανίζεται όλο και συχνότερα στο μέλλον. Οι οδοντίατροι οφείλουν να είναι ενήμεροι και να εφαρμόζουν τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης στους ασθενείς τους.

EA15

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Μάρκου Βασιλική, Μακρυγιάννης Ιωάννης, Ζουλούμης Λάμπρος

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ

Οι διατροφικές διαταραχές (νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία) είναι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις όπου ο ασθενής επιδεικνύει μη κανονικές, παραμορφωμένες ή χαοτικές διατροφικές συμπεριφορές και διατροφικά πρότυπα που μπορεί να επιδεινώσουν τη σωματική και συναισθηματική ευημερία ενός ατόμου. Οι εκδηλώσεις των διατροφικών διαταραχών κυμαίνονται από τη διατάραξη του φυσιολογικού τρόπου ζωής έως τη γενικευμένη αδυναμία, ακόμη και σε απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές.

Οι στοματολογικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν έναν αριθμό σημείων και συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν τον στοματικό βλεννογόνο, δόντια, περιοδόντιο και σιελογόνους αδένες. Οι στοματικές εκδηλώσεις των διατροφικών διαταραχών προκαλούνται από διάφορους παράγοντες, όπως διατροφικές ανεπάρκειες και επακόλουθη μεταβολική δυσλειτουργία, κακή προσωπική υγιεινή, φάρμακα, τροποποιημένες διατροφικές συνήθειες και υποκείμενες ψυχολογικές διαταραχές.

Οι στοματολογικές εκδηλώσεις των διατροφικών διαταραχών μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στην στοματική λειτουργία, στοματική δυσφορία και πόνο και γενική επιδείνωση της αισθητικής και της ποιότητας ζωής. Οι οδοντίατροι μπορούν να είναι οι πρώτοι που παρατηρούν την

ύπαρξη αδιάγνωστων διατροφικών διαταραχών από τις τυπικές στοματικές εκδηλώσεις της πάθησης και βοηθούν και συμβάλλουν σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες για την αντιμετώπιση τέτοιων ασθενών. Η θεραπεία τους μπορεί να συμβάλει στη συνολική διαχείριση και πρόγνωση ασθενών. Ωστόσο, υπάρχει γενική έλλειψη γνώσης και ευαισθητοποίησης σχετικά με το ρόλο των επαγγελματιών του τομέα της στοματικής υγείας στην διάγνωση, την παρέμβαση και τη θεραπεία των ασθενών που έχουν προσβληθεί.

EA16

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑμεΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Σκούρη Ισμήνη, Δημητρίου Αικατερίνη, Παλάσκα Μελοπομένη, Κούκου Κωνσταντίνα, Ασματζή Χρυσή, Κουτσουπάκη Άννα, Μελά-Καραμανάκου Αργυρώ

Τμήματα Οδοντιατρικό - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ και Αναισθησιολογικό, ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»

Εισαγωγή

Η νοσηλευτική διαχείριση οδοντιατρικών ασθενών ΑΜΕΑ στο χειρουργείο εμφανίζει επιπρόσθετες δυσκολίες λόγω των ατομικών ιδιαιτεροτήτων και της συχνά απρόβλεπτης συμπεριφορικής αντίδρασης στις στρεσογόνες διαδικασίες και συνθήκες του χώρου.

Σκοπός

Να διερευνηθούν βιβλιογραφικά τόσο οι παράγοντες που σχετίζονται με τον βαθμό συνεργασίας των ΑΜΕΑ στις περιεγχειρητικές διαδικασίες, όσο και οι καλές πρακτικές προκειμένου να επιτευχθεί ο πληρέστερος σχεδιασμός νοσηλευτικής διεργασίας.

Μέθοδος ανασκόπησης

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση επιστημονικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, PUBMED, CHINAL, χρησιμοποιώντας τις λέξεις - κλειδιά: perioperative management, dental care for disabled, anesthesia, communication techniques.

Αποτελέσματα

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει πως ο βαθμός της περιεγχειρητικής συνεργασίας των ΑΜΕΑ κυρίως σχετίζεται τόσο με τον βαθμό έκπτωσης της λειτουργικής και διανοητικής ικανότητας τους, όσο το προεγχειρητικό άγχος. Οι καλές πρακτικές αφορούν πρωτίστως επικοινωνιακές τεχνικές (εξασφάλιση βλεμματικής επαφής, χρήση θετικής και αρνητικής ανατροφοδότησης κατά περίπτωση, δημιουργία συναισθηματικά ασφαλούς σχέσης με την κλινική ομάδα και τελικά την φαρμακευτική αντιμετώπιση (χορήγηση καταστολής).

Συμπεράσματα

Η αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων που προκύπτουν κατά την διαδικασία οδοντιατρικής θεραπευτικής αντιμετώπισης ΑΜΕΑ στο χώρο του χειρουργείου απαιτεί προ-

ετοιμασία εξατομικευμένη νοσηλευτική διεργασία για κάθε ασθενή, ειδικές επικοινωνιακές δεξιότητες και υψηλό βαθμό συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στην διαδικασία.

EA17

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΜΕΑ, ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΑΝ ΤΟ 2017 ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ - ΕΙΔΙΚΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΑΜΕΑ ΤΟΥ ΓΝ «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ» ΒΟΥΛΑΣ

Φανδρίδης Ιωάννης, Κατσιογιάννης Νικόλαος, Δημητρίου Αικατερίνη, Γιαννοπούλου Αγγελική, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ, ΓΝ «Ασκληπείο» Βούλας

Εισαγωγή

Στο Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα Ενηλίκων ΑΜΕΑ του Γ.Ν. «Ασκληπείο» Βούλας, αντιμετωπίζεται ετησίως ένας σημαντικός αριθμός ΑμεΑ είτε στα εξωτερικά ιατρεία (Ε.Ι.) με τοπική αναισθησία, είτε στο χειρουργείο με γενική αναισθησία εάν είναι αδύνατη η οποία συνεργασία.

Υλικό - Μέθοδος

Από τα βιβλία των τακτικών συνεδριών των εξωτερικών ιατρείων και των χειρουργείων του Τμήματος καταμετρήθηκαν οι ΑμεΑ ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν οδοντοθεραπευτικά κατά το 2017, όσον αφορά στον αριθμό, τις συνεδρίες, τις πράξεις, την ηλικία, τις αναπηρίες και τα πρότερα χειρουργεία τους. Τα δεδομένα αυτά των διαφόρων ομάδων ΑμεΑ αναλύθηκαν και συγκρίθηκαν μεταξύ των.

Αποτελέσματα

Τα ΑμεΑ που αντιμετωπίστηκαν στα Ε.Ι. και στο χειρουργείο του Τμήματος κατά το 2017 ήταν ισάριθμα (150 περίπου στην κάθε ομάδα). Κάθε ΑμεΑ του χειρουργείου αντιμετωπίστηκε σε μία συνεδρία, ενώ κάθε ΑμεΑ των Ε.Ι. προσήλθε κατά μέσον όρο σε 1,5 συνεδρία.

Οι οδοντοθεραπευτικές πράξεις (εμφράξεις, εξαγωγές, αποτρυγώσεις, ενδοδοντικές θεραπείες κλπ) που πραγματοποιήθηκαν στην ομάδα του χειρουργείου ήταν τετραπλάσιες από ό,τι σε εκείνη των Ε.Ι. Στα μισά ΑμεΑ των Ε.Ι. έγινε μόνο αποτρυγωση / φθορίωση, ενώ στα άλλα μισά εμφραξη ή εξαγωγή.

Η ομάδα των Ε.Ι περιελάμβανε περισσότερα ΑμεΑ με κινητική αναπηρία και επιληψία και λιγότερα με αυτισμό από εκείνη των χειρουργείων.

Η πλειοψηφία των ΑμεΑ των χειρουργείων ήταν από 20 έως 40 ετών, ενώ εκείνα των Ε.Ι. ήταν πιο ισοκαταμεμημένα ηλικιακά και επεκτείνονταν και σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Το 20% των ΑμεΑ των Ε.Ι. είχαν υποβληθεί στο παρελθόν και σε μία ή περισσότερες οδοντοθεραπείες στο χει-

ρουργείο. Σε αυτή την υποομάδα η κατανομή των ηλικιών και των αναπηριών τους ομοιάζε με εκείνη της ομάδας των χειρουργείων. Προσήλθαν στα Ε.Ι. από μία συνεδρία έκαστο και οι πράξεις αφορούσαν περισσότερο αποτρυγωση / φθορίωση και λιγότερο εξαγωγές από ό,τι στα υπόλοιπα των Ε.Ι.

Επίσης, ένα 20% των ΑμεΑ του χειρουργείου παρουσίαζε μικρές οδοντοθεραπευτικές ανάγκες (μόνο αποτρυγωση ή επιπλέον και μία απλή εμφραξη ή εξαγωγή). Σε αυτή την υποομάδα η κατανομή των ηλικιών και των αναπηριών κυμαινόταν σε αρκετό βαθμό στο ενδιάμεσο εκείνης των ομάδων Ε.Ι. και χειρουργείου.

Συμπεράσματα

Παρόλο που τα ΑμεΑ που αντιμετωπίστηκαν στα Ε.Ι. και στο χειρουργείο ήταν ισάριθμα, η μεγάλη υπερίσχυση των οδοντοθεραπευτικών πράξεων στη δεύτερη ομάδα αντανακλά την αδυναμία συνεργασίας τους και τη δυσκολία στο να τους παρασχεθεί οδοντοθεραπεία με μόνο όπλο την τοπική αναισθησία. Ωστόσο, η σημαντική αριθμητική παρουσία τους και στα Ε.Ι. δείχνει ότι σε αρκετά ΑμεΑ υπάρχει ένας βαθμός συνεργασίας που πρέπει να καλλιεργηθεί. Αξιοσημείωτο είναι ότι πολλές φορές στα Ε.Ι. έχουν επιλυθεί επείγοντα προβλήματα ΑμεΑ που κατά κανόνα αντιμετωπίζονται στο χειρουργείο. Το γεγονός αυτό καθώς και η ύπαρξη ΑμεΑ του χειρουργείου που παρουσίαζαν μικρές οδοντοθεραπευτικές ανάγκες μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα Ε.Ι. και το χειρουργείο δεν αποτελούν κατ'ανάγκη στεγανούς χώρους με αποκλειστικούς ασθενείς, αλλά συγκοινωνούντες χώρους. Πιστεύουμε ότι με κάποια κατάλληλη επιπλέον βοήθεια (πχ. με μια από του στόματος ελαφρά καταστολή) θα μπορούσε να μετατοπιστεί ένας μεγαλύτερος αριθμός ΑμεΑ και πράξεων από το χειρουργείο προς τα Ε.Ι. γεγονός που και θα αποσυμφορίζε το χειρουργείο και θα οδηγούσε προς μία καλύτερη οδοντιατρική φροντίδα τους.

EA18

Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΛΑΧΙΣΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ: ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ, ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Γιαννοπούλου Αγγελική, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα, Φανδρίδης Ιωάννης

Οδοντιατρικό Τμήμα - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ, ΓΝ «Ασκληπείο» Βούλας

Εισαγωγή

Η χρήση της ελάχιστης (ή ελαφράς, παλαιός όρος: αγχόλυση) και μέτριας καταστολής (παλαιός όρος: ενσυνείδητη) είναι διεθνώς διαδεδομένη, προκειμένου να επιτευχθεί ολοκληρωμένη οδοντιατρική περιθαλψη σε πληθυσμούς ασθενών με έλλειμμα συνεργασίας όπως παιδιά και άτομα με σωματικές και ψυχικές αναπηρίες.

Σκοπός

Η διερεύνηση των προϋποθέσεων που απορρέουν από

το νομικό πλαίσιο των κρατών και κυρίως της Ελλάδας, καθώς και των προτάσεων αρμοδίων φορέων, σχετικά με τη χρήση ελάχιστης και μέτριας καταστολής.

Μέθοδος

Ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και μελέτη της νομοθεσίας καθώς και των σχετικών αποφάσεων των αρμοδίων αρχών που αφορούν στην χρήση της ελάχιστης και μέτριας καταστολής.

Αποτελέσματα

* Στην Ελλάδα οι ελάχιστες προδιαγραφές για την χορήγηση αναισθησίας ή/και καταστολής θεσμοθετήθηκαν το 1996 με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας Υ4α/3592/1996 - ΦΕΚ 1044/Β/25-11-1997 και μέχρι σήμερα δεν έχουν υπάρξει τροποποιήσεις. Σύμφωνα με την εν λόγω απόφαση «Η χορήγηση αναισθησίας είναι ιατρική πράξη, την τελική ευθύνη της οποίας έχει ο υπεύθυνος αναισθησιολόγος .. » και μπορεί να χορηγείται σε οποιοδήποτε χώρο ή τόπο για διαγνωστικές, θεραπευτικές ή χειρουργικές επεμβάσεις και εφόσον τηρούνται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις.

* Παρότι είναι επιτρεπτή σε αρκετές χώρες η χορήγηση καταστολής από ειδικά εκπαιδευμένους και πιστοποιημένους οδοντιάτρους, εφόσον τηρούνται οι απαιτούμενες προϋποθέσεις, στην Ελλάδα δεν υπάρχει ανάλογη νομοθετική ρύθμιση.

* Ψήφισμα του Συμβουλίου των Ευρωπαϊκών Οδοντιάτρων (2012), προτείνει την τεχνική εισπνεόμενης χαλάρωσης με την χρήση πρωτοξειδίου του αζώτου οξυγόνου, όταν χορηγείται από διαπιστευμένους οδοντιάτρους, σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και σε συμμόρφωση με τη σχετική εθνική νομοθεσία.

Συμπεράσματα

Η ελάχιστη και μέτρια καταστολή όταν χορηγείται σύμφωνα με απαιτούμενες προϋποθέσεις και προφυλάξεις, μπορεί να είναι θεμελιώδες εργαλείο για τη διαχείριση του πόνου και του άγχους για ασθενείς που υφίστανται οδοντιατρική θεραπεία.

Δεδομένου ότι η κείμενη εθνική νομοθεσία ορίζει αποκλειστικά τον αναισθησιολόγο υπεύθυνο για την χορήγηση οποιασδήποτε μορφής αναισθησίας, προτείνεται να θεσμοθετηθεί σχετική νομοθετική ρύθμιση, που θα προσδιορίζει σαφώς το πλαίσιο για την χορήγηση καταστολής (ελάχιστου ή μέτριου βαθμού) για την εκτέλεση οδοντιατρικής πράξης.

Προτείνεται επίσης να δίδεται η δυνατότητα χορήγησης καταστολής από κατάλληλα εκπαιδευμένους και πιστοποιημένους οδοντιάτρους, όπου θα προσδιορίζεται το είδος και οι προϋποθέσεις για την ασφαλή και αποτελεσματική χορήγηση καταστολής από αυτούς, βασιζόμενη στα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα.

EA19

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΓΟΝΕΙΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ ΑΜΕΑ ΣΤΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΕΡΡΩΝ

Γεωργιάδης Νικόλαος, Τσακμαλής Παναγιώτης, Κυριά-

κου Ευανθία, Χατζηηλία Λουκία Αικατερίνη, Ζυγογιάννης Άγγελος, Καπετανούδης Αθανάσιος

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Σερρών

Εισαγωγή

Η ενημέρωση, εκπαίδευση γονέων, κηδεμόνων και φροντιστών των ΑμεΑ σε θέματα οδοντιατρικής πρόληψης αποτελεί βασικό πυλώνα ενός ολοκληρωμένου οδοντιατρικού προγράμματος αγωγής και προαγωγής στοματικής υγείας των ατόμων με αναπηρίες.

Σκοπός

Σκοπός της ανακοίνωσης είναι η παρουσίαση μιας σειράς παρεμβάσεων οδοντιατρικής πρόληψης στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Γ.Ν. Σερρών που αφορούν την ευαισθητοποίηση, ενεργοποίηση και εκπαίδευση του υποστηρικτικού ιστού των ΑμεΑ, δηλαδή των οικείων τους είτε γονείς είτε φροντιστές.

Μεθοδολογία

Το πρόγραμμα αγωγής στοματικής υγείας στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Γ.Ν. Σερρών σχετικά με την ενεργοποίηση των φροντιστών ΑμεΑ περιλαμβάνει τις ακόλουθες συνιστώσες: Γενικές οδηγίες στοματικής υγιεινής, χρήσης οδοντόβουρτσας και εκπαίδευση πάνω στα μοντέλα σωστού βουρτσίσματος. Εκπαίδευση του φροντιστή στο χώρο του οδοντιατρείου στα πλαίσια του επαναλαμβανόμενου εξατομικευμένου για κάθε ΑμεΑ ραντεβού προληπτικού ελέγχου. Επίσκεψη στα ειδικά σχολεία του νομού Σερρών ΕΕΕΚ, ΕΠΑΛ, ΤΕΕ, ΚΑΜΕΑ, ενημέρωση με χρήση διαφανειών και μοντέλων δοντιών και οδοντόβουρτσας. Διοργάνωση ημερίδας στοματικής υγιεινής σε συνεργασία με τους υπόλοιπους φορείς φιλοξενίας ΑμεΑ.

Αποτελέσματα

Στο Οδοντιατρικό Τμήμα του Γ.Ν. Σερρών λειτουργεί ιατρείο ΑμεΑ και οδοντιατρικής πρόληψης όπου στην ανασκόπηση μας τα τελευταία έξι χρόνια πάνω από 190 ΑμεΑ και οι φροντιστές τους έχουν εκπαιδευτεί στην αγωγή στοματικής υγείας.

Συμπεράσματα

Στα άτομα με ειδικές ανάγκες, παρά τις ιδιαιτερότητες τους, η αγωγή στοματικής υγείας, η πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών μπορούν να επιτευχθούν με υπομονή και επιμονή εκ μέρους των οδοντιάτρων αλλά και με την αρωγή των γονέων, των εκπαιδευτών και των συνοδών τους.

EA20

ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Δαυίδοπούλου Σωτηρία, Σδράβου Κατερίνα, Τέγου Τζωρτζίνα

Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Speech lab, Θεσσαλονίκη και Τμήμα Λογοθεραπείας, Μητροπολιτικό Κολέγιο, Αθήνα.

Εισαγωγή

Με τον όρο δυσφαγία αναφερόμαστε σε ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που περιγράφει μία διαταραχή σε οποιοδήποτε στάδιο της κατάποσης. Συνηθέστερα, είναι το αποτέλεσμα νευρολογικών διαταραχών που προκαλούνται από εγκεφαλικά επεισόδια ή νοσήματα του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος ή μηχανικής παρεμπόδισης της κατάποσης εξαιτίας νεοπλασματικών όγκων, επεμβάσεων κλπ.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των πιθανών προβλημάτων στη στοματική υγεία που προκαλεί η δυσφαγία, αλλά και τα οφέλη της διατήρησης της στοματικής υγείας στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής των δυσφαγικών ασθενών.

Μέθοδος Ανασκόπησης

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω PubMed και διαδικτυακών τόπων έγκυρων οργανισμών όπως ο WHO και η Cochrane Organization.

Αποτελέσματα

Εκτιμάται ότι περίπου το 15% των ατόμων μεγαλύτερων των 60 ετών εμφανίζουν δυσφαγία και το 40% των ιδρυματοποιημένων ασθενών παρουσιάζουν δυσφαγικά προβλήματα, με κίνδυνο να εκδηλώσουν πνευμονία από εισρόφιση, μία κατάσταση ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή του ασθενή. Η διατήρηση ικανοποιητικής στοματικής υγιεινής στους δυσφαγικούς ασθενείς, βελτιώνει την ποιότητα θρέψης, ελαττώνει σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης πνευμονίας και έμμεσα βοηθά στην επανεκπαίδευση της μάσησης και κατάποσης, όταν βέβαια αυτή είναι εφικτή.

Συμπεράσματα

Θα παρουσιασθούν οι κατευθυντήριες γραμμές στοματικής υγιεινής που είναι αναγκαίες τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σαν πρωτόκολλα νοσηλευτικής πρακτικής και παράλληλα θα εξετασθούν τα δεδομένα που ο οδοντίατρος πρέπει να λαμβάνει υπόψη του κατά την οδοντιατρική προσέγγιση των ασθενών με δυσφαγία.

EA21

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗ, ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πασχαλέρη Αναστασία, Τέγου Τζωρτζίνα, Σδράβου Κατερίνα, Μακρής Γιώργος, Δαυίδοπούλου Σωτηρία

Φροντίζω-Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων, Θεσσαλονίκη, Τμήμα Λογοθεραπείας, Μητροπολιτικό Κολέγιο, Αθήνα, Speech lab, Θεσσαλονίκη, Τμήμα Λογοθεραπείας, ΤΕΙ Πελοποννήσου, Καλαμάτα, Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων Οδοντιατρικής Σχολής ΑΠΘ.

Εισαγωγή

Η στοματική υγιεινή (ΣΤΥ) αποτελεί έναν από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει την γενικότερη υγεία, λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής ενός ατόμου.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει πως η έλλειψη ικανοποιητικής στοματικής υγιεινής αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για τις λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος σε υπερήλικες ασθενείς ενώ παράλληλα δύναται να μειώσει την ικανότητα πρόσληψης τροφής και να οδηγήσει σε απώλεια βάρους.

Σκοπός

Η έρευνα αυτή στοχεύει να εξετάσει την επίδραση της στοματικής υγιεινής στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, στην εμφάνιση πνευμονίας, στην ικανότητα κατάποσης, και στους δείκτες υποθρεψίας. Επιπλέον, στοχεύει να εξετάσει πώς αυτή σχετίζεται με κοινωνικο-δημογραφικούς και γνωστικούς παράγοντες και με την παρουσία κινήτρου σε υπερήλικες στην Ελλάδα.

Μέθοδος

Σαράντα τέσσερις συμμετέχοντες (N=44), άνω των 60 ετών, που διαμένουν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων σε μεγάλα αστικά κέντρα της Ελλάδας, αξιολογήθηκαν για την παρουσία δυσφαγίας, το γνωστικό τους επίπεδο, την ποιότητα ζωής και δείκτες απάθειας. Παράλληλα πραγματοποιήθηκε διατροφική εκτίμηση. Οι συνήθειες στοματικής υγιεινής των συμμετεχόντων καταγράφηκαν μέσω ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα

Μόνο 22.7% των συμμετεχόντων πληρούν τα κριτήρια για τήρηση ικανοποιητικής στοματικής υγιεινής. Η ηλικία σχετίζεται σημαντικά με τη στοματική υγιεινή ($p < 0.01$). Τα άτομα με μικρότερο κίνητρο και χαμηλότερο σκορ σε γνωστικές δοκιμασίες ασχολούνται λιγότερο με την στοματική υγιεινή. Η φτωχή στοματική υγιεινή επιδρά στατιστικά σημαντικά στους δείκτες θρέψης, με τους συμμετέχοντες με φτωχή υγιεινή να παρουσιάζουν υποθρεψία. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες με καλή στοματική υγιεινή δεν εμφάνισαν σημάδια δυσφαγίας, ενώ εκείνοι με φτωχή είχαν δυσκολίες κατάποσης.

Συμπεράσματα

Υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα για μια πιο συστηματική προσέγγιση στην τήρηση στοματικής υγιεινής στους υπερήλικες στην Ελλάδα.

EA22

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΜΕΤΕΞΑΚΤΙΚΕΣ ΗΜΕΡΕΣ

Σπηλιωτόπουλος Αθανάσιος, Ντόκος Ελευθέριος

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Χαλκίδας

Εισαγωγή

Σημαντικό μέρος των εργασιών που πραγματοποιούνται στα εξωτερικά Οδοντιατρικά Ιατρεία των Γενικών Νοσοκομείων είναι οι εξαγωγές.

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να διερευνηθεί: α) η επίδραση μιας εξαγωγής στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) του ασθενούς για τις επόμενες ημέρες και β) η ενδεχόμενη σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένους παράγοντες («ηλικία», «φύλο», «ένδειξη εξαγωγής», «διάρκεια εξαγωγής» και «ενδοεπεμβατικές επιπλοκές») και στην ΠΖ του ασθενούς κατά τις πρώτες μετεξακτικές ημέρες (ΜΗ).

Υλικό - Μέθοδος

Σε Οδοντιατρείο Γενικού Νοσοκομείου του ΕΣΥ, 130 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε (μη χειρουργική) εξαγωγή ενός (ή δύο το πολύ) οδόντων (στην ίδια συνεδρία), συμπλήρωσαν ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο OHIP-14 που εξέταζε τις συνέπειες της εξαγωγής στην ΠΖ τους για τις επόμενες 7 ημέρες μετά την εξαγωγή. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ηλικίας 17-72 ετών, με μέσο όρο ηλικίας 34,7 χρόνια ($sd = \pm 14,7$).

Αποτελέσματα

Το 33,8% των ασθενών ανέφερε ότι επηρεάστηκε αρκετά έως πολύ η ΠΖ τους μετά την εξαγωγή. Ειδικότερα, το 26,9% των ασθενών ανέφερε πως επηρεάστηκε η διαίτά τους. Το 30% δε διατήρησε τις συνήθειες κοινωνικές του δραστηριότητες. Το 40,8% ανέφερε μέτριο ή ισχυρό πόνο κατά την 3η ΜΗ, ποσοστό που μειώθηκε στο 12,3% κατά την 7η ΜΗ. Έπειτα από πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης, δε διαπιστώθηκε σύνδεση ανάμεσα στους παράγοντες: «ηλικία», «φύλο», «ένδειξη εξαγωγής», «διάρκεια εξαγωγής», «ενδοεπεμβατικές επιπλοκές» και στον «επηρεασμό της ΠΖ» των ασθενών.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση της οδοντιατρικής κοινότητας, ενώ ταυτόχρονα υποδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω μελέτης ως προς τους παράγοντες που τα επηρεάζουν.

EA23

ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΩΣ ΤΗΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Κυριάκου Νικόλαος, Μακρή Παναγιώτα-Αλεξία, Γκουντάκου Άννη, Τουρναβίτης Αλέξανδρος, Κυβεντιδής Νικόλαος, Μάκος Χρήστος, Ζουλούμης Λάμπρος

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ

Εισαγωγή

Οι μέθοδοι ελέγχου της συμπεριφοράς στη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών και ΑμεΑ, είναι οι επικοινωνιακές τεχνικές, η σωματική παρέμβαση, ενώ όταν αυτές δεν αποδίδουν καταφεύγουμε στις μεθόδους καταστολής. Μία από αυτές τις μεθόδους είναι και η γενική αναισθησία η οποία ορίζεται ως μια αναστρεπτή και ελεγχόμενη κατάσταση απώλειας της συνείδησης που προκαλείται

από αναισθησιογόνους παράγοντες.

Σκοπός

Σκοπός αυτής της παρουσίασης είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω στο θέμα οδοντιατρική υπό γενική αναισθησία, η σύνδεση αυτής της ανασκόπησης με την παρουσίαση κάποιων κλινικών περιπτώσεων και τέλος η γενική ενημέρωση των οδοντιάτρων για την μεθοδολογία που ακολουθείται για τη σωστή τέλεση αυτής της πράξης.

Μέθοδος

Αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες pub-med, elsevier scopus, science direct, με λέξεις κλειδιά "general anesthesia", "dentistry", "special care in dentistry" καθώς και αναζήτηση σε βιβλία και άρθρα της βιβλιοθήκης του ΑΠΘ.

Αποτελέσματα

Από την αναζήτηση εμφανίστηκαν αρκετά άρθρα με θέμα την οδοντιατρική υπό γενική αναισθησία. Επιλέχθηκαν κυρίως οι κατευθυντήριες οδηγίες πάνω στο θέμα, που αφορούν τόσο την επιλογή των ασθενών, όσο και την οργάνωση του χειρουργείου και την παρακολούθηση των ασθενών, αλλά και την εκπαίδευση των οδοντιάτρων.

Συμπεράσματα

Η οδοντιατρική υπό γενική αναισθησία είναι μια σχετικά ασφαλής μέθοδος θεραπείας συγκεκριμένων ασθενών, αρκεί να ακολουθούνται τα πρωτόκολλα ασφαλείας, οργάνωσης αλλά και εκπαίδευσης.

EA24

ΜΕΤΡΑ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ ΣΤΙΣ Μ.Ε.Θ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ - ΜΕΤΑΝΑΛΥΣΗ

Κυριάκου Νικόλαος, Ζουλούμης Λάμπρος, Βενέτης Γρηγόρης, Τηλαβερίδης Ιωάννης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ

Εισαγωγή

Η πνευμονία του αναπνευστήρα είναι μια ιδιαίτερα συχνή ενδοноσοκομειακή λοίμωξη, η οποία συνδέεται με αυξημένη θνησιμότητα, κόστος νοσηλείας και άλλες σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σκοπός

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν μέτρα στοματικής υγιεινής για την πρόληψη της πνευμονίας του αναπνευστήρα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας με την βοήθεια μιας συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης και μεταανάλυσης.

Υλικά και μέθοδος

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε στις βάσεις PubMed / Medline, Cochrane Library (CENTRAL) και Elsevier Scopus με λέξεις κλειδιά "ventilator", "associated pneumonia", "oral care", "chlorhexidine", "chx", "sodium

carbonate”, “listerine”, “iodinepovidone”, “brushing”, “no brushing”, “power tooth brushing”, “randomized control trial”, “clinical trial”.

Αποτελέσματα

Τα ευρήματα δείχνουν μια στατιστικά σημαντική επίδραση της χλωρεξιδίνης (CHX) (RR = 0,6127, z = -4,31, p < 0,001) και του βουρτσίσματος στη μείωση του ρυθμού VAP (RR = 0,7372, z = -2,52, p = 0,0116). Σημαντική επίδραση της CHX στη θνησιμότητα και μικρές επιδράσεις και των δύο θεραπειών παρατηρούνται στη διάρκεια παραμονής στη ΜΕΘ.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα, ενώ είναι μια λοίμωξη η οποία είναι προλαμβανόμενη, συνεχίζει να εμφανίζεται και αποτελεί μια από τις συχνότερες ενδοσοκομειακές λοιμώξεις με σοβαρές συνέπειες στην θνησιμότητα, το κόστος νοσηλείας και την γενικότερη ποιότητα ζωής των ασθενών στις ΜΕΘ. Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υποδεικνύει τις ορθές κατευθύνσεις σχετικά με την πρόληψή της, αλλά κρίνεται αναγκαία η συνεχής πληροφόρηση και ανανέωση των γνώσεων σε σχέση με την ΣΑΠ.

EA25

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΦΟΒΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΙΝΩΣΗ

Κυρές Πέτρος, Καγκελάρη Χριστίνα, Ζουμπουλάκης Μιχαήλ, Βαϊλάκη Ευαγγελία, Καστρινού Χριστίνα, Βλασιάδης Κωνσταντίνος, Μπογοσιάν Ευαγγελία

Οδοντιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Ηρακλείου

Εισαγωγή

Η κυστική ίνωση είναι κληρονομούμενη, πολυσυστηματική νόσος με συχνότητα στον πληθυσμό περίπου 1 στις 2000 γεννήσεις. Είναι η συχνότερη αιτία σοβαρής πνευμονικής νόσου σε νέους ενήλικες, με υψηλή θνητότητα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της οδοντιατρικής αντιμετώπισης ασθενούς με κυστική ίνωση και οδοντιατρική φοβία στην Οδοντιατρική Κλινική του ΠΑΓΝΗ.

Παρουσίαση περιστατικού

Ασθενής 13 ετών με κυστική ίνωση και αποικισμό των αεροφόρων οδών από ψευδομονάδα, παραπέμφθηκε από τους παιδίατρος για εκτίμηση, λόγω αναφερόμενης οδονταλγίας. Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε οδοντοφατνιακό απόστημα οφειλόμενο στο 36, καθώς και παραμονή υπολειμμάτων ριζών νεογιλών δοντιών. Η ασθενής λόγω οδοντιατρικής φοβίας δεν είχε επισκεφτεί μέχρι τότε οδοντίατρο, δεν συνεργάστηκε για την αντιμετώπιση του αποστήματος και δεν δέχτηκε να υποβληθεί σε εξαγωγή υπό τοπική αναισθησία.

Μετά από επικοινωνία και συνεργασία με παιδίατρος και αναισθησιολόγους αποκλείστηκε η αντιμετώπιση της με γενική αναισθησία λόγω του κινδύνου που διέτρεχε.

Στην ασθενή εξηγήθηκε η κατάσταση, η επέμβαση που έπρεπε να υποβληθεί και επιδιώχθηκε η διασφάλιση της συνεργασίας της. Στο χειρουργείο, υπό ελαφρά ενδοφλέβια καταστολή, έγιναν χειρουργική εξαγωγή του 36 και εξαγωγές νεογιλών. Είχε εξασφαλιστεί κρεβάτι στην ΜΕΘ παιδών. Η ασθενής αξιολόγησε θετικά την εμπειρία της και έκτοτε παρακολουθείται στο ΕΙ.

Συμπεράσματα

Η κυστική ίνωση είναι νόσημα με σοβαρές επιπτώσεις σε διάφορα συστήματα που όταν επιπλέκεται και με άλλα προβλήματα όπως η οδοντιατρική φοβία δυσκολεύει την αντιμετώπιση των ασθενών. Η στενή συνεργασία με άλλες ιατρικές ειδικότητες και η ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών είναι αναγκαία για να επιλυθούν τα σύνθετα και συχνά δυσεπίλυτα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

EA26

ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΙΟ»

Μπεναβέλη Αναστασία, Μαραγκού Φωτεινή, Κουτσαμάνη Μαρία

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο»

Εισαγωγή

Τα εφημερεύοντα Οδοντιατρικά Τμήματα του ΕΣΥ είναι η μόνη οργανωμένη δημόσια δομή υγείας που παρέχει σε 24ωρη βάση κατά την διάρκεια όλου του έτους οδοντιατρική περίθαλψη σε επείγοντα περιστατικά. Το Οδοντιατρικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου «Βενιζέλειο» συμμετέχει στις γενικές εφημερίες του Νοσοκομείου και τα περιστατικά αντιμετωπίζονται από τον εκάστοτε οδοντίατρο.

Σκοπός

Η περιγραφή των αιτιών προσέλευσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών κατά την διάρκεια του έτους 2017, καθώς και η παρουσίαση κάποιων περιστατικών.

Υλικό και μέθοδος

Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από τα βιβλία μητρώων ασθενών.

Αποτελέσματα

Το σύνολο ήταν 2.211 ασθενείς εκ των οποίων 1.133 άνδρες και 1.078 γυναίκες. Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 10 μηνών ως 92 ετών. Η ομάδα με την μεγαλύτερη συχνότητα ήταν αυτή των 35-60 ετών. Η συχνότητα προσέλευσης ήταν ελάχιστα μεγαλύτερη στις ημέρες αργίας με μέση προσέλευση 13,1 ασθενείς/αργία σχετικά με 12,3 ασθενείς/καθημερινή. Η συχνότερη αιτία προσέλευσης ήταν το περιακρορριζικό απόστημα χωρίς συρίγγιο στο οποίο περιλαμβάνεται το οδοντικό και οδοντοφατνιακό απόστημα με αμέσως επόμενη και παρόμοιας συχνότητας αιτία την πολφίτιδα. Για 7 περιστατικά κρίθηκε απαραίτητη η εισαγωγή σε κλινική.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει: εκπόλωση-

διάνοιξη με/χωρίς παροχέτευση πύου, αφαίρεση τερηδόνας, προσωρινές εμφράξεις με διάφορα υλικά, συρραφή/αιμόσταση, εξαγωγή δοντιού, φαρμακευτική αγωγή, εκλεκτικός τροχισμός, επικάλυψη πολφού με υδροξείδιο του ασβεστίου, σχάση αποστήματος (ενδοστοματική), ακινητοποίηση δοντιών με νάρθηκα, αντιμετώπιση ξηρού φατνίου. Επίσης γίνονται παραπομπές από και προς άλλες ιατρικές ειδικότητες.

Συμπεράσματα

Το επειγόν οδοντιατρικό περιστατικό χρήζει άμεσης αντιμετώπισης και απαιτεί σωστή διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία, καθώς τα συμπτώματα που παρουσιάζονται μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες διαταραχής της γενικής υγείας των ασθενών.

EA27

ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ «ΒΕΝΙΖΕΛΙΟ»

Μπεναβέλη Αναστασία, Μαραγκού Φωτεινή, Κουτσαμάνη Μαρία

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλιο»

Εισαγωγή

Σύμφωνα με το καθορισμένο πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας Οδοντιατρικής Περιθαλψης στο ΕΣΥ, αυτή παρέχεται σε ασθενείς με γενικά νοσήματα, ειδικούς με αδυναμία συνεργασίας, με ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές, με λοιμώδη νοσήματα και οι επεμβάσεις γίνονται είτε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο είτε στο χειρουργείο με καταστολή ή γενική αναισθησία. Οι ασθενείς αυτοί είναι εξωτερικοί ή νοσηλευόμενοι του Νοσοκομείου.

Σκοπός

Η παρουσίαση της δραστηριότητας του Οδοντιατρικού Τμήματος όπως αυτή καταγράφεται κατά το διάστημα από 1/4/2018 έως 31/7/2018, καθώς και κάποιων χαρακτηριστικών περιστατικών.

Υλικό και μέθοδος

Τα δεδομένα προέρχονται από τα βιβλία μητρώων ασθενών.

Αποτελέσματα

Από το σύνολο των 587 περιστατικών το 56,55% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών και έπεται η ομάδα των 35-60 ετών με ποσοστό 33,56%. Σχετικά με το φύλο δεν φαίνεται σημαντική διαφορά με 51% για τους άνδρες έναντι 49% για τις γυναίκες. Η συχνότερη θεραπευτική επέμβαση είναι η εξαγωγή δοντιού (απλή ή χειρουργική), ενώ σημαντικό είναι το ποσοστό των επεμβάσεων Οδοντικής Χειρουργικής και Ενδοδοντίας. Τέλος πρέπει να αναφερθεί η μεγάλη συχνότητα εμφάνισης συννοσηρότητας, αλλά και πολυφαρμακίας σε αυτούς τους ειδικούς οδοντιατρικούς ασθενείς.

Συμπεράσματα

Η Νοσοκομειακή Οδοντιατρική του Εθνικού Συστήματος

Υγείας συμβάλλει σημαντικά στην στοματική υγεία των ειδικών ασθενών με την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και την δυνατότητα συνεργασίας με άλλες ιατρικές ειδικότητες για τον καλύτερο σχεδιασμό και εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας. Προς αυτή την κατεύθυνση βρίσκεται οποιαδήποτε προσπάθεια γίνεται με σκοπό την οργάνωση των υπηρεσιών αυτών, ειδικότερα την επάρκεια σε ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και υλικοτεχνικές υποδομές, καθώς και την προώθηση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

EA28

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ. Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΨΗ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Τσαγκάρης Μιχαήλ, Μακρής Αλέξανδρος, Κουτσοπούκη Άννα, Μπίνα Αριστέα, Καλαμποκίνη Αικατερίνη, Φανδρίδης Ιωάννης, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα

Τμήματα Αναισθησιολογικό και Οδοντιατρικό, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

Εισαγωγή

Η χρήση ουσιών όπως η ηρωίνη και η κάνναβη, παγκοσμίως, αυξάνεται ραγδαία. Η κατάχρηση τέτοιων ουσιών φέρει τον αναισθησιολόγο αντιμετώπιση με ασθενείς με ένα σύνολο φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Παρουσιάζουμε την αναισθησιολογική διαχείριση ενός τέτοιου ασθενούς.

Παρουσίαση περιστατικού

Ασθενής άρρην, ετών 30, προγραμματίστηκε για οδοντοθεραπεία υπό γενική αναισθησία λόγω κρίσεων πανικού και φοβιών. Στο ιστορικό του ανέφερε χρήση ηρωίνης τα τελευταία 15 έτη και περιστασιακά χρήση κάνναβης. Ανέφερε διακοπή της χρήσης ηρωίνης τους τελευταίους 15 μήνες μέσω προγράμματος απεξάρτησης. Η θεραπεία του περιελάμβανε αλπραζολάμη, φθοριονιτραζεπάμη, λοραζεπάμη, κουετιαπίνη, τοπιραμάτη, βενλαφαξίνη.

Ως προνάρκωση δόθηκαν 2mg μιδαζολάμη. Για την εισαγωγή στην αναισθησία χρειάστηκαν 350mg προποφόλης, δόση διπλάσια από τη μέγιστη προβλεπόμενη. Η ρινοτραχειακή διασωλήνωση πραγματοποιήθηκε χωρίς δυσκολία με σωλήνα 6.5 mm. Ο νευρομυϊκός αποκλεισμός έγινε με ροκουρόνιο. Θέλοντας να αποφύγουμε τη χορήγηση οπιοειδών, έγιναν από τους οδοντιάτρους στελεχειαίες εγχύσεις και τοπικές διηθήσεις ανά οδόντα. Η διατήρηση της αναισθησίας έγινε με δεσφλουράνιο. Ο ασθενής διεγχειρητικά ήταν σταθερός αιμοδυναμικά (ήπια ταχυκαρδία μετά την εισαγωγή) και αναπνευστικά. Χορηγήθηκε παρακεταμόλη 1gr για μετεγχειρητική αναλγησία. Η αποσωλήνωση πραγματοποιήθηκε μετά την αναστροφή του νευρομυϊκού αποκλεισμού, με sugammadex. Παρουσίασε ήπια διέγερση άμεσα μετεγχειρητικά που αντιμετωπίστηκε με τη χορήγηση 2 mg μιδαζολάμης. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή.

Συζήτηση / Συμπεράσματα

Η χρόνια χρήση οπιοειδών προκαλεί διασταυρούμενη ανοχή με τα κατασταλτικά φάρμακα του ΚΝΣ, αλλά αν ισοχέει ότι ο ασθενής τα είχε διακόψει, η μεγαλύτερη δόση προποφόλης δεν οφείλεται στα οπιοειδή αλλά στην κάνναβη.

Ο αναισθησιολόγος έχει κεντρικό ρόλο στην διαχείριση αυτών των ασθενών ώστε να αποφευχθούν ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, η ομαλή συνέχιση του πιθανού προγράμματος απεξάρτησης, με ταυτόχρονη εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας αναισθησίας και μετεγχειρητικής αναλγησίας.

ΕΑ29

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ MOBBING ΣΕ ΧΩΡΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Χαϊδεμένος Ιωάννης, Τσελεκίδου Ευδοξία, Παπαδέλη Χρυσή, Χρυσαφίδου Αναστασία

ΓΝΘ «Άγιος Δημήτριος», Οδοντιατρική Σχολή ΑΠΘ, ΚΥ Νέας Μηχανιώνας

Εισαγωγή

Η ψυχολογική βία που σχετίζεται με την εργασία μπορεί να οριστεί ως μια κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο υφίσταται εχθρική συμπεριφορά από ένα ή περισσότερα άτομα στο εργασιακό του περιβάλλον, τα οποία συνεχώς και επανειλημμένα προσπαθούν να τον πληγώσουν, να τον καταπιέσουν, να τον κακομεταχειριστούν ή να τον αποκλείσουν ή να τον απομονώσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα

Σκοπός

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να αποτυπώσει τα ποσοστά mobbing, στους νοσηλευτές ενός δημόσιου νοσοκομείου. να καθορίσει τις αιτίες, να αναδείξει τις ευάλωτες ομάδες, να περιγράψει την έκφραση του και να καταγράψει τους τρόπους αντιμετώπισης.

Υλικό - Μέθοδος

Το δείγμα αποτέλεσαν 91 νοσηλευτές που εργάζονται στο Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος». Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization).

Αποτελέσματα

Την πλειονότητα των συμμετεχόντων αποτέλεσαν οι γυναίκες ηλικιών 41-45 ετών, απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, έγγαμοι, με προϋπηρεσία περισσότερη από 21 έτη. Το ποσοστό mobbing που αποτυπώθηκε ανέρχεται στο 16,48%. Την συχνότερη συμπεριφορά mobbing αποτελεί η δήλωση «μιλούν συχνά πίσω από την πλάτη σας» 31,9%, για τουλάχιστον μια φορά τον μήνα 30% και 79% εξακολουθεί να αντιμετωπίζει συμπεριφορές mobbing έως και σήμερα. Έχει παρατηρηθεί mobbing σε άλλους σε ποσοστό 45,1%. Το mobbing προέρχεται από κάποιον ιεραρχικά ανώτερο στο 34,1% και αποδίδεται στην κακή οργάνωση του οργανισμού κατά 27,5% και στα προβλήματα διοίκησης κατά 34,1%. Για την αντιμετώπιση του φαινομένου α-

πευθύνθηκαν κατά κύριο λόγο σε συναδέλφους 29,7%.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι στο χώρο εργασίας ασκούνται συμπεριφορές mobbing που τις βιώνει περίπου ο μισός πληθυσμός της έρευνας και σε μεγάλο ποσοστό τις βιώνει μέχρι και σήμερα.

ΕΑ30

ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ: ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΗ. ΕΙΝΑΙ ΚΑΝΟΝΑΣ;

Γεώργιος Βαρσάμης, Ευφροσύνη Τσεκούρα, Κλαυδία Αναγνωστάκη, Ελένη Στεργιοπούλου, Θεοδώρα Β. Λούφα

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικού Τμήματος και Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας και ΚΥ Βάρης

Εισαγωγή

Ως προδιαβήτη χαρακτηρίζεται η διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (Impaired Fasting Glucose-IFG) με σάκχαρο νηστείας 100-125 mg/dl και η διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη (Impaired Glucose Tolerance-IGT) με σάκχαρο νηστείας εντός των φυσιολογικών ορίων και μετά τη δίωρη καμπύλη ανοχής γλυκόζης (OGTT) με σάκχαρο 140-199 mg/d, είτε συνδυασμό και των δύο. Μεταξύ των ασθενών με προδιαβήτη περίπου 25% θα εξελιχθούν σε διαβήτη σε περίοδο 3-5 ετών.

Σκοπός

Διερεύνηση αν ο προδιαβήτης εξελίσσεται πάντα σε διαβήτη.

Μέθοδος

Χρήση διεθνούς βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα

Η παρουσία του προδιαβήτη δεν σημαίνει αυτόματα την ανάπτυξη διαβήτη αλλά αυξημένο κίνδυνο. Συνδέεται με μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές πριν την εξέλιξη σε διαβήτη. Πολλές τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες έχουν δημοσιευθεί την τελευταία 10ετία που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για να αποτραπεί η εμφάνιση διαβήτη σε προδιαβητικό πληθυσμό. Αυτές είναι: τροποποίηση του τρόπου ζωής, φαρμακοθεραπεία και βariatρική.

Συζήτηση

Η διάγνωση του διαβήτη συνήθως καταδεικνύεται μετά από μακρά περίοδο προδιαβήτη. Αυτό συνεπάγεται ότι μπορεί να προσδιοριστεί ο πληθυσμός που έχει αυξημένο κίνδυνο και να αντιμετωπισθεί καταλλήλως. Από την μελέτη NANNES έχει αποδειχθεί ότι τουλάχιστον μια φορά το έτος ασθενείς προδιαβητικοί και διαβητικοί έχουν επισκεφθεί οδοντίατρο Θεωρητικά, παρά την οδοντιατρική καρέκλα θα μπορούσε να διενεργεί τεστ σακχάρου. Περαιτέρω μελέτες χρειάζονται να καταδείξουν την αποδοχή, την ευελιξία, το κόστος - αποτελεσματικότητα τέτοιου είδους διαλογής.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η κατάλληλη αντιμετώπιση του προδιαβήτη μπορεί να αποτρέψει την εξέλιξη σε διαβήτη, οι δε οδοντίατροι θα μπορούσαν να παίξουν ρόλο στην ανίχνευση των προδιαβητικών.

EA31**ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΙΡΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Θεοδώρα Β. Λούφα, Κλαυδία Αναγνωστάκη, Ελένη Στεργιοπούλου, Γεώργιος Βαρσάμης, Ευφροσύνη Τσεκούρα

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικού Τμήματος και Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας και ΚΥ Βάρης

Εισαγωγή

Η παγκόσμια αύξηση της παχυσαρκίας και του διαβήτη τύπου 2 βαίνουν παράλληλα. Λόγω της επιβάρυνσης στην ατομική υγεία και στα εθνικά συστήματα υγείας απαιτούνται δραστικές αλλαγές και γνώσεις.

Σκοπός

Αναφορά εάν υπάρχει συσχέτιση παχυσαρκίας και διαβήτη.

Μέθοδος

Αναδίφηση τρέχουσας βιβλιογραφίας.

Συζήτηση

Η ορολογία στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία Diabetes αναφέρεται στην συνύπαρξη διαβήτη και παχυσαρκίας. Αιτιολογία της παχυσαρκίας είναι ο δυτικός τρόπος ζωής που συμβάλλει στη δημιουργία αντίστασης στην ινσουλίνη και του διαβήτη είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη και η έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας των β-κυττάρων του παγκρέατος. Το 90% των διαβητικών τύπου 2 είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Φαίνεται πως ο διαβήτης είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη και επιδείνωση της περιοδοντικής νόσου λόγω της φλεγμονής την οποία προκαλεί.

Η παχυσαρκία λόγω έκκρισης προφλεγμονωδών κυτοκινών από λιπώδη ιστό δημιουργεί επίσης φλεγμονή.

Συμπέρασμα

Οι οδοντίατροι συμβάλλουν στην θεραπεία και την πρόληψη της περιοδοντικής νόσου. Γνωρίζοντας την σχέση παχυσαρκίας, διαβήτη και περιοδοντικής νόσου μπορεί να αναγνωριστούν άτομα με αρρυθμιστο διαβήτη ή προδιαβήτη και να παραπεμφθούν για περαιτέρω αντιμετώπιση. Επίσης να γίνει ενημέρωση για τις επιπλοκές της παχυσαρκίας. Η πρόληψη και θεραπεία της περιοδοντικής νόσου φαίνεται ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της νοσηρότητας και να εξασφαλίσει ότι οι στοματικές παθήσεις δεν αυξάνουν το φορτίο της συστηματικής νόσου.

EA32**ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΘΑΛΠΟΝΤΕΣ**

Τζανάκη Ελευθερία, Θαμνίδης Νικόλαος, Κυριακή-Ελένη Φλεμετάκη, Μαρία Τσότρα

Ιδιωτικό ιατρείο

Εισαγωγή

Η στοματική υγεία είναι σημαντική για τη διατήρηση της γενικής υγείας αλλά και την ποιότητα ζωής του ανθρώπου και ειδικότερα του ασθενή με άνοια, ώστε να διασφαλιστεί η σωστή μάσηση, ο λόγος, η εμφάνιση αλλά και να αποφευχθούν εμπειρίες πόνου και φλεγμονών.

Σκοπός

Η παρουσίαση αυτή αποσκοπεί στην καταγραφή των σημείων που διαφοροποιούν τους ασθενείς με άνοια, τις διαφορετικές τους ανάγκες με βάση το στάδιο της νόσου και τα κριτήρια που θα διαμορφώσουν το σχέδιο θεραπείας. Επίσης θα δοθεί έμφαση στην πρόληψη και στην ανάγκη να αναλάβουν οι περιθάλποντες ενεργό ρόλο στη στοματική υγεία και υγιεινή.

Υλικό - Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στο διαδίκτυο με τη χρήση των όρων dental management-dementia- oral hygiene- behavioural management.

Συμπεράσματα

Οι ασθενείς με άνοια είναι εξαιρετικά ευάλωτοι σε οδοντικά προβλήματα ειδικά όσο η νόσος εξελίσσεται, η επικοινωνία γίνεται δυσκολότερη και η συνεργασία του περιορίζεται. Προτεραιότητα δίνεται στην αυστηρή τήρηση προληπτικού προγράμματος και την προσαρμογή του σχεδίου θεραπείας στις ανάγκες και την κατάσταση του ασθενούς. Η χρήση επικοινωνιακών μεθόδων κρίνεται επιβεβλημένη. Τέλος ο ρόλος του φροντιστή αναγνωρίζεται ως πολύ σημαντικός και πρέπει οι περιθάλποντες να ενθαρρύνονται και να καθοδηγούνται από την οδοντιατρική ομάδα.

EA33**ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΑΣΗΣΗΣ - ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΠΟΥ ΕΛΕΓΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΠΠΟΚΑΜΠΟ**

Τζανάκη Ελευθερία, Θαμνίδης Νικόλαος, Κυριακή-Ελένη Φλεμετάκη, Μαρία Τσότρα

Ιδιωτικό ιατρείο

Εισαγωγή

Όσο το προσδόκιμο ζωής αυξάνει και τα χρόνια νοσήματα όπως η άνοια του ηλικιακά ωριμότερου πληθυσμού εμφανίζονται συχνότερα, η αναζήτηση παραγόντων που επηρεάζουν τις νοητικές λειτουργίες καθίσταται ακόμα πιο ενδιαφέρουσα αλλά και επιβεβλημένη.

Σκοπός

Η εργασία αυτή αποσκοπεί να φωτίσει και να αναδείξει τις νέες επιστημονικές μελέτες και πειράματα τόσο σε ανθρώπους όσο και σε ζώα που διερευνούν τη σύνδεση της μάσησης με τις διανοητικές λειτουργίες στις οποίες εμπλέκεται ο ιππόκαμπος.

Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στο διαδίκτυο στους όρους mastication and cognitive function/dementia/ hippocampusdependent cognitive function και μελετήθηκε η πλούσια βιβλιογραφία με έμφαση στις νεότερες μελέτες

Συμπεράσματα

Η κατανόηση της λειτουργίας του εγκεφάλου και των μηχανισμών που οδηγούν στη πτώση των νοητικών διεργασιών σε συνδυασμό με τη λειτουργία της μάσησης είναι δυσχερής. Υπάρχουν όμως πολλές νέες μελέτες σε ανθρώπους και ζώα που υποστηρίζουν ότι η μάσηση συνδέεται με τη λειτουργία του ιππόκαμπου και μπορεί να επιδράσει στη μνήμη.

Αποτελέσματα

Χρειάζονται ακόμα πολλές μελέτες για να καταλήξει η επιστημονική κοινότητα σε ασφαλή συμπεράσματα και να κατανοηθούν οι μηχανισμοί σύνδεσης της μάσησης με τη μνήμη και τις διανοητικές λειτουργίες. Αν επιβεβαιωθούν τα έως τώρα συμπεράσματα τότε η διατήρηση της μάσησης θα αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα κατά της μείωσης κάποιων νοητικών λειτουργιών

ΕΑ34

ΣΥΝΔΡΟΜΟ SOTOS: ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Κερεζούδη Χριστίνα, Στεφανίδης Στέφανος, Θεοδωρίδης Γιώργος, Πατρικίου Αντώνης, Περπερίδου Βαρβάρα, Γκινάλης Άγγελος, Νάτσιου Ιφιγένεια

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Δημήτριος»

Το σύνδρομο Sotos, γνωστό επίσης και ως εγκεφαλικός γιγαντισμός, είναι μια συγγενής ανωμαλία που κληρονομείται με τον επικρατούντα αυτοσωματικό τύπο και χαρακτηρίζεται από πρώιμη και έντονη ανάπτυξη, ακρομεγαλία, νοητική στέρωση, προχωρημένη οστική ηλικία καθώς και κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στην εμφάνιση του προσώπου. Σε ό,τι αφορά τον οδοντίατρο, τα πιο συνηθισμένα οδοντοστοματολογικά ευρήματα είναι η πρώιμη ανατολή των δοντιών, τα υπεράριθμα δόντια, η υψηλή και τοξωτή υπερώα και ο προγναθισμός, ενώ πολύ συχνά η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του ασθενούς και του θεράποντα καθιστά αναγκαία την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών με τη χορήγηση γενικής αναισθησίας.

Η παρούσα ανακοίνωση αναφέρεται στα οδοντοστοματολογικά προβλήματα ενός αγοριού ηλικίας 20 ετών που πάσχει από σύνδρομο Sotos και τον τρόπο που αυτά αντιμετωπίστηκαν κατά την οδοντοθεραπεία υπό γενική αναισθησία στο ΓΝΘ «Αγ. Δημήτριος».

ΕΑ35

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ - ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΕΩΝ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΓΝΗ

Ζουμπουλάκης Μιχαήλ, Κυρές Πέτρος, Καγκελάρη Χριστίνα, Παρασύρης Σταύρος, Πεπονάκη Ειρήνη, Βλασιάδης Κωνσταντίνος, Μπογοσιάν Ευαγγελία

Οδοντιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Ηρακλείου

Εισαγωγή

Στην Οδοντιατρική Κλινική παραπέμπονται ασθενείς από άλλες κλινικές για την αντιμετώπιση οδοντοστοματολογικών προβλημάτων, για τη διακρίβωση πιθανής συσχέτισης των προβλημάτων αυτών με άλλα νοσήματα, την προετοιμασία τους για άλλες επεμβάσεις όπως καρδιοχειρουργικές ή μεταμοσχεύσεις, την προετοιμασία τους για ειδικές θεραπείες όπως ακτινοθεραπεία ή τη λήψη ειδικών θεραπειών όπως ενδοφλέβιων διφωσφονικών ή στοχευμένων θεραπειών.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των ασθενών που παραπέμφθηκαν για ιατρική γνωμοδότηση στην Οδοντιατρική Κλινική ΠΑΓΝΗ από άλλες Κλινικές σε διάστημα ενός έτους.

Υλικό-Μέθοδος

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη, την περίοδο 01-08-2017 έως και 31-07-2018. Τα στοιχεία αντλήθηκαν από το μητρώο ασθενών που τηρείται στο ΕΙ.

Αποτελέσματα

Εξετάστηκαν 272 ασθενείς, 154 άνδρες και 118 γυναίκες, ηλικίας από 3 ημέρες έως 91 έτη. Οι ασθενείς παραπέμφθηκαν από 33 κλινικές και τμήματα του Νοσοκομείου. Μεγαλύτερη συχνότητα παραπομπών είχαν οι κλινικές Αιματολογική 58 (21,3%), Παθολογική 27 (9,9%), Παιδιατρική 24 (8,8%), Παθολογική Ογκολογία 23 (8,5%), Γναθοχειρουργική 20 (7,35%), Ψυχιατρική 18 (6,6%), Ακτινοθεραπεία 11 (4%), ΩΡΛ 8(2,9%), Καρδιολογική 6(2,2%), Παιδοαιματολογία 5 (1,8%) κ.α. Από τους ασθενείς 9 επρόκειτο να υποβληθούν σε μεταμόσχευση μυελού των οστών, 23 επρόκειτο να λάβουν ενδοφλέβια διφωσφονικά ή δενοσουμάμπη και 12 να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία κεφαλής και τραχήλου. Οι ασθενείς εξετάστηκαν και υποβλήθηκαν σε ποικίλες οδοντοθεραπευτικές παρεμβάσεις και εξαγωγές δοντιών.

Συμπεράσματα

Η γνωμοδότηση για ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες κλινικές αποτελεί σημαντική δραστηριότητα των νοσοκομειακών οδοντιάτρων. Οι ασθενείς πάσχουν από ποικίλα και σοβαρά νοσήματα που απαιτούν ειδικές τροποποιήσεις και αντιμετώπιση. Σύγχρονη πρόκληση για την οδοντιατρική αποτελούν οι ασθενείς που προγραμματίζονται να λάβουν ή λαμβάνουν ήδη ενδοφλέβια διφωσφονικά ή στοχευμένες θεραπείες.

EA36**ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

Μάρκου Βασιλική, Μακρυγιάννης Ιωάννης, Ζουμπουλάκης Μιχάλης, Ζουλούμης Λάμπρος

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ

Η επιληψία είναι μια χρόνια νευρολογική διαταραχή και με τον όρο αυτό αναφέρονται οι υποτροπιάζουσες αλλαγές στην παροξυσμική λειτουργία του εγκεφάλου που οδηγούν στις επιληπτικές κρίσεις. Η επιληπτική κρίση είναι η 2η σε ποσοστό επείγουσα κατάσταση στο ιατρείο και μπορεί να είναι εστιακή ή γενικευμένη. Στον γενικό πληθυσμό εμφανίζετε σε ποσοστό 0,6%.

Οι ασθενείς με επιληψία αποτελούν μια ομάδα ασθενών, οι οποίοι μπορεί να χρειαστούν οδοντιατρική θεραπεία. Ο κλινικός θα πρέπει να γνωρίζει την φυσιολογία της νευρολογικής διαταραχής καθώς και τις ιδιαιτερότητες στην οδοντιατρική προσέγγιση των περιστατικών αυτών. Επιπρόσθετα θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει μια επιληπτική κρίση στο ιατρείο και να είναι πάντα σε θέση να προασπίσει την ζωή του ασθενή.

Κατά τη διάρκεια των επιληπτικών κρίσεων οι ασθενείς είναι δυνατόν να παρουσιάζουν διάφορα χαρακτηριστικά ανάλογα με την εστία της επιληψίας αλλά και με το ποσοστό του εγκεφάλου που επηρεάζεται. Κάποια κοινά και ενδεικτικά συμπτώματα που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια μιας κρίσης είναι οι ακούσιες κινήσεις, οι σπασμοί και η απώλεια συνείδησης.

Εάν η κρίση γίνει στην οδοντιατρική έδρα τότε ο οδοντίατρος θα πρέπει να διασφαλίσει την ασφάλεια του ασθενούς, να αποφύγει τη μετακίνησή του, να τον τοποθετήσει σε ύπτια θέση, να καθαρίσει την περιοχή γύρω από το ασθενή και τη στοματική του κοιλότητα από ξένα σώματα και εργαλεία, να εξασφαλίσει τον αεραγωγό του ασθενούς και να αποφύγει την ακινητοποίηση.

Η επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς είναι επιβεβλημένη για την σωστή ενημέρωση και αντιμετώπιση. Με την σωστή ενημέρωση και προετοιμασία ο οδοντίατρος μπορεί να είναι σε θέση να προσφέρει υψηλού βαθμού υπηρεσίες στους ασθενείς του πάντα με προτεραιότητα στις ανάγκες τους.

Σκοπός της ελεύθερης ανακοίνωσης είναι η ενημέρωση των οδοντιάτρων για τις ιδιαιτερότητες στην αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από επιληψία και την αναγκαιότητα της επικοινωνίας με τον θεράποντα του ασθενούς.

EA37**ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ PRADER-WILLI. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Περπερίδου Βαρβάρα, Θεοδωρίδης Γεώργιος, Στεφανί-

δης Στέφανος, Κερεζούδη Χριστίνα, Πατρικίου Αντώνιος, Νάτσιου Ιφιγένεια, Γκινάλης Άγγελος

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Δημήτριος»

Το σύνδρομο Prader-Willi (PWS) αποτελεί μία γενετική πολυσυστηματική διαταραχή, οφειλόμενη σε μη έκφραση των γονιδίων πατρικής προέλευσης που βρίσκονται στην περιοχή του 15 χρωμοσώματος q11-q13. Το σύνδρομο έχει χαρακτηριστικό φαινότυπο που περιλαμβάνει υποτονία και λήθαργο κατά τη νεογνική ηλικία και βρεφική ηλικία, υπερφαγία, παχυσαρκία, διαταραχές του ύπνου, νοητική υστέρηση, ψυχιατρικές και συμπεριφορικές διαταραχές, κοντό ανάστημα και υπογοναδισμό.

Στη στοματοπροσωπική περιοχή παρατηρείται μειωμένη κάθετη και οριζόνια διάσταση των γνάθων και του προσώπου, λεπτό άνω χείλος με προσανατολισμό προς τα κάτω, μάτια σχήματος αμυγδαλού, μειωμένη ροή σάλιου αυξημένου ιξώδους, στοματική αναπνοή, υποπλασία της αδαμαντίνης και κακή στοματική υγιεινή.

Ο επιπολασμός του συνδρόμου κυμαίνεται από 1:8.000 έως 1:20.000 στις ΗΠΑ, στην Αυστραλία και την Ευρώπη 1:30.000 γεννήσεις, όμως λόγω της αυξημένης θνησιμότητας ο επιπολασμός στο γενικό πληθυσμό είναι 1:50.000.

Η παρούσα ανακοίνωση αφορά την παρουσίαση των ευρημάτων του συνδρόμου και της οδοντιατρικής αντιμετώπισης υπό γενική αναισθησία άρρενος ασθενούς 9 ετών από το Οδοντιατρικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Άγιος Δημήτριος».

EA38**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

Παπαδοπούλου Κυριακή, Κατσικάκης Απόστολος, Καρακίτσου Αναστασία

Ψυχιατρικός Τομέας, ΓΝ Κατερίνης

Εισαγωγή

Η ψυχική νόσος περικλείει ένα ευρύ φάσμα οντοτήτων, από απόλυτα λειτουργικούς ασθενείς έως ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή και όλη τους τη ζωή. Στις μέρες μας, η αποασυλοποίηση καθιστά επιτακτικότερη την βελτίωση της στοματικής υγείας των ανθρώπων αυτών.

Σκοπός

Η συγκεκριμένη παρουσίαση στόχο έχει την ανάδειξη των ιδιαιτεροτήτων των ψυχικά ασθενών, όσον αφορά ζητήματα οδοντιατρικής περίθαλψης, αλλά και πρόληψης. Παράλληλα, τίθενται θέματα αναγνώρισης και προσέγγισης των ασθενών αυτών στην καθημερινή κλινική πράξη.

Μέθοδος

Μέσω της συγκεκριμένης εργασίας γίνεται παρουσίαση

των συνηθέστερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά νοσούντες οδοντιατρικοί ασθενείς, καθώς και καλών πρακτικών διαχείρισης που προκύπτουν από την πολυετή εμπειρία του Ψυχιατρικού Τομέα του ΓΝ Κατερίνης, αλλά και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου.

Αποτελέσματα

Η ψυχική νόσος δεν αποτελεί λόγο αποκλεισμού από το οδοντιατρείο. Γνωρίζοντας τις ιδιαιτερότητες, εφαρμόζοντας τις κατάλληλες μεθόδους και επενδύοντας χρόνο και υπομονή, η πλειονότητα των ασθενών αυτών μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία από το γενικό οδοντίατρο.

Συμπεράσματα

Μεταξύ άλλων:

Η ψυχική νόσος δεν πρέπει να αποτελεί ταμπού κατά την οδοντιατρική περίθαλψη.

Η έγκαιρη οδοντοθεραπεία αλλά και η πρόληψη όταν είναι δυνατή, είναι θεμελιώδους σημασίας για την αποφυγή περαιτέρω συμβαμάτων.

Η εξοικείωση και η εκπαίδευση του ψυχιατρικού ασθενή στο οδοντιατρικό περιβάλλον τον καθιστά συμμετοχο στη διατήρηση της στοματικής του υγείας.

ΕΑ39

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΜΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΜΩΝ ΑΜΕΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΓΙΑ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟ Γ.Α. ΚΛΙΝΙΚΟΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ STAFF OBSERVATION AGGRESSION SCALE

Κερεζούδη Χριστίνα, Στεφανίδης Στέφανος, Πατρικίου Αντώνης, Θεοδωρίδης Γιώργος, Περπερίδου Βαρβάρα, Νάτσιου Ιφιγένεια, Γκινάλης Άγγελος

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝΘ «Άγιος Δημήτριος»

Τα άτομα ΑΜΕΑ που πρόκειται να υποβληθούν σε οδοντοθεραπεία υπό γενική αναισθησία εκδηλώνουν ορισμένες φορές κατά τη διάρκεια του προεγχειρητικού ελέγχου επιθετική συμπεριφορά απέναντι στους συνοδούς τους ή το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το είδος της επιθετικής συμπεριφοράς παρουσιάζει μεγάλο εύρος. Μπορεί να κυμαίνεται από την απλή εξύβριση έως και τον σωματικό τραυματισμό του θύματος, με άμεση συνέπεια η συμπεριφορά αυτή να αποτελεί απειλή για την ψυχική και σωματική υγεία τόσο των συνοδών και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσο και των ίδιων των ΑΜΕΑ. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των περιστατικών επιθετικής συμπεριφοράς των ΑΜΕΑ που υποβλήθηκαν σε προεγχειρητικό έλεγχο στο ΓΝΘ «Άγιος Δημήτριος» καθώς και των μέσων που χρησιμοποιήθηκαν για την καταστολή των συμπεριφορών αυτών. Για την καταγραφή χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Staffobservationaggressionsscale, ένα εργαλείο που καταγράφει την επιθετική συμπεριφορά των ασθενών, τόσο σε ό,τι αφορά τη φύση της όσο και σε ότι αφορά τη σοβαρότητά της.

ΕΑ40

ΣΥΝΔΡΟΜΟ SECKEL: ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γιαννοπούλου Αγγελική, Μακρής Αλέξανδρος, Ζερβού-Βάλβη Φλώρα, Δημητρίου Αικατερίνη, Μένεγας Γεώργιος, Ασματζή Χρυσή

Τμήματα Οδοντιατρικό - Ειδική Μονάδα ΑΜΕΑ και Αναισθησιολογικό, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

Εισαγωγή

Το σύνδρομο Seckel είναι μία σπάνια διαταραχή (μικρότερη από 1 στις 10.000 γεννήσεις) που μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τύπο κληρονομικότητας. Τρεις παραλλαγές του συνδρόμου Seckel περιλαμβάνουν διαταραχές ή μεταλλάξεις γονιδίων σε τρία διαφορετικά χρωμοσώματα (3,18,14).

Σκοπός

Η παρουσίαση περίπτωσης με σύνδρομο Seckel με έμφαση στις οδοντοστοματολογικές εκδηλώσεις και στην οδοντοθεραπευτική αντιμετώπιση.

Παρουσίαση Περίπτωσης

Πρόκειται για γυναίκα ηλικίας 36 ετών. Είναι το πρώτο παιδί οικογένειας και η μητέρα έχει νοσηλευτεί κατ επανάληψη σε ψυχιατρικές κλινικές. Ανήκει στο σύνδρομο Seckel 2. Από την κεφαλή παρουσίαζε κраниοπροσωπικό διμορφισμό, υπερτελορισμό και στραβισμό. Επιπλέον εμφάνιζε νανισμό, συγγενές εξάρθρωμα ισχίου άμφω, σκολίωση και κλινοδοκτυλία μικρού δακτύλου χειρός. Έπασχε από συγγενή καρδιοπάθεια, δίπτυχη αορτική βαλβίδα με ασβέστωση, ελαττωμένο μέγεθος νεφρών, βαριά νοητική υστέρηση και υπέρταση. Κατά την οδοντοστοματολογική εξέταση παρατηρήθηκαν προγναθισμός της άνω γνάθου, πολυτερηδονισμός και ουλίτιδα. Λόγω της πτωχής συνεργασίας εξαιτίας της βαριάς νοητικής υστέρησης αποφασίσθηκε η αντιμετώπιση να γίνει υπό γενική αναισθησία (Γ.Α.).

Η αναισθησιολογική διαχείριση ασθενών με σύνδρομο Seckel παρουσιάζει προκλήσεις, κυρίως λόγω των ανατομικών ιδιαιτεροτήτων του προσωπικού κρανίου που μπορεί να δυσκολέψουν τον αερισμό με προσωπίδα και τη διαχείριση του αεραγωγού. Η ασθενής μας παρουσίασε ήπια δυσχέρεια κατά τον αερισμό αλλά όχι ιδιαίτερη δυσκολία κατά την ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Περιεγχειρητικά, δεν εμφάνισε επιπλοκές από το καρδιαγγειακό σύστημα.

Η ασθενής έλαβε πλήρη οδοντιατρική φροντίδα υπό γενική αναισθησία. Εδόθησαν οδηγίες πρόληψης και συνεστήθη τακτικός επανέλεγχος.

Συμπεράσματα

Η διεπιστημονική προσέγγιση, η καλή στοματική υγιεινή, η πρόληψη και οι συχνοί επανέλεγχοι είναι ουσιαστικής σημασίας για τη διατήρηση της στοματικής υγείας αυτών των ασθενών, των οποίων η αντιμετώπιση υπό Γ.Α. ενέχει επιπλέον κινδύνους και επιβάλλει τη λήψη ιδιαίτερων μέτρων.

EA41**Η ΤΡΙΤΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ, ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ**

Αναστασόπουλος Γεώργιος, Σιμοπούλου Βασιλική, Ταγκαλάκης Παντελής

Οδοντιατρικό Τμήμα, ΓΝ Παίδων Αθηνών «Η Αγία Σοφία»

Εισαγωγή

Η απεικόνιση αποτελεί σημαντική διαγνωστική διαδικασία στην καθημερινή οδοντιατρική πρακτική, με την οπισθοφαντική και την πανοραμική ακτινογραφία να αποτελούν τις συχνότερες ακτινογραφικές εξετάσεις. Πολύ συχνά όμως απαιτείται διαγνωστική αλλά και θεραπευτική λεπτομέρεια και ακρίβεια που επιβάλλει τη μελέτη των γνάθων αλλά και άλλων δομών του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος σε μία ακόμα διάσταση πέραν των δύο που οι παραπάνω μέθοδοι προσφέρουν.

Μέθοδος

Η Τρίτη διάσταση αφορά την εξέταση των γνάθων με ιατρική αξονική τομογραφία CT που είναι η μοναδική διαθέσιμη στα Δημόσια Νοσοκομεία σήμερα και με Οδοντιατρικό υπολογιστικό τομογράφο κωνικής δέσμης CBCT. Η παρουσίαση επιχειρεί να προβάλλει τις δυνατότητες και τους περιορισμούς των μεθόδων, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα καθεμιάς αλλά και τις περιπτώσεις που η απεικόνιση σε τρεις διαστάσεις μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση ή τροποποίηση του θεραπευτικού πλάνου.

Συμπέρασμα

Η Υπολογιστική Τομογραφία Κωνικής Δέσμης, που φέτος κλείνει 20 χρόνια ύπαρξης, έχει σημειώσει άλματα προόδου όσον αφορά την ποιότητα της εικόνας αλλά και την μείωση της δόσης της ακτινοβολίας και αναμένεται να αποτελέσει το νέο στάνταρ της καθημερινής οδοντιατρικής απεικόνισης τα προσεχή χρόνια, πράγμα που επιβάλλει την λειτουργία τέτοιων μονάδων και στα Δημόσια Νοσοκομεία.

EA42**Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ CBCT ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ**

Θεοδωρίδης Χάρης, Φωτόπουλος Γιάννης, Σπίνος Πέτρος, Λιλλής Θεόδωρος

Εργαστήριο Οδοντοφαντικής Χειρουργικής, Χειρουργικής Εμφυτευματολογίας και Ακτινολογίας Στόματος, ΑΠΘ

Οι τραυματισμοί στα οστά της κρανιοπροσωπικής περιοχής καθώς και των παρακείμενων μαλακών μορίων αποτελούν συχνό φαινόμενο σήμερα. Στην πλειονότητά τους

οι περιπτώσεις τραυμάτων αυτού του είδους απαιτούν τον ενδελεχή ακτινογραφικό έλεγχο του ασθενή για την ύπαρξη τυχόν καταγμάτων, ώστε να τεθεί με ακρίβεια η ορθή διάγνωση και η μετέπειτα θεραπεία που θα ακολουθηθεί από τον θεράποντα ιατρό. Η πανοραμική ακτινογραφία, η αξονική (CT) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) ήταν τα περισσότερο χρησιμοποιούμενα απεικονιστικά μέσα για ακτινολογική εξέταση. Το επί χρόνια ακτινογράφημα εκλογής για τον εντοπισμό κρανιοπροσωπικών τραυμάτων αποτελούσε η πανοραμική ακτινογραφία.

Παρ' όλα αυτά τα νεότερα στοιχεία δείχνουν ότι το ενδιαφέρον στρέφεται στην αξιοποίηση περισσότερο σύγχρονων τεχνολογικά απεικονιστικών μέσων όπως της υπολογιστικής τομογραφίας (CBCT).

EA43**ΟΔΟΝΤΙΝΙΚΗ ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

Μακρυγιάννης Ιωάννης, Μάρκου Βασιλική, Ζουμπουλάκης Μιχαήλ, Καραγκούνη Άννα, Κορόσογλου Βασιλική, Βενέτης Γρηγόρης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ

Η θεραπεία των οδοντικών δυσπλασιών αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό οδοντίατρο. Τα δόντια με δυσπλασία μπορεί να έχουν χαμηλή πρόγνωση, καθώς και δυσκολίες στην αποκατάστασή τους, λόγω των διαφορών στην ανατομία τους. Το σχέδιο θεραπείας εμφανίζει διαφορετική προσέγγιση στο σχεδιασμό για την ορθότερη θεραπεία. Η συνεργασία των ειδικοτήτων είναι αναγκαία για την καλύτερη οργάνωση και την ολοκληρωμένη θεραπεία των περιστατικών.

Η οδοντική δυσπλασία είναι μια σπάνια γενετική διαταραχή των οδοντικών ιστών, που εμφανίζεται στο 1/100.000 του πληθυσμού. Μεταβιβάζεται με τον επικρατούντα αυτοσωμικό τύπο κληρονομικότητας και εμφανίζεται σε δύο διαφορετικές κλινικές οντότητες. Η Τύπου I εμφανίζει φυσιολογική μύλη με διαταραχή στην διάπλαση της ρίζας. Τα δόντια, επιπρόσθετα, εμφανίζουν ατροφική ρίζα και είναι ευάλωτα στις περιοδοντικές νόσους. Στην Τύπου II παρατηρείται διαταραχή στη διάπλαση της μύλης με φυσιολογικές ρίζες.

Η θεραπευτική προσέγγιση εξαρτάται από τον τύπο της δυσπλασίας. Στην Τύπου I η πρόγνωση των δοντιών που προσβάλλονται είναι μειωμένη. Στόχος του κλινικού είναι να κρατήσει τους οδοντικούς ιστούς στην στοματική κοιλότητα όσο τον δυνατόν περισσότερο. Η αποκατάσταση μπορεί να συνδυάζει μερικές οδοντοστοιχίες και τον σχεδιασμό για οδοντικά εμφυτεύματα με μεταβατικές αποκαταστάσεις. Στην Τύπου II η θεραπεία στηρίζεται στην αποκατάσταση της μύλης με την βοήθεια τεχνικών της οδοντικής χειρουργικής.

Στην παρούσα ελεύθερη ανακοίνωση θα γίνει βιβλιογραφική ενημέρωση για την οδοντική δυσπλασία. Στην συ-

νέχεια θα γίνει αναφορά στις νεότερες οδηγίες για τον ορθό θεραπευτικό σχεδιασμό. Τέλος θα γίνει παρουσίαση του περιστατικού οδοντικής δυσπλασίας Τύπου Ι που γίνεται σε συνεργασία με το τμήμα της Ορθοδοντικής του ΑΠΘ.

ΕΑ44

ΕΠΑΝΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΔΥΟ ΟΔΟΝΤΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

Πολάτου Αντωνία, Ζώταλης Νικόλαος

Οδοντιατρικό Τμήμα και Γναθοχειρουργική Μονάδα, ΓΝ Κωνσταντοπούλειο Ν. Ιωνίας

Εισαγωγή

Η ολική αφαίρεση των περισσότερων καλοήθων όγκων κεφαλής-τραχήλου θεωρείται, συνήθως, επαρκής θεραπεία. Υπάρχουν όμως και καλοήθεις όγκοι, με τάση υποτροπής, εάν η χειρουργική αφαίρεση περιοριστεί στα όρια ανάπτυξής τους (οδοντογενείς κερατινοκυστικοί όγκοι, αδαμαντινοβλάστωμα, πλειόμορφο αδένωμα των σιαλογόνων αδένων, οστεοποιόν ίνωμα, ανάστροφο θήλωμα, ινώδης δυσπλασία, δεσμοπλαστικός όγκος, νευροϊνωμάτωση κ.α.)

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας μετά την επανεγχειρητική αντιμετώπιση δύο οδοντογενών καλοήθων όγκων, μετά από υποτροπές.

Υλικό Μέθοδος

Κατά την περίοδο 2001-2013, δια 100 καλοήθεις όγκους στόματος, προσώπου, κεφαλής και τραχήλου, μέσα από σύνολο 1000, περίπου, άλλων καλοήθων όγκων, απαιτήθηκε επαναληπτική επέμβαση, λόγω υποτροπών. Από τις υποτροπές αυτές παρουσιάζονται 2 αντιπροσωπευτικά χαρακτηριστικά περιστατικά. Τα νέα χειρουργικά όρια, στις επαναληπτικές επεμβάσεις, σχεδιάσθηκαν σε πλέον ευύτερες περιοχές σε σχέση με τα όρια της προηγηθείσας αρχικής αντιμετώπισης.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα

Όλοι οι ασθενείς που χειρουργούνται για αυτούς τους όγκους παρακολουθούνται με βάση ειδικό πρωτόκολλο και πρέπει να υποβάλλονται σε ριζική χειρουργική αφαίρεση επειδή οι όγκοι τους εμφανίζουν τάση υποτροπής με τοπική επιθετική συμπεριφορά και πιθανότητα κακοήθειας. Η χειρουργική αντιμετώπιση των υποτροπών παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες λόγω της ίνωσης και της μεταβολής των ανατομικών δομών της κάθε περιοχής λόγω των προηγηθεισών επεμβάσεων.

Κριτήρια-χαρακτηριστικά ασθενών για επιλογή θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η γενική κατάσταση του ασθενούς, η ηλικία, η δυνατότητα συνεργασίας και παρακολούθησης και τέλος, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη πιθανή συνδρομική περίπτωση.

ΕΑ45

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΠΑΡΟΧΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Λαγουτάρης Παρασκευάς Ελευθέριος, Βίλλιας Αριστείδης

Γνωστικό αντικείμενο Γηροδοντιατρικής, Τομέας Προσθετολογίας, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Εισαγωγή

Κατ' οίκον οδοντιατρική είναι μια μορφή πρωτοβάθμιας φροντίδας οδοντιατρικής περίθαλψης η οποία απευθύνεται σε πληθυσμιακές ομάδες με αδυναμία μετακίνησης από την οικία ή την εξειδικευμένη μονάδα στην οποία φιλοξενούνται. Η κατ' οίκον οδοντιατρική αφορά στην βασική πρόληψη και στην επείγουσα οδοντιατρική. Το προτεινόμενο σχέδιο θεραπείας οφείλει να είναι απλό, ρεαλιστικό, ευέλικτο και να αντιμετωπίζει άμεσα το κύριο πρόβλημα του ασθενούς.

Σκοπός

Αυτή η εργασία στοχεύει στην ενημέρωση του κλινικού για τις πιθανότερες πράξεις που μπορούν να εφαρμοστούν στην κατ' οίκον οδοντιατρική περίθαλψη. Επίσης στα πλαίσια της εργασίας αυτής παρουσιάζονται βασικά οδοντιατρικά υλικά και απαραίτητος εξοπλισμός για την άρτια και ασφαλή υποστήριξη των πιθανότερων αυτών πράξεων.

Υλικό και Μέθοδος

Με βάση βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται αναφορά στην κατηγοριοποίηση του ασθενούς κατά ASA και παρουσιάζονται οι συνήθεις πράξεις που καλύπτει η κατ' οίκον νοσηλεία καθώς και τα μέσα που απαιτείται να έχει στη διάθεσή του ο οδοντίατρος για να προσφέρει τις υπηρεσίες του μακριά από το χώρο του ιατρείου. Οι πράξεις αυτές περιλαμβάνουν κυρίως προληπτική οδοντιατρική, εμφράξεις, εξαγωγές, αντιμετώπιση προβλημάτων από κινητές προσθέσεις, στοματολογικές διαγνώσεις και βιοψίες, σχάσεις αποστημάτων και ενδοδοντικές θεραπείες. Επιπλέον προτείνονται τρόποι με τους οποίους η τεχνολογία μπορεί να δώσει λύση σε προβλήματα με απλά μέσα.

Συμπεράσματα

Οι δυσκολίες που καλείται να αντιμετωπίσει ο κλινικός έχουν τεχνικές, ηθικές, νομικές και οικονομικές προεκτάσεις. Ο ρόλος του φροντιστή καθώς και η σχέση του με τον ασθενή και την υπόλοιπη ομάδα θεραπείας, στην οποία περιλαμβάνεται και ο οδοντίατρος, έχει καθοριστική σημασία για την βέλτιστη αντιμετώπιση του ασθενούς.

ΕΑ46

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΛΕΙΜΜΑΤΙΚΩΝ ΑΚΡΟΛΟΦΙΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΥΤΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ, ΕΤΕΡΟΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ Ή ΑΛΛΟΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Μάλλιος Νίκος

Κλινική Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η αποκατάσταση των ελλειμματικών ακρολοφιών είναι σήμερα μια καθημερινή πρόκληση για τον οδοντίατρο στην προσπάθεια του να αντιμετωπίσει περιπτώσεις μερικής και ολικής νωδότητας των ασθενών του και να τους προσφέρει προσθετικές λύσεις που θα βελτιώσουν όχι μόνο την μάσηση αλλά και την φώνηση, την αισθητική και την σωστή λειτουργία όλου του στοματογναθικού συστήματος.

Η χρήση των οστικών μοσχευμάτων στην καθημερινή κλινική οδοντιατρική πράξη, έχει εδραιωθεί και θεωρείται πλέον μια ασφαλής και προβλέψιμη μέθοδος για την αύξηση του όγκου της οστικής μάζας των γνάθων που θα οδηγήσει στην δυνατότητα αναπλήρωσης της ολικής ή μερικής νωδότητας με την χρήση οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων ή με την κλασική προσθετική αποδίδοντας την αισθητική του στόματος, των μαλακών ιστών αλλά και του πρόσωπου του ασθενούς.

Στην εργασία αυτή θα συζητηθούν οι δυνατότητες αντιμετώπισης των μερικών και ολικών νωδοτήτων με την χρήση μοσχευμάτων καθώς και οι τεχνικές και ο τρόπος χρήσης των μοσχευμάτων αυτών. Θα εξηγηθούν διεξοδικά οι διαφορές των υλικών μεταξύ τους και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των διαφόρων οστικών μοσχευμάτων.

Αυτά αλλά και άλλα πολλά ερωτήματα θα απαντηθούν δείχνοντας πλήθος περιστατικών και τεχνικών και δίνοντας σαφείς οδηγίες και περιγράφοντας τις τεχνικές βήμα προς βήμα στον κλινικό οδοντίατρο που θέλει να ασχοληθεί με την ανάπλαση και με την αποκατάσταση των ελλειμματικών ακρολοφιών αλλά δυσκολεύεται να επιλέξει τα υλικά και τις μεθόδους για να επιτύχει.

EA47

Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΤΥΠΩΝ ΚΑΙ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ

Ζουμπουλάκης Μιχαήλ, Φωτουλάκη Μαρία, Τοπίτσου Βασιλική, Λαζίδου Παναγιώτα, Τσιάντου Δήμητρα, Ζουλούμης Λάμπρος, Κοτσάνος Νικόλαος

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει μέχρι σήμερα εντοπίσει διάφορες στοματικές εκδηλώσεις που σχετίζονται με την αυτοάνοση νόσο κοιλιοκάκη.

Σκοπός

Η μελέτη αυτή στοχεύει στο να ερευνησει την παρουσία των εκδηλώσεων αυτών σε ασθενείς και να καθορίσει εάν η κλινική εξέταση της στοματικής κοιλότητας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό εργαλείο σε άτυπες και ασυμπτωματικές μορφές της νόσου. Δευτερευόντως, στοχεύει στη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ συγκεκριμένων βιοχημικών και γενετικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της παρουσίας των στοματικών αυτών εκδηλώσεων.

Υλικό και Μέθοδος

Στην έρευνα συμμετείχαν 45 ασθενείς, μεταξύ 2 και 18 ε-

τών (μέση ηλικία 10,3) και 45 υγιή άτομα, ίδιου ηλικιακού εύρους και φύλου. Οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν για βλάβες στους σκληρούς (διαταραχές αδαμαντίνης, τερηδόνα) και μαλακούς ιστούς (έλκη που ομοιάζουν με άφθες, ατροφική γλωσσίτιδα, γεωγραφική γλώσσα, μέση ρομβοειδής γλωσσίτιδα).

Αποτελέσματα

Στατιστικά σημαντικές διαφορές, μεταξύ των δύο ομάδων, παρατηρήθηκαν στην επίπτωση συστηματικών διαταραχών αδαμαντίνης (64,4% των ασθενών και 24,46% της ομάδας ελέγχου, $p = 0,0001$) καθώς και στη θέση τους στο μυλικό τρίτημόριο (κοπτικό: $p = 0,0001$, μέσο: $p = 0,002$, αυχενικό: $p = 0,007$). Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε, επιπλέον, στην επίπτωση των αφθών (40% των ασθενών έναντι 4,44% της ομάδας ελέγχου, $p = 0,001$). Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού βλάβης αδαμαντίνης και της μορφής της νόσου ($p = 0,029$), όπου οι ασθενείς με άτυπη ή ασυμπτωματική μορφή, παρουσίαζαν αλλοιώσεις χαμηλότερης βαρύτητας σε σχέση με αυτές των ασθενών με κλασική μορφή.

Συμπεράσματα

Η ανίχνευση συστηματικών διαταραχών αδαμαντίνης και αφθών στην στοματική κοιλότητα θα μπορούσε να συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση άτυπων και ασυμπτωματικών μορφών της νόσου.

EA48

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΤΕΛΑΓΓΕΙΕΚΤΑΣΙΑ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ζουμπουλάκης Μιχαήλ, Καλαμπαλίκη Αγγελική, Μακρυγιάννης Ιωάννης, Μάρκου Βασιλική, Κουβέλη Δέσποινα, Ζουλούμης Λάμπρος

ΚΥ Περάματος, 7η ΥΠΕ Κρήτης

Εισαγωγή

Η κληρονομική αιμορραγική τελαγγειεκτασία ή αλλιώς σύνδρομο Rendu-Osler-Weber είναι μια αυτοσωμική επικρατούσα βλεννογονοδερματική και ινωδοαγγειακή δυσπλασία. Κλινικά εμφανίζονται τελαγγειεκτασίες δέρματος και στοματικού βλεννογόνου, αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες στους πνεύμονες, ήπαρ, νεφρούς και εγκέφαλο και επεισόδια επίσταξης. Το σύνδρομο εμφανίζεται σε 1:5.000-10.000 άτομα. Η διάγνωση της βασίζεται σε πλήρωση τριάδας κριτηρίων: δερματοβλεννογονίες τελαγγειεκτασίες, επαναλαμβανόμενες επιστάξεις και αναφορά του στο οικογενειακό ιστορικό. Στην περιοχή του προσώπου και του στόματος μπορούν να παρατηρηθούν τελαγγειεκτασίες ρινός, χειλέων και σε ολόκληρο το στοματικό βλεννογόνο με πιο συχνή εντόπιση την γλώσσα.

Παρουσίαση περίπτωσης

Παρουσιάζεται η περίπτωση ασθενούς 74 ετών με διάγνωση κληρονομικής αιμορραγικής τελαγγειεκτασίας και εμφάνιση κλινικών σημείων του συνδρόμου στην στοματική και περιστοματική περιοχή. Ο ασθενής προσήλθε

στο Οδοντιατρικό Τμήμα του ΚΥ Περάματος με κύριο παράπονο την συχνή και μη ελεγχόμενη αιμορραγία ούλων και την αδυναμία αντιμετώπισής του από ιδιώτη οδοντίατρο. Πραγματοποιήθηκε λήψη ιατρικού και οδοντιατρικού ιστορικού, κλινικός και ακτινογραφικός έλεγχος. Εξωστοματικά παρατηρήθηκαν τελαγγειεκτασίες κάτω χείλους και επιπωματισμός δεξιού ρώθωνα λόγω πρόσφατου επεισοδίου επίσταξης. Ενδοστοματικά εντοπίστηκαν έντονες εναποθέσεις μικροβιακής πλάκας και τρυγίας, κινητικότητα οδόντων και τερηδονικές βλάβες. Μετά από επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό και διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων πραγματοποιήθηκαν: θεραπεία περιοδοντίτιδας ανά τεταρτημόριο, εξαγωγές οδόντων και εμφράξεις όπου χρειαζόνταν.

Συμπεράσματα

Η πράξη της νοσοκομειακής οδοντιατρικής απαιτεί ευρεία κατανόηση των συστημικών νόσων που αντανάκλυνται στην στοματική κοιλότητα. Η κληρονομική αιμορραγική τελαγγειεκτασία είναι μια από αυτές. Έτσι ο νοσοκομειακός οδοντίατρος μπορεί να είναι ο πρώτος θεράπων που θα θέσει υποψία νόσου όπως και ο καθ' όλα αρμόδιος για την στοματική υγεία και για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της νόσου στην στοματική κοιλότητα.

EA49

ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Καρακελίδου Αναστασία, Ηλιάδης Σταύρος, Βενέτης Γρηγόρης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής ΑΠΘ

Εισαγωγή

Ο στοματικός βλεννογόνος αποτελεί περιοχή στην οποία μπορούν να αναπτυχθούν αρκετές παθολογικές καταστάσεις μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται, ο καρκίνος του στόματος και η περιοδοντική νόσος. Σε πολλές από αυτές τις καταστάσεις, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ύπαρξη των ελευθέρων ριζών, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν οξειδωτικό στρες και κατ' επέκταση βλάβη στους ιστούς.

Σκοπός

Στόχος της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην δημιουργία των ελευθέρων ριζών και του οξειδωτικού στρες στην στοματική κοιλότητα, η μελέτη της συμβολής των αντιοξειδωτικών παραγόντων στη μείωση της εμφάνισης παθολογικών καταστάσεων του στόματος και η διερεύνηση του ρόλου του σιέλου ως διαγνωστικού δείκτη, λόγω της παρουσίας αντιοξειδωτικών παραγόντων.

Υλικό και Μέθοδος

Για τους σκοπούς της παρούσης μελέτης πραγματοποιήθηκε ενδεδειγμένη αναζήτηση των σχετικών βιβλιογραφικών αναφορών, στις βάσεις δεδομένων Pubmed και

Cochrane για τα τελευταία 20 έτη.

Αποτελέσματα

Από τη μελέτη και την ανάλυση των κειμένων σε εξήντα έξι (66) άρθρα προέκυψε ότι το κάπνισμα και το αλκοόλ αποτελούν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης παθολογικών στοματικών καταστάσεων. Αντιθέτως, η λήψη τροφών πλουσίων σε αντιοξειδωτικές ουσίες, θωρακίζει τον οργανισμό έναντι του οξειδωτικού στρες και των αρνητικών του επιπτώσεων, ως προς την ανάπτυξη παθολογικών εκδηλώσεων στην στοματική κοιλότητα. Τέλος, το οξειδωτικό στρες επιφέρει αλλαγές στα επίπεδα των αντιοξειδωτικών παραγόντων του σιέλου, με αποτέλεσμα αυτό να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης εκτίμησης της στοματικής υγείας.

Συμπεράσματα

Δεδομένου ωστόσο του μικρού αριθμού σχετικά μελετών, απαιτείται επιπρόσθετη ερευνητική προσπάθεια για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

EA50

Η ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ ΤΩΝ ΑΜΕΑ ΑΝΑΠΟΣΠΑΣΤΟΣ ΚΡΙΚΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

Καγκελάρη Χριστίνα, Κυρές Πέτρος, Ζουμπουλάκης Μιχαήλ, Παρασύρης Σταύρος, Γεωργαλά Δέσποινα, Βλασιάδης Κωνσταντίνος, Μπιογοσιάν Ευαγγελία

Οδοντιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό ΓΝ Ηρακλείου Οδοντιατρικό Τμήμα, ΚΥ Περάματος

Εισαγωγή

Τα άτομα με αναπηρίες (ΑμεΑ) έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν στοματικές νόσους εξαιτίας της κακής στοματικής υγιεινής ως συνέπεια της αναπηρίας τους, των εκδηλώσεων της αναπηρίας στη στοματική κοιλότητα και των παρενεργειών της φαρμακευτικής τους αγωγής.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση τρόπων και μέσων για την επίτευξη καλής στοματικής υγιεινής των ΑμεΑ.

Υλικό και Μέθοδος

Η εργασία περιλαμβάνει τη διερεύνηση της διεθνούς και ελληνικής επιστημονικής βιβλιογραφίας και την αναζήτηση οδηγίων για τη βελτίωση της στοματικής υγιεινής των ατόμων με αναπηρία.

Αποτελέσματα

Τα ΑμεΑ κατά κανόνα έχουν κακή στοματική υγιεινή και υγεία και αυξημένες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης. Η στοματική τους υγεία παραμελείται, κυρίως λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης των ατόμων που τους φροντίζουν και ελλιπούς εκπαίδευσης των οδοντιάτρων στην αντιμετώπισή τους. Ανάλογα με το επίπεδο συνεργασίας και δυνατοτήτων, προτείνονται τροποποιήσεις στους τρόπους και τα μέσα εφαρμογής στοματικής υγιεινής που θα βοηθήσουν στην επίτευξη καλύτερου αποτελέσματος. Για τα άτομα που μπορεί να συνεργαστούν ο στόχος

είναι να διαφοροποιηθούν από άτομα που εξαρτώνται πλήρως από γονείς και φροντιστές, σε άτομα που μπορεί να έχουν ενός επιπέδου ανεξαρτησία στη στοματική τους υγιεινή. Για τα άτομα που δεν μπορούν να συνεργαστούν ο στόχος είναι η βελτίωση της στοματικής τους υγιεινής και υγείας.

Συμπεράσματα

Η στοματική υγιεινή των ΑμεΑ αποτελεί πρόκληση για το περιβάλλον τους και τους οδοντιάτρους. Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της ανταμείβουν την προσπάθεια. Υπάρχει ανάγκη ενεργοποίησης και εκπαίδευσης των οδοντιάτρων και των γονέων και φροντιστών ώστε από κοινού να συζητούν και να βρίσκουν εξατομικευμένους τρόπους διαχείρισης των εμποδίων της καθημερινότητας, για τη σωστή τέλεση της στοματικής υγιεινής.

EA51

ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΙΩΝ ΟΔΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΟΔΟΝΤΟΠΑΣΤΑΣ ΣΤΑ ΔΥΟ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΖΩΗΣ

Μπίμπαση Βασιλική, Τατόγλου Λάζαρος, Λέφα Πολυξένη, Καρατάσιου Ζωή, Τσεκούρα Ευφροσύνη

Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

Εισαγωγή

Η στοματική υγεία, η λειτουργική δηλαδή επάρκεια των δοντιών και των ιστών που έχουν σχέση με τη μάσηση και το γναθοπροσωπικό σύστημα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη γενικότερη υγεία του ατόμου. Η σωστή προσέγγιση του παιδιού διαμορφώνει άριστους μελλοντικούς οδοντιατρικούς ασθενείς με ενδιαφέρον για τη διατήρηση της στοματικής υγείας σε ολόκληρη τη ζωή τους.

Σκοπός

Σκοπός μας είναι η εγκατάσταση υγιεινών συμπεριφορών και η εξασφάλιση δια βίου στοματικής υγείας μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης των γονέων, της χρήσης φθοριούχου οδοντόπαστας και της συνεργασίας του παιδιού με τον παιδοδοντίατρο.

Υλικό

Σύγχρονες κατευθυντήριες οδηγίες από την Ελληνική Παιδοδοντική Εταιρεία, την Ευρωπαϊκή Ακαδημία Παιδιατρικής Οδοντιατρικής και την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής Οδοντιατρικής.

Αποτελέσματα

Ο καθαρισμός του στόματος πρέπει να αρχίζει από την εμφάνιση του πρώτου δοντιού και η χρήση φθοριούχου οδοντόκρεμας να ξεκινάει από την ηλικία των 6 μηνών. Το φθόριο είναι το πιο αποτελεσματικό μέσο για την πρόληψη της τερηδόνας και συγχρόνως ασφαλές σε όλες τις ηλικίες, εφόσον χρησιμοποιείται σωστά. Έως την ηλικία των 2 ετών, η περιεκτικότητα της οδοντόπαστας σε φθόριο συνιστάται να είναι 1000 ppm σε ελάχιστη ποσότητα (ίχνος) δύο φορές ημερησίως, η μία από τις οποίες, οπωσδήποτε, βράδυ.

Συμπεράσματα

Τα νεογιά δόντια είναι εξ ίσου σημαντικά με τα μόνιμα και η παραμέλησή τους με το πρόσχημα της αλλαγής τους είναι λάθος. Η πρώτη επίσκεψη στον παιδοδοντίατρο συστήνεται να πραγματοποιείται 6 μήνες μετά την ανατολή του πρώτου νεογιλού δοντιού ή το αργότερο μέχρι την ηλικία του 1 έτους, ώστε να εκτιμηθεί ο κίνδυνος για οδοντιατρικά προβλήματα και να λάβουν οι γονείς οδηγίες σχετικά με τη στοματική υγιεινή, τις διαιτητικές και στοματικές συνήθειες των παιδιών τους και τη χρήση της φθοριούχου οδοντόπαστας.

EA52

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ TURNER ΣΕ ΚΟΡΙΤΣΙ 3 ΕΤΩΝ, ΛΟΓΩ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΑΝ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Τσεκούρα Ευφροσύνη, Ταταριώτη Δέσποινα, Υφαντή Κωνσταντίνα

Παιδιατρική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπιείο» Βούλας

Εισαγωγή

Το σύνδρομο Turner αποτελεί χρωμοσωμική ανωμαλία κατά την οποία απουσιάζει πλήρως ή μερικώς ένα από τα δύο Χ χρωμοσώματα, με ή χωρίς μωσαϊκό στον καρυότυπο. Εμφανίζεται με συχνότητα περίπου 1 στις 2.500 ζώντες γεννήσεις θήλεων. Φαινοτυπικά χαρακτηρίζεται από κοντό ανάστημα και πρωτοπαθή ωθητική ανεπάρκεια, σε συνδυασμό με οργανικές δυσλειτουργίες και ιδιαίτερα μορφολογικά στοιχεία σε άλλοτε άλλο βαθμό. Βιβλιογραφικά αναφέρεται η ύπαρξη οδοντικών βλαβών που συσχετίζονται με το σύνδρομο.

Παρουσίαση περίπτωσης

Κορίτσι ηλικίας 3 ετών προσήλθε στο Ιατρείο Αναπτυξιακής και Συμπεριφορικής Παιδιατρικής του νοσοκομείου μας, λόγω διαταραχής άρθρωσης. Πρόκειται για παιδί τελειόμηνο με ελεύθερο περιγεννητικό ιστορικό. Κατά τη διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης διαπιστώθηκαν ήπια ιδιαίτερα μορφολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία δεν είχαν απασχολήσει μέχρι την εκτίμηση του παιδιού, και συγκεκριμένα ήπιο οπισθογναθικό προσώπειο με οπισθογναθισμό της κάτω γνάθου και ασυνήθιστα μικρά δόντια (τομείς) με καφεοειδή χρωματισμό και πολύ κακή στοματική υγιεινή. Συνεστήθη η διενέργεια καρυότυπου, το αποτέλεσμα του οποίου έθεσε τη διάγνωση συνδρόμου Turner46, X isoX (q). Πραγματοποιήθηκε ενδελεχής εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος, παιδο-οδοντιατρική αξιολόγηση και αποκατάσταση και ετέθη σε τακτική παρακολούθηση αναστήματος και παιδο-ενδοκρινολογικό έλεγχο. Η αναπτυξιολογική εκτίμηση κατέδειξε στοιχεία ΔΕΠ-Υ συνδυασμένου τύπου με συνοδό διαταραχή άρθρωσης και ανώριμη συμπεριφορά. Συνεστήθη έναρξη παρέμβασης με λογοθεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς και επανεκτίμηση σε 6 μήνες.

Συμπεράσματα

Το σύνδρομο Turner χαρακτηρίζεται από ποικιλία στο γονότυπο, που αντανakλά την ποικιλία έκφρασης στο φαινότυπο των παιδιών. Ο αναπτυξιολόγος οφείλει να βρίσκεται σε εγρήγορση όσον αφορά την παρατήρηση μη ειδικών κλινικών σημείων γενετικών συνδρόμων, ώστε να τίθεται εγκαίρως η τελική διάγνωση. Η κλινική παρατήρηση θα μπορούσε να είχε επισημανθεί και από τον γενικό παιδίατρο πριν την αναπτυξιολογική εκτίμηση. Στο περιστατικό μας η διάγνωση ετέθη ξεκινώντας από τον αρχικό προβληματισμό των γονέων για την άρθρωση του παιδιού, ενώ τα υπόλοιπα κλινικά σημεία μέχρι εκείνη τη στιγμή είχαν διαλάθει της παρατήρησης όπως και το πρόβλημα της πολύ κακής στοματικής υγιεινής του παιδιού.

EA53

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ Κ.Υ. ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙΟΥ 7ης Υ.Π.Ε.

Θαμνίδης Νικόλαος, Τζανάκη Ελευθερία, Ζαβιδάκη Αφροδίτη

Κέντρο Υγείας Αρκαλοχωρίου

Εισαγωγή

Ο οδοντίατρος σαν μέλος της ιατρικής ομάδας του Κέντρου Υγείας αντιμετωπίζει τις ανάγκες του πληθυσμού

παρέχοντας πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, πολλές φορές αντιμέτωπος με μεγάλες ελλείψεις μηχανημάτων και υλικών.

Σκοπός

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσει τη δράση του Οδοντιατρικού Τμήματος του Κ.Υ. Αρκαλοχωρίου της 7ης Υ.Π.Ε κατά τη χρονική περίοδο 08/16-08/18.

Υλικό και Μέθοδος

Υλικό της εργασίας αποτέλεσαν τα αρχεία του Τμήματος από τα βιβλίο ασθενών τη διετία 08/16-08/18. Καταγράφηκαν 1434 ασθενείς και έγινε κατηγοριοποίηση σε 1) ανήλικοι / ενήλικοι, 2) τακτικά / έκτακτα, 3) εξαγωγές, 4) εμφράξεις, 5) αποτρυγώσεις και αποξέσεις, φθοριώσεις

Αποτελέσματα

Από τα 1434 περιστατικά τα 239 ήταν ανήλικοι, 360 περιστατικά ενηλίκων προσήλθαν στα έκτακτα (πορφύριδα, απόστημα περιστεφανίτιδα) ενώ 29 από τα 239 ήταν τα έκτακτα ανηλίκων.

Εκτελέστηκαν 430 εξαγωγές, 390 σε ενήλικες, 40 σε ανήλικα με 2 από τις τελευταίες σε μόνιμα δόντια. Σφραγίστηκαν 365 δόντια με 112 από αυτά σε ανήλικους ασθενείς. Έγιναν 204 αποξέσεις - αποτρυγώσεις. Προχωρήσαμε σε 96 φθοριώσεις, 81 από αυτές σε ανήλικους.

Συμπέρασμα

Τα Κ.Υ. μπορούν και πρέπει να παίξουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια παροχή οδοντιατρικής φροντίδας και αποτελούν την πρώτη γραμμή ανακούφισης του οδοντιατρικού ασθενή.

Αλφαβητικός Κατάλογος Προέδρων Συνεδριών

Μιχαήλ Αγρανιώτης	Οδοντίατρος, MSc Οργ.- Διοίκ. Υπηρ. Υγείας ΕΚΠΑ, Γεν. Γραμματέας ΟΣΠ
Διονύσιος Ανδρεσάκης	Στομ. και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Επιμελητής Α' ΕΣΥ
Δημήτριος Αντερριώτης	Στομ. και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ
Αλεξάνδρα Αντωνιάδου	Οδοντίατρος, τ. Διευθύντρια ΕΣΥ
Ασματζή Χρυσή	Αναισθησιολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ
Δημήτριος Δημητριάδης	Οδοντίατρος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Αναπλ. Διοικητής 5ης ΥΠΕ
Αικατερίνη Δημητρίου	Οδοντίατρος, Διευθύντρια ΕΣΥ
Θεοδύμνη Ζουριδάκη	Οδοντίατρος, τ. Διευθύντρια ΕΣΥ
Δήμος Καλύβας	Αναπλ. Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Μιχαήλ Κατσουράκης	Οδοντίατρος, τ. Διευθυντής ΕΣΥ
Ρήγας Κωσταντινίδης	Οδοντίατρος, τ. Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ
Θεοδώρα Λούφα	Παθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ
Παναγιώτα Μαραγκού	Οδοντίατρος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ
Μιχαήλ Μεζίτης	Στομ. και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Διευθυντής ΕΣΥ
Νικόλαος Νικητάκης	Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Ελευθέριος Ντόκος	Οδοντίατρος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ
Γεώργιος Ράλλης	Στομ. και Γναθοπροσωπικός Χειρουργός, Προϊστάμενος Διευθυντής ΕΣΥ
Χαρίλαος Σαμαράς	Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ
Αγγελική Σεληνίδου	Οδοντίατρος, Διευθύντρια Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, Εκλέκτορας ΕΟΟ
Αθανάσιος Σπηλιωτόπουλος	Οδοντίατρος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ
Πέτρος Σπίνος	Οδοντίατρος, MSc Οδοντοφατνιακής Χειρουργικής - Εμφυτευματολογίας
Μαρία Τσαντίδου	Οδοντίατρος, Ιατρός Δημόσιας Υγείας Υπουργείου Υγείας
Ευφροσύνη Τσεκούρα	Αναπτυξιακός Παιδιάτρος - Νεογνολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ

Αλφαβητικό Κατάλογος Ομιλητών - Συγγραφέων

A		Γιαννοπούλου Α.	ΕΙΣ13, ΕΑ5, ΕΑ17, ΕΑ12, ΕΑ18, ΕΑ40
Αναγνωστάκη Κ.	ΕΑ30, ΕΑ31	Γκαρδικός Γ.	ΕΙΣ12
Αναστασόπουλος Γ.	ΕΙΣ6, ΕΑ11, ΕΑ41	Γκινάλης Α.	ΕΑ34, ΕΑ37, ΕΑ39
Αντωνιάδης Κ.	ΕΙΣ9	Γκουντάκου Α.	ΣΤΡ3, ΕΑ23
Αντωνιάδου Μ.	ΣΤΡ5	Δαυίδοπούλου Σ.	ΕΑ20, ΕΑ21
Αραποστάθης Κ.	ΣΤΡ4	Δημητρίου Αικ.	ΕΑ5, ΕΑ12, ΕΑ16, ΕΑ17, ΕΑ40
Ασματζή Χ.	ΕΑ16, ΕΑ40	Εμμανουήλ Δ.	ΕΙΣ4
Βαϊλάκη Ε.	ΕΑ9, ΕΑ25	Ζαβιδάκη Α.	ΕΑ53
Βάλβης Ε.	ΕΙΣ3	Ζερβού-Βάλβη Φ.	ΣΤΡ2, ΕΙΣ2, ΕΑ5, ΕΑ12, ΕΑ17, ΕΑ18, ΕΑ28, ΕΑ40
Βάρδας Ε.	ΣΤΡ1	Ζουλούμης Λ.	ΣΤΡ3, ΕΑ15, ΕΑ23, ΕΑ24, ΕΑ36, ΕΑ47, ΕΑ48
Βαρσάμης Γ.	ΕΑ30, ΕΑ31	Ζουμπουλάκης Μ.	ΣΤΡ3, ΕΑ9, ΕΑ14, ΕΑ25, ΕΑ35, ΕΑ36, ΕΑ43, ΕΑ47, ΕΑ48, ΕΑ50
Βενέτης Γ.	ΕΑ24, ΕΑ43, ΕΑ49	Ζυγογιάννης Α.	ΕΑ19
Βίλλιας Α.	ΕΑ7, ΕΑ8, ΕΑ45	Ζώταλης Ν.	ΕΙΣ14, ΕΑ44
Βίλλιας Γ.	ΕΑ7, ΕΑ8		
Βλασιάδης Κ.	ΕΙΣ 11, ΕΑ9, ΕΑ14, ΕΑ25, ΕΑ35, ΕΑ50		
Βουρλή Α.	ΕΑ6		
Γεωργαλά Δ.	ΕΑ50		
Γεωργιάδης Ν.	ΕΑ19		

Ηλιάδης Σ.		EA49	Μένεγας Γ.	EA40
Θαμνίδης Ν.		EA32, EA33, EA53	Μπεναβέλη Α.	EA26, EA27
Θεοδωρίδης Γ.		EA34, EA37, EA39, EA42	Μπίμπαση Β.	EA51
Καγκελάρη Χ.	EA9, EA14, EA25, EA35, EA50		Μπίνα Α.	EA28
Καλαμπαλίκη Α.		EA48	Μπογοσιάν Ε.	ΣΤΡ2, EA9, EA14, EA25, EA35, EA50
Καλαμποκίνη Αικ.		EA28	Νάτσιου Ι.	EA34, EA37, EA39
Καλογήρου Ε.-Μ.		EA10	Νικητάκης Ν.	ΕΙΣ1
Καπετανούδης Α.		EA19	Νικολάτου-Γαλίτη Ο.	ΣΤΡ1
Καραγκούνη Α.		EA43	Ντόκος Ε.	EA1, EA2, EA22
Καρακελίδου Α.		EA49	Ντόκου Π.	EA1, EA2
Καρακίτσου Α.		EA38	Παλάσκα Μ.	EA16
Καρατάσιου Ζ.		EA51	Παπαδέλη Χ.	EA29
Καρβελέας Η.		EA3	Παπαδιόχος Ι.	EA11
Καρκαζής Η.		ΣΤΡ5, EA3	Παπαδοπούλου Ε.	ΣΤΡ1
Καστρινού Χ.		EA25	Παπαδοπούλου Κ.	EA38
Κατσικάκης Α.		EA38	Παρασύρης Σ.	EA9, EA14, EA35, EA50
Κατσικογιάννης Ν.		ΕΙΣ5, EA17	Πασχαλέρη Α.	EA21
Κατσίνη Ε.		EA5, EA12	Πατρικίου Α.	EA34, EA37, EA39
Κατσουράκης Μ.		EA13	Πεπονάκη Ε.	EA35
Κερεζούδη Χ.		EA34, EA37, EA39	Περπερίδου Β.	EA34, EA37, EA39
Κορόσογλου Β.		EA43	Περρέα Δ.	ΕΙΣ13
Κοσιώνη Α.		ΣΤΡ5, EA4	Πιτσηλής Γ.	EA1, EA2
Κοτσάνος Ν.		EA47	Πολάτου Α.	EA44
Κουβέλη Δ.		EA48	Σδράβου Κ.	EA20, EA21
Κούκου Κ.		EA16	Σιμοπούλου Β.	EA41
Κουρή Μ.		ΣΤΡ1	Σκλαβούνου Α.	EA10
Κουτσαμάνη Μ.		EA26, EA27	Σκούρτη Ι.	EA16
Κουτσούκος Ι.		ΣΤΡ4	Σπηλιωτόπουλος Α.	EA22
Κουτσουπάκη Α.		EA16, EA28	Σπίνος Π.	EA42
Κυβεντίδης Ν.		EA23	Σταματάκη Β.	EA6
Κυρές Π.	EA9, EA14, EA25, EA35, EA50		Στεργιοπούλου Ε.	EA30, EA31
Κυριάκου Ε.		ΣΤΡ3, EA19, EA23, EA24	Στεφανίδης Σ.	EA34, EA37, EA39
Κωνσταντίνου Α.		EA31	Στράντζιας Π.	EA11
Κωνσταντοπούλου Κ.		EA4	Σωτήρη Β.	EA1, EA2
Λαγουτάρης Π.- Ε.		EA45	Ταγκαλάκης Π.	EA41
Λαζίδου Π.		EA47	Ταταριώτη Δ.	EA52
Λέφα Π.		EA51	Τατόγλου Λ.	EA51
Λιλλής Θ.		EA42	Τέγου Τ.	EA20, EA21
Λούφα Θ.		EA30, EA31	Τζανάκη Ε.	EA32, EA33, EA53
Λυγιδάκης Ν.		ΣΤΡ4	Τζούτζας Ι.	ΕΙΣ7
Μάκος Χ.		ΣΤΡ2, EA23	Τηλαβερίδης Ι.	EA24
Μακρή Π.-Α.		EA23	Τοπίτσογλου Β.	ΕΙΣ10, EA47
Μακρής Αλ.		EA28, EA40	Τόσιος Κ.	EA10
Μακρής Γ.		EA21	Τουρναβίτης Α.	EA23
Μακρυγιάννης Ι.		ΣΤΡ3, EA15, EA36, EA43, EA48	Τούσερτ Μ.	EA8
Μάλλιος Ν.		EA46	Τσαγκάρης Μ.	EA28
Μαραγκού Φ.		EA26, EA27	Τσακμαλής Π.	EA19
Μάρκου Β.		EA15, EA36, EA43, EA48	Τσεκούρα Ε.	EA31, EA30, EA51, EA52
Μάστακα Α.		EA14	Τσελεκίδου Ε.	EA29
Μελά-Καραμανάκου Α.		EA16	Τσιάντου Δ.	EA47

Τσότρα Μ.	ΕΑ32
Τσότρα Μ.	ΕΑ33
Τσουρή Ι.	ΕΑ11
Υφαντή Κ.	ΕΑ52
Φανδρίδης Ι.	ΕΙΣ5, ΕΑ5, ΕΑ18, ΕΑ17, ΕΑ28
Φλεμετάκη Κ.-Ε.	ΕΑ32, ΕΑ33
Φραγκάκης Μ.	ΕΙΣ8
Φωτόπουλος Γ.	ΕΑ42
Φωτουλάκη Μ.	ΕΑ47
Χαϊδεμένος Ι.	ΕΑ29
Χαλκίδου Α.	ΣΤΡ3
Χατζηγηλία Λ.	ΕΑ19
Χατζηχαλεπλή Χ.	ΕΑ6
Χίλιου Γ.	ΕΑ10
Χρυσαφίδου Α.	ΕΑ29

