

ΑΠΌ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ ΠΑΠΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Οδοντίατρος, Μεταπτυχιακός Φοιτητής
Προσθετικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

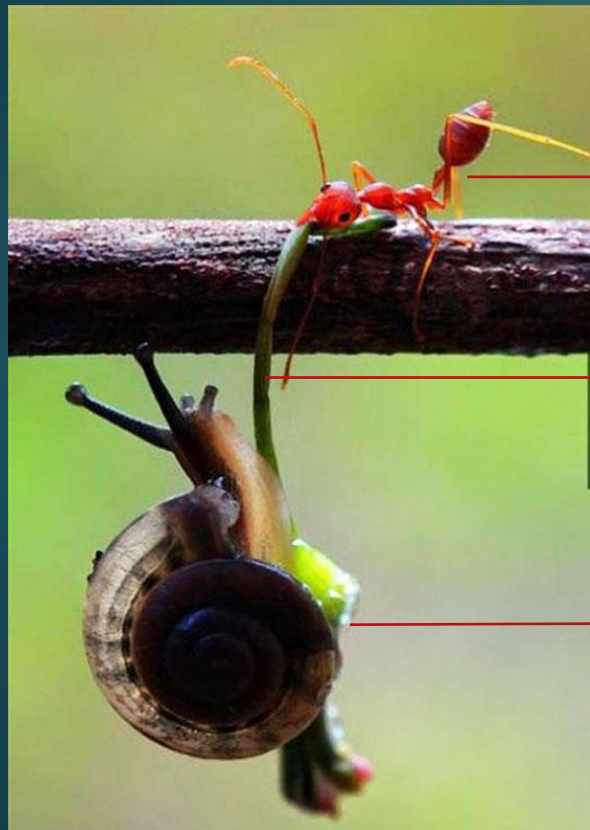
ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ Οδοντίατρος, MSc, Υ.Δ. Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΚΙΝΗΤΗΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑ

Ακίνητη Προσθετική
Εργαστηριακές Ασκήσεις

Η διαδρομή που ακολουθείται από την πρώιμη διάγνωση μέχρι την εκπόνηση του σχεδίου θεραπείας αποτελεί ίσως τη δυσκολότερη και πιο απαιτητική διαδικασία στην οποία καλείται να αντεπεξέλθει ο κλινικός οδοντίατρος, καθώς τίθενται υπό κρίση στοιχεία όπως η παρατηρητικότητα, η γνώση, η κρίση, η σύνθεση και η οξυδέρκεια.

Οι τρεις βασικοί πυλώνες ώστε να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών του κάθε ασθενή με βάση τις δικές του ξεχωριστές ιδιαιτερότητες, δίχως υπο- ή υπερ- θεραπεία, είναι:



Διάγνωση

Πρόγνωση

Σχέδιο Θεραπείας

Οι τρεις αυτές έννοιες έχουν μεν η κάθε μια τη δική της σημασία και υπόσταση, ωστόσο **KΑΜΙΑ** δεν μπορεί να σταθεί ανεξάρτητα δίχως την ομαλή συνύπαρξη των άλλων δύο.

Τυχόν παράλειψη ενός εκ των τριών πυλώνων θα οδηγήσει σε κατάρρευση του οικοδομήματος που ως σκοπό έχει να παράξει ένα άρτιο **Σχέδιο Θεραπείας**.

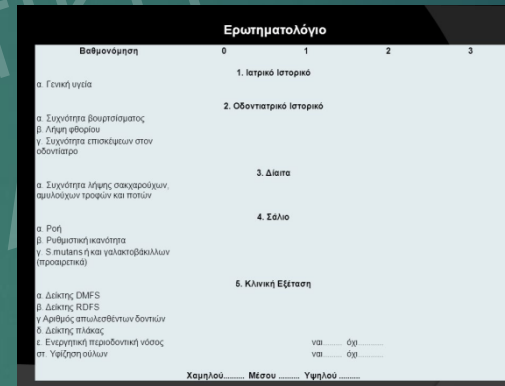
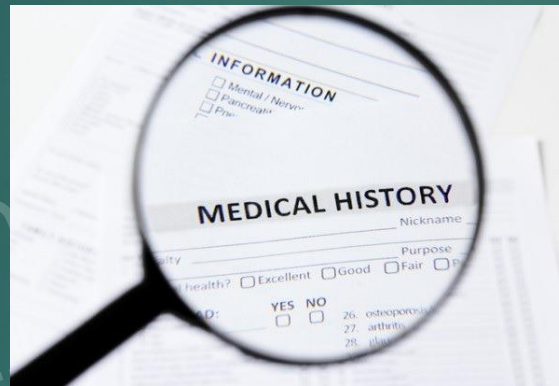
ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Είναι η διαδικασία συλλογής όλων των απαραίτητων στοιχείων τα οποία θα μας χρησιμεύσουν στον καθορισμό της Πρόγνωσης και στην κατάστρωση του Σχεδίου Θεραπείας.

Φτάνοντας στη σωστή διάγνωση, έχουμε τη δυνατότητα να διαλέξουμε την ορθή θεραπεία, με ελάχιστη χρονική καθυστέρηση.

Στη διαδικασία αυτή εντάσσονται τα παρακάτω:

- Ιατρικό Ιστορικό
- Οδοντιατρικό Ιστορικό
- Κλινική εξέταση
- Ακτινογραφικές απεικονίσεις
- Παρακλινικές εξετάσεις
- Διαγνωστικά Εκμαγεία
- Φωτογραφίες



➤ Ιατρικό Ιστορικό

Ο Sir William Osler είχε παρατηρήσει εύστοχα: « *Never treat a stranger* ».

Με τη διαδικασία λήψης του ιατρικού ιστορικού ξεκινά η «γνωριμία» μας με τον ασθενή.

Σε αυτό το στάδιο συνδεόμαστε με τη βασική υπόσταση του επαγγέλματός μας, την ιατρική, καθώς μας ενδιαφέρει να μάθουμε το ιατρικό προφίλ του ασθενούς, μέσα από ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με τυχόν παρακολούθηση από γιατρό κάποιας ειδικότητας, τη συστηματική λήψη φαρμάκων, την ανάγκη νοσηλείας για οποιονδήποτε λόγο και την ύπαρξη αλλεργιών.

Μια εύκολη checklist εν είδει μνημονικού κανόνα, είναι η παρακάτω:

- ✓ **A**naemia
- ✓ **B**leeding disorders
- ✓ **C**ardiorespiratory disorders
- ✓ **D**rug treatment and allergies
- ✓ **E**ndocrine disease
- ✓ **F**its and faints
- ✓ **G**astrointestinal disorders
- ✓ **H**ospital admissions and attendances
- ✓ **I**nfections
- ✓ **J**aundice or liver disease
- ✓ **K**idney disease
- ✓ **L**ikelihood of pregnancy or pregnancy itself

Εκτός των προβλημάτων υγείας, διεξοδικά πρέπει να αναλυθεί και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο εκάστοτε ασθενής, καθώς κάθε κατηγορία φαρμάκου δύναται να δώσει συγκεκριμένες εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα οι οποίες μας αφορούν άμεσα:

- Αντιπηκτικά → Αιματώματα, επίμονη αιμορραγία σε αιματηρές οδοντιατρικές πράξεις, αυτόματη αιμορραγία σε INR μεγαλύτερο του θεραπευτικού
- Αντιϋπερτασικά → Αγγειοσπαστικό, λειχηνοειδείς αντιδράσεις
- Αναστολείς διαύλων Ca, φαινυτοΐνη, κυκλοσπορίνη → Διόγκωση ούλων
- Αντινεοπλασματικά → Άλγος στις γνάθους, ευκαιριακές λοιμώξεις, στοματίτιδα, ξηροστομία
- Διφωσφονικά → Κίνδυνος οστεονέκρωσης
- Αντιμικροβιακά → Τριχωτή γλώσσα, χρώσεις τετρακυκλίνης
- Αντιψυχωτικά → Ξηροστομία
- Στεροειδή → Φεγγαροειδές προσώπιο, ευκαιριακές λοιμώξεις, μυϊκή ατροφία

Η σημασία της σωστής λήψης του ιατρικού ιστορικού έγκειται στο ότι κάθε νόσημα μπορεί δυνητικά να επηρεάσει την πρόγνωση, να τροποποιήσει ή ακόμη και να καταστήσει απαγορευτική κάποια θεραπευτική επιλογή ή οποιαδήποτε παρέμβαση εκ μέρους μας, ενώ μπορούμε να αποτρέψουμε την πλειοψηφία των επειγόντων που συμβαίνουν στο οδοντιατρείο, τα περισσότερα εκ των οποίων προέρχονται από παραμέληση του ιατρικού παρελθόντος του ασθενούς.

Η εκτίμηση για τον προσδιορισμό του κινδύνου από την παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης προαπαιτείται για τη λήψη απόφασης για ενδεχόμενη αναγκαιότητα παραπομπής στο νοσοκομείο.

Η ταξινόμηση της φυσικής κατάστασης των ασθενών κατά ASA έχει ως ακολούθως:

- ❖ **ASA I:** Υγιείς χωρίς συστηματική νόσο
- ❖ **ASA II:** Με ήπια ή μέτρια συστηματική νόσο χωρίς λειτουργικούς περιορισμούς. Άτομα άνω των 70 ετών με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό.
- ❖ **ASA III:** Με σοβαρή συστηματική νόσο με λειτουργικούς περιορισμούς.
- ❖ **ASA IV:** Με σοβαρή συστηματική νόσο που αποτελεί συνεχή απειλή για τη ζωή.
- ❖ **ASA V:** Ετοιμοθάνατοι που δεν επιβιώνουν πέραν των 24 ωρών.

(Σημειωτέον ότι όταν η ηλικία του ασθενή είναι άνω των 70 ετών, αυτόματα η φυσική κατάσταση ανεβαίνει μία τάξη).

Φυσική Κατάσταση	Κίνδυνος	Τόπος Περιθαλψης
ASA II	Χαμηλός	Οδοντιατρείο
ASA III	Μέτριος	Οδοντιατρείο υπό όρους ή Νοσοκομείο
ASA IV	Υψηλός	Νοσοκομείο

Ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση για εκείνες τις κατηγορίες ασθενών οι οποίες απαιτούν περίθαλψη σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

Τέτοιοι είναι για παράδειγμα, ασθενείς με αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων μικρότερο από 4.000 (κύτταρα/ ml) ή αιμοπετάλια λιγότερα από 70.000 (κύτταρα/ ml), ασθενείς με κακοήθεις νόσους όπως η οξεία λευχαιμία ή εκείνοι που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο λεμφώματος.

Επίσης, οδοντιατρική περίθαλψη θα πρέπει να παρέχεται μετά την παρέλευση εξαμήνου από επεισόδια όπως το έμφραγμα ή το εγκεφαλικό επεισόδιο.

➤ Οδοντιατρικό Ιστορικό

Μέσα από αυτό θα ανιχνευθεί η κύρια αιτία προσέλευσης του ασθενούς στον οδοντίατρο, η επονομαζόμενη και ως «**chief complaint**». Η παρατήρηση αυτή είναι πολύ σημαντική εκ μέρους του ασθενή, καθώς ακόμη και αν αποτελεί ήσσονος σημασίας ζήτημα σε σύγκριση με τυχόν άλλα προβλήματα που ανιχνεύσουμε από την κλινική ή άλλη εξέταση, οφείλουμε να τη συμπεριλάβουμε στο σχέδιο θεραπείας.

Ο ασθενής ακόμη καλείται να περιγράψει με δικά του λόγια την **Παρούσα Κατάσταση**, δηλαδή συμπτώματα τα οποία τυχόν έχει, τη χρονική τους διάρκεια, τον χαρακτήρα τους και τυχόν αντιμετώπιση, φαρμακευτική ή άλλης φύσεως, την οποία έχει επιλέξει, και κατά πόσον αυτή ήταν αποτελεσματική.

Ακόμη, γίνεται μια προσπάθεια να ανιχνευθεί η στάση του ασθενή απέναντι στον οδοντίατρο και την οδοντιατρική θεραπεία και υγεία γενικότερα, μέσα από ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με το χαρακτηρισμό προηγούμενων εμπειριών του, χρήση μέσων στοματικής υγιεινής και συχνότητα άσκησής της, συχνότητα επισκέψεων στον οδοντίατρο κτλ.

Επίσης, σημαντικό είναι να γνωρίζουμε τους λόγους επίσκεψης στον οδοντίατρο, τα αίτια εξαγωγών, ύπαρξη πόνου ή συμπτωμάτων είτε από τη στοματική κοιλότητα είτε από τη γενικότερη στοματογναθοπροσωπική περιοχή.

➤ Κλινική εξέταση

Χωρίζεται σε εξωστοματική και ενδοστοματική.

☐ Εξωστοματική

Ουσιαστικά ξεκινά από τη στιγμή που θα μπει ο ασθενής στον χώρο του ιατρείου, μέσω της παρατήρησης και επισκόπησης, ενώ διεξοδικά περιλαμβάνει:

- Οπτική επισκόπηση για ασυμμετρίες, οίδημα, δυσχρωμίες, διογκώσεις

- Ψηλάφηση

Λεμφαδένων

Μυών

Κροταφογναθικής Διάρθρωσης

Χειλέων



□ Ενδοστοματική

Περιλαμβάνει την εξέταση μέσω επισκόπησης και ψηλάφησης όλων των ανατομικών δομών εντός της στοματικής κοιλότητας. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται:

- Μύες
- Παρειές, γλώσσα, έδαφος στόματος
- Σκληρά και μαλακή υπερώα
- Φατνιακές ακρολοφίες, γναθιαία ογκώματα, οπισθογόμφια τρίγωνα
- Βλεννογόνο και ούλα
- Δόντια
- Σύγκλειση
- Τυχόν υπάρχουσες αποκαταστάσεις
- Αξιολογείται η στοματική υγιεινή



Το υψηλό επίπεδο συγκέντρωσης κατά τη διενέργεια της ενδοστοματικής εξέτασης είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς πέρα από οντότητες που αναμένουμε λόγω του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, υπάρχουν και άλλες οι οποίες παραπέμπουν σε καταστάσεις που μπορεί να αποτελούν στοματική εκδήλωση συστηματικών νοσημάτων και επιπλοκών, την ύπαρξη των οποίων ενδέχεται να αγνοεί ο ασθενής. Ορισμένες από αυτές είναι:

- Αλλοιώσεις βλεννογόνου → Αναιμία, αβιταμίνωση, αυτοάνοσα νοσήματα, σύνδρομο Sjogren, νόσοι πεπτικού συστήματος, κακοήθειες
- Διαταραχές αισθητικότητας → Ξηροστομία, burning mouth syndrome, αναιμία, αβιταμίνωση, νευροπάθεια από φάρμακα
- Αιμορραγία → Διαταραχές πήκτικότητας
- Μυική δυσκαμψία → Νεοπλάσματα, νόσοι συνδετικού ιστού, ακτινοβολία
- Δυσσοσμία → Ξηροστομία, γαστροοισοφαγικές διαταραχές, νεφρική ανεπάρκεια
- Φλεγμονές → Διαβήτης, ανοσοκαταστολή

- Στοματοπροσωπικός πόνος → Νεοπλάσματα, μεταστάσεις, νευροπάθειες, αντανακλαστικός πόνος, δυσλειτουργία της κροταφογναθικής διάρθρωσης
- Καθυστερημένη επούλωση → Ιστορικό ακτινοβολήσης, ανοσοκαταστολή, σακχαρώδης διαβήτης
- Πρήξιμο → Φλεγμονή, αμυλοείδωση, νεοπλάσματα, αιμαγγειώματα, λεμφαγγειώματα, υποθυρεοειδισμός
- Έλλειψη δοντιών → Νεοπλάσματα, κυκλική ουδετεροπενία, εξωδερμική δυσπλασία, ιστοκύττωση, διατροφικές ανεπάρκειες, σύνδρομο Papillon-Lefevre, υποφωσφατασία
- Οδοντικές δυσχρωμίες → Πορφυρία, χρώση τετρακυκλίνης
- Οδοντικές διαβρώσεις → Διατροφικές διαταραχές (βουλιμία, γαστροισοφαγική παλινδρόμηση), μειωμένη έκκριση σάλιου

- Ευρήματα από τις γνάθους (ακτινογραφικά)

→ Οστεοαρθρίτιδα, οστεοπέτρωση, οστεοπόρωση, νόσος Paget, σκληρόδερμα, χερουβεισμός, σύνδρομο Papillon-Lefevre, Gorlin-Goltz, ιστοκύττωση Langerhans, ουδετεροπενία, πολλαπλόν μύελωμα, υπερπαραθιροειδισμός



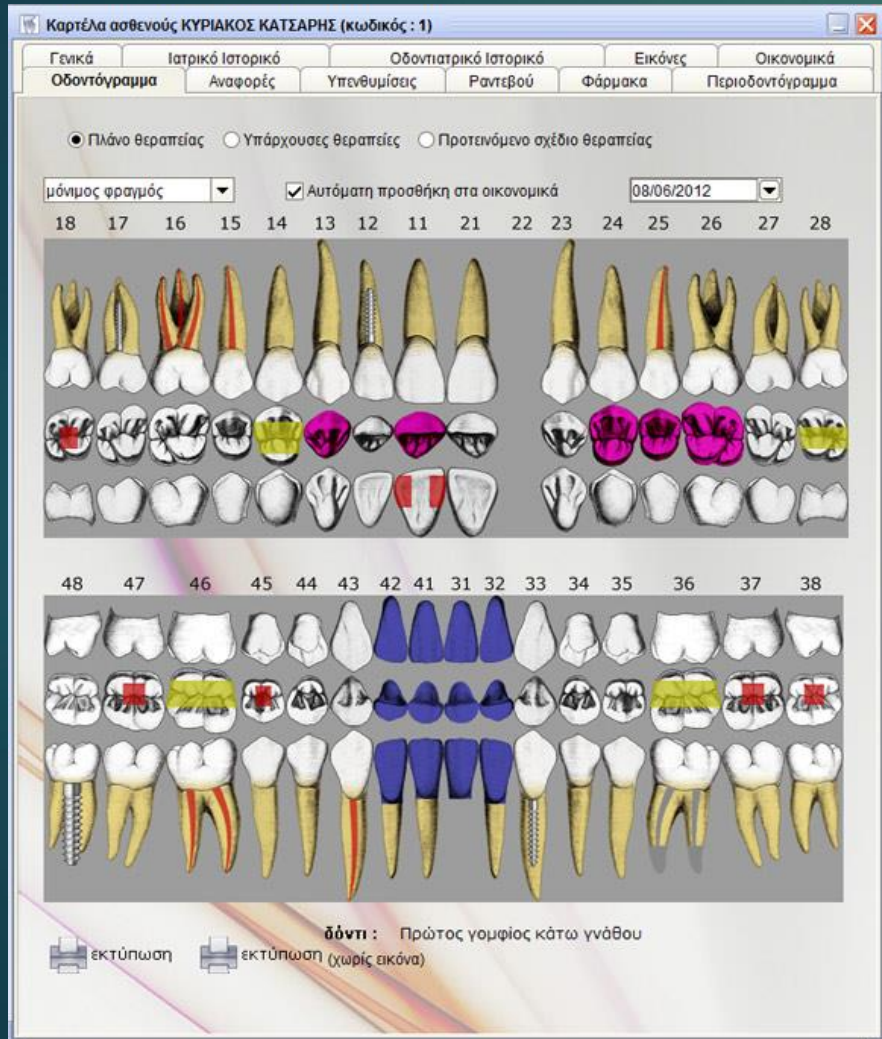
Αυτό που πρέπει να γίνει αντιληπτό είναι πως μέσω των στοματικών εκδηλώσεων συστηματικών καταστάσεων, νόσων και συνδρόμων, ο οδοντίατρος είναι αυτός που πολλές φορές καλείται να κάνει την πρώιμη διάγνωση και να παραπέμψει κατάλληλα τον ασθενή του.

Η πενταετής επιβίωση ατόμων με κακοήθη νοσήματα αγγίζει το 80% όταν έχει υπάρξει έγκαιρη διάγνωση, και μόλις 36% όταν η διάγνωση έχει καθυστερήσει.

Συνεπώς, η παράβλεψη ή η κωλυσιεργία μπορούν να αποβούν καταστροφικές είτε για το επίπεδο ζωής του ασθενούς είτε ακόμη και για την ίδια την επιβίωσή του.

Ειδικότερα στην περίπτωση του καθορισμού της διάγνωσης και συνεπώς πρόγνωσης των δοντιών, δύο απαραίτητες εξετάσεις είναι το **Οδοντόγραμμα** και **Περιοδοντόγραμμα**:

Οδοντόγραμμα :










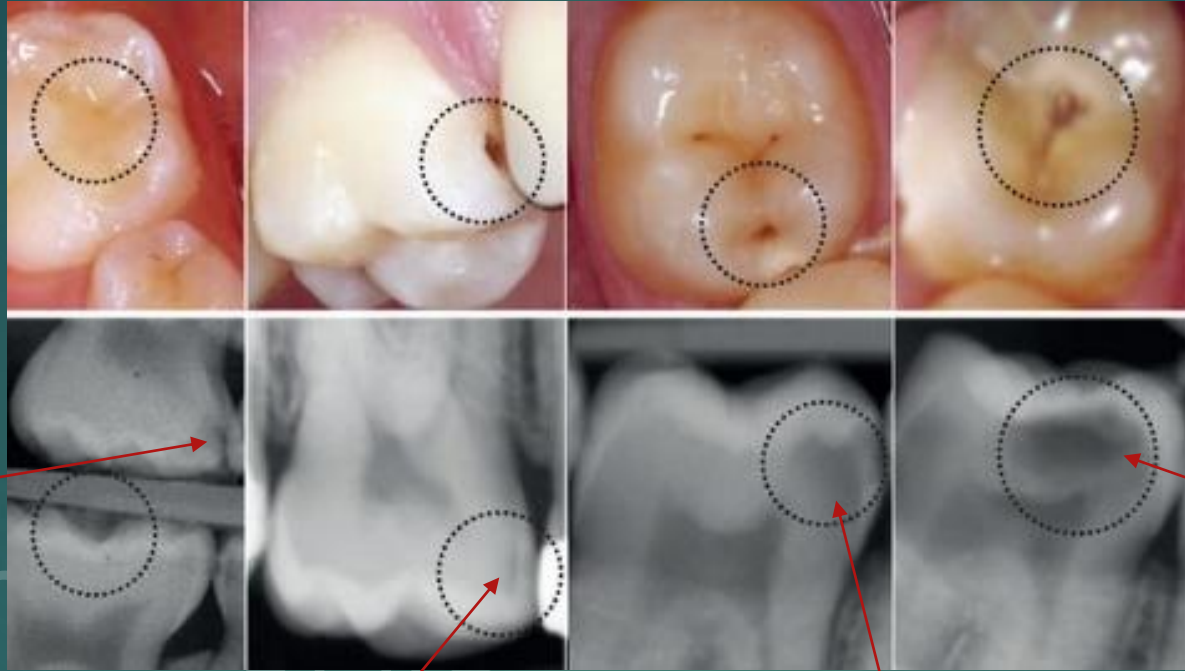
Κατά τη διαδικασία σύνθεσης του οδοντογράμματος καταγράφονται κωδικοποιημένες πληροφορίες που αφορούν στην κατάσταση των σκληρών οδοντικών ιστών.

Στην εξέταση αυτή απαραίτητα στοιχεία είναι ο καλός φωτισμός, η λεπτομερής επισκόπηση και η προσεκτική χρήση ανιχνευτήρα.

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα συστήματα κατηγοριοποίησης της προσβολής των δοντιών από την τερηδόνα, εντούτοις αυτή που σήμερα θεωρείται πως συνδέει με αποτελεσματικό τρόπο την ιστολογική εικόνα της βλάβης με την οπτική εικόνα που λαμβάνει ο παρατηρητής, είναι το σύστημα ICDAS.

Κλινική αξιολόγηση

0		Sound tooth surface
1		First visual change in enamel
2		Distinct visual change in enamel
3		Localized enamel breakdown due to caries with no visible dentin
4		Underlying dark shadow from dentin (with or without enamel breakdown)
5		Distinct cavity with visible dentin
6		Extensive distinct cavity with visible dentin.



D1: Διαύγηση
στο
εξωτερικό
μισό της
αδαμαντίνης

D2: Διαύγηση σε
όλο το πάχος της
αδαμαντίνης

D3: Διαύγηση
που έχει φτάσει
στην οδοντίνη

D4: Διαύγηση
που εκτείνεται σε
όλη την οδοντίνη

AKIVN
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΣΙΣ

Από τη στιγμή που έχει ολοκληρωθεί το οδοντόγραμμα, ακολουθεί ο προσδιορισμός του τερηδονικού κινδύνου.

Ως **τερηδονικός κίνδυνος** ορίζεται η πιθανότητα που υπάρχει σε ένα στοματικό περιβάλλον να εκδηλωθούν νέες τερηδόνες ή να εξελιχθούν οι υπάρχουσες, μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο μέλλον και κάτω από τις συνθήκες που έγινε η εξέταση.

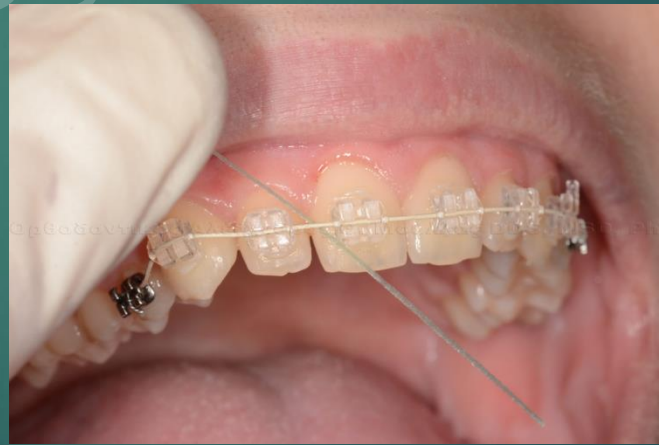
Συνεπώς, δεν είναι σταθερός στο χρόνο και επαναλαμβάνεται σε κάθε εξέταση και επανεξέταση.

Ομάδα Τερηδονικού Κινδύνου

	Χαμηλού	Μέσου	Υψηλού
Νέος Ασθενής	Δεν υπάρχουν δόντια με τερηδονικές βλάβες (κλινικά) ή Δεν υπάρχουν τερηδόνες ομόρων που υπερβαίνουν το D2 (ακτινογραφικά)	Ύπαρξη 3 τερηδονικών βλαβών 1-3 κατά ICDAS ή/και Ύπαρξη 1 ανοικτής κοιλότητας ή/και Ύπαρξη όμορων τερηδόνων κατηγορίας D3	Ύπαρξη >3 τερηδονικών βλαβών κατηγορίας 1-3 κατά ICDAS ή/ και Ύπαρξη 2 τερηδονικών βλαβών με ανοικτή κοιλότητα ή/και Ύπαρξη όμορων τερηδόνων κατηγορίας D4
Ασθενής σε επανεξέταση	Καμία νέα βλάβη/ έτος ή Καμία εξέλιξη στις προηγούμενες διαγνωσμένες βλάβες	1 νέα βλάβη/ έτος ή/ και εξέλιξη στις προηγούμενες διαγνωσμένες βλάβες	>1 νέα βλάβη/ έτος

Η λήψη απόφασης σχετικά με την ομάδα τερηδονικού κινδύνου που ανήκει ένας πρωτοεξεταζόμενος ασθενής στηρίζεται κατά μέγιστο βαθμό στην εικόνα των τερηδονικών βλαβών που καταγράφεται κατά την κλινική και ακτινογραφική εξέταση. Σε ασθενή σε επανεξέταση, το σημαντικότερο κριτήριο είναι η μεταβολή του αριθμού των τερηδόνων του.

Οι υπόλοιποι παράγοντες που προκύπτουν από το ιατρικό και οδοντιατρικό ιστορικό, όπως το ενδιαφέρον και η στάση για την υγεία των δοντιών, η στοματική υγιεινή, η λήψη φαρμάκων, η συχνότητα λήψης σακχαρούχων τροφών, η ροή σάλιου και η ενεργός ορθοδοντική θεραπεία, συνεκτιμώνται ως επιβαρυντικοί αλλά δε συμμετέχουν με την ίδια βαρύτητα στην απόφαση ένταξης. Καταγράφονται και αντιμετωπίζονται μεμονωμένα, σε όσους ασθενείς αυτό είναι εφικτό.



Βέβαια, η απώλεια οδοντικών ιστών δύναται να συνδέεται και με παράγοντες μη μικροβιακής αιτιολογίας, όπως η τερηδόνα.

Τέτοιοι παράγοντες είναι οι:

Διάβρωση: Η απώλεια οδοντικής ουσίας που συνδέεται με την δράση οξέων. Τα δόντια χάνουν τα μικρομορφολογικά χαρακτηριστικά τους και παρουσιάζουν μια «γλασαρισμένη» επιφάνεια.

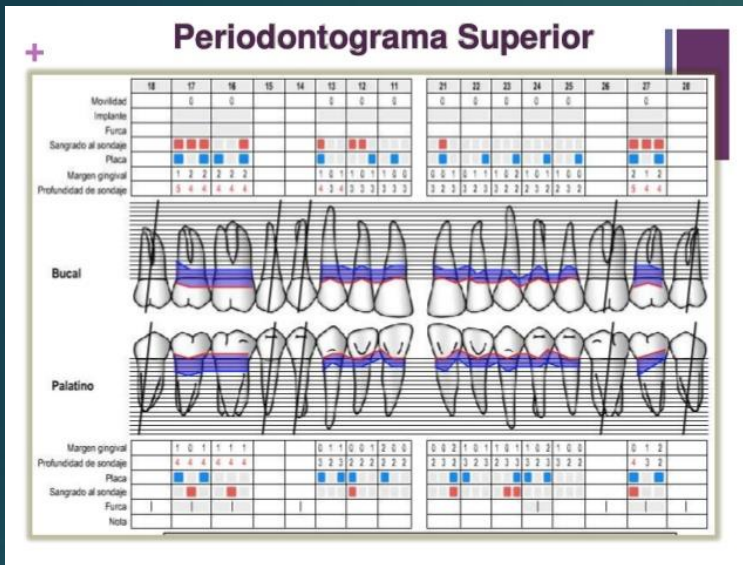
Αποτριβή: Η απώλεια οδοντικής ουσίας που συνδέεται με την καταστροφική δράση κάποιου μηχανικού παράγοντα. Εντοπίζονται φασέτες, ενώ συνήθως συνυπάρχουν κρανιογναθικές διαταραχές.

Απόσπαση: Η απώλεια οδοντικής ουσίας κυρίως στην αυχενική περιοχή, λόγω δράσης υπέρμετρων φορτίων.



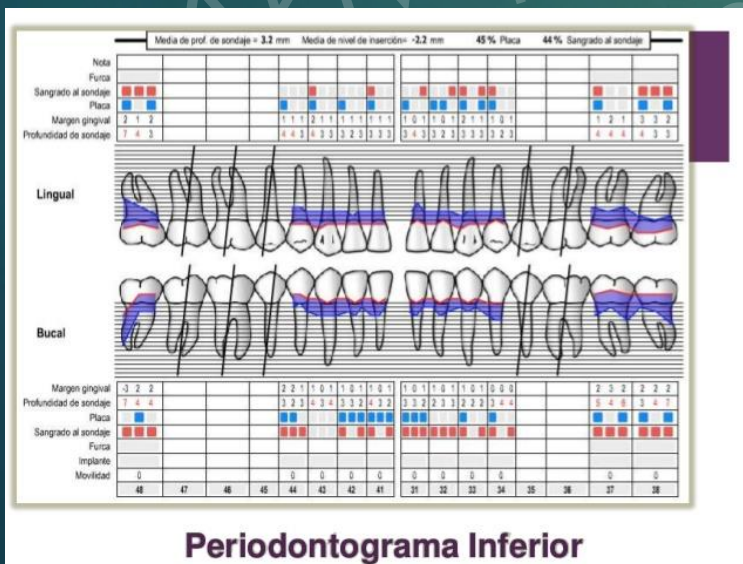
Στις πριπτώσεις αυτές σημαντικό είναι να γίνεται καταγραφή των συνηθειών του ατόμου, καθώς μόνο έτσι θα εντοπιστεί και θα ενοχοποιηθεί ο αιτιολογικός παράγοντες, η εξάλειψη του οποίου θα αναχαιτίσει το πρόβλημα.

Περιοδοντική εξέταση - Περιοδοντόγραμμα:



Σκοπός της περιοδοντικής εξέτασης είναι η διαπίστωση της ύπαρξης ή μη, παθολογικής κατάστασης, εφόσον αυτή διαπιστωθεί, ο καθορισμός της νόσου και η διαμόρφωση άποψης σχετικά με την έκταση και τη βαρύτητά της.

Πέρα από την επισκόπηση, όπου εξετάζεται το χρώμα, η υφή και η σύσταση των περιοδοντικών ιστών, η βάση της σωστής εξέτασης είναι ο περιοδοντικός ανιχνευτήρας, τον οποίο ο Glickman περιέγραψε ως «τα μάτια του περιοδοντολόγου κάτω από τα ούλα».



Με αυτόν, ανιχνεύονται και καταγράφονται για κάθε επιφάνεια υπάρχοντος δοντιού δύο θεμελιώδεις μετρήσεις για την περιοδοντική εξέταση, όπως το **βάθος θυλάκου** και η **απώλεια πρόσφυσης**. Ειδικά η δεύτερη είναι κρίσιμη κλινική παράμετρος, καθώς με αυτήν μπορεί να δοθεί κλινική έννοια στην πραγματική απώλεια περιοδοντικών ιστών.

Εκτός από τις δύο προαναφερθείσες μετρήσεις, στο περιοδοντόγραμμα σημειώνονται επίσης:

- Ο βαθμός κινητικότητας
- Η προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών
- Η ύπαρξη πλάκας και τρυγίας
- Ο ουλικός δείκτης και η αιμορραγία στην ανίχνευση (BOP)
- Η ύπαρξη τραύματος σύγκλεισης και η παρουσία κριγμού (fremitus)



Συνοψίζοντας τα παραπάνω, και σε συνδυασμό με την εξέταση των ακτινογραφημάτων, του ιστορικού, και ενδεχομένως κάποιων παρακλινικών εξετάσεων (πχ. μικροβιολογικές, ανοσολογικές), ο κλινικός καλείται να εντάξει τη νόσο του ασθενούς σε μια από τις κατηγορίες που ακολουθούν.

- I. Gingival Diseases
 - A. Dental plaque-induced gingival diseases*
 - 1. Gingivitis associated with dental plaque only
 - a. without other local contributing factors
 - b. with local contributing factors (See VIII A)
 - 2. Gingival diseases modified by systemic factors
 - a. associated with the endocrine system
 - 1) puberty-associated gingivitis
 - 2) menstrual cycle-associated gingivitis
 - 3) pregnancy-associated
 - a) gingivitis
 - b) pyogenic granuloma
 - 4) diabetes mellitus-associated gingivitis
 - b. associated with blood dyscrasias
 - 1) leukemia-associated gingivitis
 - 2) other
 - 3. Gingival diseases modified by medications
 - a. drug-influenced gingival diseases
 - 1) drug-influenced gingival enlargements
 - 2) drug-influenced gingivitis
 - a) oral contraceptive-associated gingivitis
 - b) other
 - 4. Gingival diseases modified by malnutrition
 - a. ascorbic acid-deficiency gingivitis
 - b. other
 - B. Non-plaque-induced gingival lesions
 - 1. Gingival diseases of specific bacterial origin
 - a. *Neisseria gonorrhoea*-associated lesions
 - b. *Treponema pallidum*-associated lesions
 - c. streptococcal species-associated lesions
 - d. other
 - 2. Gingival diseases of viral origin
 - a. herpesvirus infections
 - 1) primary herpetic gingivostomatitis
 - 2) recurrent oral herpes
 - 3) varicella-zoster infections
 - b. other
 - 3. Gingival diseases of fungal origin
 - a. *Candida*-species infections
 - 1) generalized gingival candidosis
 - b. linear gingival erythema
 - c. histoplasmosis
 - d. other
 - 4. Gingival lesions of genetic origin
 - a. hereditary gingival fibromatosis
 - b. other
 - 5. Gingival manifestations of systemic conditions
 - a. mucocutaneous disorders
 - 1) lichen planus
 - 2) pemphigoid
 - 3) pemphigus vulgaris
 - 4) erythema multiforme
 - 5) lupus erythematosus
 - 6) drug-induced
 - 7) other
 - b. allergic reactions
 - 1) dental restorative materials
 - a) mercury
 - b) nickel
 - c) acrylic
 - d) other
 - 2) reactions attributable to
 - a) toothpastes/dentifrices
 - b) mouthrinses/mouthwashes
 - c) chewing gum additives
 - d) foods and additives
 - 3) other
 - 6. Traumatic lesions (factitious, iatrogenic, accidental)
 - a. chemical injury
 - b. physical injury
 - c. thermal injury
 - 7. Foreign body reactions
 - 8. Not otherwise specified (NOS)

- II. Chronic Periodontitis[†]
 - A. Localized
 - B. Generalized
- III. Aggressive Periodontitis[†]
 - A. Localized
 - B. Generalized
- IV. Periodontitis as a Manifestation of Systemic Diseases
 - A. Associated with hematological disorders
 - 1. Acquired neutropenia
 - 2. Leukemias
 - 3. Other
 - B. Associated with genetic disorders
 - 1. Familial and cyclic neutropenia
 - 2. Down syndrome
 - 3. Leukocyte adhesion deficiency syndromes
 - 4. Papillon-Lefèvre syndrome
 - 5. Chediak-Higashi syndrome
 - 6. Histiocytosis syndromes
 - 7. Glycogen storage disease
 - 8. Infantile genetic agranulocytosis
 - 9. Cohen syndrome
 - 10. Ehlers-Danlos syndrome (Types IV and VIII)
 - 11. Hypophosphatasia
 - 12. Other
 - C. Not otherwise specified (NOS)
- V. Necrotizing Periodontal Diseases
 - A. Necrotizing ulcerative gingivitis (NUG)
 - B. Necrotizing ulcerative periodontitis (NUP)
- VI. Abscesses of the Periodontium
 - A. Gingival abscess
 - B. Periodontal abscess
 - C. Pericoronal abscess
- VII. Periodontitis Associated With Endodontic Lesions
 - A. Combined periodontic-endodontic lesions
- VIII. Developmental or Acquired Deformities and Conditions
 - A. Localized tooth-related factors that modify or predispose to plaque-induced gingival diseases/periodontitis
 - 1. Tooth anatomic factors
 - 2. Dental restorations/appliances
 - 3. Root fractures
 - 4. Cervical root resorption and cemental tears
 - B. Mucogingival deformities and conditions around teeth
 - 1. Gingival/soft tissue recession
 - a. facial or lingual surfaces
 - b. interproximal (papillary)
 - 2. Lack of keratinized gingiva
 - 3. Decreased vestibular depth
 - 4. Aberrant frenum/muscle position
 - 5. Gingival excess
 - a. pseudopocket
 - b. inconsistent gingival margin
 - c. excessive gingival display
 - d. gingival enlargement (See I.A.3. and I.B.4.)
 - 6. Abnormal color
 - C. Mucogingival deformities and conditions on edentulous ridges
 - 1. Vertical and/or horizontal ridge deficiency
 - 2. Lack of gingiva/keratinized tissue
 - 3. Gingival/soft tissue enlargement
 - 4. Aberrant frenum/muscle position
 - 5. Decreased vestibular depth
 - 6. Abnormal color
 - D. Occlusal trauma
 - 1. Primary occlusal trauma
 - 2. Secondary occlusal trauma

Ενδοδοντική Διάγνωση:

Αποτελεί μια απαιτητική διαδικασία, κατά την οποία ο κλινικός καλείται να διαγνώσει σε ποια κατάσταση βρίσκεται ο πολφός και οι περιακρορριζικοί ιστοί ενός δοντιού.

Τα μέσα τα οποία χρησιμοποιεί ο κλινικός προκειμένου να προβεί σε μια σωστή διάγνωση, είναι:

- Ψηλάφηση (ακρορριζικά)
- Επίκρουση
- Τεστ ζωτικότητας πολφού
- Θερμικές δοκιμασίες: θερμό-ψυχρό
- Τοπική αναισθησία
- Δοκιμασίες δήξης
- Δοκιμασία διάνοιξης
- Ακτινογραφία



Οι νόσοι χωρίζονται σε αυτές που αφορούν στον **πολφόν** και σε εκείνες που έχουν να κάνουν με τους **περιακρορριζικούς ιστούς**:

Νόσοι Πολφού	Νόσοι Περιακρορριζικών ιστών
Αντιστρεπτή Πολφίτιδα	Οξεία ακρορριζική περιρριζίτιδα
Μη αντιστρεπτή Πολφίτιδα	Οξύ φατνιακό απόστημα
Υπερπλαστική Πολφίτιδα	Πυκνωτική Οστεΐτιδα
Ενασβεστιώδης εκφύλιση του πολφού	Χρόνιο φατνιακό απόστημα – Ακρορριζικό κοκκίωμα
Εσωτερική απορρόφηση του δοντιού	Ακρορριζική κύστη
Νέκρωση του Πολφού	

➤ Ακτινογραφικές απεικονίσεις

Η κλινική διάγνωση έρχεται να συμπληρωθεί από την ακτινογραφική. Η συμβολή της στην κλινική πράξη είναι τεράστια καθώς δύναται να καταδείξει οντότητες οι οποίες δε είναι ορατές με την κλινική επισκόπηση. Εντούτοις, πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας πως δεν «χειρουργούμε» ακτινογραφίες, αλλά τις πραγματικές συνθήκες που αυτές αναπαριστούν, με τα όποια σφάλματα μεταφέρει η τεχνική απεικόνισης ενός τρισδιάστατου αντικειμένου σε δύο διαστάσεις.

Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες ακτινογραφίες είναι:

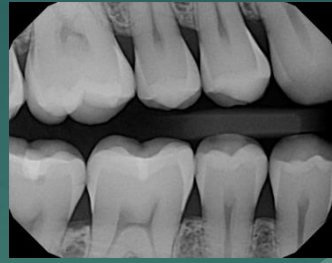
- Πανοραμική: Η μοναδική τεχνική η οποία επιτρέπει στον οδοντίατρο να δει σε εικόνα, ολόκληρη την οδοντοφυΐα και τους παρακείμενους ιστούς, από τον έναν κόνδυλο μέχρι τον άλλο.



- Οπισθοφατνιακή: Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη εξέταση στην κλινική πράξη, η κύρια και σημαντικότερη για την απεικόνιση δοντιών και περιακρορριζικών ιστών. Χρειάζονται 14 οπισθοφατνιακά ακτινογραφήματα για τον ακτινογραφικό έλεγχο ενός φραγμού



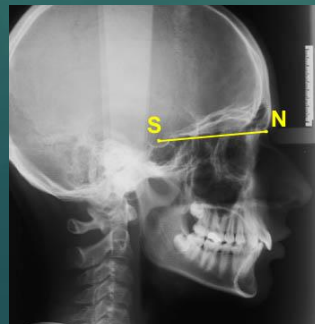
- Οπισθομυλική – Μετά πτερυγίου: Χρήσιμη για τη διάγνωση όμορων τερηδόνων



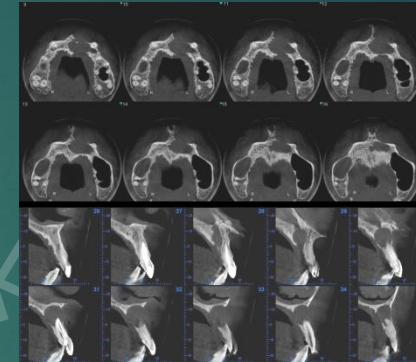
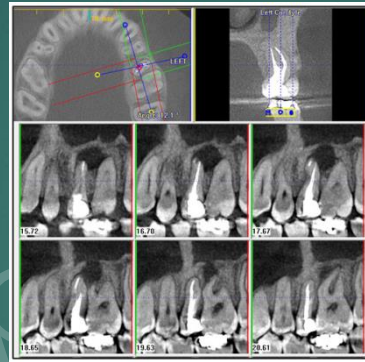
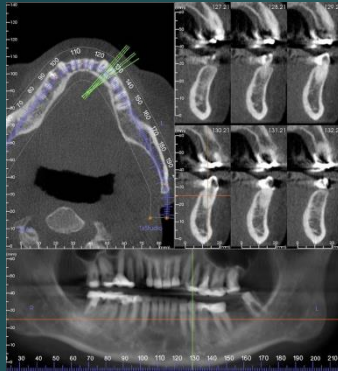
- Ακτινογραφία Δήξεως: Το πλακίδιο τοποθετείται στο μασητικό επίπεδο και εξετάζεται, σχεδόν αποκλειστικά, η περιοχή της υπερώας και η περιοχή του εδάφους του στόματος



- Κεφαλομετρική: Τεχνική ακτινογράφησης του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος από τα πλάγια και κατά μέτωπο, με σταθερές συνθήκες λήψης



- Οδοντιατρική υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT): Τεχνική που χρησιμοποιείται με τομογράφο ειδικά σχεδιασμένο για την τρισδιάστατη απεικόνιση της στοματικής και γναθοπροσωπικής περιοχής. Παρόλη την ευρεία χρήση της σε πολλούς τομείς της, η άνθησή της συνοδεύεται με την ανάπτυξη της εμφυτευματολογίας, στην οποία χρησιμοποιείται κατά κόρον



➤ Παρακλινικές εξετάσεις:

Χρησιμοποιούνται, τις περισσότερες φορές έπειτα από συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό του ασθενούς, προκειμένου να εξεταστούν στοιχεία τα οποία θα καθορίσουν το σχέδιο θεραπείας.

Τέτοιες εξετάσεις μπορεί να είναι μια γενική αίματος, η εξέταση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, οι βιοψίες και γενικά ιστοπαθολογικές εξετάσεις, η εξέταση CTX στις περιπτώσεις φόβου για οστεονέκρωση των γνάθων, μικροβιολογικές εξετάσεις κτλ.

➤ Διαγνωστικά εκμαγεία

Ιδιαίτερα σε επιπλεγμένα προσθετικά περιστατικά, η ύπαρξη αναρτημένων διαγνωστικών εκμαγείων, τα οποία θα μας επιτρέψουν να μελετήσουμε στοιχεία τα οποία είναι αδύνατο να αναλυθούν εντός της στοματικής κοιλότητας, είναι εκ των ων ουκ άνευ.



Μέσω των εκμαγείων αυτών μπορούν να εξετασθούν εύκολα στοιχεία και παράμετροι όπως ο προσθετικός χώρος, τυχόν τροποποιήσεις που χρειάζονται σε δόντια - στηρίγματα τα οποία αποκλίνουν από τον επιμήκη άξονα ή έχουν υπερεκφυθεί, να γίνει αισθητική ανάλυση και διαγνωστικό κέρωμα, εξέταση της σύγκλεισης κτλ.

➤ Φωτογραφίες

Ιδιαίτερα χρήσιμο στοιχείο στη μελέτη των περιστατικών, στην επικοινωνία με το εργαστήριο και με άλλους συναδέλφους, καθώς και στη διατήρηση αρχείου.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ως πρόγνωση ορίζεται η πρόβλεψη που μπορεί να δοθεί σχετικά με τις δυνατότητες **θεραπείας** για κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η πρόβλεψη αυτή στηρίζεται στην πλήρη και ορθή συλλογή αλλά και λεπτομερή αξιολόγηση όλων των επιμέρους κλινικών σημείων και συμπτωμάτων, καθώς και των εργαστηριακών ευρημάτων.

Χωρίζεται σε γενική και ειδική πρόγνωση:

Γενική πρόγνωση:

- Ο παράγων ασθενής
- Η γενική υγεία του ασθενούς
- Η οστική συμπεριφορά
- Ο παράγων υπάρχον οστούν
- Ο αριθμός των δοντιών
- Η σύγκλειση
- Το περιοδόντιο
- Ο παράγων θεραάπων

Ειδική πρόγνωση:

- Η αναλογία κλινικής μύλης – ρίζας
- Η σχέση φατνιακού οστού – δοντιού
- Η θέση του δοντιού στον φραγμό
- Η κινητικότητα των δοντιών
- Η μορφολογία της ρίζας
- Η προσβολή του σημείου συμβολής των ριζών
- Η γειτνίαση των ριζών
- Η ανάγκη ενδοδοντικής θεραπείας
- Η απορρόφηση της ρίζας
- Οι περιοδοντικοί θύλακοι
- Ο παράγων αποκατάσταση



ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ως σχέδιο θεραπείας ορίζεται η ιεράρχηση των θεραπευτικών αναγκών με στόχο την επίτευξη της καλύτερης πρόγνωσης.

Ακολουθεί χρονικά τη διαδικασία ολοκλήρωσης της διάγνωσης και καθορισμού της πρόγνωσης. Στόχος μας είναι να παραδώσουμε στον ασθενή ένα μασητήριο σύστημα το οποίο θα είναι λειτουργικά επαρκές, ελεύθερο ενεργού νόσου και το οποίο θα ικανοποιεί αισθητικά τον ασθενή.

Το καταλληλότερο σχέδιο θεραπείας είναι εκείνο που μας επιτρέπει να συγκεράσουμε τις ηθικές μας επιταγές αλλά και περιορισμούς με τις ανάγκες και απαιτήσεις του ασθενούς, ενώ προβλήματα ανακύπτουν όταν αυτά τα δύο αφίστανται.

Επομένως, δεν προχωρούμε στην εκπόνηση ενός σχεδίου θεραπείας με το οποίο αισθανόμαστε άβολα, ανεξάρτητα από τις πιέσεις που τυχόν δεχόμαστε από την πλευρά του ασθενούς.

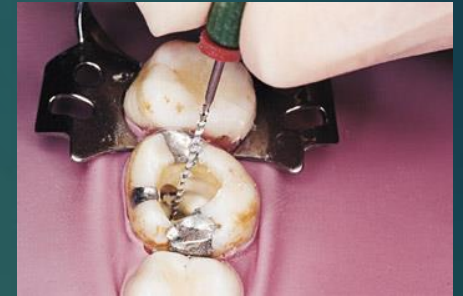
Ένα ορθά καταρτισμένο σχέδιο θεραπείας πρέπει να :

- Έχει λογική και ομαλή μετάβαση μεταξύ των διαφόρων φάσεων της θεραπείας
- Είναι όσο το δυνατόν λιγότερο στρεσογόνο για οδοντίατρο και ασθενή
- Είναι όσο το δυνατόν λιγότερο άβολο και επίπονο για τον ασθενή
- Έχει τις περισσότερες πιθανότητες ώστε να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενούς και είναι προσαρμοσμένο στις δυνατότητές του
- «Προβλέπει» τυχόν επιπλοκές και περιέχει εναλλακτικές επιλογές
- Είναι τόσο κατανοητό ώστε να μπορεί να συνεχιστεί από άλλο συνάδελφο σε περίπτωση που αυτό χρειαστεί

Η ικανοποίηση των προαναφερθέντων στοιχείων προϋποθέτει ένα σχέδιο θεραπείας το οποίο έχει μια ομαλή, λογική και επιστημονικά τεκμηριωμένη μετάβαση μεταξύ των φάσεων του.

Η σειρά με την οποία πρέπει να πραγματοποιούνται οι επιμέρους πράξεις, είναι η εξής:

- Αντιμετώπιση επειγόντων-οξέων καταστάσεων
- Πρόληψη, διδασκαλία στοματικής υγιεινής
- Εξάλειψη νόσου και φλεγμονής
- Πρώιμη αποκαταστατική φάση
- Προσθετική αποκατάσταση
- Διατήρηση θεραπευτικού αποτελέσματος



Αντιμετώπιση οξέων καταστάσεων:

Περιλαμβάνει την ελάφρυνση του ασθενή από οξείες καταστάσεις οι οποίες τον ταλαιπωρούν και ενδεχομένως να είναι είτε ο κύριος είτε ένας από τους λόγους για τους οποίους μας επισκέφθηκε.

Έτσι, σε αυτή τη φάση μπορεί να χρειαστεί να προβούμε σε ανακούφιση μιας οξείας μη αντιστρεπτής πολφίτιδας, στην σχάση ενός αποστήματος, στην εξαγωγή δοντιού που προκαλεί ενοχλήματα ή είναι εξαιρετικά κατεστραμμένο και αποτελεί εστία μικροβίων, στην αντιμετώπιση καταστάσεων όπως μια οξεία ελκώδης νεκρωτική ουλίτιδα, στην εξάλειψη τραυματογόνων παραγόντων κτλ.

Διδασκαλία στοματική υγιεινής:

Είναι ένα πολύ σημαντικό στάδιο του σχεδίου θεραπείας, το οποίο ωστόσο συχνά παραλείπεται. Η αξία του έγκειται στο γεγονός ότι επενδύουμε στη μακροχρόνια διατήρησή του θεραπευτικού αποτελέσματος, ενώ ανάλογα με τη συμμόρφωση ή μη του ασθενή στις οδηγίες μας, ενδέχεται να αλλάξουμε, ακόμη και ριζικά, ένα πολύπλοκο σχέδιο θεραπείας, εάν δούμε πως είναι αδύνατο να υποστηριχθεί από τον συγκεκριμένο ασθενή.

Σε γενικές γραμμές, συστήνεται το βούρτσισμα δύο φορές την ημέρα, η χρήση μέσων μεσοδόντιου καθορισμού, η εφαρμογή φθοριούχων στο ιατρείο ανά τακτά διαστήματα, ο περιορισμός κατανάλωσης σακχαρούχων τροφών και οι συχνές επανεξετάσεις.

Οι οδηγίες αυτές δύνανται να εξατομικευθούν ανάλογα με τον τερηδονικό κίνδυνο στον οποίο έχουμε κατατάξει τον κάθε ασθενή.

Εξάλειψη νόσου και φλεγμονής:

Στο στάδιο αυτό καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να μειωθεί δραστικά το μικροβιακό φορτίο εντός της στοματικής κοιλότητας.

Περιλαμβάνει την περιοδοντική θεραπεία, κατά την ενεργό φάση της οποίας υπάρχουν οι εξής φάσεις:

1. Φάση ελέγχου φλεγμονής
2. Φάση αντιμετώπισης και αποκατάστασης των βλαβών
3. Φάση αποκατάστασης του φραγμού

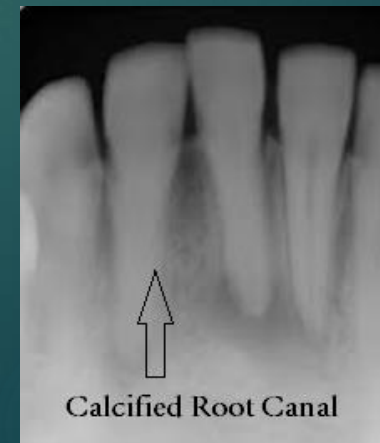
Οι σκοποί της περιοδοντικής θεραπείας είναι:

- Έλεγχος και άρση της φλεγμονής
- Έλεγχος της οδοντικής πλάκας
- Έλεγχος και κατά το δυνατόν εξάλειψη των θυλάκων
- Κατά το δυνατόν ανάπλαση των περιοδοντικών ιστών και κυρίως του φατνιακού οστού, που θα έχει ως αποτέλεσμα την ανάκτηση της πρόσφυσης που έχει απολεσθεί ή στη χειρότερη περίπτωση τη μη περαιτέρω εξέλιξή της
- Έλεγχος των δυνάμεων που ασκούνται στα δόντια κατά τη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος
- Αποκατάσταση αισθητικών προβλημάτων
- Αποκατάσταση σύγκλεισης

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται και οι ενδοδοντικές θεραπείες.

Εκτός των προφανών περιπτώσεων, όπου ένα δόντι παρουσιάζει παθολογία από τον πολφό ή τους περιακρορριζικούς ιστούς, την ατραπό της ενδοδοντικής θεραπείας ενδέχεται να βαδίσουν και δόντια που:

- Απαιτούν τοποθέτηση ενός άξονα για την αποκατάστασή τους
- Προορίζονται για στηρίγματα επένθετης οδοντοστοιχίας
- Η πολφική τους κατάσταση είναι αμφίβολη, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για στηρίγματα εκτεταμένων αποκαταστάσεων
- Προβλέπεται πιθανότητα είτε εισόδου στον πολφό είτε ευαισθησίας λόγω εγγύτητας σε αυτόν κατά την παρασκευή, λόγω συνθηκών όπως απόκλιση του επιμήκους άξονά τους ή υπερέκφυσης
- Παρουσιάζουν εναπόθεση δευτερογενούς οδοντίνης λόγω τραύματος



➤ Πρώιμη αποκαταστατική φάση

Αφού έχουν προηγηθεί τα προαναφερθέντα, σειρά παίρνει η αποκατάσταση των απολεσθέντων σκληρών οδοντικών ιστών μέσω των πράξεων Οδοντικής Χειρουργικής.

Κρίσιμο ρόλο σε αυτό το σημείο παίζει ο τερηδονικός κίνδυνος στον οποίο έχουμε κατατάξει τον ασθενή μας, καθώς από αυτό κρίνεται σε ποιες περιπτώσεις θα επέμβουμε και σε ποιες θα αποφασίσουμε στενή παρακολούθηση δίχως άμεση παρέμβαση.

Για παράδειγμα, μια κοιλότητα κατηγορίας 3 κατά ICDAS πρέπει να αποκατασταθεί σε ασθενή υψηλού τερηδονικού κινδύνου, τη στιγμή που η παρακολούθηση μια φορά/ έτος αρκεί για έναν ασθενή χαμηλού κινδύνου.



Σε γενικές γραμμές, οι στόχοι μας, που πλέον έχουν να κάνουν εξίσου και με την προσπάθεια αναχαίτισης των βλαβών, εκτός της παρέμβασής μας με αποκαταστάσεις, είναι:

- Η μετακίνηση του ατόμου σε ομάδα χαμηλότερου τερηδονικού κινδύνου, αν είναι υψηλού ή μέσου
- Η πρόληψη εμφάνισης νέων τερηδόνων
- Η αναχαίτιση εξέλιξης αρχόμενων τερηδόνων καθώς και η απενεργοποίηση ενεργών τερηδόνων που δεν έχουν σχηματίσει κοιλότητα, ώστε να αποφευχθεί η ανάγκη αποκατάστασής τους στο μέλλον
- Η μείωση του ρυθμού εξέλιξης ενεργών τερηδόνων, έτσι ώστε η αποκατάστασή τους να πραγματοποιηθεί με τη μικρότερη δυνατή αποκοπή οδοντικών ιστών
- Η αποκατάσταση των ανοικτών κοιλοτήτων με το σημαντικότερο δυνατό τρόπο

Στη φάση αυτή εκτός των εμφράξεων και αποκαταστάσεων θα γίνουν τυχόν ανασυστάσεις, ενώ μπορούν να τοποθετηθούν και μεταβατικές αποκαταστάσεις, εάν το περιστατικό περιλαμβάνει και προσθετικές εργασίες.



Κατά γενική ομολογία, σε αυτό το στάδιο, και πριν την έναρξη και τοποθέτηση της τελικής προσθετικής εργασίας κατασκευάζονται οι **νάρθηκες βρυγμού**, σε περίπτωση που κριθεί πως ο ασθενής μας αντιμετωπίζει αντίστοιχο πρόβλημα. Με τον τρόπο αυτό δίνεται ο χρόνος να αναχαιτισθεί εν μέρει το πρόβλημα, ώστε να προστατευθούν μεταγενέστερα τα υλικά της αποκατάστασης από τυχόν κατάγματα εξαιτίας των δυνάμεων που συνοδεύουν την παραλειτουργία.



➤ Προσθετική αποκατάσταση:

Μέχρι το στάδιο αυτό έχει ήδη παρακολουθηθεί η ανταπόκριση των δοντιών που πρόκειται να συμμετάσχουν στην αποκατάσταση, στις προηγούμενες θεραπείες, μέσω και των μεταβατικών αποκαταστάσεων, συνεπώς προχωρούμε στην κατά βήματα κατασκευή της, είτε αυτή είναι ακίνητη είτε κινητή, με την κάθε επιλογή να έχει τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

Table 1 Relative advantages and disadvantages of fixed and removable partial dentures	
Fixed partial dentures	Removable partial dentures
Advantages:	Advantages:
More natural appearing tooth substitutes	Generally less expensive
Feel more natural	Minimal tooth preparation
Superior stability with chewing hard foods	Longer edentulous spans can be restored
Minimal soft tissue coverage	Replacement of missing alveolar ridge tissues is possible
Not easily removed	Can be removed for cleaning and adjustments or repairs
Disadvantages:	Disadvantages:
More expensive	Clasps may be unattractive
More suitable for short spans	Designs may be bulky, complicated and plaque-retentive
Extensive tooth preparation is usual	May cause gagging
Abutments must be in good alignment and functionally adequate	Retention and stability may be problematic

Όσον αφορά την ακίνητη προσθετική, οι αποφάσεις τις οποίες καλείται να λάβει ο κλινικός είναι σε ποια δόντια θα επεκταθεί ως στηρίγματα, ποιος θα είναι ο σχεδιασμός της αποκατάστασης, τι τύπος παρασκευής θα επιλεγεί, με ποιο τρόπο θα εξασφαλιστεί μια λεπτομερής αποτύπωση, τι υλικά θα χρησιμοποιηθούν, πως η εργασία θα συγκολληθεί και πως θα εξασφαλιστεί η μακροχρόνια συντήρησή της.

Στην όλη διαδικασία, σημαντικό ρόλο θα παίξει η εκ των προτέρων χρήση μεταβατικών αποκαταστάσεων, οι οποίες επιτελούν τις εξής λειτουργίες:

- Ο έλεγχος του συγκλεισιακού σχήματος και της λειτουργίας
- Ο έλεγχος της αισθητικής – επικοινωνία με τον ασθενή
- Η δυνατότητα για επισκεψιμότητα
- Επούλωση και διαμόρφωση των περιοδοντικών ιστών
- Προστασία υποκείμενων ιστών
- Αποφυγή τερηδονισμού των δοντιών – στηριγμάτων
- Αποφυγή ευαισθησίας
- Αποφυγή μετακινήσεων
- Επικοινωνία με το εργαστήριο
- Δυνατότητα να ελεγχθεί το τελικό αποτέλεσμα, όπως αυτό θα παραδοθεί στον ασθενή, μέσω της μεταφοράς τους στο εργαστήριο



Σχετικά με την κινητή προσθετική, στοιχεία που τυχόν δημιουργήσουν πρόβλημα τόσο στην κατασκευή όσο και στη στήριξη, συγκράτηση και ευστάθεια της οδοντοστοιχίας, και πρέπει να έχουν προβλεφθεί, είναι:

- Η μειωμένη ροή σιέλου
- Εξοστώσεις
- Υποσκαφές
- Περιοχές ευαίσθητες στην πίεση
- Μεγάλη απορρόφηση
- Ελαστικός – «flabby» βλεννογόνος
- Μυϊκή πρόσφυση κοντά στην κορυφή της γωδής ακρολοφίας
- Έλλειψη νευρομυϊκού συντονισμού



Σημαντικά ευκολότερη είναι η διαδικασία αντικατάστασης παλαιότερων οδοντοστοιχιών λόγω εξοικείωσης του ασθενή με τη λειτουργία τους, ενώ σε περίπτωση που αυτές κατασκευάζονται για πρώτη φορά, η πιστή τήρηση των κανόνων κινητής προσθετικής θα προσδώσει επιτυχία στην κατασκευή μέχρι ο ασθενής να αναπτύξει νευρομυϊκό συντονισμό. Σημαντική είναι η εκ των προτέρων ενημέρωσή του για τις ιδιαιτερότητες μια τέτοιας κατασκευής και η ψυχολογική υποστήριξη.

Φυσικά, και στους δύο τύπους προσθετικής, δίνονται σαφείς οδηγίες στον ασθενή προκειμένου να ασκεί καθημερινή και αποτελεσματική στοματική υγιεινή, εξασφαλίζοντας τη μακροχρόνια επιβίωση των εργασιών του.

➤ Φάση διατήρησης του θεραπευτικού αποτελέσματος

Κάθε ασθενής ο οποίος ολοκληρώνει την ενεργό θεραπεία θα πρέπει να εντάσσεται σε ένα πρόγραμμα επανελέγχων. Παρά τα άλματα που έχει κάνει η Οδοντιατρική τις τελευταίες δεκαετίες, καμία εργασία δεν εγγυάται συμβόλαιο ζωής, πόσο μάλλον όταν δε δίνεται η απαιτούμενη προσοχή στη συντήρησή της.

Ανάλογα με τη βαρύτητα των προβλημάτων του, για τον κάθε ασθενή ορίζεται ένα εύλογο χρονικό διάστημα, κατά το οποίο θα πρέπει να επανέρχεται στο οδοντιατρείο, προκειμένου να επικυρωθεί η σωστή λειτουργία του μασητικού συστήματος και η απουσία ενεργού νόσου. Βασικός στόχος της φάσης αυτής είναι η μακροχρόνια διατήρηση της υγείας του στοματογναθικού συστήματος.

Ασθενείς οι οποίοι θα πρέπει να καλούνται συχνότερα για επανεξετάσεις, είναι:

- Παιδιά και έφηβοι
- Άτομα των οποίων η γενική υγεία τα τοποθετεί σε ομάδα αυξημένου κινδύνου
- Άτομα των οποίων οι συνήθειες τα τοποθετούν σε ομάδα αυξημένου κινδύνου
- Άτομα με φυσικές ή νοητικές αναπηρίες
- Άτομα με κακή στοματική υγιεινή και στοματικές νόσους
- Άτομα με εκτενείς ακίνητες προσθετικές εργασίες, αφαιρούμενες αποκαταστάσεις, ορθοδοντικούς μηχανισμούς και εμφυτεύματα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:



- ✓ Η διαδικασία κατάρτισης ενός επιτυχούς σχεδίου θεραπείας είναι μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί γνώση, επικοινωνία, κλινικές δεξιότητες και κοινή λογική
- ✓ Απαραίτητα προαπαιτούμενα είναι η ορθή διάγνωση και ο καθορισμός της γενικής και ειδικής πρόγνωσης
- ✓ Τελική διάγνωση επέρχεται μόνο όταν έχει ληφθεί ένα πλήρες ιστορικό, έχει πραγματοποιηθεί η κλινική εξέταση, έχουν γίνει οι διάφορες ακτινογραφικές και παρακλινικές εξετάσεις και όλα τα προσφερόμενα στοιχεία έχουν συσχετισθεί μεταξύ τους
- ✓ Κατά τη διάρκεια εκπόνησης του σχεδίου θεραπείας οι φάσεις θα πρέπει να διαδέχονται ομαλά και με επιστημονικά τεκμηριωμένη λογική η μία την άλλη
- ✓ Το σχέδιο θεραπείας είναι μια κατάσταση δυναμική, δηλαδή δεδομένα που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια εκπόνησης του, δύνανται να αλλάξουν από λίγο έως πολύ τον αρχικό μας σχεδιασμό
- ✓ Σημαντικό είναι το σχέδιό μας να εξασφαλίζει μακροχρόνια διατήρηση του αποτελέσματος και ο ασθενής να εντάσσεται σε πρόγραμμα επανεξετάσεων
- ✓ Οι όποιες αποφάσεις, λαμβάνονται σε συνεργασία με τον ασθενή, ο οποίος αντιμετωπίζεται ολιστικά ως οντότητα με ανάγκες. Κανένα σχέδιο θεραπείας, όσο άρτια και αν εκπονηθεί, δε λογίζεται επιτυχημένο εάν δεν έχει ικανοποιήσει τις ανάγκες εκείνου που το δέχεται

Βιβλιογραφία:

1. Ανδριτσάκης Δ. : Διάγνωση- Πρόγνωση- Σχέδιο Θεραπείας Κεφ. 2, στο σύγγραμμα «Ακίνητη Επανορθωτική Οδοντιατρική» Δ.Π. Ανδριτσάκης Εκδόσεις Ζαχαρόπουλος, Ανατύπωση Αθήνα 2011, σελ. 37-53
2. Κακάμπουρα Α., Βουγιουκλάκης Γ. : Διάγνωση οδοντικών βλαβών – Προσδιορισμός τερηδονικού κινδύνου – Σχέδιο Θεραπείας κεφ. 1, στο σύγγραμμα «Συντηρητικές αποκαταστάσεις» Α.Κακάμπουρα Γ. Βουγιουκλάκης , Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2010, σελ. 9-51
3. Ι.Α. Βρότσος, Ζ.Σ. Μαντζαβίνος: Κλινική εξέταση του περιοδοντικού ασθενούς Κεφ. 9 & Πρόγνωση Κεφ. 13, στο σύγγραμμα «Κλινική Περιοδοντολογία» Ι.Α.Βρότσος, Ζ.Σ. Μαντζαβίνος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2014, σελ.193-208 & σελ. 239-244
4. Χ.Παξιμαδά, Χ.Ραχιώτης: Βλάβες των Σκληρών Οδοντικών Ιστών Κεφ. 2, στο σύγγραμμα «Βασικές Αρχές Οδοντικής Χειρουργικής» Α.Κακάμπουρα, Γ. Βουγιουκλάκης, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, σελ. 27-55
5. Εργαστήριο Ενδοδοντίας: Παθοφυσιολογία του Πολφού και των Περιακρορριζικών Ιστών, Κεφ. 3.3 , από το σύγγραμμα «Σημειώσεις για την ενδοδοντία 1», Αθήνα 2006
6. Α.Κολοκοτρώνης, Ν.Παπαδεογωργάκης: Βασικές Αιματολογικές Εξετάσεις Κεφ. Α'- Ι & Ασθενείς με νόσους του αιμοποιητικού και λεμφικού συστήματος, στο σύγγραμμα «Οδοντιατρικές πράξεις σε ειδικούς ασθενείς», Εκδόσεις Φυλάτος, Θεσσαλονίκη 2015, σελ. 17-22 & σελ. 37-89
7. Αγγελόπουλος, Σπυρόπουλος, Τσιχλάκης: Οπισθοφατνιακή (Περιακρορριζική) Ακτινογραφία – Οπισθομυλική (μετά Πτερυγίου) Ακτινογραφία, Κεφ 13 & Ακτινογραφία Δήξεως, Κεφ 14 & Πανοραμική Ακτινογραφία, Κεφ. 15 & Κεφαλομετρική Ακτινογραφία και Εξωστοματικές Προβολές, Κεφ. 16 & Σύγχρονες Απεικονιστικές Τεχνικές, Κεφ. 19, στο σύγγραμμα: «Σύγχρονη Στοματική και Γναθοπροσωπική Διαγνωστική και Ακτινολογία», Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα ανατύπωση 2006, σελ. 201-243, 245-266, 267-298, 301-317, 351-368
8. L.Li, D. Morse, R.Katz : What constitutes a proper routine oral cancer examination for patients at low risk? Findings from a Delphi survey, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2013, Vol. 116 No. 5
9. P.Lockhart, C.Hong, D.van Diermen: The influence of systematic diseases on the diagnosis of oral diseases: A problem-based Approach, Dent Clin N Am, 2011, 55 15–28

12. P.Newsome, R.Smales, K.Yip: Oral diagnosis and treatment planning: part 1. Introduction, British Dental Journal 2012, 213: 15-19
13. K.Yip, R.Smales: Oral diagnosis and treatment planning: part 2. Dental Caries and assessment of risk, British Dental Journal 2012, 213: 59-66
14. E.F.Corbet: Oral diagnosis and treatment planning: part 3. Periodontal disease and assessment of risk, British Dental Journal 2012, 213: 111-121
15. J.A.Kaidonis: Oral diagnosis and treatment planning: part 4. Non-cariou tooth surface loss and assessment of risk, British Dental Journal, 2012, 213: 155-161
16. K.Yip, R.Smales: Oral diagnosis and treatment planning: part 5. Preventive and treatment planning for dental caries, British Dental Journal 2012 213: 211-220
17. E.Cobert, R.Smales: Oral diagnosis and treatment planning: part 6. Preventive and treatment planning for periodontal disease, British Dental Journal 2012, 213: 277-284
18. F. McCord, R.Smales: Oral diagnosis and treatment planning: part 7. Treatment planning for missing teeth, 2012, British Dental Journal 2013, 213: 341-351
19. R.Smales, K.Yip: Oral diagnosis and treatment planning: part 8. Reviews and maintenance of restorations, British Dental Journal 2013, 213: 341-351
20. R.Carrottee: Endodontics: Part 2. Diagnosis and Treatment Planning, British Dental Journal 2004, 197:231–238
21. M.Song, J. O Donnell, T.Bekhuis, H.Spallek: Are dentists interested in the oral-systemic disease connection? A qualitative study of an online community of 450 practitioners, BMC Oral Health 2013, 13:65
22. I.Lamster: Contemporary concepts in the diagnosis of oral and dental disease, Dent Clin N Am 55, 2011