

Η ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ηρακλής Καρκαζής

Αναπληρωτής Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Η προσθετική στην τρίτη ηλικία αποτελεί κατ' ουσίαν επιλογή, προέκταση η και τροποποίηση των μεθόδων εκείνων που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς μικρότερης ηλικίας. Η επιλογή του θεραπευτικού σχήματος θα πρέπει να αποσκοπεί στην άμεση επίλυση του προβλήματος του ηλικιωμένου, χωρίς υπερβολές αλλά και με τη δυνατότητα τροποποίησης όταν παραστεί ανάγκη. Στο κεφάλαιο αυτό δεν θα αναπτυχθούν γνωστές τεχνικές που άλλωστε αποτελούν το περιεχόμενο άλλων διδακτικών βοηθημάτων στα οποία παραπέμπουμε, αλλά θα δοθούν ορισμένες βασικές κατευθύνσεις που διέπουν την προσθετική αποκατάσταση στην τρίτη και τέταρτη ηλικία.

ΓΙΑΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΗΣΟΥΜΕ;

Λαμβάνοντας υπ όψιν το καταγεγραμμένο από επιδημιολογικές μελέτες πρόβλημα της ολικής η μερικής νωδότητας στην τρίτη και τέταρτη ηλικία, η προσθετική αποκατάσταση είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της μάσησης, της αισθητικής και της άνεσης. Η απρόσκοπτη μασητική λειτουργία διευρύνει το διαιτολόγιο των ηλικιωμένων και ως εκ τούτου συνδέεται άμεσα με την καλή τους υγεία. Οι προτεραιότητες ωστόσο δεν είναι ταυτόσημες σε όλους τους ασθενείς, αλλά εξαρτώνται κυρίως από την γενική κατάσταση της ψυχικής και σωματικής τους υγείας, την προσωπικότητά τους και την εν γένει εμπλοκή τους σε κοινωνικές δράσεις. Το φάσμα της προσθετικής παρέμβασης είναι ευρύ και εκτείνεται από την πλήρη αποκατάσταση μέχρι ενδεχομένως και τη μη παροχή θεραπείας, σε ακραίες περιπτώσεις ασθενών με καταληκτικά νοσήματα, η βαριές διαταραχές της ψυχικής σφαίρας.

ΣΕ ΤΙ ΔΙΑΦΕΡΕΙ Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΑ ΣΧΕΔΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ;

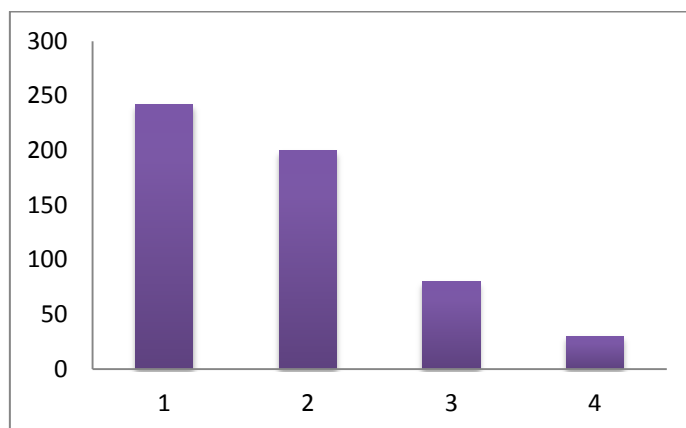
Κατά την κατάρτιση των σχεδίων θεραπείας στους ηλικιωμένους εμπλέκονται παράμετροι που διαφοροποιούν πλήρως τον τρόπο σκέψης. Η πρώτη ομάδα παραγόντων αφορά την εκτίμηση της κατάστασης υγείας, των συνθηκών διαβίωσης και δυνατοτήτων του ασθενή στον παρόντα χρόνο (τρέχουσα αξιολόγηση), ενώ η δεύτερη απαιτεί την προσπάθεια πρόβλεψης του τι ενδέχεται να συμβεί στο άμεσο μέλλον με βάση τα στοιχεία που έχουμε (Πίνακας. 1).

ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
• Συστηματική νόσος • Ικανότητα αυτοφροντίδας • Κινητικότητα • Δίκτυο υποστήριξης	• Προσδόκιμο επιβίωσης • Πρόβλεψη επιβάρυνσης

Πίνακας 1

Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΧΕΔΙΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ;

Με βάση την παραπάνω προσέγγιση, το σχέδιο θεραπείας που θα επιλεγεί θα πρέπει να είναι απλό πρακτικό και ευέλικτο στηριγμένο κυρίως στις ρεαλιστικές *εκφρασμένες ανάγκες* του ασθενή (*felt needs*) και όχι στην *αντικειμενική εκτίμηση* του επεμβαίνοντος (*normative needs*). Αυτό είναι πολύ σημαντικό δεδομένου ότι οι μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ των δύο αυτών τύπων αναγκών, εμπεριέχουν τον κίνδυνο της παροχής άσκοπης και εν τέλει αποτυχημένης προσθετικής παρέμβασης. Το πρόβλημα είναι διαχρονικό και αποδίδεται σε ποικίλους παράγοντες όπως ο συμβιβασμός, η άγνοια και η εγκατάλειψη λόγω ηλικίας (*dental fatalism*), η οικονομική δυσπραγία, ο φόβος και η περιορισμένη κινητικότητα των ηλικιωμένων ατόμων (Εικ. 1).



Εικ.1. Εκτίμηση των αναγκών σε ηλικιωμένους τροφίμους του Γηροκομείου Αθηνών. Από τους 242 τροφίμους που εξετάστηκαν (στήλη 1) το 85% παρουσίαζε κλινικές ενδείξεις για κάποιου είδους θεραπεία (στήλη 2), ενώ μόνο το 34% είχε συνείδηση του προβλήματος (στήλη 3). Ακόμα μικρότερο (13.1%) ήταν το ποσοστό εκείνων που με κάποιο τρόπο είχαν αναζητήσει θεραπεία (στήλη 4) (Karkazis H, Kossioni A. 1993)

Τέλος είναι αυτονόητο ότι ο εντοπισμός των πραγματικών αναγκών στηρίζεται στο τι θα εκφράσει ο ίδιος ο ασθενής. Συνεπώς είναι κορυφαίας σημασίας η δυνατότητα ανεμπόδιστης λεκτικής, διατύπωσης του προβλήματος, σε περιβάλλον μη διαταραγμένης γνωστικής λειτουργικότητας (άνοιες κλπ).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ. ΣΕ ΤΙ ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ;

Με βάση τις παραπάνω κατευθυντήριες γραμμές, για την αποκατάσταση στην τρίτη και τέταρτη ηλικία θα επιστρατευτούν οι ήδη γνωστές τεχνικές με τις αναγκαίες ωστόσο τροποποιήσεις, ώστε να ικανοποιούν τις συγκεκριμένες ανάγκες του κάθε ασθενή. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι τεχνικές αποκατάστασης που αφορούν πρώτα τους νωδούς ασθενείς και στη συνέχεια εκείνους που διαθέτουν περιορισμένο ή μεγαλύτερο αριθμό δοντιών στη στοματική τους κοιλότητα.

Α. Νωδοί ασθενείς με παλιές οδοντοστοιχίες. Πότε τις αντικαθιστούμε ;

Ένα ιδιαίτερα πιεστικό ερώτημα προκύπτει όταν ο ασθενής προσέρχεται με παλιές οδοντοστοιχίες και ένα σταθερό αίτημα (από τον ίδιο ή τον φροντιστή του) για αλλαγή τους. Παλιές και εμφανώς φθαρμένες οδοντοστοιχίες ενδεχομένως να εξυπηρετούν τους ασθενείς και να μην χρειάζονται αντικατάσταση, αν δεν το ζητήσουν οι ίδιοι (Εικ.2)



Εικ.2 Ακραίο παράδειγμα διάστασης ανάμεσα στην υποκειμενική ανάγκη του ασθενή και την αντικειμενική εκτίμηση του οδοντιάτρου. Παλιά, εξαιρετικά φθαρμένα και ελλιπώς φροντισμένα οδοντοστοιχία από υπερήλικα ασθενή που διαβίει σε ίδρυμα. Παρά τα οφθαλμοφανή προβλήματα που παρουσιάζει, η οδοντοστοιχία λειτουργεί ικανοποιητικά και η ασθενής δεν επιδιώκει την αντικατάστασή της.

Αντικατάσταση παλιών ολικών οδοντοστοιχιών γίνεται μόνον όταν υπάρχει δικαιολογημένο αίτημα από την πλευρά του ασθενή αλλά και η δική μας βεβαιότητα, μετά από αξιολόγηση, για βελτιωμένο αποτέλεσμα.

Αξιολόγηση των παλιών οδοντοστοιχιών

Οι υπάρχουσες οδοντοστοιχίες εξετάζονται πρώτα εξωστοματικά για φθορές, αποτριβές δοντιών, καθαριότητα, υλικό κατασκευής κλπ και στη συνέχεια

ενδοστοματικά όσον αφορά την έκταση των πτερυγίων τους, την ύπαρξη τραυμάτων ή υπερπλασιών, την ορθή υπερώια επέκταση και απόφραξη, τη συγκράτηση, την ευστάθεια, την αισθητική και την παρουσία ή μη ικανοποιητικού νευρομυϊκού ελέγχου. Σημαντική επίσης είναι και η διαγνωστική αξία των παλιών οδοντοστοιχιών, καθώς μπορούν να αποκαλύψουν αν ο ασθενής τις χρησιμοποιούσε ή όχι (ύπαρξη αποτριβών στα ακρυλικά δόντια), τον εντοπισμό της επικρατούσας πλευράς μάσησης, καθώς και τη σχέση ορισμένων κατασκευαστικών χαρακτηριστικών με τον εγκατεστημένο νευρομυϊκό έλεγχο (διαμόρφωση λείων επιφανειών, θέση οδοντικών τόξων, κατακόρυφες και οριζόντιες σχέσεις κλπ) Εικ.3



Εικ.3 . Διαγνωστική αξία παλιάς οδοντοστοιχίας σε υπερήλικα ασθενή. Οι τρυγιακές εναποθέσεις από την μία μόνο πλευρά υποδηλώνουν εκτός από την φτωχή υγιεινή και την μονόπλευρη μάσηση. Η ύπαρξη “καρδιάς ή βεντούζας» ενδεχομένως να αντισταθμίζει το ελλιπές πάχος των πτερυγίων αλλά επιβάλλει τον ενδοστοματικό έλεγχο της υπερώας για πιθανή ύπαρξη υπερπλασιών (δεξιά).

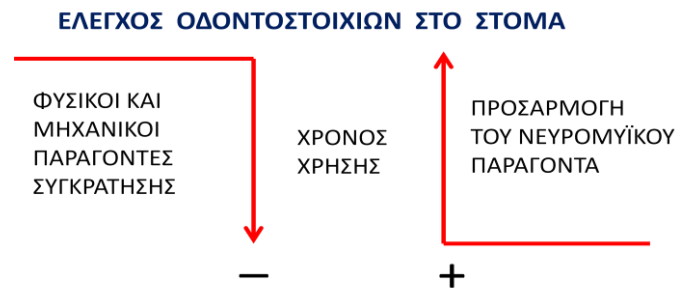
Αντικατάσταση των παλιών λειτουργικών οδοντοστοιχιών. Ομοιότυπες οδοντοστοιχίες και προσαρμογή.

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι ασθενείς που χρησιμοποιούν για χρόνια οδοντοστοιχίες με επιτυχία, αλλά η εκτεταμένη φθορά καθώς και η απορρόφηση της φατνιακής ακρολοφίας επιβάλλουν την αντικατάστασή τους. Στις περιπτώσεις αυτές είναι σημαντικό να διακρίνουμε ποιες κατασκευαστικές παράμετροι από τις παλιές οδοντοστοιχίες θα διατηρηθούν και ποιες όχι. Ενδεικτική για την περίπτωση είναι η κατασκευή ομοιότυπων οδοντοστοιχιών Εικ. 4.



Εικ. 4. Ομοιότυπες οδοντοστοιχίες. Αριστερά το παλιό και δεξιά το καινούργιο ζεύγος.

Πρόκειται για τεχνική κατά την οποία τα βασικά χαρακτηριστικά μιας παλιάς οδοντοστοιχίας μεταφέρονται σε μια καινούργια, εξασφαλίζοντας έτσι ελάχιστο χρόνο προσαρμογής, διατήρηση της παλιάς οδοντοστοιχίας, μείωση του χρόνου κατασκευής ενώ παρέχεται η δυνατότητα εφαρμογής της τεχνικής στο σπίτι ή στο νοσοκομείο.



Εικ. 5. Τρόπος ελέγχου των οδοντοστοιχιών

Πρέπει να τονιστεί ότι η προσαρμογή, η πιο σωστά η προσαρμογή του νευρομυϊκού παράγοντα, είναι μια χρονοεξαρτώμενη διαδικασία που υποκρύπτει έναν πολυσύνθετο νευρομυϊκό μηχανισμό. Στην πράξη η προσαρμογή του νευρομυϊκού παράγοντα εκδηλώνεται με συγκεκριμένη δράση των μυών της παρειάς, της γλώσσας και των χειλέων που τείνουν να καθηλώσουν την οδοντοστοιχία κατά τη λειτουργία του ΣΓΣ. Συνεπώς ενώ οι φυσικοί και μηχανικοί παράγοντες χάνουν σταδιακά τον κυρίαρχο ρόλο τους (βεντουζάρισμα κλπ), ο ασθενής ασυνείδητα στηρίζεται όλο και περισσότερο στην ανάπτυξη της επιδεξιότητας των μυών της γλώσσας, των παρειών και των χειλίων του (Εικ 5).

Αντικατάσταση των παλιών μη λειτουργικών οδοντοστοιχιών.

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι ασθενείς με επίμονα και συνεχή προβλήματα που συνήθως προέρχονται από κατασκευαστικές ατέλειες ή/και μειωμένη προσαρμοστική ικανότητα.

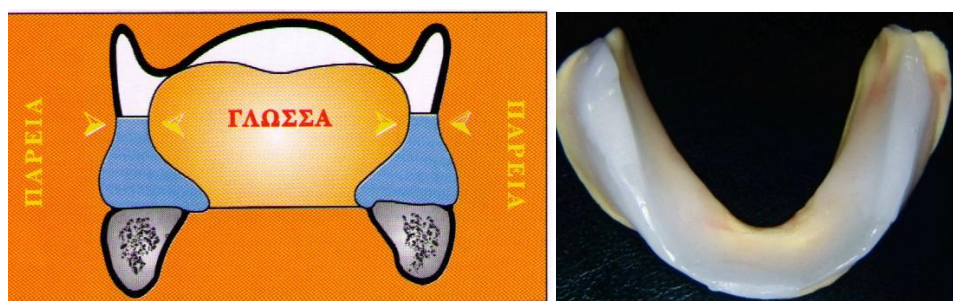


Εικ. 6. Οι παλιές οδοντοστοιχίες εφ' όσον πληρούν κάποιες προϋποθέσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε ως δισκάρια για στατική αποτύπωση με ελαστικομερές υλικό και τεχνική κλειστού στόματος (αριστερά), είτε για λήψη λειτουργικού αποτυπώματος με υλικό αποκατάστασης των ιστών (δεξιά).

Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιούνται οι κλασικοί κανόνες αποφεύγοντας τα πιθανά κατασκευαστικά λάθη της παλιάς οδοντοστοιχίας, ενώ παράλληλα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ειδικές τεχνικές στατικής ή λειτουργικής αποτύπωσης, καθώς και η καταγραφή της ουδέτερης ζώνης προκειμένου για την οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου.

Β. Νωδοί ασθενείς που κατασκευάζουν για πρώτη φορά οδοντοστοιχίες. Η ουδέτερη ζώνη.

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι ασθενείς που μεταπίπτουν στο στάδιο της νωδότητας μετά την εξαγωγή και των τελευταίων δοντιών τους. Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιούνται οι κλασικοί κανόνες κατασκευής ενώ παράλληλα μπορούν να αξιοποιηθούν και ειδικές τεχνικές όπως οι *άμεσες οδοντοστοιχίες*, καθώς και η καταγραφή της *ουδέτερης ζώνης* προκειμένου για την οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου (Εικ 7). Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι η μέθοδος αυτή σε περιπτώσεις μεγάλης απορρόφησης της φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου, όπου οι παραδοσιακές τεχνικές έχουν φτωχά αποτελέσματα.



Εικ. 7. Καταγραφή της ουδέτερης ζώνης με υλικό αποκατάστασης των ιστών. Με την τεχνική αυτή επιδιώκεται η αξιοποίηση των καθηλωτικών μυϊκών δυνάμεων που ασκούνται από τα χείλη, τις παρειές και τη γλώσσα.

Γ. Βλαβες του βλεννογόνου σχετιζόμενες με τη χρήση ολικών οδοντοστοιχιών.

Η εκτεταμένη χρήση κινητών προσθέσεων, ενδέχεται να οδηγήσει σε μια ποικιλία βλαβών, των οποίων η διάγνωση και αντιμετώπιση συνιστά καθημερινό πρόβλημα, ιδιαίτερα για όσους ασχολούνται με την κατηγορία των ηλικιωμένων ασθενών. Η πλειοψηφία των βλαβών εντοπίζεται στον βλεννογόνο του στόματος, χωρίς βεβαίως να εξαιρείται το οστόν της φατνιακής ακρολοφίας, που και αυτό υποβάλλεται σε μια σιωπηλή και χρόνια μηχανική επιβάρυνση από τις υπερκείμενες κινητές εργασίες, με κύρια επίπτωση την απορρόφηση.



Εικ. 8. Ινώδης υπερπλαστική πτύχωση στην ουλοχειλική αύλακα της άνω γνάθου από υπερεκτατικό πτερύγιο οδοντοστοιχίας.

Οι συχνότερα εντοπιζόμενες στο βλεννογόνο βλάβες είναι το τραυματικό έλκος, η στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες (και σπανιότερα η υπερπλασία της υπερώας από αρνητική πίεση Εικ. 3) και η πτυχωτή ινώδης υπερπλασία. Το τραυματικό έλκος και η στοματίτιδα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα, ενώ οι υπερπλασίες στις ουλοπαρειάκες αύλακες εξαιρούνται χειρουργικά μόνο εφόσον το μέγεθός τους και ο συνεχής τραυματισμός τους παρεμποδίζει την ομαλή έδραση και λειτουργία της οδοντοστοιχίας (Εικ 8).

Δ. Ενόδοντες ασθενείς με σποραδική παρουσία δοντιών. Ποια δόντια κρατάμε ;

Στις περιπτώσεις αυτές εξετάζεται η δυνατότητα αξιοποίησής των εναπομεινάντων δοντιών ως στηριγμάτων μερικής ή επένθετης οδοντοστοιχίας (Εικ. 9,10). Τα ρεαλιστικά κριτήρια της επιλογής των δοντιών που μπορούν να αξιοποιηθούν παρουσιάζονται στον πίνακα 2. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η σχεδίαση ευέλικτων προσθετικών αποκαταστάσεων που θα μπορούν εύκολα και με μικρό κόστος να τροποποιηθούν, εφόσον παραστεί ανάγκη (μεταβατικότητα).

ΡΕΑΛΙΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΟΝΤΙΩΝ ΜΕΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΕΝΘΕΤΕΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΙΧΙΕΣ
Αριθμός και τοπογραφία δοντιών
Σχετική ικανότητα στήριξης
Σχετική βιωσιμότητα (πρόγνωση)
Μεταβατικότητα προσθετικής κατασκευής

Πίνακας 2

Σε γενικές γραμμές από τα εναπομεινάντα δόντια επιλέγονται σαν στηρίγματα μερικών ή επενθέτων οδοντοστοιχιών κυρίως *κυνόδοντες* ή *προγόμφιοι*, με κατά το δυνατόν συμμετρική κατανομή στα δύο ημιμόρια. Μεμονωμένοι και ενδεχομένως

βιώσιμοι γομφίοι κυρίως στην άνω γνάθο κρίνονται ασύμφοροι και θα πρέπει να εξαιρούνται. Η μικρή κινητικότητα δεν αποτελεί πρόβλημα ιδιαίτερα στις επένθετες οδοντοστοιχίες, όπου η βελτίωση της αναλογίας μύλης ρίζας και η παράλληλη προς τον επιμήκη άξονα φόρτιση, αυξάνει τις προοπτικές επιβίωσης των δοντιών αυτών. Η πρόγνωση των δοντιών στηριγμάτων μπορεί να βελτιωθεί με συντηρητική περιοδοντική θεραπεία, χωρίς ωστόσο να επιστρατεύονται χειρουργικές τεχνικές. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις είναι επίσης θεμιτή η κάλυψη τους με στεφάνες για την διαμόρφωση εσοχών και υποδοχών για τα άγκιστρα της μερικής οδοντοστοιχίας.



Εικ. 9. Μερική οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου με δύο στηρίγματα και άγκιστρα τύπου Roach. Η μερική οδοντοστοιχία έχει κατασκευαστεί με τις αρχές μιας ολικής οδοντοστοιχίας στην οποία μπορεί εύκολα και ανέξοδα να μεταπέσει, μετά την απώλεια των δύο δοντιών.



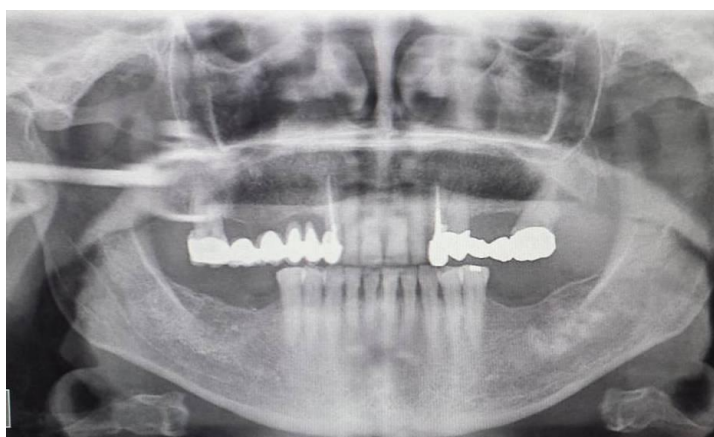
Εικ. 10. Προετοιμασία των κυνοδόντων για υποδοχή επένθετης οδοντοστοιχίας. Στην απλή αυτή σχεδίαση δεν χρησιμοποιούνται σύνδεσμοι ακριβείας, παρά μόνο θολωτή διαμόρφωση της μύλης και έμφραξη με αμάλγαμα. Οι παραμένουσες κάτω από την οδοντοστοιχία ρίζες προσφέρουν στήριξη, ιδιοδεκτικότητα, και αναχαίτιση της οστικής απορρόφησης στις γειτονικές περιοχές, ενώ η απώλειά τους δεν συνεπάγεται ανάγκη αντικατάστασης της οδοντοστοιχίας

Τέλος παλιές ενδοδοντικές θεραπείες ακόμα και ακτινογραφικά ατελείς δεν επαναλαμβάνονται εφόσον στερούνται κλινικών προβλημάτων, λαμβάνοντας υπ

όψιν την αναλογία κόστους οφέλους για τον ασθενή, αλλά και τον μεταβατικό και τροποποιήσιμο χαρακτήρα των προσθετικών αποκαταστάσεων.

Ε. Ενόδοντες ασθενείς με παρουσία περισσότερων δοντιών. Το περιορισμένο οδοντικό τόξο.

Η παρουσία μεγαλύτερου αριθμού δοντιών στο στόμα των ηλικιωμένων ασθενών δημιουργεί προβληματισμό σε σχέση με το είδος της προσθετικής αποκατάστασης που θα επιλεγεί. Στις περιπτώσεις αυτές εξετάζεται η δυνατότητα αποκατάστασης με βάση τη θεωρία του περιορισμένου οδοντικού τόξου.



Εικ. 11. Παθητική εφαρμογή του πρωτοκόλλου του περιορισμένου οδοντικού τόξου. Στο ενδεικτικό αυτό περιστατικό η προσπάθεια επικεντρώνεται στη διατήρηση των υπαρχόντων δοντιών και προσθετικών εργασιών. Η κατασκευή μιας μερικής οδοντοστοιχίας ελευθέρων άκρων στην κάτω γνάθο κρίνεται περιττή.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή 20 συγκλείοντα δόντια (τουλάχιστον τέσσερα ζεύγη οπισθίων) επαρκούν για την ομαλή λειτουργία της μάσησης. Η προσπάθεια συμπλήρωσης των ελλειπόντων οδοντικών μονάδων για την επίτευξη αυτής της αναλογίας (ενεργητική εφαρμογή), η εναλλακτικά η προσπάθεια επιλογής και διατήρησης από πολλά υπάρχοντα δόντια εκείνων με την καλύτερη πρόγνωση (παθητική εφαρμογή) δίνει καλά αποτελέσματα. Στα πλαίσια αυτά μερικές οδοντοστοιχίες ελευθέρων άκρων που αντικαθιστούν μόνο τους γομφίους, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με περίσκεψη (Εικ. 11).

ΣΤ. Τα εμφυτεύματα στην τρίτη και τέταρτη ηλικία.

Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα αποτελούν μια εν δυνάμει χρήσιμη θεραπεία για άτομα τρίτης ή τέταρτης ηλικίας εφ' όσον δεν συντρέχει κάποιος από τους παρακάτω λόγους (Πίνακας 3). Στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων η εφαρμογή τους περιορίζεται στις επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες της κάτω γνάθου, με δύο ασύνδετα εμφυτεύματα (Εικ 12). Πρόκειται για την πλέον συντηρητική, λιγότερο επεμβατική και με το μικρότερο αναλογικά κόστος προσέγγιση, που πληροί τις προϋποθέσεις αποκατάστασης που

περιγράφηκαν πιο πάνω. Στο πνεύμα αυτό είναι αυτονόητο ότι τα πρωτόκολλα άμεσης φόρτισης, παρά την τεκμηρίωσή τους, θα πρέπει να αποφεύγονται.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ Η ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
• Δυνατότητα αντιμετώπισης του προβλήματος με συμβατική προσθετική • Γενικές παθολογικές καταστάσεις που απαγορεύουν την επέμβαση • Φαρμακευτική αγωγή που απαγορεύει την επέμβαση και εμπλέκεται στην οστεοενσωμάτωση • Πρόσφατη ακτινοβολήση των γνάθων • Μεγάλη οστική ατροφία που επιβάλλει αναπλαστικές τεχνικές • Κινητικά ή διανοητικά προβλήματα σε συνδυασμό με έλλειψη φροντιστών • Αρνητική στάση του ασθενή

Πίνακας 3



Εικ. 12. Επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία της κάτω γνάθου σε δύο εμφυτεύματα με συνδέσμους τύπου locator. Τα εμφυτεύματα έχουν τοποθετηθεί στις θέσεις των κυνοδόντων και συμμετρικά ως προς τη μέση γραμμή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η προσθετική στην τρίτη ηλικία αποτελεί επιλογή, προέκταση η και τροποποίηση των μεθόδων εκείνων που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς μικρότερης ηλικίας
2. Η αξιολόγηση της τρέχουσας κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων ασθενών μας αλλά και η ανάγκη πρόβλεψης μιας πιθανής επιβάρυνσης στο άμεσο μέλλον, οφείλουν να βρίσκονται στον πυρήνα του προβληματισμού μας κατά την κατάρτιση των σχεδίων θεραπείας.
3. Συνεπώς τα σχέδια θεραπείας θα πρέπει να είναι απλά, πρακτικά και ευέλικτα και να στηρίζονται στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών μας.

4. Τα οστεοενσωματούμενα εμφυτεύματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και στους ηλικιωμένους, υπό αυστηρές όμως προϋποθέσεις και με απλές σχεδιαστικές προσεγγίσεις (επένθετες οδοντοστοιχίες).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΜΕΛΕΤΗ

Käyser AF. Shortened dental arches and oral function. *J Oral Rehabil.* 1981 Sep;8(5):457-62

Karkazis H, Kossioni A. Oral health status treatments needs and demands of an elderly institutionalized population in Athens. *Eur J Prosthodontics Rest Dent* 1993, 4: 157-163.

Καρκαζής Η. Ολικές οδοντοστοιχίες. Εναλλακτικές τεχνικές. Μπονισέλ Αθήνα 2000

Καρκαζής Η. Βιβλία και συγγράμματα <http://users.uoa.gr/~hkarkaz/vivlia-syggrammata.html>

Καρκαζής Η. Κλινικά άρθρα. http://users.uoa.gr/~hkarkaz/klinika_arthra.html