

Κλινική μελέτη της συχνότητας εμφάνισης και εντόπισης των εξηλώσεων κατά τα αρχικά στάδια προσαρμογής των Ολικών Οδοντοστοιχιών

Σ. Ν. ΚΑΜΑΛΑΚΙΔΗΣ¹, Β. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ², Α. ΠΙΣΙΩΤΗΣ³

Εργαστήριο Προσθετικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Οδοντιατρικής Α.Π.Θ.

Frequency and location of traumatic ulcerations during the initial adaption period of conventional complete dentures.

S. N. KAMALAKIDIS¹, V. ANASTASSIADOU², A. PISSIOTIS³

Department of Prosthodontics, Faculty of Health Sciences, School of Dentistry Aristotle University

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας συγχρονικής κλινικής μελέτης ήταν η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης και εντόπισης των εξηλώσεων που προέρχονται από τη χρήση συμβατικών ολικών οδοντοστοιχιών (Ο.Ο.) κατά τα αρχικά στάδια προσαρμογής των ασθενών σε αυτές με κωδικοποίησή τους σε δώδεκα ζώνες.

Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα αποτελούμενο από τριάντα (30) ολικά νωδούς ασθενείς (15 άντρες και 15 γυναίκες) με προϋπάρχουσες συμβατικές Ο.Ο., που επιθυμούσαν την αντικατάστασή τους με νέες. Για να μελετηθεί η συχνότητα εμφάνισης και εντόπισης των εξηλώσεων σχεδιάστηκε ένα ειδικό φύλλο καταγραφής (Κωδικοποίηση Τοπογραφίας Εξηλώσεων), το οποίο περιλάμβανε ασπρόμαυρες απεικονίσεις της ανατομικής μορφολογίας της άνω και κάτω γνάθου. Δημιουργήθηκαν 12 ξεχωριστές ζώνες (έξι για την άνω γνάθο και έξι για την κάτω γνάθο).

Ο αριθμός των συνεδριών για τον επανέλεγχο των Ο.Ο. κατά την αρχική περίοδο προσαρμογής, είχε ως μέσο όρο τις δύο επισκέψεις ($1,97 \pm 0,81$). Η πλειονότητα των εξηλώσεων για την άνω γνάθο καταγράφηκε στις ζώνες 1 (πρόσθια παρειακή) και 5 (οπίσθια κορυφή), με συχνότητα εμφάνισης 11% και στις δύο αντίστοιχα, ενώ στην κάτω γνάθο, η πλειονότητά τους εντοπίστηκε στην ζώνη 12 (οπίσθια γλωσσική) με ποσοστό εμφάνισης 16%. Η κατανομή των εξηλώσεων μεταξύ άνω και κάτω γνάθου ήταν 1:3

Συμπερασματικά, μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης των εξηλώσεων καταγράφηκε στην οπίσθια γλωσσική περιοχή της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου. Επομένως, η περιοχή αυτή εκτιμήθηκε ως ιδιαίτερα κρίσιμη και συστήνεται να εξετάζεται με προσοχή κυρίως κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων συνεδριών επανελέγχου των Ο.Ο.

Λέξεις κλειδιά: εξηλώσεις, επώδυνα σημεία, ολικές οδοντοστοιχίες, υπολειμματική φατνιακή ακρολοφία

Summary

The aim of the present cross-sectional clinical study was to record the frequency and to register the location of sore spots associated with the use by the patients of conventional complete dentures (CD) during the initial adaptation/adjustment period.

Thirty complete denture wearers (15 males and 15 females), who sought replacement dentures because of complaints (material degradation or unsatisfactory repaired fractures) associated with them, were selected. All participants in the study adhered to specific inclusion criteria, designated during the study design phase. The participants read and signed the consent form for their participation in the study. In order to record the frequency and to register the location of sore spots, a customized data sheet (Pressure Spot Topographical Index), illustrating the anatomy of the denture bearing area of the maxilla and mandible was developed. The division of both maxilla and mandible, based on specific anatomical landmarks, resulted in the formation of twelve separate and distinct zones (Zones 1-6 corresponded to the maxilla and Zones 7-12 corresponded to the mandible). The total number of adjustment visits, as well as the number and location of every sore spot observed during the initial adaptation/adjustment period was recorded, until the patients felt comfortable with their newly constructed prostheses. The SPSS v.21.0 software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) was used for the statistical tests performed.

All thirty patients that were included in the study completed the scheduled post-treatment examinations. The mean number of adjustment appointments for the newly constructed CDs during the initial adaptation period was two (1.97 ± 0.81). The majority of sore spots in the maxilla were recorded in zones 1 (anterior buccal) and 5 (posterior crestal) with a frequency of 11% each. On the contrary, the least number of sore spots in the maxilla was recorded in zone 3 (posterior palatal). Concurrently, the majority of sore spots in the mandible were recorded in zone 12 (posterior lingual) with a frequency of 16%, with the least number being recorded in zone 8 (anterior crestal). Finally, the ratio of recorded sore spots was 1:3, with 35 ulcerations in the maxilla and 75 in the mandible.

Within the limitations of the present clinical study it was concluded that the area of the residual ridge with the highest frequency of sore spots was that corresponding to the lingual flanges of the mandibular CD. Extra attention and special care should be given by the clinicians to the aforementioned area during the initial adaptation/adjustment appointments.

Key words: complete denture, residual ridge, sore spots, ulcerations

Received on 15th May, 2019. Accepted on 10th Sept, 2019

Στάλθηκε στις: 15/5/2019. Εγκρίθηκε στις 10/9/2019

¹Ακαδημαϊκός υπότροφος, και πάρεδρος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Προσθετικής, Οδοντιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Tufts, Βοστώνη, Η.Π.Α.

²Καθηγήτρια

³Καθηγητής

¹Faculty, and Adjunct Assistant Professor, Division of Postgraduate Prosthodontics, Tufts University School of Dental Medicine, Boston MA, USA.

²Professor

³Professor

Εισαγωγή

Οι εξελκώσεις του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας προερχόμενες από χρήση συμβατικών Ολικών Οδοντοστοιχιών (Ο.Ο.) αποτελούν σημαντικό τμήμα της καθημερινής κλινικής πράξης. Προκαλούνται κυρίως από τα υπερεκτεταμένα πτερύγια των Ο.Ο. ή από τις πρόωρες συγκλησιακές επαφές και συνήθως επουλώνονται μετά από τις τροποποιήσεις των Ο.Ο.¹ Οι τροποποιήσεις αυτές δεν αποτελούν διόρθωση σφαλμάτων που έγιναν κατά τη διαδικασία κατασκευής των Ο.Ο., αλλά διορθώσεις που συμβάλλουν στην τελική εφαρμογή των Ο.Ο. και την ικανοποίηση των ασθενών².

Μετά την τοποθέτηση των Ο.Ο. η παρουσία των εξελκώσεων, ανάλογα με την εντόπισή τους στο βλεννογόνο των ασθενών, έχει συνήθως διαφορετική αιτιολογία. Όταν παρατηρούνται στην κορυφή της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας, ως αίτιο πιθανολογείται η ύπαρξη έντονων συγκλησιακών επαφών των τεχνητών δοντιών στο σύστοιχο ημιμόριο. Όταν εντοπίζονται στις παρειακές ή γλωσσικές επιφάνειες της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας, το πιθανότερο αίτιο είναι η παρουσία πρόωρων συγκλησιακών επαφών μεταξύ κεντρικών φυμάτων ή και επικλινών επιπέδων τόσο στη λειτουργική όσο και στη μη λειτουργική πλευρά.³

Τα επώδυνα σημεία ή οι εξελκώσεις που σχετίζονται με τις βάσεις των Ο.Ο. καταγράφονται σε όλη την έκταση του στηρικτικού βλεννογόνου. Συνήθως οφείλονται σε υπερπίεση που ασκήθηκε κατά την φάση της αποτύπωσης ή σε μικροανωμαλίες της αποτυπωτικής επιφάνειας των Ο.Ο. κατά την φάση όπτησης. Η υπερέκταση των πτερυγίων των βάσεων μπορεί να προκαλέσει έντονες εξελκώσεις σε όλη την περιφέρεια των οδοντοστοιχιών κατά τις λειτουργικές κινήσεις (κατάποση, μάσηση, ομιλία). Οι εκδηλώσεις με την μεγαλύτερη συχνότητα καταγράφονται στις περιοχές των αγκιστρογενναθικών εντομών και στις περιοχές της οπίσθιας μοίρας του γναθοϋοειδή μυ.⁴

Είναι αποδεκτό, από το σύνολο της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας, το γεγονός ότι τα κριτήρια επιτυχίας μιας Ο.Ο. είναι διαφορετικά, όταν εκτιμάται, αφενός υποκειμενικά η Ο.Ο. από τον ασθενή (ικανοποίηση) και αφετέρου αντικειμενικά (λειτουργία Ο.Ο.) από τον οδοντίατρο⁵. Μία επιτυχημένη Ο.Ο., με τα αντικειμενικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται από τους οδοντίατρους, όπως αυτά που περιγράφονται στον δείκτη Λειτουργικής Εκτίμησης Οδοντοστοιχιών (Functional Assessment of Dentures-FAD)^{6,9}, μπορεί να θεωρείται μη ικανοποιητική από τον ασθενή αλλιώς και το αντίστροφο. Τα επώδυνα σημεία δημιουργούνται κατά τις λειτουργικές κινήσεις που εκτελούν οι ασθενείς με τις Ο.Ο., επομένως η σταδιακή μείωσή τους, αποτελεί αντικειμενικό στοιχείο για τον ρυθμό προσαρμογής των ασθενών στις νέες Ο.Ο.⁷. Ο εντοπισμός και η καταγραφή τους αποτελεί αδιαμφισβήτητο κλινικό εύρημα⁸.

Η καταγραφή του αριθμού και της εντόπισης των επώδυνων σημείων πάνω στον στοματικό βλεννογόνο συμβάλλει σημαντικά στην ερμηνεία των υποκειμενικών εκτιμήσεων των ασθενών και στην αντικειμενική καταγραφή κλινικών ευρημάτων^{9,10}. Στη διεθνή βιβλιογραφία ο αριθμός των βραχυπρόθεσμων επανηλέγχων συνδέεται με το ρυθμό προσαρμογής των ασθενών στις νέες Ο.Ο.^{7,11-14}. Οι Κίνονις και συν.¹⁵ για πρώτη φορά κατέγραψαν επώδυνα σημεία με τη μορφή εξελκώσεων, συνολικά σε 29 ανατομικές περιοχές.

Σκοπός της παρούσας κλινική μελέτης αποτέλεσε αφενός η καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης και εντόπισης των εξελκώσεων που προέρχονται από τη χρήση νέων συμβατικών Ο.Ο. κατά τα αρχικά στάδια προσαρμογής των ασθενών σε αυτές και αφετέρου η κωδικοποίησή τους στον ελάχιστο αριθμό ανατομικών περιοχών (ζωνών).

Υλικά και μέθοδοι

Για την πραγματοποίηση της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα αποτελούμενο από τριάντα (30) ολικά νωδούς ασθενείς (15 άντρες και 15 γυναίκες) με προϋπάρχουσες Ο.Ο., οι οποίοι προσήλθαν στην κλινική του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Εργαστηρίου Οδοντικής και Ανωτέρας Προσθητικής, του Τομέα Προσθητικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ., με σκοπό την αντικατάστασή τους με νέες συμβατικές Ο.Ο. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 72,9±6,0 έτη και η διάρκεια της εγκατεστημένης νωδότητας ήταν τα 18,3±12,8 έτη. Η ηλικία των παιδιών Ο.Ο. ήταν 13,1±11,7. Το μορφωτικό επίπεδο ήταν χαμηλότερο των έξι ετών σε 23 ασθενείς, ενώ ήταν από έξι έως δώδεκα έτη στους υπόλοιπους 7 (Πίνακας Ι). Οι διαδικασίες της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με τις αρχές του κανονισμού Δεοντολογίας της Επιτροπής Ερευνών του Α.Π.Θ., σχετικά με τις προβλεπόμενες τυποποιημένες πρακτικές για Βιολογικές Έρευνες σε ανθρώπους (Αριθμός έγκρισης 301/14-6-2012).

Τα κριτήρια εισαγωγής ήταν τα ακόλουθα:

Α. Ασθενών

1. Ολικά νωδά άτομα τρίτης ηλικίας (65+ χρονών) που ήδη χρησιμοποιούν συμβατικές Ο.Ο. για χρονική διάρκεια όχι μικρότερη του ενός έτους.
2. Να κατανοούν και να μπορούν να απαντούν επαρκώς στην ελληνική γλώσσα.
3. Απουσία κλινικά ανιχνεύσιμων συμπτωμάτων από τις Κροταφογενναθικές Διαρθρώσεις.

Β. Ολικών Οδοντοστοιχιών (προϋπάρχουσες και νέες)

4. Φυσιολογική ή ελάχιστα μειωμένη (1-2 χιλ.) Κατακόρυφη Διάσταση Σύγκλησις, με βάση τον ελεύθερο

<i>Πίνακας 1. Περιγραφική αναλυση των κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων του συνόλου των ασθενών</i>					
Σύνολο ασθενών	Ηλικία (έτη) Μ.Ο. ± Τ.Α.	Γένος	Διάρκεια νωδότητας (έτη) Μ.Ο. ± Τ.Α.	Ηλικία παιδιών Ο.Ο. Μ.Ο. ± Τ.Α.	Μορφωτικό επίπεδο
30	72,9±6,0 ε: 65-84	A:15 Θ:15	18,3±12,8 ε:1-45	13,1±11,7 ε:1-45	<6 έτη: 23 6-12έτη: 7
A: άρρεν, Θ: θήλυ, Μ.Ο.: μέσος όρος, Τ.Α.: τυπική απόκλιση, ε: εύρος					

μεσοφραγματικό χώρο.

5. Σταθερή σύγκληση με επαρκή αριθμό οδοντικών επαφών.
6. Ικανοποιητική επέκταση πτερυγίων και αποδεκτή κλίση λείων επιφανειών και τεχνητών δοντιών.

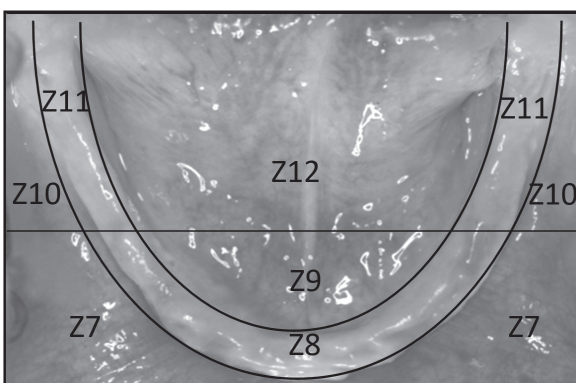
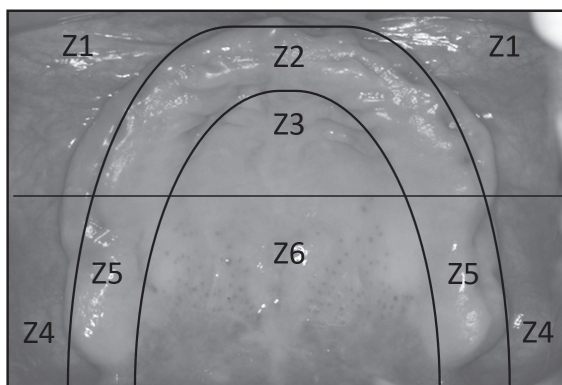
Όλοι οι ασθενείς υπέγραψαν έντυπο συναίνεσης. Διαχωρίστηκαν τυχαία και η κατασκευή Ο.Ο. ανατέθηκε σε τελειόφοιτους προπτυχιακούς φοιτητές της Οδοντιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. Οι νέες Ο.Ο. κατασκευάστηκαν σύμφωνα με το πρωτόκολλο κατασκευής της κλινικής. Η συνολική χρονική διάρκεια της συγκέντρωσης των δειγμάτων της μελέτης ήταν δύο ακαδημαϊκά έτη (2012-13 και 2013-14). Τα εργαστηριακά στάδια κατασκευής των νέων Ο.Ο. χρη-

ματοδοτήθηκαν αποκλειστικά από τους συμμετέχοντες στην μελέτη. Η καταγραφή των αρχικών 2 συνεδριών επανελέγχων ήταν υποχρεωτική ακόμα και στις περιπτώσεις που δεν υπήρχε πόνος προερχόμενος από τις νέες Ο.Ο.

Σχεδιάστηκε ένα ειδικό φύλλο καταγραφής (Κωδικοποίηση Τοπογραφίας Εξηλικώσεων - Pressure Spot Topographical Index), το οποίο περιλάμβανε ασπρόμαυρες απεικονίσεις της ανατομικής μορφολογίας της άνω και κάτω γνάθου για κάθε συνεδρία επανελέγχου, κατά το αρχικό διάστημα προσαρμογής των ασθενών (Εικόνα 1). Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη διαχείριση των καταγραφών ήταν ο διαχωρισμός των γνάθων με βάση τα ανατομικά χαρακτηριστικά της κάθε περιοχής. Κάθε γνάθος αφενός χωρίστηκε σε πρόσθια και οπίσθια περιοχή με μία νοπή οριζόντια γραμμή που διαπερνούσε από τους παρειικούς χαλινούς και αφετέρου σε τρία μέρη: παρειικά, κορυφή της ακρολοφίας και υπερώια-γλωσσικά. Ο διαχωρισμός αυτός συνετέλεσε στον προσδιορισμό 12 ζωνών (έξι για την άνω γνάθο και έξι για την κάτω γνάθο):

- Ζώνη 1: πρόσθια παρειική - άνω γνάθος
- Ζώνη 2: πρόσθια κορυφή - άνω γνάθος
- Ζώνη 3: πρόσθια υπερώια - άνω γνάθος
- Ζώνη 4: οπίσθια παρειική - άνω γνάθος
- Ζώνη 5: οπίσθια κορυφή - άνω γνάθος
- Ζώνη 6: οπίσθια υπερώια - άνω γνάθος
- Ζώνη 7: πρόσθια παρειική - κάτω γνάθος
- Ζώνη 8: πρόσθια κορυφή - κάτω γνάθος
- Ζώνη 9: πρόσθια γλωσσική - κάτω γνάθος
- Ζώνη 10: οπίσθια παρειική - κάτω γνάθος
- Ζώνη 11: οπίσθια κορυφή - κάτω γνάθος
- Ζώνη 12: οπίσθια γλωσσική - κάτω γνάθος

Κάθε ζώνη περιέκλειε συγκεκριμένα ανατομικά στοιχεία: Η πρώτη ζώνη αντιστοιχούσε στην περιοχή του χειλικού χαλινού, συμπεριλαμβανομένης της φατνιοχειλικής αύλακας μεταξύ των παρειικών χαλινών της άνω γνάθου. Στη δεύτερη ζώνη αντιστοιχούσε η πρόσθια μούρα (όπως διαχωρίστηκε με την νοπή οριζόντια γραμμή) της υπολειμματικής ακρολοφίας, η οποία περιείχε την περιοχή της τομικής θηλής. Η τρίτη ζώνη αντιστοιχούσε



Εικόνα 1. Κωδικοποίηση τοπογραφίας εξηλικώσεων (Ζώνες 1-12).

στην περιοχή των υπερώιων πτυχών. Η τέταρτη ζώνη αντιστοιχούσε στις φατσιοπαρειακές αύλακες από τους παρειακούς χαλινούς έως τις αγκιστρογναθικές εντομές. Η πέμπτη ζώνη αντιστοιχούσε στην οπίσθια μοίρα της υπολειμματικής ακρολοφίας και συμπεριλάμβανε την περιοχή των αγκιστρογναθικών εντομών. Η έκτη ζώνη αντιστοιχούσε στην περιοχή της σκληρής υπερώας οπισθίως των υπερώιων πτυχών και στη μαθητική υπερώα έως την οπίσθια περιοχή φώνησης. Στην έβδομη ζώνη αντιστοιχούσαν ο χειλικός χαλινός της κάτω γνάθου και η φατσιοχειλική αύλακα μεταξύ των παρειακών χαλινών. Στην όγδοη ζώνη αντιστοιχούσε η πρόσθια μοίρα της υπολειμματικής ακρολοφίας μεταξύ των παρειακών χαλινών. Στην ένατη ζώνη αντιστοιχούσαν ο γλωσσικός χαλινός και η περιοχή του γναθοϋσειδή μυ έως τους ενδιάμεσους χαλινούς (P-notch) εκατέρωθεν της μέσης γραμμής. Στη δέκατη ζώνη αντιστοιχούσαν οι φατσιοπαρειακές αύλακες της κάτω γνάθου έως τις εντομές των μαστηρών μυών, συμπεριλαμβανομένης της περιοχής της έξω λοξής γραμμής. Στην ενδέκατη ζώνη αντιστοιχούσε η οπίσθια μοίρα της υπολειμματικής ακρολοφίας της κάτω γνάθου (οπισθίως των παρειακών χαλινών), συμπεριλαμβανομένων των οπισθογομφίων επαρμάτων. Τέλος στη δωδέκατη ζώνη αντιστοιχούσαν οι περιοχές της οπίσθιας μοίρας του γναθοϋσειδή μυ.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS v.21.

Αποτελέσματα

Το σύνολο του δείγματος (30 ασθενείς) πήρε μέρος σε όλη την κλινική διαδικασία. Ο αριθμός των συνεδριών για τον επανέλεγχο των Ο.Ο. κατά την αρχική περίοδο προσαρμογής ήταν 1-4 με μέσο όρο τις δύο επισκέψεις ($1,97 \pm 0,81$) για το σύνολο των ασθενών (Πίνακας II).

Οι περισσότερες εξηλώσεις καταγράφηκαν για την άνω γνάθο στις ζώνες 1 (πρόσθια παρειακή) και 5 (οπίσθια κορυφή), με συχνότητα εμφάνισης 11% (12/110) και στις δύο ζώνες, σε σχέση με τον συνολικό αριθμό των εξηλώσεων (Πίνακας I).

Η μειοψηφία για την άνω γνάθο αφορούσε την ζώνη 3 (πρόσθια υπερώια) με μηδενικό ποσοστό εμφάνισης εξηλώσεων. Αναφορικά στις εξηλώσεις στην κάτω γνάθο, η πλειοψηφία εντοπίστηκε στην ζώνη 12 (οπίσθια

γλωσσική) με ποσοστό 16% (17/110), ενώ η μειονότητα αφορούσε τις εξηλώσεις στην ζώνη 8 (πρόσθια κορυφή) με ποσοστό 7% (8/110) σε σχέση με τον συνολικό αριθμό των εξηλώσεων (Πίνακας III).

Η κατανομή των εξηλώσεων μεταξύ άνω και κάτω γνάθου ήταν 1:3, 35 καταγραφές αφορούσαν στην άνω γνάθο και 75 καταγραφές αφορούσαν στην κάτω γνάθο (Πίνακας III).

Συζήτηση

Τα επώδυνα σημεία του στοματικού βληνογόννου κατά τη διάρκεια των αρχικών επανελέγχων αποτελούν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης των Ο.Ο., δεδομένου ότι η εντόπιση και καταγραφή τους γίνεται από όλους τους κλινικούς, χωρίς να απαιτείται επιπλέον εξειδικευμένη εκπαίδευση ή εξοικείωση¹³. Ο διαχωρισμός των ανατομικών περιοχών σε δώδεκα ζώνες (έξι άνω και έξι κάτω) συνέβαλε στο να γίνει η καταγραφή απλούστερη και γρηγορότερη σε σχέση με παλαιότερη αναφορά των Κινονίς και συν.¹⁵ προς όφελος του οδοντιάτρου και του ασθενή.

Η πλειοψηφία των εξηλώσεων στην άνω γνάθο καταγράφηκε στην πρόσθια παρειακή περιοχή καθώς και στην οπίσθια κορυφή της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας. Στην κάτω γνάθο και συγκεκριμένα στην οπίσθια γλωσσική περιοχή καταγράφηκαν οι περισσότερες εξηλώσεις καθ' όλη τη διάρκεια των επανελέγχων. Τα σημεία αυτά ήταν παρόμοια με τα αυτά της μελέτης των Κινονίς και συν.¹⁵, μετά από αντιστοίχιση στις προκαθορισμένες ζώνες των δύο μελετών.

Η επέκταση του γλωσσικού πτερυγίου στην οπίσθια περιοχή συμβάλλει κυρίως στην οριζόντια σταθερότητα των Ο.Ο. Κατά την κλινική διαδικασία της μυϊκής διαμόρφωσης, πολλές φορές ο επεμβαίνων δημιουργεί υπερεκτάσεις, ειδικά σε υπέρμετρα απορροφημένες φατνιακές ακρολοφίες⁸. Το γεγονός αυτό πιθανώς εξηγεί την παρουσία μεγαλύτερου αριθμού εξηλώσεων σε αυτή την περιοχή. Η δυσκολία στην επίτευξη σταθερότητας της κάτω συμβατικής Ο.Ο. λόγω απορρόφησης της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας εξηγεί την αναλογία εξηλώσεων 1:3 μεταξύ άνω και κάτω γνάθου, όπως και στη μελέτη των Κινονίς και συν.¹⁵

Ο μέσος όρος των συνεδριών επανελέγχων στην πα-

Πίνακας II. Μέσος όρος και τυπική απόκλιση του συνολικού αριθμού επανελέγχων.

	Σύνολο ασθενών (n=30)	
	Μέσος όρος (τ.α.)	Εύρος (min-max)
Αριθμός Επανελέγχων	1,97±0,81	1-4

Πίνακας III. Συχνότητα εμφάνισης εξηλικώσεων στο συνολικό πληθυσμό των ασθενών.

Επανελέγχος	Άνω γνάθος						Κάτω γνάθος						Σύνολο
	Z 1	Z 2	Z 3	Z 4	Z 5	Z 6	Z 7	Z 8	Z 9	Z1 0	Z1 1	Z1 2	
#1 (30)*	8	2	0	5	7	2	7	3	7	7	6	8	62
#2 (21)*	3	0	0	1	4	1	4	4	5	4	5	6	37
#3 (7)*	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	3	10
#4 (1)*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Σύνολο	12	2	0	6	12	3	11	8	13	2	14	17	110

* αριθμός ασθενών

Ζώνη 1 (Z1): πρόσθια παρειακή - άνω γνάθος
 Ζώνη 3 (Z3): πρόσθια υπερώια - άνω γνάθος
 Ζώνη 5 (Z5): οπίσθια κορυφή - άνω γνάθος
 Ζώνη 7 (Z7): πρόσθια παρειακή - κάτω γνάθος
 Ζώνη 9 (Z9): πρόσθια γλωσσική - κάτω γνάθος
 Ζώνη 11 (Z11): οπίσθια κορυφή - κάτω γνάθος

Ζώνη 2 (Z2): πρόσθια κορυφή - άνω γνάθος
 Ζώνη 4 (Z4): οπίσθια παρειακή - άνω γνάθος
 Ζώνη 6 (Z6): οπίσθια υπερώια - άνω γνάθος
 Ζώνη 8 (Z8): πρόσθια κορυφή - κάτω γνάθος
 Ζώνη 10 (Z10): οπίσθια παρειακή - κάτω γνάθος
 Ζώνη 12 (Z12): οπίσθια γλωσσική - κάτω γνάθος

ρούσα μελέτη ανήλθε στους δύο. Η πλειοψηφία (90%) των παρατηρούμενων εξηλικώσεων καταγράφηκε σε αυτές τις συνεδρίες. Ο ίδιος μέσος όρος επανελέγχων αναφέρεται σε πολλές παρόμοιες κλινικές μελέτες κατασκευής συμβατικών Ο.Ο.^{7,12-15} Τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν την αναγκαιότητα των αρχικών επισκέψεων μετά την τοποθέτηση κατά την αρχική περίοδο προσαρμογής των ασθενών στις νέες Ο.Ο., ώστε να λειτουργήσουν προσφέροντας ικανοποίηση μετά από βραχύχρονη περίοδο προσαρμογής.

Στο πλαίσιο των περιορισμών της παρούσας μελέτης, πρέπει να επισημανθεί ότι τα ευρήματά της πρέπει να επιβεβαιωθούν από μελλοντικές πλήρως τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες, με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και πλήρη καταγραφή των ανατομικών στοιχείων των υπό εξέταση νωδών ακρολοφιών.

Συμπεράσματα

Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης των εξηλικώσεων στους χρήστες Ο.Ο. της παρούσας κλινικής μελέτης καταγράφηκε στην οπίσθια γλωσσική περιοχή της υπολειμματικής φατνιακής ακρολοφίας της κάτω γνάθου. Η περιοχή αυτή πρέπει να εξετάζεται με ιδιαίτερη προσοχή κυρίως κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων συνεδριών επανελέγχου των Ο.Ο.

Βιβλιογραφία

1. Carlsson GE. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent.* 1998; 79(1):17-23.
2. Ivanhoe JR, Cibirka RM, Parr GR. Treating the modern complete denture patient: A review of the literature. *J Prosthet Dent.* 2002; 88(6):631-635.
3. Zarb GA, McGinney GP. Completing the rehabilitation of the patient. In: Boucher's Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients. 11th Edit. Zarb GA, Bolender CL, Carlsson GE. St Louis: CV Mosby, 1997; 358-389.
4. Goiato MC, Filho HG, dos Santos DM, Baryo VAR, Amilcar CF. Insertion and follow-up of complete dentures: a literature review. *Gerodontology.* 2011; 28(3):197-204.
5. Πετρίδης Ν, Αναστασιάδου Β, Πετρίδης Ν, Αναστασιάδου Β. Κριτική αξιολόγηση της μεθοδολογίας εκτίμησης της ικανοποίησης από ολικές οδοντοστοιχίες μέσω ερωτηματολογίων. A clinical evaluation of the methodology used for the assessment of satisfaction with complete dentures through questionnaires. A systematic review. *Στομα.* 2013; 41(2):107-120.
6. Corrigan PJ, Basker RM, Farrin a J, Mulley GP, Heath MR. The development of a method for functional assessment of dentures. *Gerodontology.* 2002; 19(1):41-45.
7. Kamalakis SN, Anastassiadou V, Sofou A, Pissiotis AL. Comparative Study of Acceptance and Adaptation to New Complete Dentures, Using Two Construction Protocols. *J Prosthodont.* 2016; 25(7):536-543.
8. Cooper LF. The Current and Future Treatment of Edentulism. *J Prosthodont.* 2009; 18(2):116-122.
9. Anastassiadou V, Naka O, Heath MR, Kapari D. Validation of indices for functional assessment of dentures. *Gerodontology.* 2002; 19(1):46-52.
10. Anastassiadou V, Heath MR. The effect of denture quality

- attributes on satisfaction and eating difficulties. *Gerodontology*. 2006; 23(1):23-32.
11. Clark RKF, Radford DR, Fenlon MR. The future of teaching of complete denture construction to undergraduates in the UK: is a replacement denture technique the answer? *Br Dent J*. 2004; 196(9):571-575.
 12. Davis D, Watson R. A retrospective study comparing duplication and conventionally made complete dentures for a group of elderly people. *Br Dent J*. 1993;175(4):57-60.
 13. Scott BJ, Forgie AH, Davis DM. A study to compare the oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures constructed by either the copy or the conventional technique. *Gerodontology*. 2006;23(2):79-86.
 14. Ellis JS, Pelekis ND, Thomason JM. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. *J Prosthodont*. 2007;16(1):37-42.
 15. Kivovics P, Jáhn M, Borbély J, Marton K. Frequency and Location of Traumatic Ulcerations Following Placement of Complete Dentures. *Int J Prosthodont*. 2007;20(4):397-401.