Οδοντιατρικο Βημα

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ | Σκουφά 64 106 80 Αθήνα | Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3803 327 | e-mail: odvima@otenet.gr | www.odvima.gr | ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2015 | ΤΕΥΧΟΣ 102

Πρόγραμμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών 2015

Η Επιτροπή Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, συνεχίζει για τρίτη χρονιά τον επιτυχημένο «θεσμό» του ετήσιου προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, οργανώνοντας 13 νέες εκπαιδευτικές δραστηριότητες με έμφαση στην κλινική εκπαίδευση των συμμετεχόντων.

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Καθηγητής και Διευθυντής Κλινικής Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος ΕΚΠΑ, κ. **Κώστας Τσιχλάκης,** μας υποδέχτηκε στο γραφείο του και μας μίλησε για τους βασικούς θεματικούς άξονες του φετινού προγράμματος. *Σελ. 26*

Εκεί όπου η αγάπη για τον αθλητισμό συναντά την Οδοντιατρική

Η Αθλητική Οδοντιατρική ως κλάδος της Οδοντιατρικής Επιστήμης θέτει στο προσκήνιο της οδοντιατρικής κοινότητας τις εξειδικευμένες ανάγκες οδοντιατρικής φροντίδας των αθλητών. Η Επιστημονική Εταιρεία Αθλητικής Οδοντιατρικής (ΕΕΑΘΛΟ) φιλοδοξεί να αποτελέσει τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον οδοντίατρο και τον αθλητή και να συμβάλλει στην αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία του οδοντικού τραύματος.

Το «Ο.Β.» έχει την χαρά να φιλοξενεί τον πρόεδρο της ΕΕΑΘΛΟ, κ. **Θεόδωρο Κουϊμτζή** σε μια συζήτηση που στοχεύει να αναδείξει τις προκλήσεις της Αθλητικής Οδοντιατρικής και να παρουσιάσει τις δράσεις και τους στόχους της ΕΕΑΘΛΟ. *Σελ. 27-29*

«Νάρθηκες προστασίας από βρυγμό: είδη, ενδείξεις, κλινική εφαρμογή»

Η Εταιρία Σύγχρονης Οδοντιατρικής (ΕΣΟ) διοργανώνει το Σάββατο, 9 Μαΐου 2015 επιστημονική ημερίδα – πρακτικό σεμινάριο με θέμα «Νάρθηκες προστασίας από βρυγμό: είδη, ενδείξεις, κλινική εφαρμογή», το οποίο θα πραγματοποιηθεί στο ξενοδοχείο CROWNE PLAZA (Μιχαλακοπούλου 50, Αθήνα). Ο Επίκουρος Καθηγητής της Οδοντιατρικής Σχολής ΑΣΤΑ και Επιστημονικός Συνεργάτης της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, κ. **Μιχάλης Κούτρης,** ο οποίος έχει την επιστημονική ευθύνη της ημερίδας μοιράζεται με τους αναγνώστες του «Ο.Β.» τα βασικά ζητήματα που θα τεθούν στο επίκεντρο του θεωρητικού και πρακτικού μέρους της επιστημονικής εκδήλωσης. *Σελ. 30*

Ασυμμετρίες του προσώπου Βασικές αρχές θεραπείας

Η συμμετρία λογίζεται ως ένας από τους κυριότερους παράγοντες μαζί με την νεανικότητα, που επηρεάζουν την κρίση των ανθρώπων για το αν ένα πρόσωπο θεωρείται όμορφο και ελκυστικό. Η ύπαρξη συμμετρίας θεωρείται ότι είναι άμεσα συνδεδεμένη με την καλή υγεία και το καλό γενετικό υλικό, την κοινωνικότητα και την επιτυχία του ατόμου στις ποικίλες εκδηλώσεις της ζωής. Ασυμμετρίες μπορεί να δημιουργούνται παροδικά στο πρόσωπο, που όμως οφείλονται στην μεγαλύτερη ποικιλία και στην έκφραση των περισσότερων ανθρώπων, κυρίως κατά την διάρκεια της ομιλίας τους. Αυτό ανάγεται στην ανόμοια κατανομή νευρικών ώσεων μεταξύ του αριστερού ημισφαιρίου - όπου βρίσκεται το κέντρο ομιλίας - και του δεξιού. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε φαινομενική ασυμμετρία που εκδηλώνεται κυρίως δεξιά.

Οι μόνιμες όμως ασυμμετρίες του προσώπου ανάγονται κυρίως σε σκελετικές ανισότητες. Οι περισσότεροι άνθρωποι παρουσιάζουν βέβαια κάποιου βαθμού ασυμμετρία, καθώς η απόλυτη και πλήρης συμμετρία είναι εξαιρετικά σπάνια.

Στο παρόν άρθρο ο Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. **Ιωάννης Ιατρού** παρουσιάζει περιστατικά ασθενών, όπου η διόρθωση της ασυμμετρίας καθίσταται εφικτή με συνδυασμό Ορθοδοντικής και Χειρουργικής θεραπείας. *Σελ. 4-10*

Η προσαρμογή στις ολικές οδοντοστοιχίες Ένας από μηχανής θεός στην επιτυχία των κινητών προσθετικών εργασιών

Είναι γνωστό ότι η λειτουργική απόδοση των ολικών οδοντοστοιχιών και γενικότερα των κινητών προσθετικών εργασιών σχετίζεται με ορισμένους φυσικούς και μηχανικούς παράγοντες συγκράτησης και ευστάθειας, όπως για παράδειγμα τις δυνάμεις συνοχής και συνάφειας μέσω του λεπτού φιλμ σιέλου που παρεμβάλλεται μεταξύ βλεννογόνου και ακρυλικού, την ατμοσφαιρική πίεση που εξασφαλίζει το περιζήτητο «βεντουζάρισμα» καθώς και τις ποικίλες συγκλεισιακές διευθετήσεις που υποτίθεται ότι αποτρέπουν ανατροπές της οδοντοστοιχίας κατά τη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Πέραν αυτών όμως, όλοι γνωρίζουμε την παράλληλη (πλην όμως εξατομικευμένη και χρονοεξαρτώμενη) δυνατότητα του ασθενή να αναπτύξει και έναν ιδιαίτερο λειτουργικό έλεγχο πάνω στις εργασίες αυτές κυρίως μέσω του μυϊκού περιβάλλοντός τους. Στο παρόν άρθρο ο Αναπλ. Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ, κ. **Ηρακλής Καρκαζής**, εξηγεί πώς με την πάροδο του χρόνου η επιρροή των μηχανικών και φυσικών παραγόντων εξασθενεί, ώστε ο ασθενής ασυνείδητα να στηρίζεται όλο και περισσότερο στην ανάπτυξη της επιδεξιότητας των μυών της γλώσσας, των παρειών και των χειλιών του. *Σελ. 11-12*

ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ «ΕΝΑΝΤΙ» ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ Φιλοσοφική και Βιοηθική προσέγγιση

Υπάρχουν πολλοί που εκτιμούν ότι οι εισηγήσεις στο πλαίσιο ενός συνεδρίου δεν έχει νόημα να αποτυπώνονται στο χαρτί, γιατί σπανίως η εμπειρία του αναγνώστη ταυτίζεται με την εμπειρία του συνέδρου. Υπάρχουν όμως ομιλίες που η αξία τους παραμένει διαχρονική και ως τέτοιες κατορθώνουν να υπερβούν τους φραγμούς του χώρου και του χρόνου, εμπλέκοντας τον αναγνώστη σε έναν οιονεί- διάλογο με τα ζητήματα που θέτουν. Ομιλίες που έρχονται για να καλλιεργήσουν γόνιμα ερωτηματικά και να μας θέσουν όλους ενώπιον των ατομικών μας ευθυνών. Το «Ο.Β.» έχει την τιμή να μοιράζεται με τους αναγνώστες του την εισήγηση του διακεκριμένου Πανεπιστημιακού, Επίκουρου Καθηγητή Ενδοδοντίας, κ. **Φοίβου Προύντζου** με τίτλο «Ενδοδοντική Θεραπεία έναντι Εμφυτεύματος. Βιοηθική και Φιλοσοφική Προσέγγιση», η οποία εκφωνήθηκε στο πλαίσιο του 6ου Περιφερειακού Συνεδρίου Ενδοδοντίας. *Σελ. 19-23*

ΜΕΛΑΝΙΖΟΥΣΑ ΑΚΑΝΘΩΣΗ

Η μελανίζουσα ακάνθωση αποτελεί ομάδα δερματοβλεννογόνιων διαταραχών που ταξινομείται σε καλοήθη και κακοήθη μορφή που συνυπάρχει με νεοπλασίες. Η καλοήθης μορφή υποταξινομείται σε οικογενή, δευτεροπαθή και ψευδοακάνθωση, και προσβάλλει το στόμα σε ποσοστό 10-15%. Η κακοήθης μορφή είναι από τις πιο συχνές παρανεοπλασματικές νόσους που προσβάλλει το δέρμα και τους βλεννογόνους. Το πιο συχνό νεόπλασμα που είναι υπεύθυνο είναι αδενοκαρκίνωμα του στομάχου (60-70%) και σπανιότερα άλλα. Έχει αιφνίδια εμφάνιση με θηλωματώδεις μελαγχρωματικές βλάβες στο δέρμα, ενώ ο βλεννογόνος του στόματος και τα χείλη προσβάλλονται πολύ συχνά (40-60%). Οι δερματικές και στοματικές βλάβες είναι καλοήθεις. Στο παρόν άρθρο, ο Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, κ. **Γιώργος Λάσκαρης** παρουσιάζει τον σημαντικό ρόλο του Στοματολόγου στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου, καθώς στην κακοήθη μορφή της οι βλάβες στο στόμα είναι πολύ συχνές και μερικές φορές πρώτες, ενώ πάντα η νόσος συνυπάρχει με κακοήθεια που σε υψηλό ποσοστό είναι αδιάγνωστη μέχρι τη στιγμή εμφάνισης των στοματικών εκδηλώσεων. *Σελ. 16-18*

Αναταύγειες Λόγου και Τέχνης

Του Γεράσιμου Δουβίτσα Αναπλ. Καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Η νέα στήλη του «Ο.Β.» που εγκαινιάστηκε στο προηγούμενο τεύχος, φιλοξενεί στο παρόν φύλλο δύο ακόμα μέλη του Ομίλου Οδοντιάτρων Λογοτεχνών Καλλιτεχνών, την οδοντίατρο **Μαρία Λάμπρου**, που ασχολείται με την Ποίηση και τη Ζωγραφική και τον οδοντίατρο **Όθωνα Ξενικουδάκη**, που ασχολείται με την ζωγραφική και την γλυπτική. *Σελ. 38-39*

Πολφοτομή σε ζωντανούς τερηδονισμένους νεογιλούς γομφίους
Prof. Dr Luc Martens,
Dr Rita Cauwels..... *Σελ. 14-15*

Παίκτες ομάδας: αποδοτικότητα και αισθητική Οπίσθιες αποκαταστάσεις, πλήρους μορφολογίας, κατασκευασμένες από διαφανές οξείδιο του ζιρκονίου
Dieter Knappe..... *Σελ. 24-25*

Ξεκίνησαν οι προετοιμασίες για την Dental 2015

Η Πανελλήνια Οδοντιατρική-Οδοντοτεχνική Έκθεση Dental 2015 θα ανοίξει τις πύλες της από **23 έως και 25 Οκτωβρίου 2015** στο εκθεσιακό κέντρο **HELEXPO**. Το «Ο.Β.» με αφορμή τη διοργάνωση της επερχόμενης Έκθεσης συνάντησε τον Πρόεδρο του Δ.Σ. του ΠΣΕΕΟΟΕ, κ. **Ιωάννη Κούρνια**, ο οποίος μας μίλησε μεταξύ άλλων για τους στόχους του Δ.Σ., καθώς και για τα «καυτά» ζητήματα που απασχολούν τον κλάδο. *Σελ. 37*

«ΤΟ ΦΑΙΝΕΣΘΑΙ ΚΑΙ ΤΟ ΕΙΝΑΙ»

Απόσπασμα από την εναρκτήρια ομιλία του Επαμεινώνδα Κατσούλα, Προέδρου του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας στην Ημερίδα «Το φαίνεσθαι και το είναι στην Οδοντιατρική», Ξυλόκαστρο 11/10/2014

Το φαίνεσθαι και το είναι στη Φιλοσοφία

Η σχέση του φαίνεσθαι και του είναι, αποτέλεσε το μέγα φιλοσοφικό ερώτημα ανά τους αιώνες και την πηγή κάθε φιλοσοφικής αναζήτησης του ανθρώπου από τη γέννηση της φιλοσοφίας έως σήμερα.

Η απάντηση στο ερώτημα: *«ποια είναι η σχέση της αντικειμενικής πραγματικότητας με τα φαινόμενά της»* αποτελεί πεδίο αντιτιθέμενων και συγκρουόμενων απόψεων στη φιλοσοφία, με αποτέλεσμα να έχει εδραιωθεί ένας **φιλοσοφικός δυϊσμός** μεταξύ του φαίνεσθαι και του είναι.

Αναπτύχθηκαν διάφορες φιλοσοφικές θεωρίες, όπως: **η φαινομενοκρατία,** σύμφωνα με την οποία, υπάρχουν μόνο φαινόμενα, γεγονότα δηλαδή που σημειώθηκαν στο χρόνο ή στο διάστημα και μπορούν να γίνουν αντικείμενα εμπειρίας. Η ιστορία της φαινομενοκρατίας συμπίπτει σε πολλά σημεία με εκείνη του **Ιδεαλισμού.**

Ο **Μπέρκλευ** αρνείται να παραδεχθεί την υλική ουσία.

Ο **Χιούμ** εξάλλου δεν δέχεται την πραγματική υπόσταση όχι μόνο των σωμάτων, αλλά και των πνευμάτων.

Τέλος, ο **Κάντ** θεωρεί προσιτή στο ανθρώπινο πνεύμα τη γνώση του φαινομένου. Εκτός από τα υποκείμενα που έχουν συνείδηση (Θεός, Άνθρωπος), «πράγματα καθεαυτά νοούμενα» δεν υπάρχουν για τον Κάντ.

Επίσης η **φαινομενολογία,** δηλαδή η περιγραφή των φαινομένων, η περιγραφή εμφάνισης του πραγματικού, με εκπροσώπους τον **Φίχτε** και τον **Σέλινγκ,** ενώ ο **Χέγκελ** στην προσπάθειά του αντικειμενικοποίησης του υποκειμενικού πνεύματος, τιτλοφορεί το πρώτο μεγάλο συστηματικό έργο του «Φαινομενολογία του Πνεύματος».

Κυρίως όμως ο όρος φαινομενολογία συνδέεται με τη φιλοσοφία του **Χούρσελ** και της σχολής του, και δηλώνει μια μέθοδο αποκάθαρσης του φαινομένου από κάθε θεωρητική αλλοίωση, ώστε να παρουσιαστεί όπως είναι, σαν ουσία. Η διδασκαλία της φαινομενολογικής σχολής θεωρείται σαν μία από τις πηγές των νεώτερων υπαρξιστικών φιλοσοφιών, ιδιαίτερα του **Χάϊντεγκερ**, κατά τον οποίο η φαινομενολογία είναι η «συνάντηση» με κάποιο πράγμα και για το λόγο αυτό, η εκδήλωση του όντος.

Ο υπαρξιστής φιλόσοφος **Jean Paul Sartre** στο έργο του «L' etre et la Neant» ισχυρίζεται ότι με την εξέλιξη των φυσικών επιστημών, ο δυϊσμός του είναι και του φαίνεσθαι, δεν μπορεί πλέον να υπάρξει στη φιλοσοφία.

Τέλος, ο **διαλεκτικός υλισμός** όπως αναπτύχθηκε από τον **Κάρλ Μαρξ** και τον **Φρίντριχ Ένγκελς** («Αντί-Ντύρινγκ», «Η διαλεκτική της Φύσης»), τον **Λένιν** («Υλισμός και Εμπειριοκριτικισμός», «Φιλοσοφικά τετράδια») αλλά και τους επιγόνους τους σύγχρονους φιλοσόφους, θεωρεί ότι ο άνθρωπος προσλαμβάνει το φαίνεσθαι μέσω των αισθήσεών του και με τις νοητικές του λειτουργίες το μετατρέπει σε αντίληψη της πραγματικότητας, που όμως, δεν είναι η ίδια η πραγματικότητα, παρά μόνο μία – σημαντική πολλές φορές – πλευρά της.

> Η σχέση του φαίνεσθαι και του είναι, εκτός από πηγή φιλοσοφικών αναζητήσεων, αποτέλεσε παράλληλα και την κινητήρια δύναμη ανάπτυξης της επιστήμης.

Το φαίνεσθαι και το είναι στην Επιστήμη

Η σχέση του φαίνεσθαι και του είναι, εκτός από πηγή φιλοσοφικών αναζητήσεων, αποτέλεσε παράλληλα και την κινητήρια δύναμη ανάπτυξης της επιστήμης. Ο άνθρωπος κατά τον **Αριστοτέλη** ανέπτυξε την επιστήμη και τη φιλοσοφία επειδή «φύσει του ειδέναι ορέγεται».

Οι επιστήμονες αναζητούν την ουσία μέσα αλλά και πέρα από τα φαινόμενα. Η πρόοδος των φυσικών επιστημών έχει τεκμηριώσει τη φιλοσοφική θέση, ότι το φαινόμενο είναι έκφραση και ταυτόχρονα επικάλυψη της ουσίας, δηλαδή ότι είναι η εκδήλωση δομών και σχέσεων απρόσιτων στην άμεση εποπτεία, αλλά δεν είναι εκδήλωση κάποιας υπερβατικής ουσίας, που βρίσκεται εκείθεν των φαινομένων, όπως υποστηρίζουν οι ιδεαλιστές φιλόσοφοι. Οι νεώτερες επιστήμες αποτελούν συνεπώς, θεμέλιο για μια συνεπή μονιστική αντίληψη του είναι.

Το φαίνεσθαι και το είναι στις Επιστήμες της Υγείας

Οι επιστήμες της υγείας αναπτύχθηκαν στη βάση της κλινικής εικόνας. Ο ιατρός έθετε τη διάγνωση του νοσήματος από τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης του ασθενούς, αξιοποιώντας τα αισθητήρια όργανά του και τη γνώση του, που βασιζόταν στην εμπειρία. Σήμερα με την εξέλιξη της ιατρικής, η κλινική εικόνα, «το φαίνεσθαι», συνεχίζει να παρέχει σημαντικές πληροφορίες και να παίζει σημαντικό ρόλο στην πιθανή διάγνωση της ασθένειας, αλλά για να γίνει η διαφορική διάγνωση και να τεθεί η οριστική διάγνωση και να αποκαλυφθεί η νοσολογική οντότητα «το είναι», είναι απαραίτητες εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις.

Το φαίνεσθαι και το είναι στην Οδοντιατρική

Η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας, έδωσε νέα ώθηση και άνοιξε νέους ορίζοντες στα διάφορα πεδία της οδοντιατρικής.

Στην **Οδοντιατρική Ακτινολογία** η πρόοδος είναι τεράστια. Η υπολογιστική τομογραφία κωνικής δέσμης εκτός από την δυνατότητα λήψης πολλαπλών τομών που αποκαλύπτουν την ακριβή θέση, τις διαστάσεις και τη σχέση μιας βλάβης με παρακείμενα ανατομικά μόρια, παρέχει πλέον την ευχέρεια τρισδιάστατης αναπαράστασης των σκληρών ιστών και των υπό διερεύνηση βλαβών, διευκολύνοντας το έργο του επεμβαίνοντος.

Συχνά όμως ο ασκών τη **Στοματική και Γναθοπροσωπική Χειρουργική**, κατά τη διάρκεια μιας επέμβασης, βρίσκεται ενώπιον μιας διαφορετικής πραγματικότητας, από εκείνη, ακόμη και της πλέον εξελιγμένης ακτινογραφικής απεικόνισης. Τελικά ο ιστολογικός έλεγχος θα οριστικοποιήσει τη διάγνωση.

Η **Στοματολογία** που έχει ως αντικείμενο την Παθολογία του Στόματος, είναι ένας κλάδος της Οδοντιατρικής που στηρίζεται σημαντικά στην κλινική εικόνα, αλλά η βιοψία είναι η μόνη μέθοδος που θα δώσει τις ασφαλείς πληροφορίες για την τελική διάγνωση.

Υπάρχουν νοσήματα του στόματος που η κλινική τους εικόνα παραπέμπει σε σοβαρές καταστάσεις, αλλά αποδεικνύονται τελικά ήσσονος επικινδυνότητας για την υγεία και τη ζωή του ασθενούς, όπως και αντιστρόφως υπάρχουν φαινομενικά «αθώες» ή συνήθεις βλάβες που υποκρύπτουν σοβαρότατες παθολογικές καταστάσεις.

Είναι λοιπόν προφανής η περίπλοκη σχέση του «φαίνεσθαι» και του «είναι» στις επιστήμες της υγείας και ιδιαίτερα στην Οδοντιατρική.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Διμηνιαία Έκδοση
Κωδικός 016446

Ιδιοκτήτης: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ Μ.Ε.Π.Ε.
Ιδρυτής: Γιάννης Καρκατζούλης

Σκουφά 64 106 80 Αθήνα
Τηλ. 210 3814 939 Fax 210 3803 327
e-mail: odvima@otenet.gr
www.odvima.gr

Διευθυντής: Όθωνας Γκότσης

Σύμβουλος Έκδοσης: Κατερίνα Κουντουριώτη-Καρκατζούλη

Σύνταξη: Ηλιάνα Γιαννούλη
Γιούλη Κόκκορη
Αγγελική Λαμπροπούλου

Υπεύθυνος λογιστηρίου: Γιώργος Κάντζος

Νομικός Σύμβουλος: Λάμπρος Ανδρ. Τσοπράς

Υπεύθυνος Τυπογραφείου: Paper Graph AE
Βιοτεχνικό Πάρκο, 20300 Λουτράκι Τ.Θ.4
Τηλ.27440 69550

ΕΝΩΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΩΝ ΙΔΙΟΚΤΗΤΩΝ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ
FIPP Federation International of Periodical Press
EMMA EUROPEAN MAGAZINE MEDIA ASSOCIATION

Colgate

Duraphat® 5000 ppm

Οδοντόπαστα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου

- ✓ Καθημερινή πρόληψη και αντιμετώπιση της τερηδόνας για άτομα 16 ετών και άνω
- ✓ Αποδεδειγμένη αναστροφή αρχόμενων τερηδονικών βλαβών

Θεραπευτική Ένδειξη	Αποτελεσματικότητα
Αναστροφή τερηδόνας σχισμών	**Επαναλάτωση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε σχισμές κατα 21%.[1]**
Αναστροφή τερηδόνας ρίζας	**Επαναλάτωση αρχόμενων τερηδονικών βλαβών σε ποσοστό 55% μετά από 3 μήνες[2] και 75% μετά από 6 μήνες.[3]**
Προστασία από την δευτερογενή τερηδόνα	**Πρόληψη της τερηδόνας κατά 70%.[4]**
Προστασία από τερηδόνα σε ασθενείς με ξηροστομία (π.χ. λόγω σακχαρώδους διαβήτη, χήμειο-/ακτινοθεραπείας, φαρμακευτικής αγωγής).	
Μείωση τερηδόνας όμορων περιοχών	
Μείωση τερηδόνας σε ορθοδοντικούς ασθενείς	

Ανακαλύψτε την υψηλότερη προστασία που μπορεί να δώσει καθημερινά μια φαρμακευτική οδοντόκρεμα

Διατίθεται μόνο στα φαρμακεία

Αριθμός Άδειας Κυκλοφορίας: 69072/17-09-2013 • Διατίθεται χωρίς ιατρική συνταγή • Τιμή: 6,70€

QR CODE: Σκανάρετε εδώ >

Colgate Ο ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΛΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

COLGATE - PALMOLIVE Εμπορική (Ελλάς) Μ.ΕΠΕ, Αθηνών 89, Πειραιάς 185 41, τηλ. 210 48 31 900, www.colgate.com.gr

www.colgateprofessional.gr

Ασυμμετρίες του προσώπου Βασικές αρχές θεραπείας

Ιωάννης Ιατρού
Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Η συμμετρία λογίζεται ως ένας από τους κυριότερους παράγοντες μαζί με την νεανικότητα, που επηρεάζουν την κρίση των ανθρώπων για το αν ένα πρόσωπο θεωρείται όμορφο και ελκυστικό (Grammer & Thornhill 1994). Η εκτίμηση αυτή αφορά και στα δυο φύλα, φαίνεται όμως να διαδραματίζει σπουδαιότερο ρόλο στις γυναίκες (Rhodes et al 1998). Η ύπαρξη συμμετρίας θεωρείται ότι είναι άμεσα συνδεδεμένη με την καλή υγεία και το καλό γενετικό υλικό (Jones et al 2001, Rhodes et al 2002). Επίσης συνδέεται με την κοινωνικότητα και την επιτυχία του ατόμου στις ποικίλες εκδηλώσεις της ζωής (Fink et al 2005).

Ασυμμετρίες μπορεί να δημιουργούνται παροδικά στο πρόσωπο, που όμως οφείλονται στην μεγαλύτερη ποικιλία και στην έκφραση των περισσότερων ανθρώπων, κυρίως κατά την διάρκεια της ομιλίας τους, που σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές ανέρχονται στο 76% (Kowner 1996). Αυτό ανάγεται στην ανόμοια κατανομή νευρικών ώσεων μεταξύ του αριστερού ημισφαιρίου - όπου βρίσκεται το κέντρο ομιλίας - και του δεξιού. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε φαινομενική ασυμμετρία που εκδηλώνεται κυρίως δεξιά (Perrett et al 1999).

Οι μόνιμες όμως ασυμμετρίες του προσώπου ανάγονται κυρίως σε σκελετικές ανισότητες. Οι περισσότεροι άνθρωποι παρουσιάζουν βέβαια κάποιου βαθμού ασυμμετρία, καθώς η απόλυτη και πλήρης συμμετρία είναι εξαιρετικά σπάνια. Στις περιπτώσεις που η ασυμμετρία γίνεται εμφανής και ενοχλητική στο ίδιο το άτομο, είναι σήμερα εφικτή η διόρθωσή της με συνδυασμό Ορθοδοντικής και Χειρουργικής θεραπείας (Allgayer et al 2011).

Σκελετικές ανωμαλίες γνάθων

Υπολογίζεται ότι οι οδοντογναθικές ανωμαλίες αφορούν στο 20% του πληθυσμού και συνυπάρχουν με ποικίλου βαθμού λειτουργικά και αισθητικά προβλήματα (Silva et al 2004) αλλά και ψυχολογικές, ακόμη και κοινωνικές επιπτώσεις. Οι περισσότερες βέβαια αφορούν σε οδοντοφατνιακές παρεκτροπές που συνήθως είναι αντιμετωπίσιμες από την Ορθοδοντική και δεν αποτελούν αντικείμενο της παρούσης.

Ένα σοβαρό ποσοστό σκελετικών ανωμαλιών των γνάθων, που οφείλονται σε συγγενή, κληρονομικά και επίκτητα αίτια (Mercier et al 2014). Κατά διάφορες εκτιμήσεις το ποσοστό αυτό αφορά στο 1-2% του πληθυσμού.

Στα συγγενή αίτια ανήκουν διάφορα σύνδρομα, με πιο συχνό το Σ.Goldenhar για το οποίο πρόσφατα αποκαλύφθηκε χρωμοσωματική διαφοροποίηση. Αυτό παρουσιάζεται με μια μεγάλη ποικιλία - κυρίως ως προς την βαρύτητά τους - μορφών ημιπροσωπικής μικροσωμίας.

Στα επίκτητα αίτια ανήκουν κυρίως παραμελημένα κατάγματα του κονδύλου της κάτω γνάθου καθώς και μια σειρά παθολογικών καταστάσεων (στοματική αναπνοή, διαταραχές κατάποσης) ή έξεων (παρατεταμένος θηλασμός δακτύλων, θηλάστρου, ονυχοφαγία), που στις μικρές κυρίως ηλικίες ανάπτυξης του παιδιού, δημιουργούν αρνητικές επιπτώσεις στον σκελετό του προσώπου. Υπάρχουν επίσης χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, που σε τυχόν προσβολή της μιας εκ των δυο κροταφογναθικών αρθρώσεων, μπορεί εκτός των άλλων να παρουσιάσει ασυμμετρία του προσώπου. Επίσης στην κατηγορία αυτή ανήκουν και σύνδρομα όπως το αυτοάνοσο Σ. Parry–Romberg που παρουσιάζει προϊούσα ημιπροσωπική μικροσωμία.

Πάντως οι περισσότερες ασυμμετρίες είναι άγνωστης ή κληρονομικής προέλευσης. Οποιαδήποτε και αν είναι η αιτιολογία τους η αντιμετώπισή τους αποτελεί ένα από τα πιο δύσκολα προς επίλυση προβλήματα της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής (ΣΓΠΧ) καθώς εκτός από τις σκελετικές δυσαναλογίες συνυπάρχουν αντίστοιχα οδοντικές-ορθοδοντικές ανωμαλίες καθώς και διαφόρου βαθμού ελλείψεις μαλακών μορίων. Βέβαιο είναι ότι η ορθή προσέγγιση του θέματος απαιτεί πλήρη απεικονιστικό έλεγχο, και συνεργασία Οδοντιάτρου, Ορθοδοντικού και ΣΓΠΧ προς εκπόνηση του πιο κατάλληλου σχεδίου θεραπείας.

Σημαντικές παράμετροι για την αρχική διάγνωση είναι η αδρή κλινική και ακτινογραφική εκτίμηση των κυριότερων επιπέδων της μέσης γραμμής και του επιπέδου της οδοντικής σύγκλεισης.

Η βελτίωση των απεικονιστικών μεθόδων έχει καταστήσει δυνατή τόσο την λεπτομερή απόδοση κάθε σημείου ή επιφάνειας του προσώπου, όσο και την τρισδιάστατη ανασύνθεση των κεφαλομετρικών δεδομένων με τρόπο που να διευκολύνει σημαντικά την μελέτη κάθε περίπτωσης. Έτσι δεν νοείται σήμερα να προβαίνουμε σε οποιαδήποτε θεραπευτική ενέργεια χωρίς την διενέργεια αξονικής και τρισδιάστατης αξονικής των ασθενών της κατηγορίας αυτής.

Εικ. 1. Αγόρι 5 ετών με ιστορικό ατελώς θεραπευθέντος κατάγματος κονδύλου Α. Ασυμμετρία προσώπου και αδυναμία πλήρους διάνοιξης του στόματος με εκτροπή προς την πάσχουσα πλευρά. Β. Η οδοντική σύγκλειση του ασθενή Γ. Πανοραμική ακτινογραφία

Εικ. 2. Διαταραχή της ανατομικής της κροταφογναθικής άρθρωσης Αρ. όπως απεικονίζεται σε τομή αξονικής τομογραφίας (Α) και σε τρισδιάστατη ανασύνθεση (Β). Μακροσκοπική εικόνα του εκτομηθέντος υπέρπλαστου οστού από την περιοχή της αγκύλωσης (Γ).

Η κατάστρωση του σχεδίου πρέπει να λάβει υπόψη το ιατρικό ιστορικό του ασθενή, την ηλικία του, τις κεφαλομετρικές του παραμέτρους και την οδοντική κατάστασή του, ώστε το δύσκολο εγχείρημα της αποκατάστασης της ασυμμετρίας να έχει αίσιο τέλος με τις κατά το δυνατόν λιγότερες επεμβάσεις και επιπλοκές.

Η αντιμετώπιση των σκελετικών ανωμαλιών του σπλαγχνικού κρανίου για τις οποίες απαιτείται οστεοτομία, μετακίνηση των οστικών κολοβωμάτων και ακινητοποίησή τους στις διορθωμένες και προεπιλεγμένες θέσεις, απέκτησε τεράστια απήχηση από την επινόηση της οβελιαίας οστεοτομίας των κλάδων της κάτω γνάθου από τα μέσα της δεκαετίας 1950-60 (Obwegeser 1955). Βέβαια η συγκράτηση των οστικών κολοβωμάτων πραγματοποιούνταν με συρμάτινες οστεοραφές παράλληλα με μακροχρόνια διαγναθική ακινητοποίηση. Ακολούθησε η εξέλιξη με τη χρήση μικροπλακών οστεοσύνθεσης που προτάθηκε για την αντιμετώπιση καταγμάτων (Champy et al 1976) και στη συνέχεια εφαρμόστηκε με μεγάλη επιτυχία στις ορθογναθικές επεμβάσεις (Stoelinga & Leenen 1992, Ιατρού και συν 1999) μειώνοντας ή και καταργώντας τον χρόνο διαγναθικής ακινητοποίησης. Η επάρκεια της μεθόδου έχει επιβεβαιωθεί από μακρού (Norholt et al 2004).

Ακόμα νέα ώθηση κυρίως σε συνδρομικούς ασθενείς με σκελετικές ανωμαλίες έδωσε η εφαρμογή της διατατικής οστεογένεσης. Η μέθοδος έχει απόλυτη ένδειξη ιδίως σε βρέφη και νήπια και έχει εφαρμοστεί με μεγάλη επιτυχία σε ιδιαίτερα βαριές περιπτώσεις για την χειρουργική διόρθωση ασυμμετρίας και κάτω υπογναθισμού (Iatrou et al 2010).

Εικ. 3. Α. Μετεγχειρητικό αποτέλεσμα 6 μήνες μετά την επέμβαση. Β. Λειτουργική θεραπεία με εναλλασσόμενους συγκλεισιακούς νάρθη- κες. Φυσιολογική διάνοιξη του στόματος, αποκατάσταση ασυμμετρίας.

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας δημοσίευσης είναι κυρίως ενημερωτικός. Παράλληλα επιχειρείται κατάθεση πρότασης ενός συνοπτικού πρωτοκόλλου ταξινόμησης και θεραπευτικής προσέγγισης των ασυμμετριών του προσώπου, με βάση την κτηθείσα εμπειρία 40 ετών.

Ταξινόμηση - θεραπευτική προσέγγιση

Η ταξινόμηση των ασυμμετριών έχει κυρίως διδακτικό χαρακτήρα λόγω της μεγάλης ποικιλίας μορφών με τις οποίες παρουσιάζονται. Γενικά πάντως η παρέκκλιση από τις μέσες κεφαλομετρικές τιμές αποστάσεων και γωνιών του προσώπου αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη, ώστε να τεθεί η διάγνωση της ασυμμετρίας. Ειδικά για τις ασυμμετρίες των γνάθων προτείνονται 4 μεγάλες κατηγορίες: ασυμμετρίες που οφείλονται σε τραύμα, σε φλεγμονές, είναι συγγενείς ή αποτελούν μέρος συνδρόμων.

1. Τραύμα

Σε κατάγματα του κονδύλου της κάτω γνάθου, που δεν αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα και με ορθό τρόπο, μπορεί να αναπτυχθεί άλλοτε άλλου βαθμού αγκύλωση στην οποία εκτός από τον περιορισμό της κινητικότητας της κροταφογναθικής άρθρωσης, παρουσιάζεται και ασυμμετρία του προσώπου. ***(Εικ. 1)***

Η κατάσταση αυτή πρέπει να μελετάται λεπτομερειακά με αξονική τομογραφία ***(Εικ. 2Α, 2Β).*** Η ασυμμετρία αυτή μπορεί να αντιμετωπισθεί παράλληλα με την αγκύλωση με χειρουργική επέμβαση. Αυτή περιλαμβάνει εκτομή και αναδιαμόρφωση της περιοχής της αγκύλωσης, για την απελευθέρωση της άρθρωσης ***(Εικ.2Γ).***

Η αποφυγή της υποτροπής εξασφαλίζεται από τη χρήση κρημνού από την κροταφική περιτονία που παρεμβάλλεται μεταξύ του νεοδιαμορφωθέντος κονδύλου και της επίσης νεοδιαμορφωθείσας κροταφικής γλήνης. Η ολοκλήρωση της θεραπείας περιλαμβάνει έντονη κινησιοθεραπεία και ορθοδοντική καθοδήγηση με εναλλαγή συγκλεισιακών ναρθήκων (***Εικ. 3Α, 3Β, 4).***

Εικ. 4. Το βελτιωμένο αποτέλεσμα 3 χρόνια μετά (Ορθοδοντικός: Καθηγητής Α. Αθανασίου).

kuraray

Noritake

DENTAL BONDING AGENT

CLEARFIL™ Universal Bond

Selective-Etch

Self-Etch

Total-Etch

Το ένα και μοναδικό

ΕΝΑ ΜΠΟΥΚΑΛΙ

250

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Καθολική χρήση. Εύκολο. Αξιόπιστο

Μία μόνο σταγόνα συγκολλά

Άμεση εφαρμογή

Κατασκευή κολοβώματος

Έμμεση εφαρμογή

Επιδιόρθωση

ΜΕ 1 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ, ΔΩΡΟ 2 ΡΗΤΙΝΕΣ

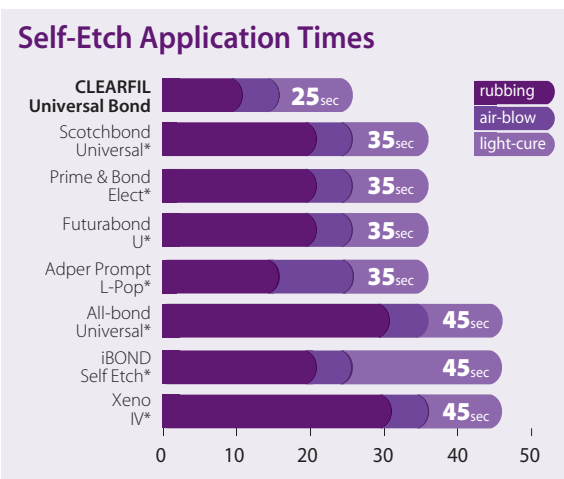
ΕΚΠΤΩΣΗ ΕΩΣ 97%

Με αγορά 1 συγκολλητικού παράγοντα Clearfil™ Universal Bond
δώρο 2 ρητίνες δικής σας επιλογής ES-2 Classic αξίας 81,00€
ή Clearfil Majesty Esthetic αξίας 76,00€
ή Flow αξίας 70,00€ ή Posterior αξίας 83,20€

ΜΕ 1 ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ + 3 ΡΗΤΙΝΕΣ ΑΓΟΡΑ, ΔΩΡΟ 3 ΡΗΤΙΝΕΣ

ΕΚΠΤΩΣΗ ΕΩΣ 59%

Με αγορά 1 συγκολλητικού παράγοντα Clearfil™ Universal Bond
και 3 ρητινών δώρο 3 ρητίνες δικής σας επιλογής
ES-2 Classic αξίας 121,50€
ή Clearfil Majesty Esthetic αξίας 114,00€
ή Flow αξίας 105,00€ ή Posterior αξίας 124,80€



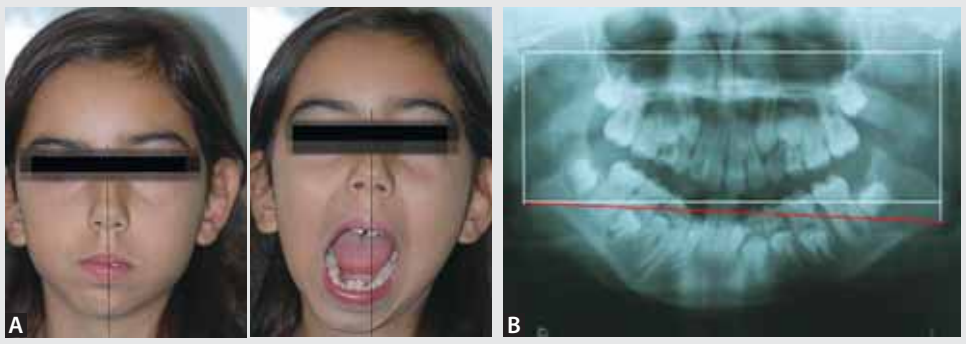
*Not a trademark of Kuraray Co., Ltd
Data shown based on IFU of each manufacturer.

8 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ CLEARFIL™ UNIVERSAL BOND

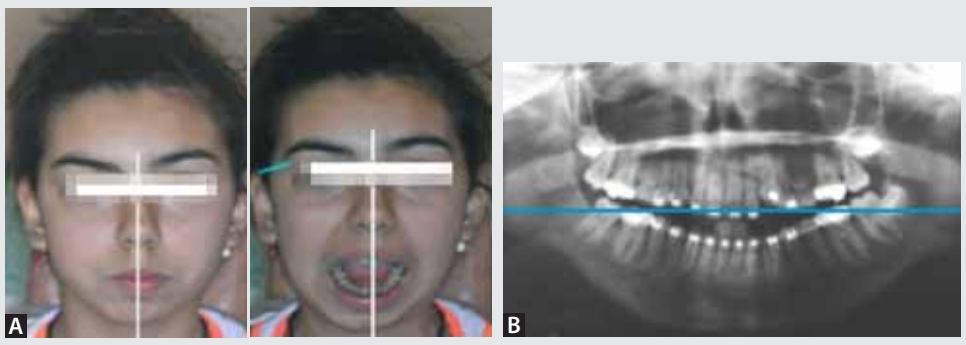
1. **Καθολική χρήση:** μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ολική αδροποίηση, αυτό-αδροποίηση ή και επιλεκτική αδροποίηση.
2. Περιέχει την **αυθεντική MDP** σύνθεση για ιδανική συγκόλληση.
3. **Δεν χρειάζεται** επιπλέον εφαρμογή ενεργοποιητή συγκόλλησης (primer ή activator) όταν χρησιμοποιείται με το Clearfil DC Core Plus ή με το Panavia SA Cement.
4. **Συγκολλάται** με ζιρκόνια, μέταλλα και κεραμικά πυριτικού ασβεστίου συμπεριλαμβανομένου του διπυριτικού λιθίου.
5. **Λειτουργεί σε υγρή και στεγνή** οδοντίνη στην τεχνική της ολικής αδροποίησης.
6. **Έχει σύντομο χρόνο** εφαρμογής στις τεχνικές αυτο-αδροποίησης και ολικής αδροποίησης.
7. Μπορεί να συγκολληθεί με οποιοδήποτε υλικό υδατοδιαλυτό/λιποδιαλυτό ενεργοποιητών συγκόλλησης, **δε χρειάζεται ξεχωριστό παράγοντα σιλανοποίησης.** Αυτό το καθιστά ιδανικό υλικό για ενδοστοματικές επιδιορθώσεις σε κατάγματα προσθετικών αποκαταστάσεων.
8. Μπορεί να αναμιχθεί με Clearfil DC Activator προκειμένου να γίνει **διπλού πολυμερισμού** συγκόλληση, συνεπώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί με κάθε αυτοπολυμεριζόμενη ή και διπλού πολυμερισμού ρητινώδη κονία ή άλλο υλικό κατασκευής κολοβωμάτων **της αγοράς με στόχο της ενίσχυση συγκόλλησης.**

Ιωάννης Τσαπράζης ΑΕ

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ-ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΑ
Μιχαλακοπούλου 157, Γουδή 115 27, Τηλ.: 210 7716.416, 210 7751.000, Fax: 210 7711.100,
e-mail: info@tsaprazis.gr, www.tsaprazis.gr



Εικ. 5. Κλινική εικόνα και πανοραμική ακτινογραφία κοριτσιού 8 ετών με νεανική ρευματοειδή αρθρίτιδα που προσέβαλε την Δ κροταφογναθική άρθρωση με αποτέλεσμα βράχυνση του σύστοιχου κλάδου της κάτω γνάθου και ασυμμετρία κυρίως κατά την πλήρη διάνοιξη του στόματος. Α. Κλινική εικόνα Β. Πανοραμική ακτινογραφία



Εικ. 6. Η ασθενής της εικ. 5, με βελτιωμένη εμφάνιση 4 χρόνια μετά την επέμβαση διατατικού εφελκυσμού, ορθοδοντική και αντιρευματική αγωγή. Α. Κλινική εικόνα Β. Πανοραμική ακτινογραφία

2. Φλεγμονές

Στις φλεγμονώδους αιτιολογίας ασυμμετρίες ανήκουν εκείνες που οφείλονται στην παρουσία σπανίων συνδρόμων, όπως το Σ. Parry – Romberg, που οφείλεται σε αυτοάνοσους μηχανισμούς και προσβάλλει εξίσου οστά και μαλακά μόρια της μιας πλευράς του προσώπου ή πιο συχνά σε ρευματοειδή αρθρίτιδα που προσβάλλει το 1% του πληθυσμού.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια συστηματική νόσος που προσβάλλει σειρά ιστών και οργάνων, κυρίως όμως τις πιο εύκαμπτες και δραστήριες αρθρώσεις. Πρόκειται για αυτοάνοσο νόσημα που προκαλεί υπερπλασία των συνοβιακών κυττάρων, υπερέκκριση συνοβιακού υγρού και παθολογική ανάπτυξη αντιδραστικού ινώδους ιστού. Στην κροταφογναθική άρθρωση προκαλεί καταστροφή του διάρθριου δίσκου, αγκύλωση και ως επακόλουθο ασυμμετρία των γνάθων ***(Εικ. 5).***

Η συνιστώμενη αγωγή έχει κυρίως σχέση με την συμπτωματολογία της νόσου. Η συντηρητική θεραπεία με φάρμακα περιλαμβάνει παυσίπονα, αντιφλεγμονώδη, αντιρευματικά και ήπια χημειοθεραπευτικά. Επεμβατικά αν η άρθρωση δυσλειτουργεί, τελείται ενδοσκοπική λύση των συμφύσεων και σε περίπτωση μη ανταπόκρισης τελείται ολική αρθροπλαστική. Εφόσον η άρθρωση λειτουργεί προτιμώνται εξωαρθρικές λύσεις, όπως είναι οι διορθωτικές οστεοτομίες ή διατατική οστεογένεση στα παιδιά ***(Εικ. 6).***

3. Συγγενείς σκελετικές ανωμαλίες

Αυτές διακρίνονται σε ασυμμετρίες κατά το προσθιοπίσθιο, το οριζόντιο και το κατακόρυφο επίπεδο. Οι ασθενείς αυτής της κατηγορίας αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο με τις κλασικές επεμβάσεις της Ορθογναθικής Χειρουργικής.

3α. Ασυμμετρίες κατά το προσθιοπίσθιο επίπεδο

Οι ασυμμετρίες αυτές προκύπτουν από ανατομικές σκελετικές παρεκκλίσεις, που αφορούν στο γένειο, την κάτω γνάθο, την άνω γνάθο ή σε συνδυασμό των παραπάνω. Στο γένειο τελούνται επεμβάσεις μείωσης σε περιπτώσεις μακρο- ή μεγαλογενείας και αύξησης σε περιπτώσεις οπισθο- ή μικρογενείας. Οι επεμβάσεις αυτές ανάλογα με τα δεδομένα συνδυάζονται με προώθηση ή οπισθολίσθηση του γενείου ***(Εικ. 7,8,9).***

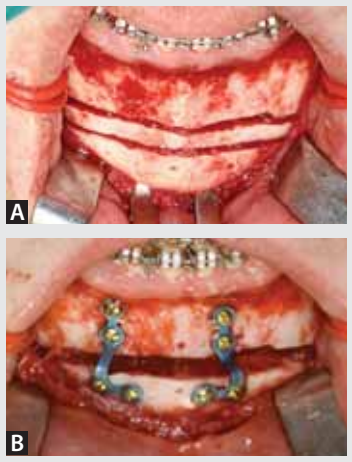
Στις περιπτώσεις προ - ή υπογναθισμού της κάτω γνάθου η συνηθέστερη επέμβαση είναι της οβελιαίας οστεοτομίας κλάδων ***(Εικ. 10).*** Σημαντική θέση στην επιλογή των οστεοτομιών αυτών κατέχει η δυνατότητα ενδοστοματικής τέλεσης τους και η αποφυγή τρώσης ριζών και ακρορριζίων των κάτω δοντιών και του κάτω φατνιακού νεύρου.

Η οβελιαία οστεοτομία των κλάδων κάτω γνάθου περιγράφηκε από τον Καθηγητή του Πανεπιστημίου της Ζυρίχης Hugo Obwegeser και έφερε πραγματική επανάσταση στην διόρθωση του κάτω προγναθισμού και του υπογναθισμού. Η καθιέρωσή της άνοιξε τον δρόμο για την καταξίωση της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ως μιας ξεχωριστής ειδικότητας. Βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου είναι ότι πραγματοποιείται ενδοστοματικά και παράλληλα δεν διακυβεύεται η ακεραιότητα του αγγειονευρώδους δεματίου του κάτω φατνιακού ενώ παράλληλα αποφεύγεται η τρώση δοντιών και ακρορριζίων. Στην Ελλάδα εκλαΐκευσε την επέμβαση ο Καθηγητής Χρ. Μάρτης (1984).

Η επέμβαση αυτή τελείται υπό γενική αναισθησία με ρινοτραχειακή διασωλήνωση. Καλύτερη ηλικία είναι πάνω από το 16ο έτος για τα κορίτσια και πάνω από το 18ο για τα αγόρια, ώστε να έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη του σκελετού στο μεγαλύτερο βαθμό.

Συνιστάται να έχει προηγηθεί η αφαίρεση των κάτω σωφρονιστήρων, επειδή η γραμμή της οστεοτομίας διέρχεται από την περιοχή και τυχόν παραμονή τους δυσχεραίνει την ασφαλή πραγματοποίηση της. Η τομή για την προσπέλαση στην περιοχή της οστεοτομίας αρχίζει από τον βλεννογόνο αντίστοιχα με το πρόσθιο χείλος του κλάδου της κάτω γνάθου μέχρι την άπω επιφάνεια του δευτέρου κάτω γομφίου και προχωρά παρειακά μέχρι την εγγύς επιφάνεια του 1ου γομφίου περιλαμβάνοντας το περιόστεο. Η αποκόλληση του βλεννογονοπεριοστέου γίνεται τόσο παρειακά όσο και γλωσσικά του κλάδου με διαφύλαξη της γλωσσίδας, ενώ κεφαλικά προχωρά στην κατάφυση του κροταφίτη μυ στην κορωνοειδή απόφυση της κάτω γνάθου. Η αποκόλληση ολοκληρώνεται παρειακά στο κάτω χείλος της κάτω γνάθου.

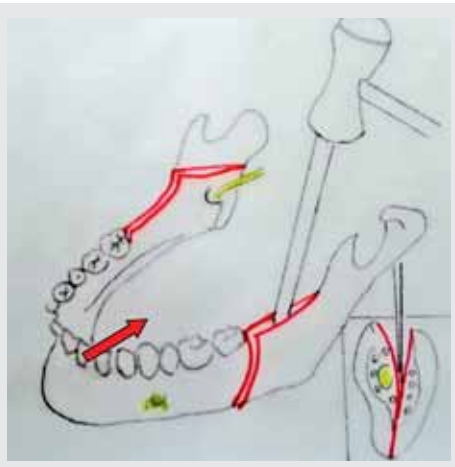
Η οστεοτομία αρχίζει σε ένα οριζόντιο επίπεδο γλωσσικά του κλάδου στην μέση της απόστασης γλωσσίδας και αυχένα του κονδύλου. Περιλαμβάνει φλοιό και μυελό πάντοτε με προστασία του αγγειονευρώδους δεματίου του κάτω φατνιακού καθώς εισέρχεται στην γλωσσίδα και των μαλακών μορίων. Στη συνέχεια κατευθύνεται προς τα κάτω λίγο μέσα από το πρόσθιο χείλος του κλάδου και προχωρά στην έξω λοξή γραμμή φθάνοντας στο κάτω χείλος της κάτω γνάθου, με το τελικό τμήμα της να διατρέχει κάθετα το φλοιώδες τμήμα του σώματος της κάτω γνάθου στην περιοχή του 1ου ή 2ου γομφίου ***(Εικ.11).***



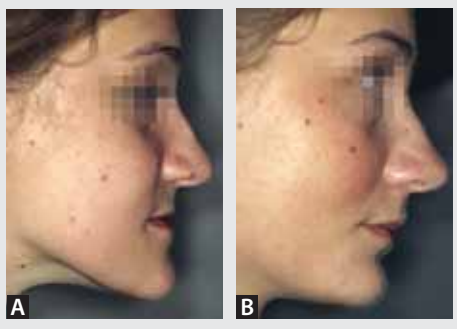
Εικ. 7. Μειωτική συνδυασμένη με προωθητική γενειοπλαστική σε κορίτσι 18 ετών. Α. οι παράλληλες γραμμές της οστεοτομίας, που αναλογούν στην περιοχή του προς αφαίρεση οστού. Β. Μετακίνηση του κατώτερου τμήματος του γενείου και οστεοσύνθεση με μικροπλάκες τιτανίου.

Εικ. 8. Θήλυ 32 ετών με υπογενειϊσμό. Α. Προεγχειρητική εικόνα Β. Μετεγχειρητικό αποτέλεσμα μετά την προωθητική γενειοπλαστική (Ορθοδοντικός: Π. Καρβελάς).

Τελικός στόχος είναι να διασχισθεί και αποκοπεί η γνάθος σε κονδυλικό και οδοντοφόρο τμήμα, έτσι ώστε να μην θίγεται η λειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης. Καθώς η διαδικασία επαναλαμβάνεται στην άλλη πλευρά, καταλήγουμε σε ένα πρόσθιο οδοντοφόρο τμήμα, που βέβαια περιέχει ακέραιο το αγγειονευρώδες δεμάτιο του κάτω φατνιακού και δύο κονδυλικά. Ακολουθεί η μετακίνηση του πρόσθιου τμήματος προς τα πίσω εφόσον πρόκειται να διορθωθεί κάτω προγναθισμός ***(Εικ. 12)*** με οστεκτομή φλοιώδους τμήματος από το κονδυλικό κολόβωμα στην περιοχή του σώματος και προς τα εμπρός στις περιπτώσεις υπογναθισμού. Ακολουθεί οστεοσύνθεση με μικρές πλάκες και βίδες τιτανίου, που βοήθησε στην ελάττωση ή και απάλειψη του χρόνου διαγναθικής ακινητοποίησης και μείωσε σημαντικά τις επιπλοκές (Ιατρού και συν 1999, ***Εικ.13***).



Εικ. 10. Ιχνογράφημα με το επίπεδο της οστεοτομίας των κλάδων της κάτω γνάθου. Στο παρένθετο σχήμα διακρίνεται η ορθή τοποθέτηση της σμίλης προς αποφυγή του κάτω φατνιακού αγγειονευρώδους δεματίου. Το βέλος δείχνει την κίνηση που ακολουθεί το οδοντοφόρο τμήμα της κάτω γνάθου μετά την οστεοτομία για την διόρθωση του κάτω προγναθισμού.



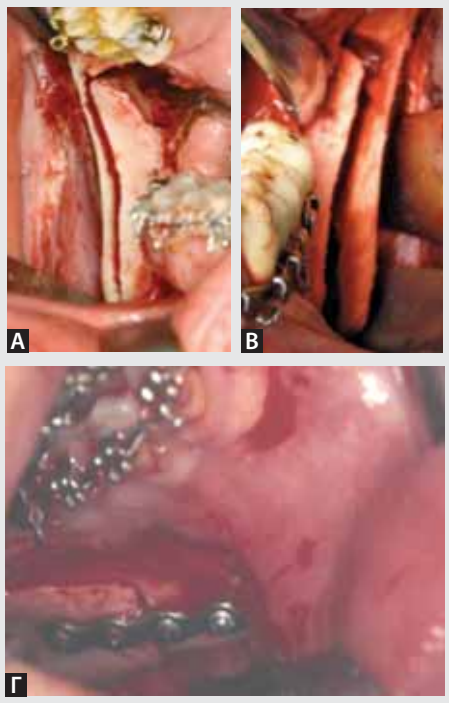
Εικ. 12. Θήλυ 32 ετών με υπογενειϊσμό. Α. Προεγχειρητική εικόνα Β. Μετεγχειρητικό αποτέλεσμα μετά την προωθητική γενειοπλαστική.

Εικ. 9. Α. Κεφαλομετρικές και Β. διεγχειρητικές εικόνες της ασθενούς της εικόνας 8.

Σήμερα θεωρείται απαράδεκτη οποιαδήποτε οστεοτομία γνάθων που τελείται για ορθογναθικούς λόγους χωρίς προηγούμενη ορθοδοντική θεραπεία. Αυτή εξασφαλίζει την καλύτερη δυνατή συγκλεισιακή σχέση των δοντιών. Συνιστάται η χρήση συγκλεισιακών ναρθήκων και διαγναθικών έλξεων με καθοδηγητικούς ελαστικούς δακτυλίους για 15 ημέρες κατά τις οποίες ο ασθενής τρέφεται με υδαρείς τροφές.

Η μετεγχειρητική ορθοδοντική για σταθεροποίηση του αποτελέσματος διαρκεί 6 περίπου μήνες.

Στις συνδυασμένες καταστάσεις όπου συνυπάρχει άνω υπογναθισμός με κάτω προγναθισμό, η επέμβαση μπορεί να συνδυασθεί συχνό-



Εικ. 11. Α. Διεγχειρητικές εικόνες του οριζόντιου και κάθετου σκέλους της οβελιαίας οστεοτομίας της κάτω γνάθου Δεξιά Β. Αριστερή πλευρά Γ. Διεγχειρητική εικόνα της οστεοσύνθεσης με μικροπλάκες τιτανίου στην περιοχή του σώματος της κάτω γνάθου (Ορθοδοντικός: Μ. Καλλίρη).

IPS e.max®

"ΕΠΕΙΔΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ"

ΤΟ ΟΛΟΚΕΡΑΜΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Όλο και περισσότεροι οδοντίατροι και οδοντοτεχνικά εργαστήρια βασίζονται τεχνικά στο IPS e.max, το κλινικά τεκμηριωμένο ολοκεραμικό σύστημα, το οποίο προσφέρει υψηλή αισθητική και αξιόπιστη αντοχή. 75 εκατομμύρια τοποθετημένες αποκαταστάσεις το πιστοποιούν. Για στεφάνες, ένθετα, επένθετα, λεπτές όψεις και στηρίγματα για γέφυρες επιλέξτε αυτό που επιλέγει η πλειοψηφία των επαγγελματιών της οδοντιατρικής... **ΕΠΙΛΕΓΩ e.max!**

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς:
Ελλάδας:

Dental Vision ΕΠΕ
• Μιχαλακοπούλου 125 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
• Τσιμιακή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.dentalvision.gr

SADENT ΑΕΒΕ
• 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /
• Τετραπόλεως 4 / 115 27 Γουδή / τηλ: 210 77 77 608 /
• Ν. Τέλογλου 7 / 546 36 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 968 799 / www.sadent.com

Κύπρου:
dentalcon trading ltd.
• Λ. Λάρνακα 57, PO Box 27245 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

τερα με οστεοτομία της άνω γνάθου που γίνεται στο επίπεδο του οριζόντιου κατάγματος Lefort I ***(Εικ. 13,14,15).***

3β. Ασυμμετρίες κατά το οριζόντιο επίπεδο

Οι ασυμμετρίες κατά το οριζόντιο επίπεδο αποτελούν τις κατεξοχήν περιπτώσεις οι οποίες γίνονται αμέσως αντιληπτές από το περιβάλλον των ασθενών ακόμη και αν δεν είναι εξειδικευμένο. Απαιτείται μελέτη στην οποία το κύριο βάρος αφορά στην κατά μέτωπο κεφαλομετρική ανάλυση και στις τρισδιάστατες απεικονίσεις. Η θεραπευτική αντιμετώπιση τελείται με προεγχειρητική Ορθοδοντική ενώ ο χειρουργικός προγραμματισμός αφορά σε αμφιγναθικές επεμβάσεις.

Γενικά οι ασυμμετρίες και πολύ περισσότερο αυτές του οριζοντίου επιπέδου αποτελούν ένα από τα δυσκολότερα κεφάλαια της ΣΓΠΧ. Ο στόχος είναι διπλός και αφορά όχι μόνον στην βελτίωση της εξωτερικής εμφάνισης του ασθενή, αλλά και την αποκατάσταση του επιπέδου της οδοντικής σύγκλεισης. Στις περιπτώσεις αυτές η Lefort I οστεοτομία τελείται με τρόπο που ουσιαστικά να αφαιρείται ένα τριγωνικό τμήμα οστού της άνω γνάθου. Στη συνέχεια το οδοντοφόρο τμήμα της άνω γνάθου στρέφεται ώστε να επιτευχθεί η «οριζοντίωση» του μασητικού επιπέδου. Η τελική θέση προσδιορίζεται από τον προκατασκευασμένο ενδιάμεσο καθοδηγητικό συγκλεισιακό νάρθηκα. Η άνω γνάθος ακινητοποιείται με πλάκες και βίδες τιτανίου, ελέγχεται η ορθή της θέση και αφαιρείται ο νάρθηκας. Ακολουθεί η οβελιαία οστεοτομία των κλάδων της κάτω γνάθου και το οδοντοφόρο τμήμα της στρέφεται, ούτως ώστε ο κάτω οδοντικός φραγμός να συναντήσει και να προσαρμοστεί με τον άνω ***(Εικ. 16).***

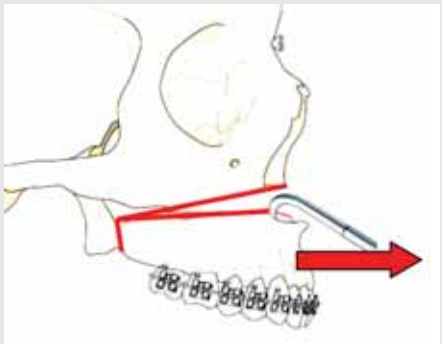
Σε περιπτώσεις ασυμμετρίας συνδυασμένης με άνω στενογναθία και σταυροειδή σύγκλειση απαιτείται μια άλλη προσέγγιση. Η διαδικασία πραγματοποιείται σε δυο εγχειρητικούς χρόνους. Όσον αφορά την άνω γνάθο εφαρμόζεται η μέθοδος της ταχείας διεύρυνσής της. Αυτή διευκολύνει σε μεγάλο βαθμό τους συναδέλφους Ορθοδοντικούς για την διευθέτηση των συνωστισμένων δοντιών και την ευθυγράμμισή τους. Ακολουθεί σε δεύτερο χρόνο η οβελιαία οστεοτομία κλάδων της κάτω γνάθου ***(Εικ. 17).***

4. Ασυμμετρίες σε σύνδρομα

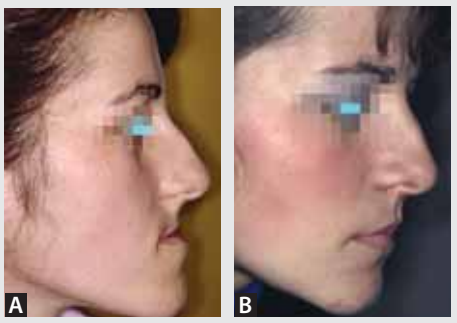
Οι παραπάνω επεμβάσεις δεν μπορεί να πραγματοποιηθούν σε μικρούς ασθενείς. Αυτό οφείλεται σε δυο κυρίως λόγους: Στην ύπαρξη των οδοντικών σπερμάτων στην γνάθο και στο γεγονός ότι οι τελούμενες μετακινήσεις των οστικών κολοβωμάτων δεν είναι συμβατές με τις μικρές γνάθους των παιδιών.

Η διατατική οστεογένεση είναι μία ιδιοφυής τεχνική κατά την οποία η τέλεση της οστεοτομίας δεν ακολουθείται από άμεση αλλά από σταδιακή μετακίνηση του οστεοτομηθέντος οστού. Το πλεονέκτημα της μεθόδου έγκειται στο ότι δίνει τη δυνατότητα επιμήκυνσης των οστών με συνακόλουθη επιμήκυνση των μαλακών μορίων χωρίς να διαταράσσεται η τελική επίτευξη οστικής επούλωσης. Η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τον Ρώσο Ορθοπεδικό Ilizarov πειραματικά (Ilizarov et al 1969) και σε ανθρώπους (Ilizarov et al 1980) για αποκατάσταση ελλειμμάτων και επιμήκυνση μακρών οστών. Στην κάτω γνάθο πραγματοποιήθηκε με ενδοστοματική συσκευή (Diner et al 1996), καθώς και σε παιδιά με ημιπροσωπική μικροσωμία (Iatrou and Christopoulos 2004) και σε βαριές περιπτώσεις ακολουθίας Pierre Robin (Iatrou et al 2010).

Η διαδικασία αυτή έχει ένδειξη στις μικρές ηλικίες και σε βαριές περιπτώσεις, όπου δεν θέλουμε να θέσουμε σε κίνδυνο οδοντικά σπέρματα και το αγγειονευρώδες δεμάτιο του κάτω φατνιακού.



Εικ. 13. Ιχνογράφημα με το επίπεδο της οστεοτομίας της άνω γνάθου τύπου Lefort I. Πραγματοποιείται σε οριζόντιο επίπεδο υπερακρορριζικά και ολοκληρώνεται με διάσχιση της πτερυγογναθιαίας αύλακας. Το βέλος δείχνει την κίνηση που ακολουθεί το οδοντοφόρο τμήμα της κάτω γνάθου μετά την οστεοτομία.

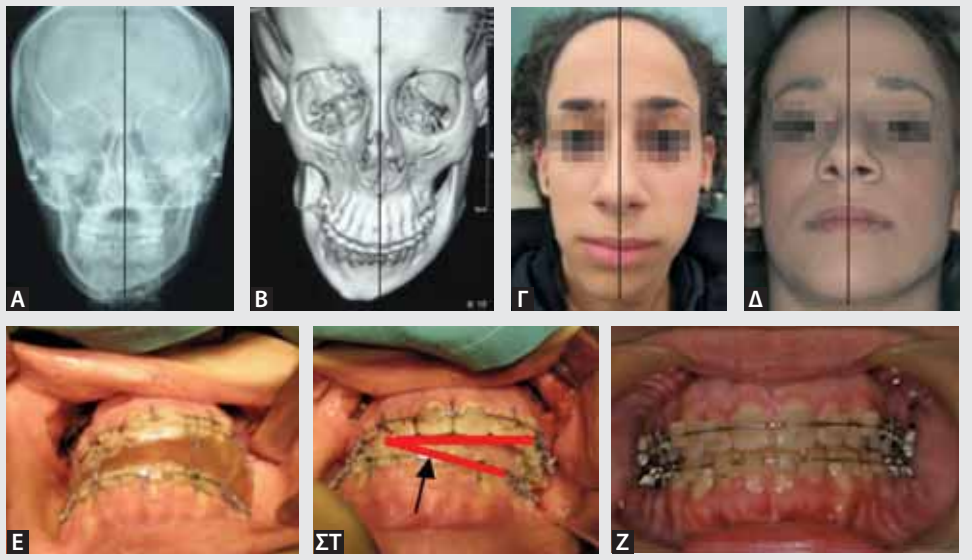


Εικ. 14. Α. Προεγχειρητική εικόνα νέας 17 ετών με κάτω προγναθισμό και άνω υπογναθισμό. Β. Μετεγχειρητική εικόνα μετά την διόρθωση με συνδυασμό προωθητικής Lefort I οστεοτομίας άνω γνάθου και οβελιαίας οστεοτομίας της κάτω γνάθου (Ορθοδοντικός: Ν. Χαραλαμπάκης).

Εικ. 15. Α. Προ - και Β. Μετεγχειρητική ακτινογραφική εικόνα της ασθενούς της προηγούμενης εικόνας. Στην δεξιά ακτινογραφία διακρίνεται το υλικό οστεοσύνθεσης που συγκρατεί τα οστικά κολοβώματα που έχουν μετακινηθεί στις νέες προκαθορισμένες θέσεις.

Απαιτείται γενική αναισθησία. Η προσπέλαση μπορεί να είναι ενδοστοματική, αντίστοιχη με αυτήν της οβελιαίας οστεοτομίας της κάτω γνάθου. Η οστεοτομία αφορά αρχικά μόνον τον φλοιό της γνάθου στην περιοχή της γωνίας. Πριν ολοκληρωθεί τοποθετείται η διατατική συσκευή στην παρειακή επιφάνεια της γωνίας με φορά ανάλογη με το επιθυμητό άνυσμα της διάτασης. Η συσκευή μοιάζει με μικρή πλάκα οστεοσύνθεσης, διαθέτει όμως στυλεό με ελίκωση και στέλεχος, που χρησιμεύει για την επίτευξη της ποθούμενης διεύρυνσης. Η συσκευή στη συνέχεια αφαιρείται, ολοκληρώνεται η οστεοτομία με προσοχή να μην θιγεί το αγγειονευρώδες δεμάτιο του κάτω φατνιακού, επανατοποθετείται στα προϋπάρχοντα φρεάτια δοκιμάζεται για το αν λειτουργεί σωστά και το τραύμα συρράπτεται.

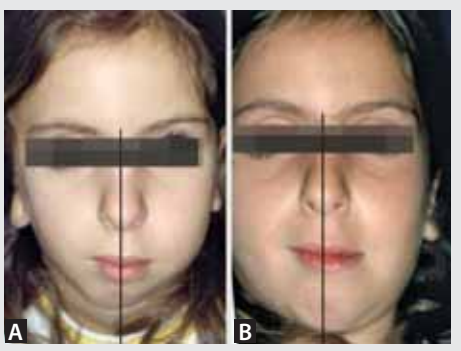
Η επέμβαση πραγματοποιείται ετερόπλευρα αν πρόκειται να διορθωθεί ημιπροσωπική μικροσωμία ***(Εικ. 18Α, 18Β,19)*** ή αμφίπλευρα σε έντονο υπογναθισμό ***(Εικ. 20)***. Έναρξη της διατατικής διαδικασίας πραγματοποιείται την 4η μετεγχειρητική ημέρα. Πραγματοποιείται διεύρυνση 1mm την ημέρα έτσι ώστε σε 20-30 ημέρες να αποκτηθούν 2cm οστού. Μετά από 4 εβδομάδες, που χρειάζονται για σταθεροποίηση του αποτελέσματος ή συσκευή αφαιρείται εκ νέου υπό γενική αναισθησία με μονοήμερη παραμονή του παιδιού στο Νοσοκομείο.



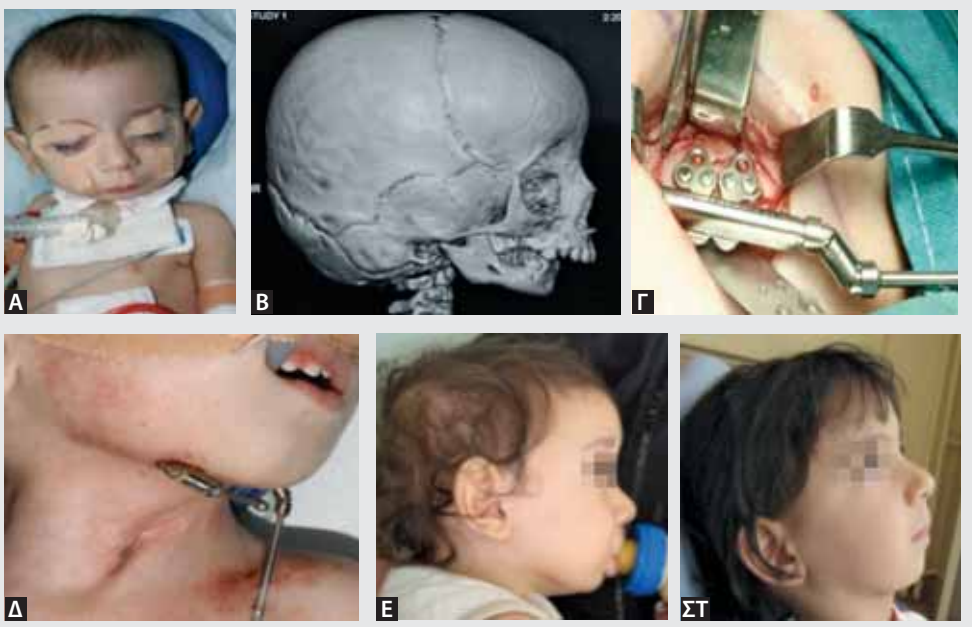
Εικ. 16. Νέα 16 ετών με ασυμμετρία Α. Προεγχειρητική κατά μέτωπο ακτινογραφική εικόνα. Β. Τρισδιάστατη αξονική εικόνα με σημειωμένο το τριγωνικό προς αφαίρεση τμήμα της άνω γνάθου. Γ. Προ - και μετεγχειρητική κλινική της εικόνα. Στην κάτω σειρά διακρίνονται διεγχειρητικές εικόνες αμέσως μετά την οστεοτομία της άνω γνάθου και την τοποθέτηση του ενδιάμεσου νάρθηκα, καθώς και η τελική σύγκλειση της ασθενούς μετά την ολοκλήρωση της οβελιαίας οστεοτομίας και της στροφής του οδοντοφόρου τμήματος της κάτω γνάθου (Ορθοδοντικός: Καθηγητής Α. Αθανασίου).

Εικ. 17. Νέα 24 ετών με ασυμμετρία προσώπου, σταυροειδή σύγκλειση και συνωστισμό δοντιών. Α σειρά. Προ - και μετεγχειρητικές κλινικές εικόνες. Β σειρά. Κλινικές εικόνες από τα στάδια της διεύρυνσης της άνω γνάθου. α. η οστεοτομία β. η διεύρυνση γ. η ευθυγράμμιση (Ορθοδοντικός: Δ. Καρδαρά).

Εικ. 18. Α. Οστεοτομία γωνίας με ακέραιο το αγγειονευρώδες δεμάτιο του κάτω φατνιακού. Β. Τοποθέτηση της διατατικής συσκευής.



Εικ. 19. Κορίτσι 8 ετών με ημιπροσωπική μικροσωμία (σύνδρομο Goldenhar) πριν και μετά την διατατική διαδικασία. Παρατηρείται σαφής βελτίωση της θέσης της μέσης γραμμής.



Εικ. 20. Αγόρι 5 μηνών με βαριάς μορφής οπισθογναθισμό στα πλαίσια συνδρόμου Pierre Robin, που προκάλεσε επικίνδυνη άπνοια ύπνου (ανάγκη τραχειοστομίας) και αδυναμία σίτισης (ανάγκη γαστροστομίας). Η εφαρμογή διατατικού εφελκυσμού αύξησε την κάτω γνάθο κατά 2cm σε 20 ημέρες και τον απάλλαξε τόσο από το τραχειόστομα όσο και από την γαστροστομία.

TePe®
Φροντίζουμε για υγιή χαμόγελα

TePe Οδοντόβουρτσες

σουηδική ποιότητα σε εξαιρετικές τιμές

TePe Supreme™

Καινοτομία στο σχεδιασμό της με δυο διαφορετικά επίπεδα ινών.

TePe Nova

Με ειδικό άκρο για να μπορεί να φτάνει σε περιοχές με δύσκολη πρόσβαση. x-soft, soft, medium

TePe Select™

Σε πολλά χρώματα.
x-soft, soft, medium

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

TePe Graphic™

Οδοντόβουρτσες Select με παραστάσεις για εφήβους.
soft

TePe Zoo™ / Mini™

Παιδικές οδοντόβουρτσες Select Compact.
Zoo: soft / Mini: x-soft

Ειδικές Οδοντ/τσες

Για άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες στοματικής φροντίδας.

Οδοντ/τσες με τύπωμα

Λογότυπα και μηνύματα μπορούν να τυπωθούν στις οδοντ/τσες Select και Select Compact.

Made in Sweden

PlacControl®
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

ΤΗΛ. **800 11 75222** (ΧΩΡΙΣ ΧΡΕΩΣΗ ΑΠΟ ΣΤΑΘΕΡΟ)
plac@otenet.gr www.placcontrol.gr

Συμπεράσματα

Οι σκελετικές διαταραχές του προσώπου αποτελούν ένα δύσκολο και δυσεπίλυτο πρόβλημα της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Μια μεγάλη σειρά επεμβάσεων τόσο στην κροταφογναθική άρθρωση όσο και μια μεγάλη ποικιλία οστεοτομιών που συνοψίζονται στον όρο Ορθογναθική Χειρουργική όταν εφαρμοσθούν με ακρίβεια, μπορούν να δώσουν ικανοποιητικά αποτελέσματα. Ειδικά η τελευταία είναι μια θεραπευτική μέθοδος, που εφαρμόζεται με ασφάλεια μετά την ολοκλήρωση της ανάπτυξης σε άτομα με σκελετικές ασυμμετρίες. Μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την αισθητική των ατόμων με δυσμορφίες και την λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Τα άτομα της κατηγορίας αυτής παρακολουθούνται από ΣΓΠΧ και τους Ορθοδοντικούς.

Επίσης η διατατική οστεογένεση είναι μια σύγχρονη θεραπευτική μέθοδος ελκυσμού και αύξησης του οστού, που έχει εφαρμογή και στις γνάθους. Η εφαρμογή της έχει ιδιαίτερη ένδειξη στις μικρές ηλικίες, όπου μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την αισθητική των παιδιών με δυσμορφίες και ασυμμετρίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να θεωρηθεί και ως επέμβαση σωστική της ζωής του παιδιού. Τα παιδιά της κατηγορίας αυτής παρακολουθούνται από ΣΓΠΧ και τους Ορθοδοντικούς. Αρκετά συχνά απαιτείται στην εφηβεία διορθωτική επέμβαση, είναι όμως αυτή μικρότερης βαρύτητας.

Αναγνώριση έργου-Ευχαριστίες

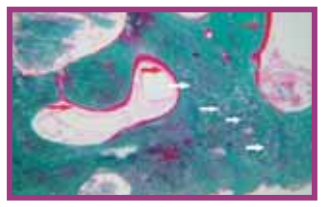
Όλες οι εικόνες αφορούν σε ασθενείς που χειρουργήθηκαν από τον υποφαινόμενο στα Νοσοκομεία ΓΠΝΑ «Ευαγγελισμός», ΓΝΑ Παίδων «Α.& Π. Κυριακού», «Ιατρικό Κέντρο Παλ. Φαλήρου» και «Ιασώ». Θερμές ευχαριστίες οφείλονται στους εκλεκτούς συνεργάτες μου Στοματικούς & Γναθοπροσωπικούς Χειρουργούς Επίκουρους Καθηγητές Ν. Θεολόγη-Λυγιδάκη, Φ. Τζέρμπο και Π. Χριστόπουλο, χωρίς την ενεργό συμμετοχή και βοήθειά των οποίων η πραγματοποίηση των επεμβάσεων αυτών δεν θα ήταν εφικτή. Επίσης πολύτιμη ήταν η συνεργασία των Ορθοδοντικών Καθηγητή Αθ. Αθανασίου, Επ. Καθηγητή Ν. Χαραλαμπάκη, Μ. Καλλίρη, Π. Καρβελά, Δ. Καρδαρά στις παρουσιαζόμενες περιπτώσεις, καθώς όπως προαναφέρθηκε σωστή Ορθογναθική Χειρουργική δεν νοείται χωρίς την κατάλληλη Ορθοδοντική προετοιμασία.

Βιβλιογραφία

1. Champy M., Lodde J.P., Jarger G.H., Wilk A., Gerber J.C.: Osteosyntheses mandibulaires selon la technique de Michelet. Paris Revue de Stomatologie, 1:252-255, 1976
2. Diner PA, Kollar EM, Martinez H, Vazquez MP.: Intraoral distraction for mandibular lengthening: a technical innovation. J Craniomaxillofac Surg. Apr; 24(2):92-5. 1996
3. Fink, B., Neave, N., Manning, J. T., & Grammer, K. (2006). "Facial symmetry and judgements of attractiveness, health and personality." Personality and Individual Differences, 41(3), 491–499.
4. Grammer, K., & Thornhill, R. (1994). Human (Homo sapiens) facial attractiveness and sexual selection: the role of symmetry and averageness. Journal of comparative psychology (Washington, D.C.: 1983), 108(3), 233–42.
5. Jones, B. C., Little, A. C., Tiddeman, B. P., Burt, D. M., & Perrett, D. I. (2001). Facial symmetry and judgements of apparent health Support for a «good genes» explanation of the attractiveness – symmetry relationship, 22, 417–429.
6. Iatrou I., Christopoulos P.: «Mandibular Distraction» 17th Congress of European Association for Cranio Maxillofacial Surgery, Tours, France 14-18 September 2004
7. Ιατρού Ι., Θεολόγη-Λυγιδάκη Ν., Σαμάρας Χ., Γκικόντης Λ.: Η οστεοσύνθεση με μίνι πλάκες τιτανίου στην χειρουργική της κάτω γνάθου Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά 43, 24-30, 1999
8. Iatrou I., Theologie-Lygidakis N., Schoinohoriti O.: «Mandibular distraction osteogenesis for severe airway obstruction in Robin Sequence. Case report» J Craniomaxillofac Surg. Sep; 38 (6) :741-747, 2010.
9. Ilizarov GA, Lediaev VI, Shitin VP.: The course of compact bone reparative regeneration in distraction osteosynthesis under different conditions of bone fragment fixation (experimental study) Eksp Khir Anesteziol. 1969 Nov-Dec; 14(6):3-12
10. Ilizarov GA, Devyatov AA, Kamerin VK. :Plastic reconstruction of longitudinal bone defects by means of compression and subsequent distraction. Acta Chir Plast. 1980;22(1):32-41
11. Kowner, R. (1996). "Facial asymmetry and attractiveness judgment in developmental perspective." Journal of Experimental Psychology. Human perception and performance, 22(3), 662–75
12. Martis CS.: Complications after mandibular sagittal split osteotomy. J Oral Maxillofac Surg. 1984 Feb; 42(2):101-7
13. Mercier J.M., Perrin J.P., Longis J., Arzul L., Corre: Facial asymmetries and their skeletal component Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 115(4):219-28, 2014
14. Norholt S.E., Pedersen T.K., Jensen J.: Le Fort I miniplate osteosynthesis: a randomized, prospective study comparing resorbable PLLA/PGA with titanium Int J Oral Maxillofacial Surgery 20, 245-252, 2004
15. Obwegeser H.: Zur Operationstechnik bei der Progenie und anderen Unterkieferanomalien. Dtsch Zahn Mund Kieferheilk 1:23, 1955
16. Obwegeser H.: Indications for surgical correction of mandibular deformity by sagittal splitting technique, Br J Oral Surg 1:157-168,1964
17. Perrett, D. I., Burt, D. M., Penton-Voak, I. S., Lee, K. J., Rowland, D. a, & Edwards, R. (1999). "Symmetry and Human Facial Attractiveness." Evolution and Human Behavior, 20(5), 295–307.
18. Rhodes, Gillian; Zebrowitz, Leslie, A. (2002). Facial Attractiveness - Evolutionary, Cognitive, and Social Perspectives. Ablex. ISBN 1-56750-636-4.
19. Rhodes, G., Proffitt, F., Grady, J. M., & Sumich, A. (1998). "Facial symmetry and the perception of beauty." Psychonomic Bulletin & Review, 5(4), 659–669.
20. Stoelinga P.J.W., Leenen R.J.: Combined osteotomies for correction of unusual skeletal and occlusal anomalies. J Cranio-Maxillo-Facial Surgery 20, 223-243, 1992

Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία

Το παγκόσμιο best seller του Fouad Khoury τώρα και στα ελληνικά



Επιστημονική επιμέλεια:
Νικήτας Σ. Συκαράς
Επίκουρος Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Μετάφραση:
Ευστάθιος Κ. Καρατζογιάννης
Οδοντίατρος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Χαϊδελβέργης

Το οστικό μόσχευμα αποτελεί σήμερα ένα από τα πιο βασικά κεφάλαια στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία.

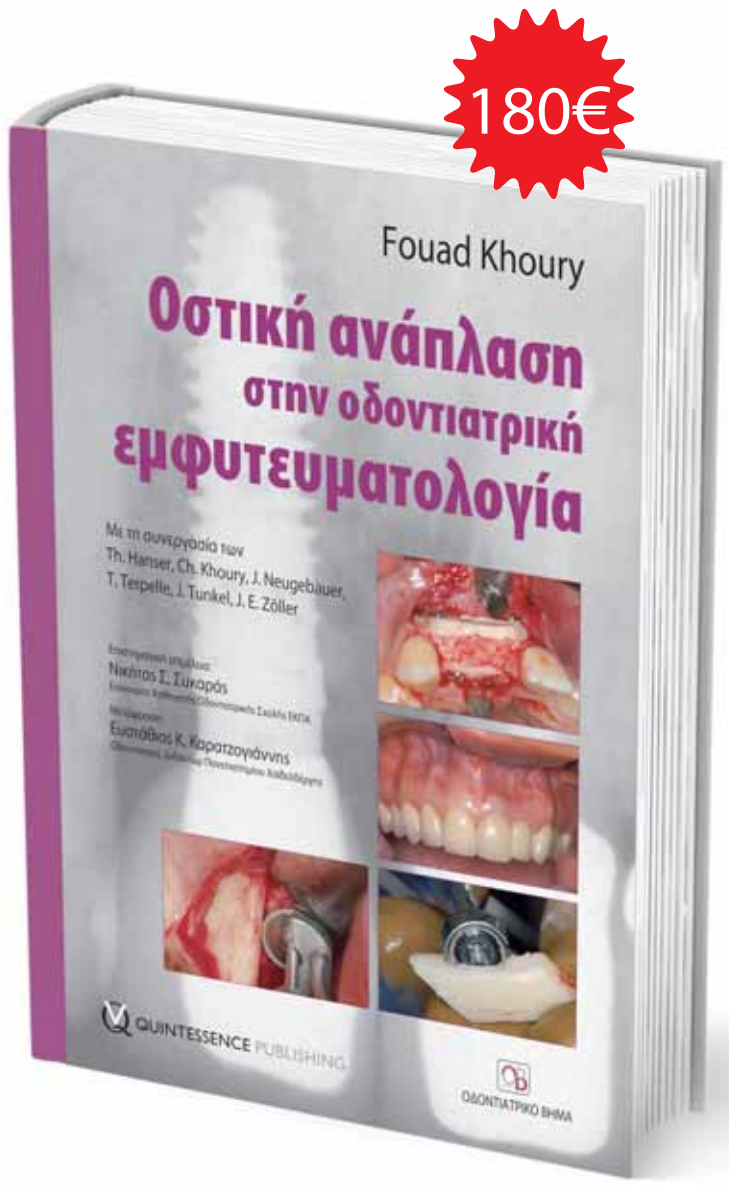
Το βιβλίο Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία των εκδόσεων Quintessence, με **536 σελίδες** και **1.800 έγχρωμες φωτογραφίες**, περιγράφει και αναλύει τις πιο σύγχρονες τεχνικές μεταμόσχευσης στη χειρουργική των εμφυτευμάτων. Για το λόγο αυτό αποτελεί ένα εγχειρίδιο πραγματικά μοναδικό.

Κυκλοφορεί στην ελληνική γλώσσα από τις εκδόσεις «Ο.Β.». Μάλιστα, η ελληνική μετάφραση βασίζεται στην τελευταία γερμανική έκδοση Augmentative Verfahren in der Implantologie του συγγραφέα Fouad Khoury, η οποία κυκλοφόρησε το 2009.

Στο βιβλίο αναλύονται:
- Οι βιολογικές βάσεις της οστικής μεταμόσχευσης και της οστεοενσωμάτωσης των εμφυτευμάτων
- Η διάγνωση και το σχέδιο θεραπείας των επεμβάσεων
- Η διαχείριση των μαλακών ιστών στη χειρουργική των οστικών μοσχευμάτων και των εμφυτευμάτων
- Η μεταμόσχευση με ενδοστοματικά και εξωστοματικά οστικά μοσχεύματα και η οστεογένεση
- Η ενσωμάτωση μετά από σύνθετες εμφυτευματικές και προσθετικές αποκαταστάσεις
- Οι επιπλοκές και οι κίνδυνοι που ενδέχεται να προκύψουν

Το βιβλίο Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία αποτελεί σημείο αναφοράς για κάθε εμφυτευματολόγο, γναθοχειρουργό και, φυσικά, για κάθε οδοντίατρο που ενδιαφέρεται για το συγκεκριμένο επιστημονικό πεδίο.

Η τιμή του βιβλίου στη Αγγλική έκδοση ανέρχεται σε 280 ευρώ.



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, Τηλ. 210 3814 939
www. odvima.gr, e-mail: odvima@otenet.gr

Τώρα μπορείτε να κάνετε τις αγορές σας με πιστωτική κάρτα και άτοκες δόσεις απευθείας από τον προσωπικό σας υπολογιστή, μέσω του www.odvima.gr

Η προσαρμογή στις ολικές οδοντοστοιχίες

Ένας από μηχανής θεός στην επιτυχία των κινητών προσθετικών εργασιών

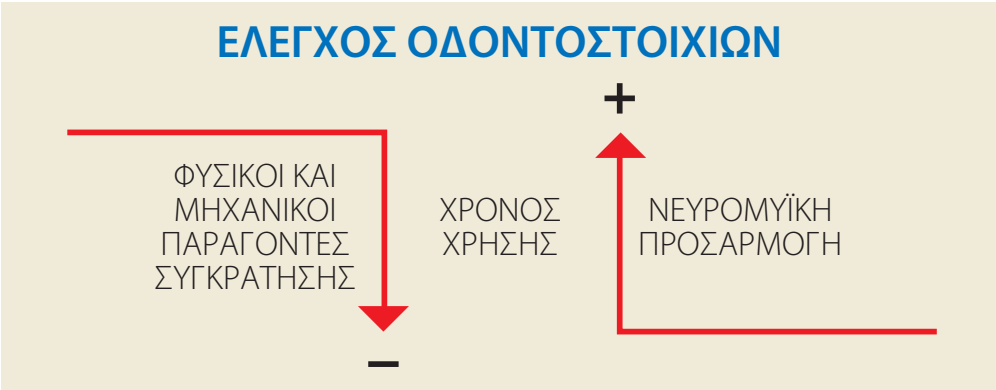
Ηρακλής Καρκαζής
Αναπληρωτής Καθηγητής
Κινητής Προσθετικής
ΕΚΠΑ

Είναι γνωστό ότι η λειτουργική απόδοση των ολικών οδοντοστοιχιών και γενικότερα των κινητών προσθετικών εργασιών σχετίζεται με ορισμένους φυσικούς και μηχανικούς παράγοντες συγκράτησης και ευστάθειας, όπως για παράδειγμα τις δυνάμεις συνοχής και συνάφειας μέσω του λεπτού φιλμ σιέλου που παρεμβάλλεται μεταξύ βλεννογόνου και ακρυλικού, την ατμοσφαιρική πίεση που εξασφαλίζει το περιζήτητο «βεντουζάρισμα» καθώς και τις ποικίλες συγκλεισιακές διευθετήσεις που υποτίθεται ότι αποτρέπουν ανατροπές της οδοντοστοιχίας κατά τη λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος. Πέραν αυτών όμως, όλοι γνωρίζουμε την παράλληλη (πλην όμως εξατομικευμένη και χρονοεξαρτώμενη) δυνατότητα του ασθενή να αναπτύξει και έναν ιδιαίτερο λειτουργικό έλεγχο πάνω στις εργασίες αυτές κυρίως μέσω του μυϊκού περιβάλλοντος τους. Ως εκ τούτου ο έλεγχος των οδοντοστοιχιών προβάλλει ως το τελικό αποτέλεσμα της συνεργασίας των φυσικών και μηχανικών παραγόντων που προαναφέραμε, με τους διάφορους μηχανισμούς προσαρμογής. Λαμβάνοντας βέβαια υπόψη το διαρκώς μεταβαλλόμενο βιολογικό περιβάλλον της οδοντοστοιχίας, που κυρίως εκφράζεται μέσω της οστικής απορρόφησης των φατνιακών ακρολοφιών, γρήγορα διαπιστώνουμε μια αντίστροφη χρονική σχέση όσον αφορά στο ποσοστό συμμετοχής των πιο πάνω παραγόντων στο τελικό λειτουργικό έλεγχο της οδοντοστοιχίας. Με απλά λόγια ενώ οι φυσικοί και μηχανικοί παράγοντες χάνουν σταδιακά τον κυρίαρχο ρόλο τους (πχ η οδοντοστοιχία παύει να «βεντουζάρει», η σύγκλειση επιπεδώνεται λόγω αποτριβής των δοντιών κλπ), ο ασθενής ασυνείδητα στηρίζεται όλο και περισσότερο στην ανάπτυξη της επιδεξιότητας των μυών της γλώσσας των παρειών και των χειλιών του *(Εικ. 1)*.

> Είναι προφανές ότι η κατανόηση των νευροφυσιολογικών μηχανισμών που διέπουν την λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, μετατρέπει τις όποιες εμπειροτεχνικές μας προσεγγίσεις σε ουσιαστικές ιατρικές παρεμβάσεις με στέρεο βιολογικό έρεισμα, προς όφελος φυσικά των ασθενών μας.

Η προσαρμογή του νευρομυϊκού παράγοντα

Η προσαρμογή, η πιο σωστά η προσαρμογή του νευρομυϊκού παράγοντα, υποκρύπτει έναν πολυσύνθετο νευρομυϊκό μηχανισμό ο οποίος εκδηλώνεται κλινικά με διάφορους τρόπους, ανάλογα πάντα με τις κατασκευαστικές ιδιαιτερότητες της οδοντοστοιχίας αλλά και τις συγκεκριμένες λειτουργικές απαιτήσεις του ασθε-



Εικ. 1. Ενώ οι φυσικοί και μηχανικοί παράγοντες χάνουν σταδιακά τον κυρίαρχο ρόλο τους, ο ασθενής ασυνείδητα στηρίζεται όλο και περισσότερο στην ανάπτυξη της επιδεξιότητας των μυών της γλώσσας των παρειών και των χειλιών του

aura για...
... ένα απλό, εύκολο
ΟΜΟΡΦΟ ΧΑΜΟΓΕΛΟ
SDI
Καινοτόμο σύστημα ρητινών, σχεδιασμένο να εξοικονομεί χρόνο και να απλοποιεί την τεχνική, κατά την απόδοση υψηλής αισθητικής.

Απλή τεχνική διαστρωμάτωσης για αναπαραγωγή των φυσικών χρωμάτων των δοντιών
• Με βάση τη φυσική σύνθεση και τα φυσικά χρώματα της αδαμαντίνης και της οδοντίνης
• Υψηλή δυνατότητα διαμόρφωσης και στίλβωσης
• Σχεδιασμένο για απλοποίηση της αντιστοίχισης αποχρώσεων - ιδανικό για πολυάσχολους κλινικούς γιατρούς
Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.
www.vitsaropoulos.gr • e-mail: info@vitsaropoulos.gr www.facebook.com/vitsaropoulos
ΚΕΝΤΡΙΚΑ Μεσογείων 348, 153 41 Αγ. Παρασκευή, Αθήνα, Τηλ: 210 65 41 340, Fax: 210 65 41 618
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ Φειδιππίδου 55, 115 27 Γουδή, Τηλ: 210 77 95 747

νή. Χαρακτηριστικά παραδείγματα προσαρμογής, που αποκαλύπτονται καθημερινά από το εκπαιδευμένο μάτι των οδοντιάτρων, αποτελούν η σταθεροποιητική και καθηλωτική δράση της γλώσσας, καθώς και η περίτεχνη ενεργοποίηση των χειλιών για τη συγκράτηση και έλεγχο οδοντοστοιχιών που έχουν προ πολλού απολέσει τους φυσικούς και μηχανικούς παράγοντες συγκράτησης ***(Εικ.2-4)***. Επί της ουσίας η διαδικασία της προσαρμογής στις ολικές οδοντοστοιχίες εμπεριέχει δύο αλληλένδετους και χρονοεξαρτώμενους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς: την εξοικείωση των εξωδεκτικών υποδοχέων του στοματικού βλεννογόνου και την εκμάθηση και εγκατάσταση νέων μυϊκών κινητικών προτύπων.

Παρά το γεγονός ότι η λεπτομερής ανάπτυξή τους ξεφεύγει από την σκοπιμότητα του παρόντος άρθρου, μπορούμε συνοπτικά να πούμε ότι ως εξοικείωση περιγράφεται η ικανότητα ορισμένων υποδοχέων (μεταξύ αυτών και οι υποδοχείς του στοματικού βλεννογόνου) να μην αντιδρούν σε συνεχές ερέθισμα σταθερής έντασης. Πρόκειται για πρόνοια της φύσης με σκοπό την αποφόρτιση του κεντρικού νευρικού συστήματος από ενοχλητικά και φαινομενικά «άχρηστα» ερεθίσματα. Έτσι όταν ένα καινούργιο ζευγάρι οδοντοστοιχιών τοποθετείται στο στόμα, μετά από ένα σύντομο σχετικά διάστημα και εφόσον ο ασθενής έχει απαλλαγεί από τα αλγογόνα ερεθίσματα της πρώτης περιόδου, παύει να «αισθάνεται» τις οδοντοστοιχίες στο στόμα του. Κάτι ανάλογο συμβαίνει με το ρολόι μας η τα διορθωτικά γυαλιά στις διαθλαστικές ανωμαλίες, που μετά από χρόνια χρήσης καταντούν δεύτερη φύση μας, χωρίς να αντιλαμβανόμαστε ανά πάσα στιγμή την παρουσία τους, η καλύτερα την έδρασή τους πάνω στο δέρμα μας.

Όσον αφορά την εκμάθηση μιας καινούργιας μυϊκής συμπεριφοράς, αυτή περιλαμβάνει την εμφανή και σκόπιμη τροποποίηση κάποιων μυϊκών κινητικών προτύπων (εν προκειμένω του τρόπου λειτουργίας της γλώσσας, των παρειών και των χειλιών) με στόχο τον τελικό ασυνείδητο (και άρα αντανακλαστικό) έλεγχο των οδοντοστοιχιών ***(Εικ. 2-4)***. Πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία (active muscular fixation) που απαιτεί περισσότερο χρόνο εφ όσον περιλαμβάνει εκμάθηση, σε αντίθεση με την εξοικείωση που οφείλεται στη στατική και χρόνια ενεργοποίηση εξωδεκτικών υποδοχέων, που εκδηλώνεται συνήθως νωρίτερα.

Κλινική αξιολόγηση της προσαρμογής

Λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα τα παραπάνω ο οδοντίατρος καλό είναι, πριν από κάθε προσπάθεια αντικατάστασης των παλαιών και φαινομενικά φθαρμένων οδοντοστοιχιών, να εξετάζει λεπτομερώς και να αξιολογεί τις παραμέτρους εκείνες που αποκαλύπτουν την επιτυχημένη λειτουργική τους απόδοση. Για παράδειγμα η παρουσία αποτριβών στα ακρυλικά δόντια φανερώνει τις μακροχρόνιες υπηρεσίες της οδοντοστοιχίας στον τομέα της μασητικής λειτουργίας, ενώ η πλευρά εντόπισης τους υποδηλώνει την προτιμώμενη πλευρά μάσησης. Ανάλογες πληροφορίες μας δίνει και η πλευρά και ποσότητα, τυχόν τρυγιακών εναποθέσεων στο εσωτερικό της οδοντοστοιχίας ***(Εικ. 5)***. Συνεπώς επιτακτική είναι η ανάγκη προσεκτικής «ανάγνωσης» των παλιών οδοντοστοιχιών. Επίσης η παρατήρηση της ομιλίας κατά την αρχική συνέντευξη με τον ασθενή καθώς και η ικανότητά του να μασήσει και να καταπιεί μια εύκολη τροφή (πχ ένα κομμάτι καθαρισμένο μήλο) συμβάλλουν στην αντίληψη του βαθμού προσαρμογής. Ακόμα και η απλή μέγιστη διάνοιξη του στόματος αποκαλύπτει ορισμένες φορές τους τρόπους και το επίπεδο ελέγχου των οδοντοστοιχιών. Τέλος δεν είναι σπάνιο παρά τον οφθαλμοφανή εξαιρετικό έλεγχο των παλιών οδοντοστοιχιών, κάποιοι ασθενείς να συνεχίζουν να παραπονούνται για ασαφή προβλήματα, κάτι που θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν στο σχέδιο θεραπείας και στην απόφαση αντικατάστασης ή όχι των παλιών εργασιών.

Εικ. 2Α. Οδοντοστοιχία της άνω γνάθου με σπασμένο το χειλικό της πτερύγιο.

Εικ. 2Β. Η οδοντοστοιχία συγκρατείται στη θέση της από την ραχιαία επιφάνεια της γλώσσας.

Εικ. 3Α. Εξαιρετικά φθαρμένη άνω οδοντοστοιχία με έλλειψη χειλικού πτερυγίου και οπισθοϋπερώιας απόφραξης.

Εικ. 3Β. Κατά την διάνοιξη του στόματος η οδοντοστοιχία συγκρατείται στη θέση της με την αντανακλαστική σύσπαση του άνω χείλους, που «αγκαλιάζει» τα κοπτικά χείλη των προσθίων δοντιών.

Τεχνικές αξιοποίησης της προσαρμογής

Είναι αυτονόητο ότι κάθε προσπάθεια αποκατάστασης με προσθετικές εργασίες που διαφέρουν ριζικά από τις προηγούμενες, εμπεριέχει για τον ασθενή την ανάγκη ενός κινησιολογικού επαναπρογραμματισμού και μυϊκής αναπροσαρμογής, διαδικασίες χρονοβόρες και πολλές φορές δυσάρεστες ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Η ελάττωση (η και ο μηδενισμός) του λανθάνοντα χρόνου εμφάνισης της προσαρμογής μπορεί να επιτευχθεί με συγκεκριμένες τεχνικές που έχουν ευρύτατα χρησιμοποιηθεί και κατά κόρον συζητηθεί τόσο από την Κινητή Προσθετική όσο και την Γηροδοντιατρική.

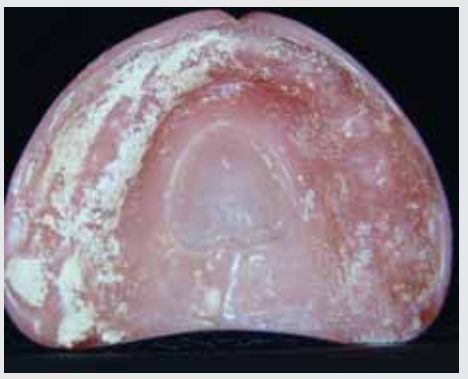
Πρόκειται για τη δοκιμασμένη μέθοδο της αντιγραφής παλιών αλλά λειτουργικών οδοντοστοιχιών ***(Εικ. 6)***, την καταγραφή της ουδέτερης ζώνης με την απόδοση «συγκρατητικής» μορφολογίας στις λείες επιφάνειες της κάτω οδοντοστοιχίας ***(Εικ. 7ΑΒ)***, και την σταδιακή αναπροσαρμογή των ακρυλικών μασητικών επιφανειών (occlusal relining), στις περιπτώσεις όπου οι αποτριβές έχουν οδηγήσει την κάτω γνάθο σε μια εμφανώς έκκεντρη λειτουργική θέση. Είναι προφανές ότι η κατανόηση των νευροφυσιολογικών μηχανισμών που διέπουν την λειτουργία του στοματογναθικού συστήματος, μετατρέπει τις όποιες εμπειροτεχνικές μας προσεγγίσεις σε ουσιαστικές ιατρικές παρεμβάσεις με στέρεο βιολογικό έρεισμα, προς όφελος φυσικά των ασθενών μας.

Εικ. 6. Αντιγραφή μιας παλιάς οδοντοστοιχίας για την αξιοποίηση της ήδη εγκατεστημένης προσαρμογής του νευρομυϊκού παράγοντα. Είναι εμφανείς οι ομοιότητες των δύο ζευγαριών.

Εικ. 7Α. Καταγραφή της ουδέτερης ζώνης με υλικό αποκατάστασης των ιστών. Είναι χαρακτηριστική η διαμόρφωση των λείων επιφανειών, κάτω από την λειτουργική πίεση του μυϊκού περιβάλλοντος της οδοντοστοιχίας .Εφ όσον η διαμόρφωση αυτή μεταφερθεί επιτυχώς στην τελική κατασκευή, ο ασθενής απολαμβάνει αμέσως τα οφέλη από την λειτουργική ευστάθεια της οδοντοστοιχίας (βλ. εικόνα 7Β).

Εικ. 7Β. Η οδοντοστοιχία τοποθετημένη στο στόμα του ασθενή. Είναι εμφανής η άμεση και ομαλή διευθέτηση των μαλακών μορίων και ιδιαίτερα της γλώσσας στις λείες επιφάνειες της οδοντοστοιχίας.

Εικ. 4. Κατά την προσπάθεια ανατροπής της κάτω οδοντοστοιχίας η γλώσσα παρεμβαίνει αντανακλαστικά καθηλώνοντας την, με δράση που ασκείται κυρίως στις γλωσσικές λείες επιφάνειές της. Αυτή ακριβώς η δράση της γλώσσας αξιοποιείται στην τεχνική της καταγραφής της ουδέτερης ζώνης.



Εικ. 5. Οι μονόπλευρες τρυγιακές εναποθέσεις στο εσωτερικό μιας παλιάς οδοντοστοιχίας αποδεικνύουν την για πολλά χρόνια μάσηση από την αντίθετη πλευρά.

Βιβλιογραφία

Scher EA, Ritchie GM: Prosthodontic treatment of the elderly by incremental modifications to old dentures Quint. Inter. 1978, 8: 47-53

Karkazis HC, Lambadakis J. Changes in mandibulat alveolar bone and anterior face height after four years of complete denture wearing. Eur J Prosthodont Rest Dent. 1994, 2/3:109-111

Καρκαζής Η, Κοσιώνη Α. Βασικές αρχές νευροφυσιολογικής οργάνωσης του ΣΓΣ. Ελληνικά Στοματολογικά Χρονικά 1994, 38:241-250

Karkazis HC, Kossioni A: The clinical and laboratory procedures of a copy denture technique. QDT 1995,18:159-164

Karkazis HC, Kossioni AE. Surface EMG activity of the masseter muscle in denture wearers during chewing of hard and soft food. Journal of Oral Rehab 1998, 25: 8-14

Karkazis H. Neurophysioiogy of the edentulous mouth. Studies on jaw reflexes. Key note lecture. FDI 86th World Congress, 8-12 October, Barcelona Spain, October 1998

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

Karkazis HC. Prosthodontic management of a patient with neurological disorders after resection of an acoustic neurinoma: A clinical report. J Prosthet Dent 2002, 87:419 422

Όλες οι φωτογραφίες προέρχονται από το αρχείο του συγγραφέα

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση
www.odvima.gr

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ:
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

3ο

20-21
Μαρτίου 2015

Ξενοδοχείο
Crowne Plaza

Γραμματεία Συνεδρίου:
ERA ΕΠΕ, Ασκληπιού 17, 10680 Αθήνα
Τηλ.: 210 3634944, Fax: 210 3631690, E-mail: info@era.gr, website: www.era.gr

Πολφοτομή σε ζωντανούς τερηδονισμένους νεογιλούς γομφίους

Prof. **Dr Luc Martens**
Sivaprakash Rajasekharan, Χειρουργός στόματος
Dr **Rita Cauwels**
Τμήμα Παιδοδοντίας - UZGent

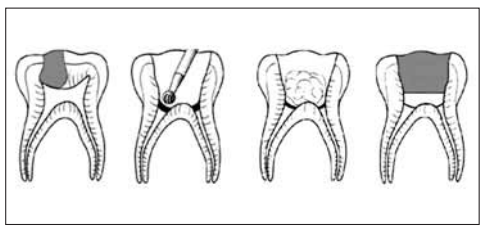
Στην παιδοδοντία, προσπαθούμε να διατηρήσουμε τα νεογιλά δόντια καθαρά από τερηδόνες μέχρι αυτά φυσικά να αντικατασταθούν. Παρ' όλα αυτά εκτεταμένες τερηδόνες σ'επαφή με τον πολφό μπορούν να συμβούν.
Στις περιπτώσεις αυτές, μια χρονοβόρα ενδοδοντική θεραπεία μπορεί να μας βοηθήσει να αποφύγουμε την πρόωρη εξαγωγή των νεογιλών δοντιών, διατηρώντας την αρχική αντίληψη της θεραπείας μας, ότι θα πρέπει να διατηρηθεί η λειτουργία της μάσησης, της ομιλίας, της κατάποσης και η αισθητική εμφάνιση στο παιδί.

Εισαγωγή

Η διάγνωση σε παιδιά που πονούν δεν είναι πάντοτε εύκολη. Η πολφική διάγνωση στα νεογιλά δόντια είναι ανεκτίμητη, αφού τα κλινικά συμπτώματα δεν αντικατοπτρίζουν την ιστολογική κατάσταση του πολφού. Η ηλικία και η συμπεριφορά μπορεί να διακυβεύουν την αξιοπιστία του πόνου ως δείκτη του βαθμού της πολφικής φλεγμονής. Επίσης ασυμπτωματική χρόνια πολφίτιδα διακρίνεται σε νεογιλούς γομφίους. Έτσι επαρκής ακτινολογική διάγνωση είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις πολλαπλών τερηδόνων.

Γιατί πολφοτομή;

Στα νεογιλά δόντια, η πολφοτομή είναι η πιο ευρέως αποδεκτή πολφική θεραπεία σ'όλο τον κόσμο. Πρωτίστως, είναι η πολύπλοκη ανατομία των ριζικών σωλήνων των νεογιλών δοντιών, η εγγύτητα των μόνιμων δοντιών και η απουσία εμφρακτικών υλικών συμβατών με τη φυσιολογική απορρόφηση ρίζας που καθορίζει αυτή την επιλογή. Μια πολφοτομή βασίζεται στην υπόθεση ότι η φλεγμονή και η ελαττωμένη αγγείωση, που προκαλείται από βακτηριακή επιδρομή, περιορίζεται στο μυλικό τμήμα του πολφού, ενώ το ριζικό του τμήμα παραμένει ζωντανό ***(Εικ.1)***[1].



Εικ.1: Πολφοτομή: συνολική προετοιμασία, έλεγχος αιμορραγίας και εφαρμογή του υλικού.

Ένα ιδανικό υλικό για πολφοτομή

Το ιδανικό υλικό της πολφοτομής θα πρέπει να είναι βακτηριοκτόνο, να προάγει την επούλωση του ριζικού τμήματος του πολφού, να προσφέρει ένα σχετικά σταθερό περιβάλλον για το οδοντινο-πολφικό σύμπλεγμα, να ενεργοποιεί την αναγέννηση του οδοντινο-πολφικού συμπέγματος και να μην διαταράσσει τη φυσιολογική διαδικασία της απορρόφησης της ρίζας[2].

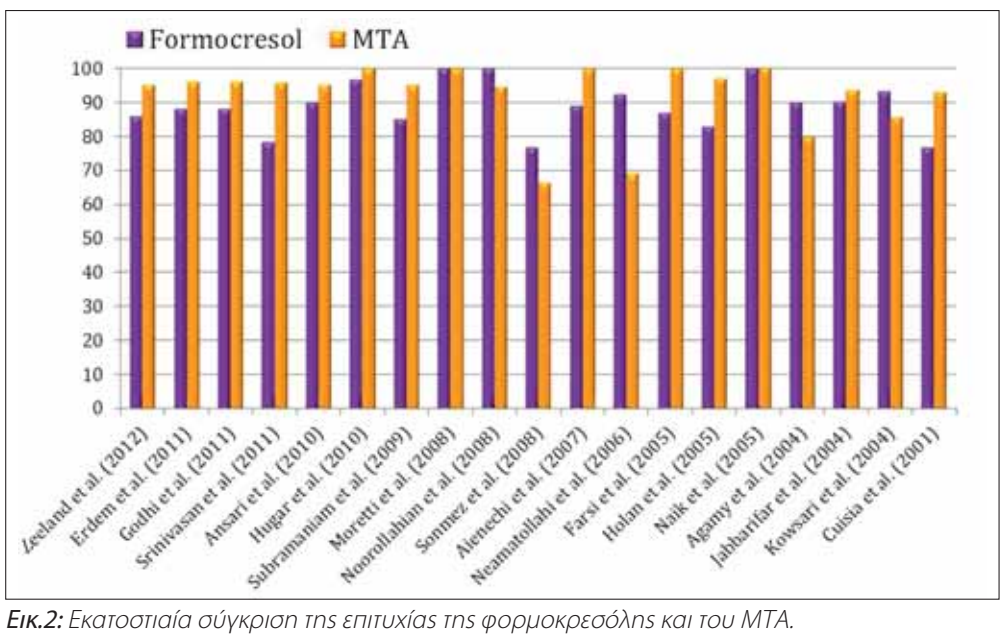
Τι μας λέει η βιβλιογραφία

Παρόλη την περιορισμένη βακτηριοκτόνο δράση και πιθανή τοξικότητα, η φορμοκρεσόλη αποτελεί σταθερό σημείο αναφοράς διεθνώς. Οι πάστες ιοδοφορμίου που έχουν μεγαλύτερη βακτηριοκτόνο δράση και ιστολογικά είναι καλύτερα ανεκτές, είναι λιγότερο διαδεδομένες και χρησιμοποιούνται περισσότερο σε τοπικό επίπεδο. Συγχρόνως τα επιστημονικά δεδομένα προβάλλουν ότι η πολφοτομή που γίνεται με συσσωμάτωμα τριοξειδίου μετάλλου (MTA) έχει καλύτερα κλινικά και ακτινογραφικά αποτελέσματα από την φορμοκρεσόλη ***(Εικ.2)***[3,4].
Εν τω μεταξύ το Biodentine™, μια μη-μεταλλική, ανόργανη, κονία πυριτικού τριασβεστίου (Ca_3SiO_5), διατίθεται στην αγορά και παρουσιάζεται ως ένα «βιοενεργό υποκατάστατο της οδοντίνης», παρουσιάζοντας πολύ καλύτερες φυσικές και βιολογικές ιδιότητες, όπως χειρισμό υλικού, γρηγορότερος χρόνος πήξης, καλύτερη αντίσταση στην πίεση, καλύτερη αντοχή διαρροής και γρηγορότερος σχηματισμός γεφυρών οδοντίνης συγκρινόμενο με το MTA. Αν και οι κλινικές μελέτες (οι μακρόχρονες κλινικές μελέτες) είναι ακόμη σπάνιες, το Biodentine™ φαίνεται να είναι ένα αποτελεσματικό υποκατάστατο για το MTA στην πολφοτομή.

Πως γίνεται η πολφοτομή με το Biodentine™;

- Απομακρύνουμε τη τερηδόνα και τον πολφό από τον πολφικό θάλαμο.
- Ελέγχουμε την αιμορραγία από τις εισόδους του ριζικού σωλήνα.
- Αναμιγνύουμε το υλικό ακολουθώντας τις οδηγίες του κατασκευαστή.
- Το υλικό εφαρμόζεται βαθιά μέσα στην κοιλότητα με σπάτουλα ή αμαλγαματοφόρο.

Το υλικό μπορεί να συμπυκνωθεί χρησιμοποιώντας στεγνούς συμπυκνωτήρες ή τολύπια βάμβακος.
Σε καμία περίπτωση τα τολύπια βάμβακος δεν πρέπει να εμποτίζονται με νερό, όποιο υπόλειμμα από το Biodentine™ (χλωριούχο ασβέστιο) θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί αργότερα για εφύγρανση, το οποίο ύστερα θα πρέπει να καθαριστεί σχολαστικά χρησιμοποιώντας μια πετσέτα.



Εικ.2: Εκατοστιαία σύγκριση της επιτυχίας της φορμοκρεσόλης και του MTA.

Εικ.3: Δόντι 75: η ακτινογραφία μετά την πολφοτομή με το Biodentine™.

Εικ.4: Δόντι 84: η ακτινογραφική διάγνωση πριν την πολφοτομή.

Εικ.5: Δόντι 84: η ακτινογραφία αμέσως μετά την πολφοτομή.

Εικ.6: Η ακτινογραφία ένα χρόνο μετά την πολφοτομή.

Επιλογή του εμφρακτικού υλικού μετά την πολφοτομή

Το Biodentine™ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προσωρινό εμφρακτικό υλικό που θα μείνει εκτεθειμένο στο σάλιο για 6 μήνες. Αυτό αποτελεί ένα πλεονέκτημα για μακρόχρονες θεραπείες ή σε μη-συνεργάσιμα παιδιά. Αν ο οδοντίατρος επιθυμεί να κάνει μια μόνιμη έμφραξη, θα πρέπει να περιμένει 6 λεπτά μέχρι το υλικό να πήξει και ύστερα να κάνει την τελική αποκατάσταση. Μελέτες έδειξαν ότι αδροποιώντας την επιφάνεια του Biodentine™ με γέλη H_3PO_4 για 15 δευτερόλεπτα και βάζοντας μια επίστρωση συγκολλητικού επιτυγχάνουμε καλύτερη αντοχή συγκόλλησης και λιγότερη μικροδιείσδυση[5]. Επίσης είναι πιθανό να βάλουμε μεταλλική στεφάνη.

Κλινικές μελέτες

Όλες οι κλινικές μελέτες που θα περιγραφούν πραγματοποιήθηκαν με γενική αναισθησία ως μέρος μιας τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμή (RCT).

Κλινικό περιστατικό No1

Σ'ένα κορίτσι 6 ετών έγινε πολφοτομή με το Biodentine™ στο 75 δόντι. Η ακτινογραφία επανελέγχου 1 χρόνο μετά δεν έδειξε οποιεσδήποτε επιπλοκές ***(Εικ.3)***.

Κλινικό περιστατικό No2

Σ'ένα αγόρι 5 ετών του οποίου το 84 δόντι είχε πολφοτομή με Biodentine™ , η ακτινογραφία επανελέγχου 1 χρόνο μετά έδειξε ολοκληρωτική απόφραξη ***(Εικ.4,5,6)***.

Στο τμήμα της παιδοδοντίας όταν γίνεται ενδοδοντική θεραπεία, η απόφραξη είναι η πιο συνηθισμένη παρατήρηση, όταν χρησιμοποιείται το Biodentine™ για πολφοτομή στους νεογιλούς γομφίους. Θεωρείται ένα θετικό σημείο αφού οι αποφραγμένοι ριζικοί σωλήνες συνήθως δεν προκαλούν κλινικές επιπλοκές.

Κλινικό περιστατικό No3

Ένα κορίτσι 3 ετών θεραπεύτηκε εδώ και ένα χρόνο για πολλαπλές τερηδόνες. Έπειτα έγινε πολφοτομή με Biodentine™ στο 75 δόντι ***(Εικ.7)***. Μετά από 6 μήνες επανελέγχου, δεν υπήρχαν παράπονα όπως ξαφνικός πόνος, ευαισθησία στην επίκρουση, ευαισθησία στην ψηλάφηση, αυξημένη κινητικότητα ή πρήξιμο, ένα σημείο εσωτερικής απορρόφησης της εγγύς ρίζας ήταν ορατό στην ακτινογραφία ***(Εικ.8)***. Αποφασίστηκε να γίνεται επανέλεγχος του δοντιού κάθε 3 μήνες.
Ύστερα από 9 μήνες επανελέγχου, η ασθενής δεν είχε πόνο και το δόντι ήταν κλινικά εντάξει.
Ύστερα από 12 μήνες επανελέγχου, το δόντι ακόμη δεν προκαλούσε κάποιο πρόβλημα. Αρχόμενη απόφραξη φαίνονταν ακτινολογικά στο σημείο της εσωτερικής απορρόφησης ***(Εικ.9)***.
Η εμφάνιση της εσωτερικής απορρόφησης μετά τη θεραπεία του πολφού οφείλεται στη φλεγμονή των υπολειμμάτων πολφού ενώ η απόφραξη προκλήθηκε από αυξημένη δραστηριότητα των οδοντοβλαστών. Η δημιουργία τριτοταγούς οδοντίνης οδηγεί στην απόφραξη και πρέπει να θεωρηθεί ως μια προσπάθεια του ζωντανού πολφού να επουλωθεί. Συνεπώς

Εικ.7: Η ακτινογραφία αμέσως μετά τη φλεγμονή.

Εικ.8: Η ακτινογραφία 6 μήνες μετά την πολφοτομή: εσωτερική απορρόφηση στην εγγύς ρίζα.

Εικ.9: 1 χρόνο μετά την πολφοτομή: η επουλωτική διαδικασία μέσω απόφραξης της εγγύς ρίζας.

στην περίπτωση που παρουσιάστηκε προηγουμένως, η αρχική φλεγμονή σταμάτησε, κατευθύνοντας σε μια επουλωτική διαδικασία.

Παρατηρήσεις

- Εξαιτίας της περιορισμένης ακτινοσκιερότητας, είναι μερικές φορές δύσκολο να δούμε τη δημιουργία γεφυρών οδοντίνης και μπορεί να την μπερδέψουμε με τη φυσική οδοντίνη.

Στο κορίτσι 6 ετών, έγιναν τρεις πολφοτομές με τρία διαφορετικά υλικά. Η ακτινοσκιερότητα των τριών υλικών μπορεί να συγκριθεί στις ακτινογραφίες ***(Εικ: 10,11 και 12)***.

- Ένα μεγάλο πλεονέκτημα του Biodentine™ από το MTA είναι η απουσία του σκούρου γκρι αποχρωματισμού.

Η ***εικόνα 13*** δείχνει την κλινική άποψη των νεογιλών δοντιών που θεραπεύτηκαν με πολφοτομή χρησιμοποιώντας το MTA ένα χρόνο νωρίτερα.

Η ***εικόνα 14*** δείχνει την κλινική άποψη των νεογιλών δοντιών που θεραπεύτηκαν με Biodentine™, επίσης 1 χρόνο νωρίτερα. Δεν υπάρχει κανένας αποχρωματισμός.

Κλινική Επιτυχία

Το MTA, ως υλικό πολφοτομής, έχει δείξει καλύτερα κλινικά και ακτινογραφικά αποτελέσματα από τη φορμοκρεσόλη. Στην κλινική μελέτη

Εικ.10: *Δόντι 55: η ακτινογραφία μετά την πολφοτομή με Tempophore™.*

Εικ.11: *Δόντι 75: η ακτινογραφία μετά την πολφοτομή.*

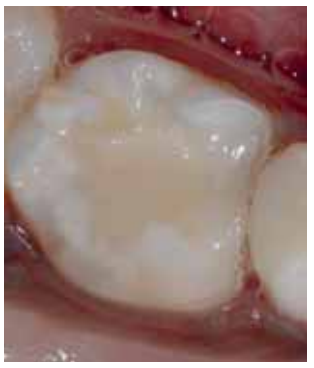
Εικ.12: *Δόντι 85: η ακτινογραφία μετά την πολφοτομή με Biodentine™.*

του συγγραφέα, δεν βρέθηκαν κλινικές ή ακτινολογικές διαφορές μεταξύ του Biodentine™ και του MTA όταν χρησιμοποιηθούν ως υλικό πολφοτομής σε τερηδονισμένους νεογιλούς γομφίους.

Συμπέρασμα

Η εποχή της φορμοκρεσόλης και των άλλων προϊόντων μουμοποίησης για τη θεραπεία των εν τω βάθει τερηδόνων των ζωντανών νεογιλών γομφίων αποτελεί παρελθόν. Όσο αφορά

Εικ.13: *Πολφοτομή με MTA: κλινικός επανέλεγχος 1 χρόνο μετά.*



Εικ.14: *Πολφοτομή με Biodentine™: κλινικός επανέλεγχος 1 χρόνο μετά.*

το MTA, μια τροποποιημένη κονία Portland, υπάρχουν αρκετά βιβλιογραφικά στοιχεία. Επίσης το Biodentine™ με τις ανώτερες ιδιότητές του συγκριτικά με το MTA φαίνεται να αντιδρά καλά στην κλινική πράξη. Επιπλέον η απουσία μυλικού αποχρωματισμού είναι ένα τεράστιο πλεονέκτημά του.

Βιβλιογραφία

1. Guidelines. American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatric dentistry. 1996; 18 (6):30 81. Epub 1996/11/01.
2. Zhang W, Velick PC. Vital pulp therapy-current progress of dental pulp regeneration and revascularization. International Journal of dentistry. 2010; 2010:856087. Epub 2010/05/11.
3. Simancas-Pallares MA, Diaz-Caballero AJ, Luna-Ricardo LM. Mineral trioxide aggregate in primary teeth pulpotomy. A systematic literature review. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal. 2010;15(6):e942-6. Epub 2010/06/08.
4. Peng L, Ye l, Tan H, Zhou X. Evaluation of the formocresol versus mineral trioxide aggregate primary molar pulpotomy: a meta-analysis. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics. 2006; 102(6):e40-4. Epub 2006/12/02.
5. Boinon C, Bottero-Cornillac MJ, Koubi G, Dijou J. Evaluation of adhesion between composite resins and an experimental mineral restorative material. European Cells and Materials. 2007;13 (Suppl. 1).

Ο Prof. Dr **Luc Martens** (UGhent 1980) είναι Καθηγητής της Οδοντιατρικής Σχολής και του Ερευνητικού τμήματος του Πανεπιστημίου του Ghent και Καθηγητής του τμήματος της Παιδοδοντίας. Είναι συγγραφέας και συμμετείχε ως συγγραφέας σε περισσότερες από 100 διεθνείς εκδόσεις και επιβλέπων σε 7 διδακτορικές διατριβές. Εφήρμοσε και ανέπτυξε σε συνεργασία με την Dr Rita Cauwels, τη κλινική χρήση του Biodentine™ σε in vitro και in vivo έρευνες. Έδωσε σεμινάρια για αυτά τα θέματα στη Μόσχα (Ρωσία), στο Χονγκ-Κονγκ (Κίνα) και Πέρθ (Αυστραλία). Πρόσφατα παρουσίασε ένα poster στο Σόποτ (Πολωνία).

Η Dr **Rita Cauwels** (UGhent 1980) είναι προς το παρόν κλινική οδοντίατρος στο τμήμα της Παιδοδοντίας στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ghent ως επικεφαλής του τομέα. Έχει αφιερωθεί στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια μονάδα θεραπείας με ειδικότητα στην τραυματολογία και στη θεραπεία με laser. Απέκτησε τη διατριβή της στο θέμα «βελτίωση της θεραπείας των τραυματισμένων ατελώς ανεπτυγμένων δοντιών» το 2012 στο Πανεπιστήμιο του Ghent. Άρχισε με τον Prof. Martens τη κλινική ανάπτυξη του Biodentine™. Έδωσε σεμινάρια γι αυτό το θέμα στο Στρασβούργο (Γαλλία) και Λιουμπλιάνα (Σλοβενία) και πρόσφατα παρουσίασε ένα poster στο Σόποτ (Πολωνία).

Τα Μυστικά του Στόματος...

Γιώργος Χ. Λάσκαρης
Στοματολόγος. Ιατρός - Οδοντίατρος
Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών
Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου
Ιδρυτής & Διευθυντής Στοματολογικού Τμήματος Νοσ. «Α. Συγγρός» (1971-2008)
Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

Επικοινωνία:
τηλ. 210-72.91.667
e-mail: glaskari@yahoo.gr
site: www.georgelaskaris.gr

ΜΕΛΑΝΙΖΟΥΣΑ ΑΚΑΝΘΩΣΗ:
Μια ετερογενής ομάδα νόσων με έντονο ενδιαφέρον για τον Στοματολόγο

Η μελανίζουσα ακάνθωση αποτελεί ομάδα δερματοβλεννογόνιων διαταραχών που ταξινομείται σε καλοήθη και κακοήθη μορφή που συνυπάρχει με νεοπλασίες. Η καλοήθης μορφή υποταξινομείται σε οικογενή, δευτεροπαθή και ψευδοακάνθωση, και προσβάλλει το στόμα σε ποσοστό 10-15%. Η κακοήθης μορφή είναι από τις πιο συχνές παρανεοπλασματικές νόσους που προσβάλλει το δέρμα και τους βλεννογόνους. Το πιο συχνό νεόπλασμα που είναι υπεύθυνο είναι αδενοκαρκίνωμα του στομάχου (60-70%) και σπανιότερα άλλα. Έχει αιφνίδια εμφάνιση με θηλωματώδεις μελαγχρωματικές βλάβες στο δέρμα, ενώ ο βλεννογόνος του στόματος και τα χείλη προσβάλλονται πολύ συχνά (40-60%). Οι δερματικές και στοματικές βλάβες είναι καλοήθεις.

Η πορεία της νόσου είναι παράλληλη με εκείνη της νεοπλασίας. Στην κακοήθη μορφή της νόσου ο ρόλος του Στοματολόγου είναι σημαντικός, αφενός γιατί οι βλάβες στο στόμα είναι πολύ συχνές και μερικές φορές πρώτες, και αφετέρου γιατί πάντα η νόσος συνυπάρχει με κακοήθεια που σε υψηλό ποσοστό είναι αδιάγνωστο μέχρι τη στιγμή εμφάνισης των στοματικών εκδηλώσεων.

Η μελανίζουσα ακάνθωση είναι, σχετικά, σπάνια ομάδα δερματοβλεννογόνιων διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από θηλωματώδεις βλάβες και μελάγχρωση. Με κλινικά κριτήρια ταξινομείται σε δύο ομάδες, την καλοήθη που δεν σχετίζεται με κακοήθεια και την κακοήθη που συνυπάρχει με κακόηθες νεόπλασμα.

I. Καλοήθης Μελανίζουσα Ακάνθωση

Η καλοήθης μορφή υποταξινομείται: **α) στην οικογενή,** που είναι γενοδερματοπάθεια και μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα τύπο κληρονομικότητας, **β) τη δευτεροπαθή,** που απαντά σε ασθενείς με ινσουλινοάντοχο σακχαρώδη διαβήτη, άλλες ενδοκρινοπάθειες (υποθυρεοειδισμό, νόσο του Addison, μεγαλακρία κ.ά.), ή αποτελεί μέρος συνδρόμων, π.χ. σύνδρομο Prader-Willi, σύνδρομο Crouzon, σύνδρομο Bloom, σύνδρομο Lawrence κ.ά., και εκδηλώνεται στη νηπιακή ή παιδική ηλικία και δεν προσβάλλει συνήθως το στόμα, και **γ) την ψευδοακάνθωση,** που είναι επίκτητη και δευτεροπαθής, παρατηρείται σε παχύσαρκα

Εικ. 1. Καλοήθης μελανίζουσα ακάνθωση, οικογενής τύπος. Πολλαπλές θηλωματώδεις υπερπλασίες στη συγχειλία.

και μελαμψά άτομα ηλικίας 25-60 ετών, και οι βλάβες περιορίζονται στο δέρμα. Η καλοήθης μελανίζουσα ακάνθωση εκδηλώνεται συνήθως στην παιδική ή εφηβική ηλικία και προσβάλλει το στόμα σε ποσοστό 10-15%.

Κλινικά, στην οικογενή μορφή οι βλάβες στο στόμα εντοπίζονται συνήθως στη γλώσσα, τα χείλη και σπανιότερα στα ούλα, την παρειά και την υπερώα. Κλινικά, παρατηρείται επιμήκυνση και διόγκωση των θηλών της γλώσσας, ενώ στα χείλη και τα ούλα σχηματίζονται μικρά ο

*Εικ. 2. Καλοήθης μελανίζουσα ακάνθωση, οικογενής τύπος. Πολλαπλά δερματικά ο

Εικ. 3. Καλοήθης μελανίζουσα ακάνθωση, δευτεροπαθής τύπος. Πολλαπλές πτυχώσεις και μελάγχρωση στο δέρμα του λαιμού σε παιδί με διαβήτη τύπου 1.

δια, που δίνουν θηλωματώδη όψη ***(Εικ. 1)***. Χαρακτηριστικά, οι βλάβες στο στόμα έχουν χρώμα φυσιολογικό, χωρίς μελάγχρωση. Το δέρμα είναι παχύ με μικρά θηλωματώδη ογκίδια και μελάγχρωση, που εντοπίζονται κυρίως στις μασχάλες, τις μηρογεννητικές πτυχές, στην υπομαζική χώρα, τα πλάγια του λαιμού και τη γεννητική χώρα ***(Εικ. 2, 3)***. Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά κριτήρια.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει και νοσήματα που είναι ταξινομημένα στον ***Πίνακα 1***.

Η ιστοπαθολογική εξέταση του βλεννογόνου του στόματος δείχνει θηλωμάτωση, υπερορθοκεράτωση, ακάνθωση και επιμήκυνση των επιθηλιακών καταδύσεων, χωρίς απαραίτητα, αύξηση της μελανίνης.

Η θεραπεία των βλαβών του στόματος περιλαμβάνει κερατολυτικά φάρμακα ή ηλεκτροχειρουργική μόνο.

II. Κακοήθης Μελανίζουσα Ακάνθωση

Η κακοήθης μελανίζουσα ακάνθωση είναι τύπος μελανίζουσας ακάνθωσης, που προσβάλλει ενήλικα άτομα και συνοδεύεται πάντοτε από κακοήθη νεοπλασία, κυρίως αδενοκαρκίνωμα στο στόμαχο ή σε άλλα κοιλιακά όργανα και σπάνια με νόσο του Hodgkin, ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα κ.ά. Πιστεύεται ότι η νεοπλασία παράγει ουσίες (αυξητικός παράγων, ινσουλίνη κ.ά.) που διεγείρουν τα κύτταρα του επιθηλίου και της επιδερμίδας για υπερπλασία. Συνήθως, οι δερματοβλεννογόνιες βλάβες και η νεοπλασία διαπιστώνονται ταυτόχρονα, ενώ στο 22% προηγείται η διάγνωση του όγκου και

Πίνακας 1:
Διαφορική διάγνωση μελανίζουσας ακάνθωσης

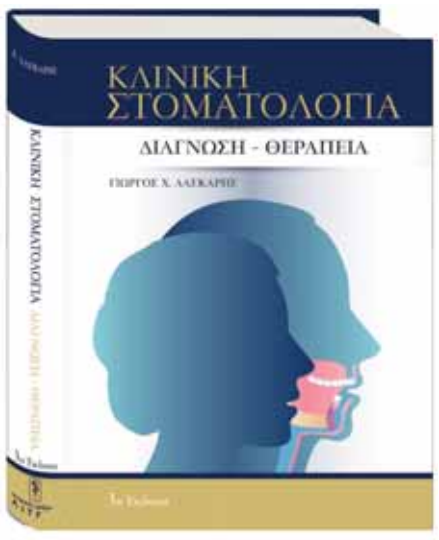
Καλοήθης
- Κακοήθης μελανίζουσα ακάνθωση
- Θηλώματα
- Σύνδρομο Cowden
- Σύνδρομο εστιακής υποπλασίας δέρματος

Κακοήθης
- Καλοήθης μελανίζουσα ακάνθωση
- Λιποειδική πρωτεΐνωση
- Σύνδρομο Goltz
- Σύνδρομο Cowden
- Σύνδρομο εστιακής υποπλασίας δέρματος
- Πολλαπλά θηλώματα

Πίνακας 2:
Κριτήρια Παρανεοπλασματικής Νόσου

α. Σχεδόν ταυτόχρονη έναρξη νεοπλασίας και δερματοβλεννογόνιων εκδηλώσεων
β. Παράλληλη κλινική πορεία
γ. Συγκεκριμένος τύπος νεοπλασίας
δ. Στατιστική συσχέτιση και τεκμηρίωση
ε. Γενετική (γονιδιακή) σύνδεση

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ



ΓΙΩΡΓΟΣ Χ. ΛΑΣΚΑΡΗΣ
Στοματολόγος, Ιατρός-Οδοντίατρος
3η έκδοση, 730 σελίδες, 1.003 έγχρωμες φωτογραφίες
Το κορυφαίο βιβλίο του είδους του στον παγκόσμιο χάρτη της Στοματολογίας!
Διατίθεται και από τις Εκδόσεις «Οδοντιατρικό Βήμα»
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 3814939
www.odvima.gr

Επόμενη γενιά

Multilink® Automix

Το σύστημα ρητινώδους κονίας

Ένας δυνατός
δεσμός με
τεκμηριωμένη απόδοση

Τώρα με εξελιγμένη σύνθεση

Δυνατός δεσμός – μαζί: διπλά πολυμεριζόμενο και χημικά πολυμεριζόμενο.
Καθολικό – κατάλληλο για κεραμικά πυριτιούχα και οξειδίων, όπως και για μέταλλα.
Κλινικά τεκμηριωμένο – πολυάριθμες μακροχρόνιες μελέτες.
Νέο – επιπρόσθετες αποχρώσεις, βελτιωμένος χειρισμός.

Κλινικά τεκμηριωμένο με IPS e.max®

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς:
Ελλάδας:

Dental Vision ΕΠΕ
• Μιχαλακοπούλου 125 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
• Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.dentalvision.gr

SADENT ΑΕΒΕ
• 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /
• Τετραπόλεως 4 / 115 27 Γουδή / τηλ: 210 77 77 608 /
• Ν. Τέλογλου 7 / 546 36 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 968 799 / www.sadent.com

Unicon Hellas ΕΠΕ
• Τεώ 38 / 177 78 Ταύρος / τηλ: 210 48 28 020 / www.uniconhellas.gr

Κύπρου:
dentalcon trading ltd.
• Λ. Λάρνακα 57, PO Box 27245 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

στο 20-30% προηγούνται οι βλάβες στο δέρμα και τους βλεννογόνους. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται στο 40-60% των περιπτώσεων. Αποτελεί την πιο συχνή παρανεοπλασματική νόσο. Στον ***Πίνακα 2*** υπάρχουν τα κριτήρια, που πρέπει να πληρούνται ώστε να χαρακτηρισθεί ως παρανεοπλασματική μια νόσος.

Κλινικά, στο στόμα παρατηρούνται πολλαπλές ασυμπτωματικές θηλωματώδεις βλάβες, φυσιολογικής χροιάς, που επεκτείνονται και μπορεί να καταλάβουν μεγάλες περιοχές. Πιο συχνά προσβάλλονται τα χείλη και η γλώσσα και πιο σπάνια η υπερώα, τα ούλα και η παρειά ***(Εικ. 4)***. Παρόμοιες βλάβες παρατηρούνται και σε άλλους βλεννογόνους (επιπεφυκότες, πρωκτός, κόλπος, φάρυγγας, οισοφάγος, έντερο κ.ά.). Το δέρμα είναι τραχύ, παρουσιάζει μελάγχρωση, ενώ αναπτύσσονται πολλαπλές θηλωματώδεις προσεκβολές, που χαρακτηριστικά εντοπίζονται στις μασχάλες, τις μηρογεννητικές πτυχές, το λαιμό, τις παλάμες και τα πέλματα

Εικ. 4. Κακοήθης μελανίζουσα ακάνθωση. Πολλαπλά οζίδια στο άνω χείλος και διόγκωση στα ούλα σε γυναίκα με αδενοκαρκίνωμα τραχήλου μήτρας.

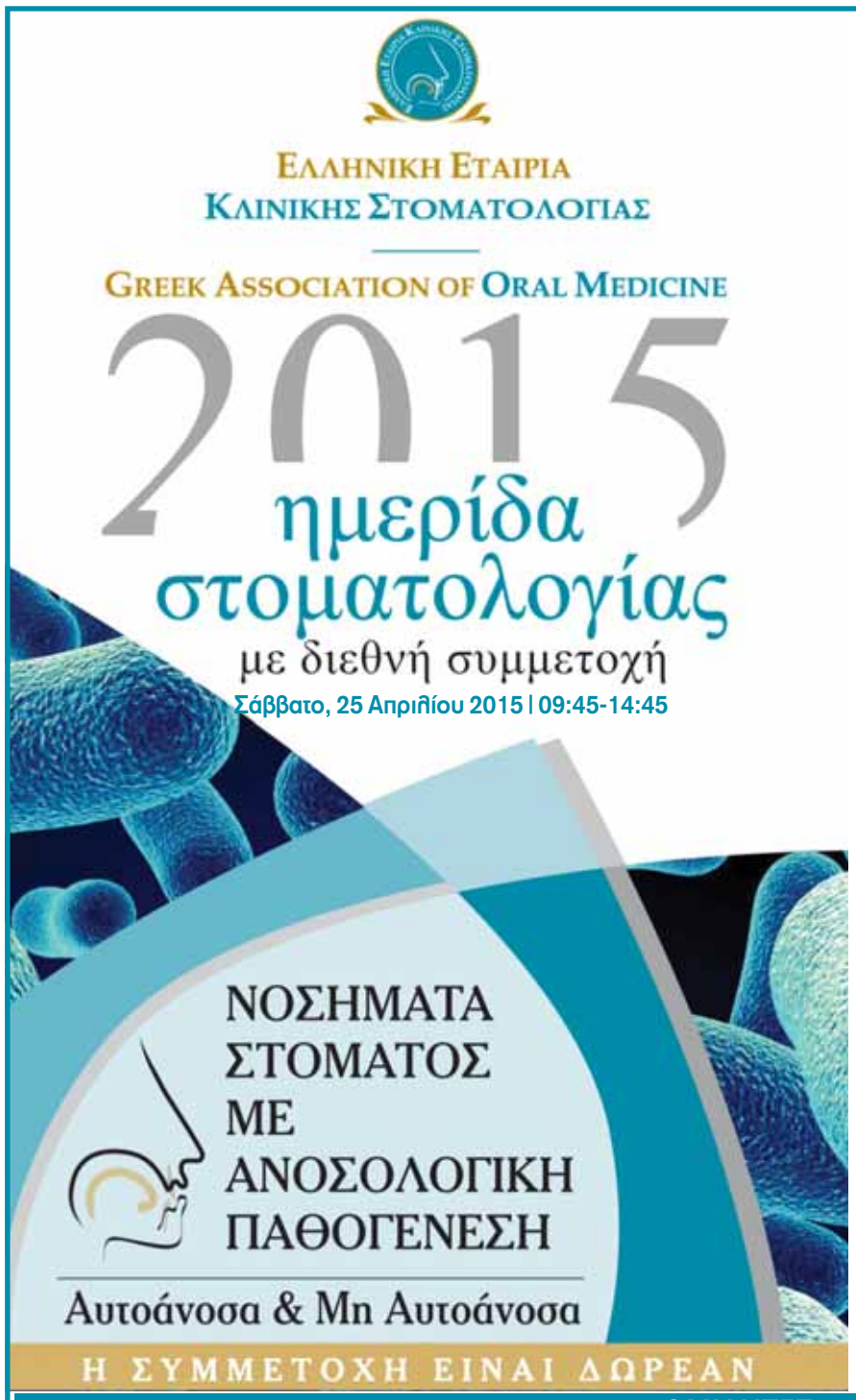
Εικ. 5. Κακοήθης μελανίζουσα ακάνθωση. Μελάγχρωση και πολλαπλά οζίδια στη μασχάλη (ίδια περίπτωση με την Εικ. 4).

Εικ. 6. Κακοήθης μελανίζουσα ακάνθωση. Πολλαπλά θηλωματώδη οζίδια και μελάγχρωση στο δέρμα των μηρογεννητικών πτυχών και τους μηρούς (ίδια περίπτωση με τις Εικ. 4 και 5).

(Εικ. 5, 6). Διαφορική διάγνωση γίνεται από τα νοσήματα που βρίσκονται στον Πίνακα 1. Εργαστηριακές εξετάσεις που απαιτούνται είναι μόνο εκείνες που είναι απαραίτητες για εντόπιση και διάγνωση της νεοπλασίας. Ιστολογικά οι δερματικές βλάβες εμφανίζουν υπερκεράτωση, ακάνθωση και θηλωμάτωση καθώς και αυξημένη παραγωγή μελανίνης. Το τελευταίο εύρημα δεν απαντά στις βλάβες του βλεννογόνου του στόματος.

Η θεραπεία είναι συμπτωματική. Συνήθως οι δερματικές και βλεννογόνιες βλάβες υποχωρούν εάν θεραπευθεί η νεοπλασία με την οποία συνδέονται.

Συμπερασματικά, η μελανίζουσα ακάνθωση αποτελεί μια ενδιαφέρουσα, ιατρικά, ομάδα νόσων με ποικίλες εκφράσεις και ταυτόχρονα μια διαγνωστική πρόκληση για το Στοματολόγο και το Δερματολόγο. Ιδιαίτερα η κακοήθης μορφή της νόσου που συνδέεται πάντοτε με νεοπλασία εσωτερικών οργάνων.



Σάββατο, 25 Απριλίου 2015 | 09:45-14:45
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ CARAVEL (ΑΙΘΟΥΣΑ ΟΛΥΜΠΙΑ)

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

09:45 - 10:00 Προσφωνήσεις
Γ. Λάσκαρης. Συντονιστής Επιστημονικού Προγράμματος της Ημερίδας
Ε. Στουφή. Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας
Χ. Κίττας. Καθηγητής Ιατρικής τέως Πρύτανης Παν. Αθηνών
10:00 - 10:30 Προσκεκλημένος ομιλητής
Θ. Χαλαζωνίτης: «Μηχανισμοί Καρκινογένεσης σε μοριακό και γενετικό επίπεδο: Τι Νεότερο»

10:30 – 12:30 ΜΕΡΟΣ Ι ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΙ: **Χ. Αντωνίου – Π. Λούμου**
ΟΜΙΛΗΤΕΣ
Π. Σταυρόπουλος: Πεμφιγοειδές των Βλεννογόνων: Νέα διαγνωστικά κριτήρια και θεραπευτικές παρεμβάσεις
Γ. Λάσκαρης: Πέμφιγα: Νέα δεδομένα στην παθογένεση - διάγνωση - θεραπεία
Ε. Γεωργακοπούλου: Ερυθηματώδης Λύκος: Ένα συστηματικό νόσημα με πολλές εκφράσεις στο στόμα
S. Fedele: Σύνδρομο Sjögren: Νέα διαγνωστικά κριτήρια και πρόοδοι στη θεραπεία
Συζήτηση
12:30 - 13:00 Διάλειμμα

13:00 – 14:45 ΜΕΡΟΣ ΙΙ ΜΗ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΙ: **Φ. Κακλαμάνης - Μ. Δούκα**
ΟΜΙΛΗΤΕΣ
S. Porter: Άφθες και σχετιζόμενα νοσήματα: Νέα δεδομένα
Π. Σφηκάκης: Σύνδρομο Αδαμαντιάδη - Behçet: Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία
Ε. Στουφή: Πολύμορφο Ερύθημα: Μια διαγνωστική και θεραπευτική πρόκληση με αβέβαιη παθογένεση
Δ. Ανδρεάδης: Ομαλός Λειχήνας: Νέα δεδομένα στη παθογένεση – διάγνωση και θεραπεία
Συζήτηση

ΟΜΙΛΗΤΕΣ

ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
Επικ. Καθηγητής Στοματολογίας της Οδοντιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Παν. Θεσσαλονίκης.
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ
Στοματολόγος. Ιατρός - Οδοντίατρος. Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών. Μετεκπαιδεύτηκε στο Παν. Λονδίνου
ΛΑΣΚΑΡΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ
Στοματολόγος. Ιατρός - Οδοντίατρος. Αν. Καθηγητής Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών. Επισκέπτης Καθηγητής Παν. Λονδίνου.
PORTER STEPHEN
Καθηγητής και Διευθυντής του UCL Eastman Dental Institute και Καθηγητής Στοματολογίας του Παν. του Λονδίνου.
FEDELE STEFANO
Κλινικός Λέκτορας στο Πανεπιστήμιο UCL Eastman Dental Institute και Επίτιμος Σύμβουλος Στοματολόγος στο UCLH, University College London Hospital, Eastman Dental Hospital.
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
Αν. Καθηγητής Δερματολογίας Παν Αθηνών - Νοσ. «Α. Συγγρός».
ΣΤΟΥΦΗ ΕΛΕΑΝΑ
Στοματολόγος - Οδοντίατρος. Μετεκπαιδευτηκε στο Παν. Harvard και Στοματολογικό Τμήμα Νοσ. «Α. Συγγρός».
ΣΦΗΚΑΚΗΣ ΠΕΤΡΟΣ
Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.
ΧΑΛΑΖΩΝΙΤΗΣ ΘΑΝΟΣ
Καθηγητής και Διευθυντής του τμήματος Μοριακής Βιολογίας στο Παν. της Γενεύης.

ΠΡΟΕΔΡΟΙ

ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
Καθηγήτρια Δερματολογίας Παν Αθηνών - Δ/ντρια Νοσ. «Α. Συγγρός».
ΔΟΥΚΑ ΜΑΡΙΝΑ
Στοματολόγος Οδοντίατρος
ΛΟΥΜΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
Στοματολόγος. Ιατρός- Οδοντίατρος
ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ ΦΑΙΔΩΝ
Καθηγητής Παθολογίας Παν. Αθηνών

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ
Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΕΙΝΑΙ ΔΩΡΕΑΝ. ΘΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΑΠΟ ΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ. ΘΑ ΧΟΡΗΓΗΘΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ.

ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ «ΕΝΑΝΤΙ» ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΟΣ
Φιλοσοφική και Βιοηθική προσέγγιση

Του **Φοίβου Προύντζου**
Επίκουρου Καθηγητή
Ενδοδοντίας ΕΚΠΑ

Υπάρχουν πολλοί που εκτιμούν ότι οι εισηγήσεις στο πλαίσιο ενός συνεδρίου δεν έχει νόημα να αποτυπώνονται στο χαρτί, γιατί σπανίως η εμπειρία του αναγνώστη ταυτίζεται με την εμπειρία του συνέδρου. Υπάρχουν όμως ομιλίες που η αξία τους παραμένει διαχρονική και ως τέτοιες κατορθώνουν να υπερβούν τους φραγμούς του χώρου και του χρόνου, εμπλέκοντας τον αναγνώστη σε έναν οιονεί- διάλογο με τα ζητήματα που θέτουν. Ομιλίες που έρχονται για να καλλιεργήσουν γόνιμα ερωτηματικά και να μας θέσουν όλους ενώπιον των ατομικών μας ευθυνών. Από αυτές που μόνο όσοι προέρχονται από τη στόφα των μεγάλων Δασκάλων μπορούν με επιτυχία να απευθύνουν στο κοινό και να καθηλώσουν το ακροατήριο.

Το «ΟΒ» έχει την τιμή να μοιράζεται με τους αναγνώστες του την εισήγηση του διακεκριμένου Πανεπιστημιακού, Επίκουρου Καθηγητή Ενδοδοντίας, κ. **Φοίβου Προύντζου**, ενός ανθρώπου με πνευματική ευρύτητα και ατομικό ήθος που απέδειξε έμπρακτα πώς ηθική και επιστήμη μπορούν να συνυπάρχουν και να αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της ζωής του οδοντιάτρου. Η ομιλία του με τίτλο **«Ενδοδοντική Θεραπεία έναντι Εμφυτεύματος. Βιοηθική και Φιλοσοφική Προσέγγιση»**, η οποία εκφωνήθηκε στο πλαίσιο του 6ου Περιφερειακού Συνεδρίου Ενδοδοντίας, δεν είναι μια ακόμη επιστημονική εισήγηση που αξιολογεί τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα της μιας ή της άλλης θεραπευτικής μεθόδου, αλλά πρωτίστως μια κριτική ανάλυση των σύγχρονων διλημμάτων με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο οδοντίατρος, καλώντας τον καθένα ξεχωριστά να αναλογιστεί και να επαναπροσδιορίσει τις ευθύνες και τον ρόλο του απέναντι στην οδοντιατρική επιστήμη, στους ασθενείς του και ιδίως απέναντι στον εαυτό του.

Κυρίες και κύριοι, αγαπητοί συνάδελφοι

Ο πρόεδρος και φίλος Νώντας Κατσούλας με την πρωτοβουλία του να με παρουσιάσει στην αποψινή επίσημη έναρξη του Συνεδρίου μας, με αιφνιδίασε και δεν σας κρύβω την αμηχανία μου για τις υπερβολές της προσφώνησής του.

Υποπτεύομαι ότι ίσως κάτι διαισθάνθηκε και έσπευσε να με κοσμίσει με τις αρετές που υπαγορεύει το πνεύμα δεδικαίωσης σε άλλου είδους… τελετές.

Ωστόσο τον ευχαριστώ για όσα καλά… επινόησε να πει για μένα, μα πιο πολύ τον ευχαριστώ για όσα κακά φρόντισε να αποσιωπήσει. Θα σταθώ μόνο σε όσα τιμητικά ανέφερε για την θητεία μου στο Πανεπιστήμιο, για να επαναλάβω κάτι που έχει πει ο Θανάσης Σμοκοβίτης: *«Η πανεπιστημιακή θέση δεν είναι περιουσιακό στοιχείο. Είναι θεσμός με θεσμοφύλακες που έρχονται υποχρεωμένοι και φεύγουν χρεωμένοι».* Με την έννοια αυτή δεν πρέπει να αποτιμάμε την προσφορά του δασκάλου απ' όσα κέρδισε ο ίδιος απ' την εκπαίδευση αλλά απ' τα όσα κέρδισε η εκπαίδευση απ' αυτόν.

Για να συμβεί το τελευταίο αναμφισβήτητα χρειάζεται και η αυταπάρνηση για άνοιγμα δρόμων. Δρόμων που ο ίδιος δεν πρόφθασε, δεν μπόρεσε ή εμποδίστηκε να περπατήσει και φεύγει με την προσδοκία να τους περπατήσουν μαθητές του.

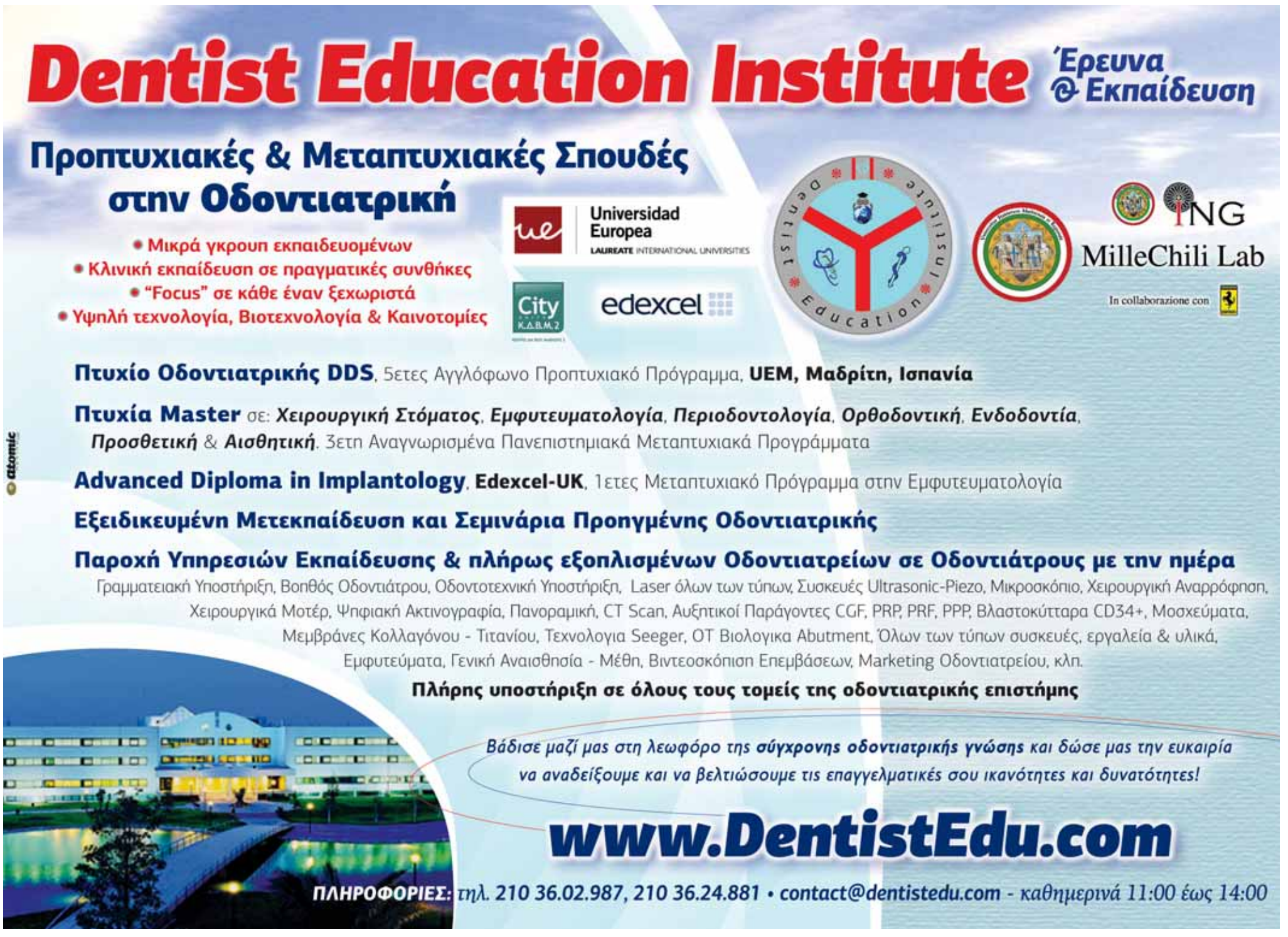
«Υπέρτατο χρέος του δασκάλου» γράφει ο Καζαντζάκης *«είναι να αισθάνεται γέφυρα έτοιμη και πρόθυμη να γκρεμιστεί όταν δει τον μαθητή του να περνάει».* Τώρα αν με ρωτήσετε πόσες τέτοιες γέφυρες γνώρισα στην ακαδημαϊκή κοινότητα, θα δυσκολευτώ να σας απαντήσω. Η κάθε είδους «καρέκλα» ίσως επειδή είναι γένους θηλυκού, την αντιμετωπίζουμε με νοοτροπία φαλοκρατική. Κανένας μας δεν θέλει να την μοιραστεί με άλλον και αυτό ίσως είναι και ένας λόγος που δεν αποφασίζουμε να αποσυρθούμε πριν… διασυρθούμε. Ας γυρίσουμε όμως στην εισήγησή μου.

Κυρίες και κύριοι, αγαπητοί συνάδελφοι,

Είναι για μένα ιδιαίτερη τιμή που σήμερα έχω την χαρά να είμαι κοντά σας και θέλω απ' την θέση αυτή να ευχαριστήσω και δημόσια την Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία που στην επίσημη έναρξη του 6ου Περιφερειακού Συνεδρίου της, μου εμπιστεύεται το επιστημονικό της μικρόφωνο.

Το θέμα που μου έχει ανατεθεί ξεφεύγει απ' τα αυστηρά ενδοδοντικά όρια και επεκτείνεται σε ευρύτερες περιοχές φιλοσοφίας και βιοηθικής. Συναισθάνομαι το βάρος της ευθύνης και δεν μου διαφεύγει τί σημαίνει να γίνεται κάποιος τιμητής της ηθικής άλλων όταν μάλιστα έχει την δική μου ηλικία όπου η ζωή δεν έχει πια τις μέρες της μπροστά μου. Είμαι σίγουρος ότι πολλοί από σας που σήμερα με ακούτε, θα συνδέετε τα λεγόμενά μου με την γνωστή παροιμία όπου για … εξαγνισμό ακόμη και *«διάβολος όταν γερνάει καλογερεύει».*

Θα προσπαθήσω ωστόσο στο κλίμα των ημε-



ρών που διανύουμε να ισορροπήσω στο τεντωμένο σχοινί του δύσκολου αυτού θέματος, που παραπατώντας είναι εύκολο να βρεθεί κάποιος στο κενό…

Κύριε πρόεδρε, αν παραπατήσω θα παρακαλέσω να με περιβάλετε με το προστατευτικό δίχτυ της επιείκειάς σας.

Και στο σημείο αυτό να μου συγχωρεθεί ένα σχόλιο για τον όρο «έναντι» που επέλεξε η Οργανωτική επιτροπή στον τίτλο της εισήγησης.

Σύμφωνα με τα λεξικά «έναντι» σημαίνει, τοποθετώ κάποιον στην αντίθετη πλευρά και υποθέτω ότι τον επέλεξε παίρνοντας υπόψη της την αντιπαλότητα δύο πλευρών και ίσως όχι άδικα.

Όσοι από εσάς παρακολουθείτε συχνότερα επιστημονικές εκδηλώσεις του χώρου σαν την σημερινή, θα έχετε γίνει μάρτυρες αντιπαραθέσεων μεταξύ ενδοδοντιστών που φανατικά υποστηρίζουν ότι καλύτερο εμφύτευμα παραμένει η φυσική ρίζα δοντιού και εμφυτευματολόγων που επίσης φανατικά ισχυρίζονται ότι το εμφύτευμα έχει ήδη αποτελέσει το καρφί που σφράγισε οριστικά στο φέρετρό της την ενδοδοντική διαδικασία και ασφαλώς θα ’χετε μείνει με την απορία ποιά είναι η αλήθεια.

Γενικότερα, έχω την άποψη ότι φανατισμοί και γενικεύσεις στην λογική του μαύρου ή άσπρου δύσκολα μπορούν να δώσουν αντικειμενική απάντηση σε ερωτήματα επιστημονικά όταν μάλιστα αφορούν σε ζωνταντό ανθρώπινο ιστό. Πιστεύω λοιπόν ότι τόσο το εμφύτευμα, όσο και το θεραπευμένο δόντι σήμερα αποτελούν αξιόπιστες θεραπευτικές λύσεις σε πολλά και δύσκολα προβλήματα της δουλειάς μας, ερευνητικά και κλινικά τεκμηριωμένες, αρκεί να επιλέγονται και να εφαρμόζονται σωστά.

Όσοι κατά συνέπεια τις χρησιμοποιούν δεν πρέπει να τις εκλαμβάνουν σαν τεχνικές **«ανταγωνιστικές» αλλά «συναγωνιστικές»** με στόχο κοινό.

Και οι εκτιμήσεις αυτές δεν είναι αυθαίρετες εκτιμήσεις δικές μου. Με βάση ελληνικά και ξένα βιβλιογραφικά δεδομένα και οι δύο τεχνικές από άποψη επιτυχίας θεωρούνται ισάξιες.

Αλλά τί θεωρούμε επιτυχία;

Κατά μία γενικότερη έννοια, επιτυχία στη ζωή θεωρείται το επιθυμητό αποτέλεσμα – κατάληξη μιας προσπάθειας, συμβαίνει όμως συχνά σε τέτοιες περιπτώσεις τα κριτήριά μας για τον καθένα να είναι διαφορετικά. Η διαφορετικότητα των κριτηρίων και στον χώρο της ενδοδοντίας σχετικά με το είναι επιτυχία ***(εικ. 1)*** αποτελεί έναν από τους λόγους που κάνει ακόμη και τους ειδικούς να μην συμφωνούν μεταξύ τους για τα αποτελέσματα των μελετών τους.

> «…τα κριτήρια για επιτυχία – αποτυχία μιας ενδοδοντικής θεραπείας ποικίλουν τόσο μεταξύ των ερευνητών, ώστε συχνά είναι αδύνατη και η μεταξύ τους συνεννόηση για εξαγωγή συμπερασμάτων…»
>
> Torabinejad et al 2005
>
> 1

Όταν όμως για ένα τέτοιο θέμα η συνεννόηση είναι δύσκολη ακόμη και μεταξύ ειδικών, αντιλαμβάνεσθε την σύγχυση που επικρατεί στους μη ειδικούς μαχόμενους του κλάδου.

Διαβάζοντας για παράδειγμα σε κλασσικά συγγράμματα ότι το ποσοστό επιτυχίας ενδοδοντικών θεραπειών κυμαίνεται μεταξύ 55-95% σημαίνει: αν θεωρήσουμε δεδομένο το πρώτο (55%) οι μισές περίπου θεραπείες μας έχουν αποτύχει. Αν, αντίθετα, για δεδόμενο πάρουμε

> Πιστεύω ότι τόσο το εμφύτευμα, όσο και το θεραπευμένο δόντι σήμερα αποτελούν αξιόπιστες θεραπευτικές λύσεις σε πολλά και δύσκολα προβλήματα της δουλειάς μας, ερευνητικά και κλινικά τεκμηριωμένες, αρκεί να επιλέγονται και να εφαρμόζονται σωστά.
> Όσοι κατά συνέπεια τις χρησιμοποιούν δεν πρέπει να τις εκλαμβάνουν σαν τεχνικές «ανταγωνιστικές» αλλά «συναγωνιστικές» με στόχο κοινό.

το δεύτερο (95%) το σύνολο των θεραπειών μας έχει επιτυχία!!!

Για τον λόγο αυτό πολλοί συγγραφείς παραβλέποντας τα γνωστά κριτήρια (ιστολογικά – ακτινογραφικά- κλινικά) αξιολόγησης μιας θεραπείας, αντικατέστησαν τον όρο **«επιτυχία»** με τον όρο **«επιβίωση»**. Τον όρο αυτό χρησιμοποιούν συνήθως και οι «εμφυτευματολόγοι» στις δικές τους μελέτες και σημαίνει την ασυμπτωματική διατήρηση του δοντιού στον φραγμό με δυνατότητα παραγωγής εργού. Με άλλα λόγια το δόντι ή το εμφύτευμα να είναι λειτουργικό.

Για τις ανάγκες της εισήγησης προστρέχοντας λοιπόν σε μελέτες με κριτήριο την «επιβίωση» διαπιστώνουμε ότι μεγάλος αριθμός θεραπευμένων δοντιών από μια μεγάλη «γκάμα» ***(εικ. 2)*** οδοντιάτρων (καθηγητών, νοσοκομειακών, γενικών, ειδικών κ.ά.) στην Αμερική μετά από παρακολούθηση 8 ετών να έχουν χρόνο «επιβίωσης»σε ποσοστό 97%. Στην εικόνα 3, βλέπουμε μια παρόμοια μελέτη, σε εμφυτεύματα τοποθετημένα σε ασθενείς με καλές προϋποθέσεις, με το ίδιο κριτήριο μετά από δέκα χρόνια παρακολούθησης, να έχουν χρόνο επιβίωσης σε ποσοστό 95%.

Σε μια τρίτη, τέλος, μελέτη ***(εικ. 3)*** με τοποθέτηση στεφάνης σε μονήρη εμφυτεύματα και θεραπευμένα δόντια, ο χρόνος επιβίωσης και στις δύο τεχνικές ήταν παραπλήσιος στους ίδιους χρόνους επανεξέτασης.

Αν, τώρα, αναλογισθούμε ότι οι γιατροί σε ογκολογικούς ασθενείς θεωρούν την επιβίωση «πέντε ετών ενθαρρυντικό χρόνο, τηρουμένων των αναλογιών», ο χρόνος επιβίωσης τόσο των εμφυτευμάτων όσο και των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών δεν είναι καθόλου απογοητευτικός.

Αντιλαμβάνεσθε όμως ότι πλέον η απάντηση στο ερώτημα **«εμφύτευμα ή δόντι»** δεν αφορά σε ποσοστά επιτυχίας ή χρόνο επιβίωσης. Αποκτάει άλλη διάσταση και αφορά στην θεραπευτική φιλοσοφία του κλινικού που παίρνει την απόφαση για την μία ή την άλλη τεχνική.

Endodontic treatment outcomes in a large patient population in the USA: An epidemiological study

Robert Salehrabi
Ilan Rotstein
JOE December 2004

Υλικό εργασίας: 1.462.936 δόντια από 1.126.288 ασθενείς
Τόπος έρευνας: 50 πολιτείες ΗΠΑ
Χρόνος αξιολόγησης: 8 χρόνια.
Ποσοστό επιτυχίας: 97%

2

Effect of implant desing on Survival and success rates of Titanium oral implants: a 10 Years prospective cohorrit of ITI dental implant system.

Karousis I , Lang NP
Clin Oral Implants Res 2004

Σε υγιείς ασθενείς με καλές τοπικές προυποθέσεις μπορούμε να αναμένουμε ένα μακροπρόθεσμο ποσοστό επιβίωσης της τάξης 90% για 10 έτη.

For teeth requiring endodontic treatment What are the differences in outcomes of Restored endodontically treated teeth Compared to implant-supported restorations

Mian K. Igbal DMD – Ms Syngcuk Kim DDS PhD
J.ORAL MAXILLOFAC. IMPLANTS
2007; 22 96:116

Υλικό εργασίας: 55 αναφορές σε εμφύτευμα με στεφάνη 13 αναφορές σε θεραπευμένο δόντι με στεφάνη
Ζητούμενο: ποσοστό επιβίωσης σε «διάφορο» χρόνο επανεξέτασης
Αποτέλεσμα: «Μη σημαντικές διαφορές στο χρόνο επιβίωσης μεταξύ των δύο επιλογών».

3

Αλλά τί θα πει θεραπευτική φιλοσοφία ή καλύτερα ποιά είναι η θέση της φιλοσοφίας στην Ιατρική σήμερα;

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η φιλοσοφία είναι μια χίμαιρα που δεν έχει σχέση με την πραγματικότητα. Δεν εξετάζει τί ισχύει αλλά τί θα μπορούσε ή έπρεπε να ισχύει και ότι σ’ αυτήν καταφεύγουν αποτυχημένοι κλινικοί.

Έχουν όμως έτσι τα πράγματα και ποια είναι η πραγματική εννοιολογική σημασία της φιλοσοφίας; Σύντομα και όσο γίνεται λιγότερο απλουστευτικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι φιλοσοφία είναι ο τρόπος με τον οποίο βλέπει κάποιος την ζωή, ερμηνεύει τα μεταφυσικά προβλήματα και αποτιμάει τις ανθρώπινες αξίες.

Σχετικά με το τελευταίο, θα μου επιτρέψετε ένα σχόλιο, γιατί συχνά κάποιοι ακούγοντας τον όρο **«αξίες»** ο νους τους με χρηματιστηριακή λογική πάει στο πόσο αξίζουν για να τις αγοράσουν με τα λεφτά τους ή να τις «παίξουν»για να κερδίσουν.

Φυσικά, τέτοιες αντιλήψεις δεν έχουν σχέση με φιλοσοφικές ανησυχίες. Ο άνθρωπος, όμως και ειδικότερα ο επιστήμονας που δεν φιλοσοφεί, έχει πει ο Άγγελος Τερζάκης, συμπληρώνει τα ένσημα της ζωής του στο πρότυπο μιας ψείρας που πέρασε τις μέρες της στο τριχωτό της κεφαλής χωρίς να υποψιάζεται το μεγαλείο της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Αντίθετα, προκαλεί θαυμασμό η οξυδέρκεια των Αρχαίων Ελλήνων ***(εικ. 4)*** που τρεις περίπου χιλιάδες χρόνια πριν είχαν αντιληφθεί την εκλεκτική συγγένεια φιλοσοφίας και Ιατρικής.

Όπως βλέπουμε στην εικόνα 5 απ’ την σύζευξη φιλοσοφίας και ιατρικής προέκυψε ο Ιατροφιλόσοφος που για πολλούς υπήρξε το ιδανικό πρότυπο γιατρού εμπνευσμένου από τον Ιπποκράτη.

4

Δεν ανήκω σε εκείνους που από αρρωστημένη προγονολατρεία πιστεύουν ότι κατά την έκφραση των ημερών μας «τα πάντα όλα» ήταν γνωστά στους αρχαίους μας προγόνους.

Είναι όμως αλήθεια ότι το έργο του Ιπποκράτη και ιδιαίτερα ο όρκος, μόνο με την Βίβλο θα μπορούσε να συγκριθεί. Κι αυτό όχι μόνο από άποψη εκδοτική αλλά και από πλευράς νοημάτων. Δεν υπάρχει στην οικουμένη γλώσσα που να μην έχει μεταφράσει και Ιατρική σχολή που να μην τον έχει διδάξει. Δυστυχώς, σήμερα, η αποκαλούμενη παγκοσμιοποίηση επέφερε στις κοινωνίες νέα τάξη πραγμάτων. Υιοθετήθηκαν καινούργιες αντιλήψεις και διαφορετικές στάσεις απέναντι στα γεγονότα.

Έτσι ιδανικός πολίτης μιας χώρας θεωρείται ο κοσμοπολίτης μιας αποικισμένης και ασύνορης πολιτείας στο πρότυπο της Ντόλυ, της γνωστής κλωνοποιημένης προβατίνας. Το υποκατάστατο έχει γίνει πιο ελκυστικό από το αυθεντικό, το περιτύλιγμα εντυπωσιακότερο από το περιεχόμενο και η σπουδαιοφάνεια δεν ξεχωρίζει από την σπουδαιότητα.

Μέσα στην γενικότερη αυτή κοινωνική αντίληψη του «φαίνεσθαι» ο «Ιατροφιλόσοφος» έχει εκλείψει. Τον εξαφάνισε ο «Ιατρομηχανικός» σε

5

τέτοιο βαθμό που το επιστημονικό μας έργο εξισώνεται με εργασία κατασκευαστή όπως βλέπετε να σατυρίζεται από γνωστό σκιτσογράφο… *(εικ. 5)*

Δεν είναι όμως λίγοι εκείνοι που υποστηρίζουν ότι η Ιατρομηχανική αντίληψη φέρνει σημαντική ευθύνη και για την κρίση εμπιστοσύνης που έχει δημιουργηθεί ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή – άνθρωπο. Ο καθηγητής και δάσκαλος των περισσότερων από εμάς, Φώτης Μήτσης *(εικ. 6)*, εδώ και είκοσι περίπου χρόνια πριν είχε διατυπώσει την άποψη ότι **αν η τεχνολογία δεν συμπορευθεί αρμονικά με την ηθική, το μεταξύ τους χάσμα θα μεγαλώσει** και τα γεγονότα τον δικαίωσαν κατά τρόπο, θα λέγαμε, προφητικό.

Η τεχνολογία είναι ένα πράγματι χρήσιμο εργαλείο που δίνει λύσεις και ανοίγει στην επιστήμη προοπτικές όταν όμως εφαρμόζεται με κανόνες βιοηθικής. Ας μην ξεχνάμε δε ότι στην περίπτωσή μας το πεδίο εφαρμογής είναι ζωντανός ιστός και ο καλός χειριστής συσκευών δεν είναι πάντοτε και καλός κλινικός. Αντίθετα, θάλεγα ότι όσο περισσότερο «πλουτίζει» τον εγκέφαλο του ηλεκτρονικού του υπολογιστή τόσο «φτωχαίνει» τον δικό του με ορατό κίνδυνο ο δημιουργός να «υποταχθεί» στα δημιουργήματά του. Αλλά όπως σωστά το είχε προβλέψει ο δάσκαλός μας και οι νέες μορφές άσκησης του επαγγέλματός μας σπρωγμένες από τον άκρατο ανταγωνισμό οδήγησαν στην αντίληψη «της αρπαχτής». Βλέπουμε συχνά σε κεντρικούς δρόμους επαγγελματικές πινακίδες «καλών» συναδέλφων που ακόμη και με φωτογραφίες τους «διαφημίζουν» επαγγελματικές δεξιότητες σε ρυθμούς «ψεκάστε – σκουπίστε – τελειώσατε». Αλλά μην νομίζετε ότι στο εξωτερικό τα πράγματα είναι καλύτερα. Βλέπετε στην ***εικόνα 7*** ένα σύγχρονο ιατρικό κέντρο στην κεντρική Ευρώπη με την Οδοντιατρική να φιγουράρει ανάμεσα σε τεχνικές αφαίρεσης τριχών, εξάλειψης ρυτίδων κ.ά. προβάλλοντας τα εμφυτεύματα. Και είναι τουλάχιστον ειρωνεία τραγική να έχει το όνομα του δικού μας θεού Υγείας που θα θυμάσθε απ' την μυθολογία ότι ο Δίας του αφαίρεσε με κεραυνό την ζωή, μετά από παράπονα του Άδη γιατί ο Ασκληπιός θεραπεύοντας ετοιμοθάνατους του στερούσε πελατεία «πεθαμένων»!!!

Αγαπητοί μου φίλοι, αν σήμερα ζούσε ο Δίας ασφαλώς θα είχε κεραυνοβολήσει πολλούς ενδοδοντιστές μετά από παράπονα εμφυτευματολόγων…

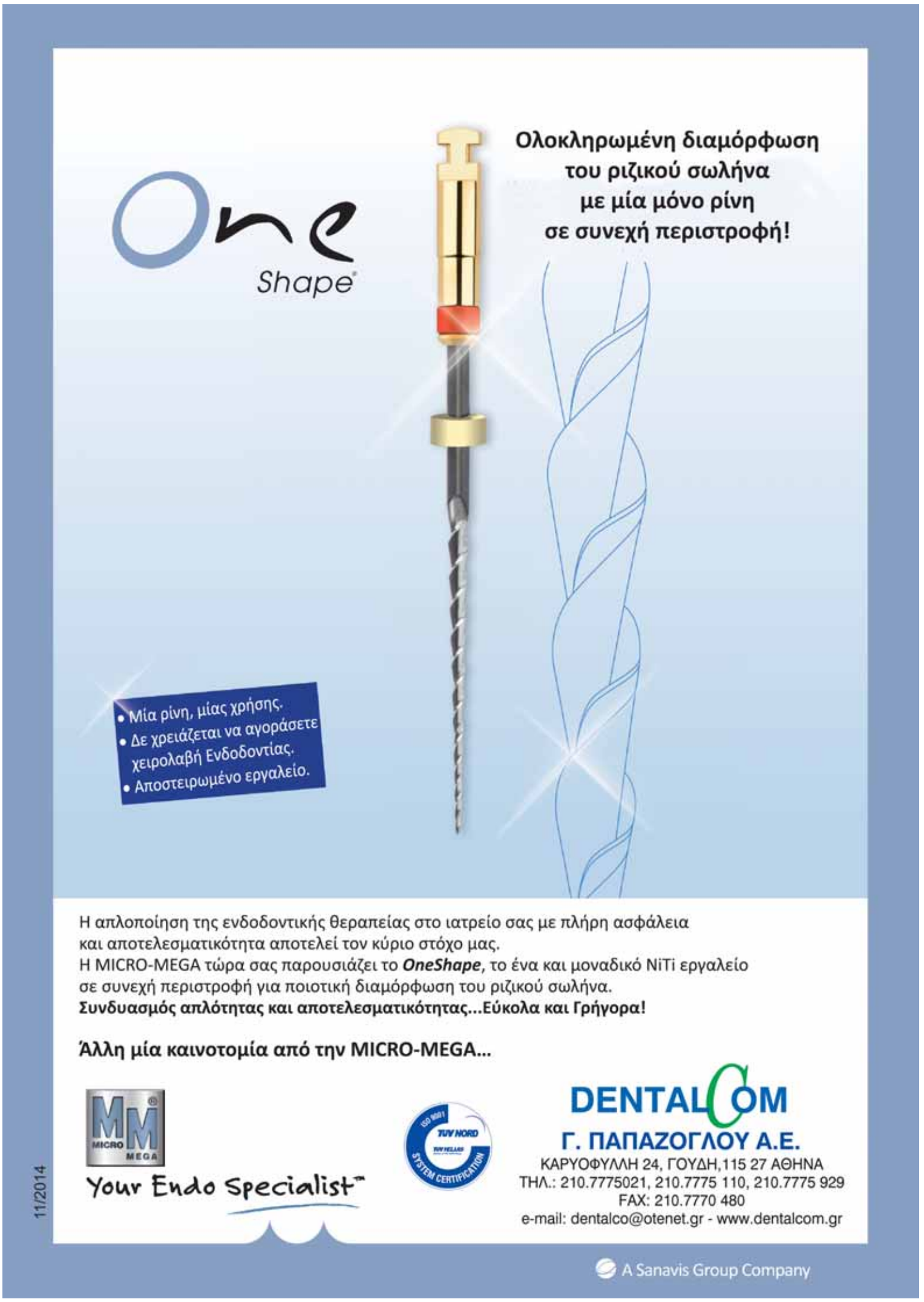
Μερίδιο ευθύνης καταλογίζεται όμως και στην ανάδειξη πολλών ειδικοτήτων με συνεπακόλουθη συνέπεια την προκλητή πολλές φορές υπερθεραπεία.

Δεν είναι στις προθέσεις μου να ψέξω τους «ειδικούς». Τρέφω απεριόριστο σεβασμό στην «εξειδικευμένη» γνώση και τιμάω βαθύτατα εκείνους που την απέκτησαν με μόχθο και την υπηρετούν με σύνεση. Κατά συνέπεια δεν αναφέρομαι στις θεσμοθετημένες ειδικότητες ή αν θέλετε ούτε στις μη θεσμοθετημένες που έχουν αναδυθεί από πραγματικές ανάγκες του κλάδου. Αναφέρομαι – αν μου επιτρέπεται η έκφραση – στις επινοημένες με εκζήτηση και δεν μπορώ να αποσιωπήσω μια κατηγορία νεόκο-

7

> …στην απομάκρυνση του γιατρού από την ψυχική και προσωπική επαφή με τον ασθενή του έχουν συντελέσει: η παρεμβολή της τεχνολογίας, οι νέες μορφές άσκησης του επαγγέλματος και η ανάδειξη πολλών ειδικοτήτων»
>
> **ΦΩΤΗΣ ΜΗΤΣΗΣ**
> **Ηθική και δεοντολογία στην Οδοντιατρική**

6



πων, κυρίως, συναδέλφων που με ασυνήθιστη βιασύνη μέσα από ιστοσελίδες ή τηλεο-εκπομπές βιάζονται να βαφτίσουν τον εαυτό τους **«μάγο της φυλής»** που θεραπεύουν πάσαν νόσον και πάσαν…. επιπλοκή παραβιάζοντας κανόνες δεοντολογίας.

Ο Νίκος Δήμου έχει πει ότι κοιτάζοντας στον καθρέφτη της αυταρέσκειας το πρόσωπό μας βλέπουμε τον Ναπολέοντα ή την Κλεοπάτρα αλλά ποτέ τον … Καραγκιόζη που ενδεχόμενα να βλέπουν οι άλλοι σ' αυτό.

Έτσι, μόλις γίνουμε, ή νομίσαμε πως γίναμε κάποιοι ή αποκτήσαμε όνομα υπέρτερο της πραγματικής μας αξίας με ανεπίτρεπτη οίηση αφήνουμε μπροστά στον ασθενή υπαινιγμούς για την επιστημονική επάρκεια συναδέλφων, ακόμη και δασκάλων μας. Μένω, συχνά, με το στόμα ανοιχτό μπροστά στον επαγγελματικό κανιβαλισμό που σε τέτοιες περιπτώσεις χαρακτηρίζει την παθολογία των οδοντιατρικών μας πραγμάτων. Μ' αυτό δεν θέλω να πω ότι από συναδελφική αλληλεγγύη πρέπει να επικροτούμε ατέλειες και λάθη συναδέλφων μας, θέλω όμως να πω ότι λάθη δεν κάνουν μόνον εκείνοι που δεν κάνουν τίποτα ή δεν λένε την αλήθεια. **Το να κάνει κάποιος λάθος είναι ανθρώπινο, υπεράνθρωπο είναι να το παραδεχθεί και σφάλμα είναι να μην έχουμε διδαχθεί απ' αυτό επαναλαμβάνοντάς το.**

Αν λοιπόν πείρα είναι το όνομα που δίνουμε στα λάθη μας και μου αναγνωρίζετε το δικαίωμα ενός «αφορισμού» μετά από πείρα σαράντα τόσων χρόνων θα σας έλεγα ότι όσο μεγαλύτερη πείρα αποκτάει κάποιος, τόσο πιό συγκαταβατικός γίνεται στην αποτίμησή του για εργασίες άλλων. Είναι, κατά συνέπεια, λάθος να «εγκαλούμε» συνάδελφο, για παράδειγμα, που έκανε ή διέπραξε έστω «μια κακή» ενδοδοντική θεραπεία που θα μπορούσε ίσως να γίνει καλύτερη αλλά δεν έγινε. Η απλουστευτική εκδοχή ότι ο προηγούμενος υστερούσε σε επιδεξιότητα δεν εκφράζει πάντοτε την πραγματικότητα. Ποτέ κανένας μας δεν μπορεί να ξέρει για ποιό λόγο και κάτω από ποιές συνθήκες πραγματοποιήθηκε μια «ατελής» θεραπεία. Προσωπικά σας βεβαιώνω ότι τις χειρότερες θεραπείες μου τις έχω κάνει εκεί που ήθελα να γίνουν καλύτερες. Μην ξεχνάμε άλλωστε ότι το βιβλιογραφικά αναμενόμενο δεν αποτελεί πάντοτε τον κανόνα σε ό,τι έχει να κάνει με ζωντανό ιστό. Ο ζωνταντός ιστός έχει την δική του, πολλές φορές λογική, το ένα συν ένα δεν αθροίζονται πάντοτε σε δύο. Αν ο Σίσυφος ήταν ενδοδοντιστής θα έβλεπε το λιθάρι του να κατρακυλάει πολύ συχνά πριν από την κορυφή. Και φυσικά όταν κάνουμε λόγο για λάθη δεν έχουμε στο μυαλό μας προσχηματικά ή ηθελημένα σφάλματα που η διάπραξή τους γίνεται από επαγγελματική απληστία.

Συχνά γινόμαστε μάρτυρες τέτοιων περιστατικών. Όταν γύρω μας το κέρδος και η οικονομική δύναμη έχουν αναχθεί σε ύψιστες αξίες αναμενόμενο είναι ο «λειτουργός» να μπαίνει στον ναό της επιστήμης με νοοτροπία «επιχειρηματία» μετατρέποντας την υγεία από αγαθό σε εμπόρευμα. Έτσι στη χώρα που απ' τον Αριστοτέλη υμνήθηκε το μέτρο η αίσθησή του έχει χαθεί για να κυριαρχήσει η υπερβολή.

Υπερβολή είτε από αλόγιστη εκρίζωση δοντιών που θα μπορούσαν να διατηρηθούν για να αποτελέσουν στηρίγματα προσθετικών εργασιών, είτε από υπερβολή στην τοποθέτηση εμφυτευμάτων, μερικά από τα οποία δεν έχουν ανταγωνιστή ενώ άλλα αναπαύονται χωρίς να αξιοποιηθούν, μέσα από τους ιστούς της γνάθου, δημιουργώντας ερωτήματα και για την χρησιμότητά τους ***(εικ. 8)***.

Και για να μη νομίζετε ότι μεροληπτώ υπέρ της ενδοδοντίας ας δούμε και μια περίπτωση αλόγιστων ενδοδοντικών θεραπειών της ποιότητας που βλέπετε ***(εικ. 9)*** για να τοποθετηθεί το «πέταλο» που επίσης βλέπετε στην εικόνα 9. Τώρα θα μου πείτε: Σε μνημονιακούς και δύσκολους

...στον καθρέπτη της αυταρέσκειας συνήθως βλέπουμε το πρόσωπό μας όπως νομίζουμε πως είναι...

για την δουλειά μας καιρους, σ' ένα στόμα 30 τόσες ενδοδοντικές θεραπείες κι άλλες τόσες περίπου στεφάνες πορσελάνης είναι μεγάλος πειρασμός για… «ανάπτυξη». Δεν είναι εύκολο να μην υποκύψουμε παρα-βιάζοντας «αρχές» και παρα-βλέποντας κανόνες που παρα-μορφώνουν το παγκόσμιο έμβλημα της υγείας ***(εικ. 10)***.

Θα συμφωνούσα μαζί σας, δεν είναι όμως τυχαίο ότι σε όλα τα παραπάνω παρα-πτώματα προτάσω το άκλιτο γλωσσικό στοιχείο **«παρα»** σαν αιτιατική του όρου «παράς» που στην περίπτωσή μας ίσως είχε και «ουρά». Ας μη ξεχνάμε όμως, ότι το επάγγελμα που ασκούμε για να επιβιώνουμε είναι κάτι περισσότερο από βιοποριστικό. Οι ασθενείς μας είναι επίσης κάτι περισσότερο από πελάτες για να επιλέγουμε το είδος της θεραπείας ανάλογα με τον… χρηματοκρίτη και τα …. Λεφτοκύτταρά τους.

Το σχέδιο θεραπείας ***(εικ. 11)*** όπως καλύτερα από μένα γνωρίζετε προϋποθέτει τη συναίνεση του ασθενή και έχουμε χρέος όχι απλά να του αναφέρουμε τη μία ή την άλλη τεχνική αλλά και να τον ενημερώνουμε λεπτομερέστερα γι' αυτές. Και θεωρώ απαραίτητη την διευκρίνιση για την διαφορά ανάμεσα στους όρους «αναφέρω» και «ενημερώνω» γιατί αν αρκεστούμε στον πρώτο είναι εύκολο να «αποσπάσουμε» έντεχνα την συγκατάθεσή του για μια τεχνική αποσιωπώντας ή αποκρύπτοντας τα πλεονεκτήματα μιας άλλης, που σημαίνει ότι έχουμε προαποφασισμένο σχέδιο, προσαρμοσμένο στις δυνατότητές μας.

Έτσι η εμμονή μας για παράδειγμα στο παραδοσιακό είδος αποκατάστασης (οδοντοστοιχία) στερεί από ένα νωδό άτομο την χαρά να ξεπε-

8

9

Παρα-βλάπτονται αρχές
Παρα-βιάζονται κανόνες
Παρα-μορφώνεται
το έμβλημα της Υγείας

10

ράσει αισθητικά, λειτουργικά και ψυχολογικά αν θέλετε προβλήματα με τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Ή και αντίθετα αποσιωπώντας τα πλεονεκτήματα των φυσικών δοντιών όταν θεραπεύονται ενδοδοντικά τον κατευθύνουμε στην αναίτια εκρίζωσή τους για να τοποθετήσουμε εμφυτεύματα.

Οι βιβλιογραφικές αναφορές λένε ότι οι περισσότεροι ασθενείς όταν **«ενημερώνονται»** προτιμούν το αυθεντικό από το υποκατάστατο και δίνουν στον θεραπευτή την συγκατάθεσή τους για την προσπάθεια διάσωσης ενός δοντιού που τελικά ίσως αποδειχθεί χαμένη.

Αλλά πότε μία μάχη θεωρείται χαμένη; Μικροί μαθαίναμε ότι χαμένες είναι οι μάχες που δεν δίνονται και η ζωή μάς δίδαξε ότι τέτοιες πρέπει να λογίζονται και όσες δόθηκαν για κάτι που δεν άξιζε. Στην περίπτωσή μας όμως η προσπάθεια για την διατήρηση ενός φυσικού δοντιού πάντοτε αξίζει επιστρατεύοντας όλα τα όπλα της ενδοδοντικής μας φαρέτρας. Κι αν τελικά αποτύχουμε δεν θα έχουμε παραβιάσει κανόνες βιοηθικής και δεοντολογίας.

Ας πούμε τώρα λίγα λόγια και για τους όρους αυτούς ***(εικ. 12)***. Λίγο παλιότερα, πριν δηλαδή 3 περίπου δεκαετίες ο όρος βιοηθική στα λεξικά μας δεν υπήρχε ούτε σαν λήμμα. Στην ιατρική ίσχυε η κλασσική έννοια της ηθικής χωρίς βέβαια την σημερινή αντίληψη ότι «ηθικό είναι ότι είναι και νόμιμο».

Το νόμιμο το καθορίζουν νομοθέτες και μας υποχρεώνουν κανόνες να συμμορφωθούμε με αυτό. **Κανόνες ηθικής δεν είναι γραμμένοι πουθενά. Τους καθορίζει και τους υιοθετεί ο καθένας μας ελεύθερα σαν αυτοδέσμευση απ' την συνείδησή του.** Κατά μία Μαρξιστική αντίληψη η ηθική στον άνθρωπο, όπως και η συνείδησή του του συνδιαμορφώνονται απ' τις εκάστοτε κοινωνικές αντιλήψεις.

Σχέδιο θεραπείας
Από νομικής, αλλά και δεοντολογικής πλευράς ο οδοντίατρος είναι υποχρεωμένος να αναφέρει στον ασθενή όλες τις εναλλακτικές λύσεις, άσχετα αν ο ίδιος έχει τη δυνατότητα να τις εφαρμόσει

Αναφέρω:
κάνω λόγο για κάτι σε κάποιον.
Ενημερώνω:
καθιστώ κάποιον ικανό να κατανοήσει.

11

Η βιοηθική και το περιεχόμενό της.
«η ηθική δεν υπακούει σε νόμους, υπαγορεύεται απ' τη συνείδηση, δεν είναι ...γραμμένη σε διατάξεις και εκφράζεται με την συμπεριφορά» αν ο ίδιος έχει τη δυνατότητα να τις εφαρμόσει

12

Να δούμε λοιπόν ποιές είναι αυτές στην σημερινή μας κοινωνία, με ποιόν τρόπο και σε ποιόν βαθμό «συνδιαμορφώνουν» την ηθική των ανθρώπων της. Δανείστηκα τον «αφορισμό» του Νικηφόρου Βρεττάκου **«...όταν οι "αθάνατοι" έχουν αναγάγει την απάτη σε θεσμό, οι "θνητοί" προτρέπονται σε διαδικασίες απάτης»** όχι για να ισχυριστώ ότι «τα φάγαμε μαζί» (ποτέ μία κατσίκα δεν τρώει όσο ένα γουρούνι) αλλά για να οδηγηθώ στο συμπέρασμα ότι ο εκμαυλιστής δεν ευθύνεται λιγότερο απ' τον εκμαυλιζόμενο. Ας πάρουμε για παράδειγμα έναν συνάδελφο, νέο οδοντίατρο που «σήμερα» παίρνοντας το πτυχίο του δίνει όρκο να τηρήσει κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και «αύριο» ανοίγοντας πανιά για το επαγγελματικό του πέλαγος εξωθείται να γίνει επίορκος.

Ο εξοπλισμός του ιατρείου του απαιτεί δαπανηρές συσκευές που ξεπερνάνε τις οικονομικές δυνατότητες των δικών του. Κριτήριο αποδοχής στον περίγυρό του δεν είναι τα όσα ξέρει, αλλά τα πόσα έχει. Τα τετραγωνικά του σπιτιού και τα κυβικά του αυτοκινήτου του. Η πολιτεία αντί για αρρωγός του, έντεχνα καλλιεργεί την εικόνα του φοροκλέφτη και τα όργανά της του φέρονται με εχθρότητα που δεν ξεχωρίζει από την εξόντωση. Πέστε μου τώρα εσείς τον τρόπο που ο απροστάτευτος κοινωνικά αυτός νέος θα μπορέσει να ασκήσει λειτούργημα όταν αντιμετωπίζεται σαν αλειτούργητος;

Ας επανέρθουμε όμως στην βιοηθική. Ήδη έχουμε πει ότι πρόκειται για επιστήμη σχετικά νέα με περιεχόμενό της τα ηθικά και συνειδησιακά προβλήματα που ανέκυψαν με την αλματώδη ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας και γενετικής που δώσανε στον άνθρωπο την δυνατότητα να παρεμβαίνει στο έργο της Δημιουργίας.

Το 1948 μετά την δίκη της Νυρεμβέργης και με αφορμή την απάνθρωπη ομαδική εξόντωση αιχμαλώτων με ιατρικά μέσα σε χιτλερικά στρατόπεδα συγκέντρωσης η παγκόσμια ένωση Υγείας συνέταξε την γνωστή διακήρυξη της Γενεύης που αποτελεί τον θεμελιώδη λίθο της Βιοηθικής. Αλλά και σήμερα με την βοήθεια ψυχοτρόπων ουσιών σε «μοντέρνες» τεχνικές ανακρίσεων μεταβάλλεται το ανθρώπινο θυμικό κατά τις επιθυμίες των «οργάνων» που τις διενεργούν. Στον κληρονομικό τομέα η προγεννετική διάγνωση, η απομόνωση γονιδίων, η δημιουργία τραπεζών σπέρματος κ.ά. αποτελούν αντικείμενο νομικού και ηθικού προβληματισμού.

Για τους λόγους αυτούς στις περισσότερες χώρες του «πολιτισμένου» κόσμου λειτουργούν Εθνικές Επιτροπές Βιοηθικής με συμβουλευτικό χαρακτήρα σε θέματα ευθανασίας, τεχνητής γονιμοποίησης, κλωνοποιήσεων, μεταμοσχεύσεων οργάνων, υποβοήθησης αυτοκτονίας κ.ά. Όπως αντιλαμβάνεστε πρόκειται για πολύπλοκο, δύσκολο και χαώδες αντικείμενο που για την κατανόησή του χρειάζεται να έχουμε κατάλληλη παιδεία που σαν οδοντίατροι δεν έχουμε διδαχθεί.

Από έναν αυθαίρετο, αναγκαίο όμως για τις ανάγκες της εισήγησης αυτής συνδυασμό βιοηθικών προβληματισμών και δεοντολογικών κανόνων θα μπορούσαμε να διατυπώσουμε τα ερωτήματα: *ποιά είναι τα όρια της αποδεκτής από την μη αποδεκτή θεραπεία και ποιός θεωρείται κατάλληλος για να το εκτιμήσει; Πόσο απέχει η απαραίτητη από την περιτή υπερθεραπεία; Σε ποιό βαθμό είναι επιτρεπτό ο γιατρός να «κατευθύνει» τον ασθενή αλλά και αντίθετα ο ασθενής να «υπαγορεύει» τις απαιτήσεις του στον γιατρό; Ποιά θέση πρέπει να «παίρνει» ο γιατρός απέναντι στον οικονομικά αδύναμο και πώς ο ίδιος μπορεί να προστατευθεί από τον κακοπροαίρετο ασθενή;*

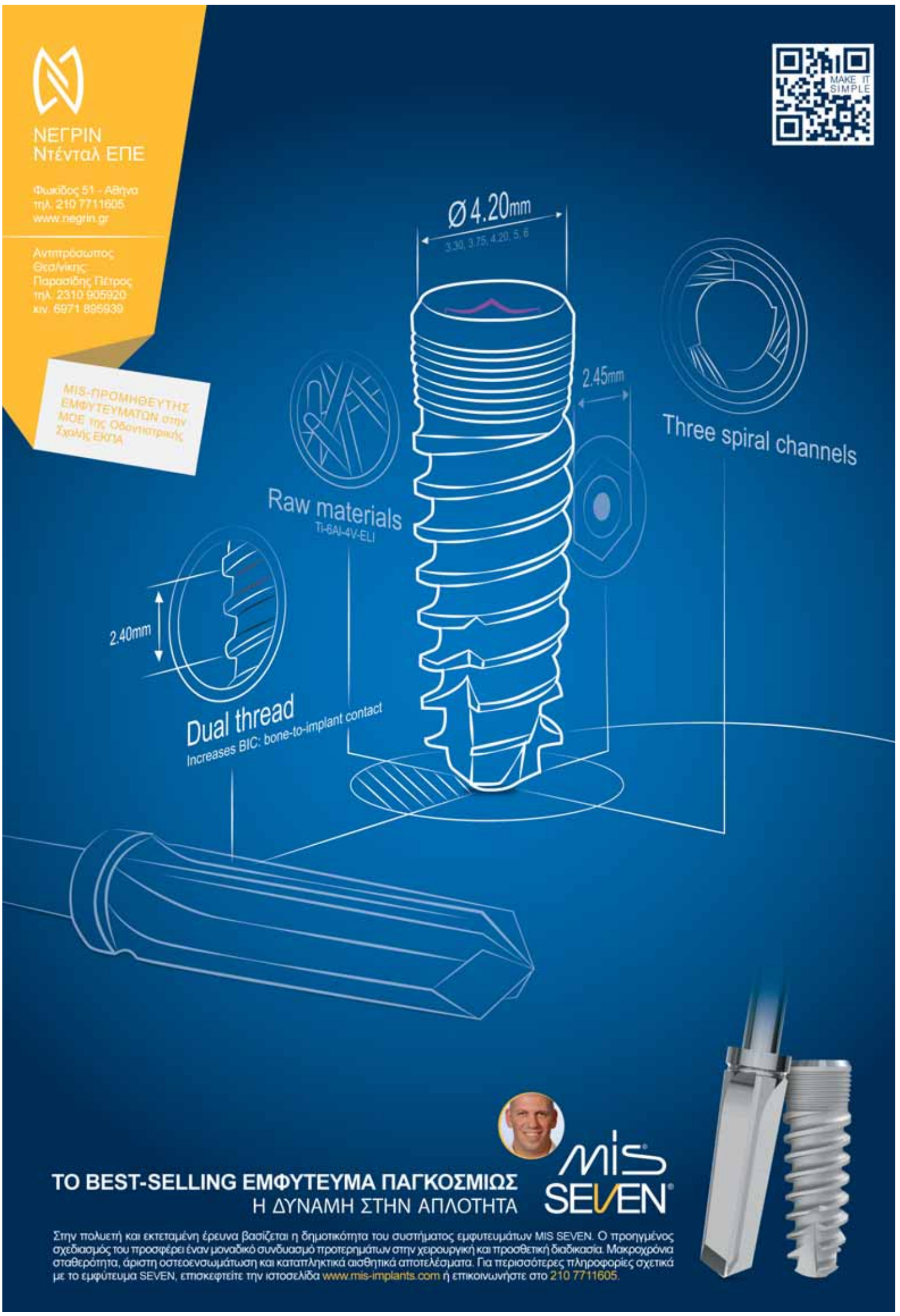
Το κύριο όμως ερώτημα θα ήταν: Ποιές από τις

βιοηθικές αρχές μπορούν να υιοθετηθούν βρίσκοντας εφαρμογή και στην Οδοντιατρική;
Πολλοί γιατροί που θα άκουγαν το ερώτημά μου αυτό θα σιγοψιθύριζαν ίσως: «… και η Μυλωνού το άντρα της με τους πραματευτάδες;»
Δίχως να διακατεχόμαστε από σύνδρομο μικρομεγαλισμού που κάνει τον κομπάρσο να φαντάζεται τον εαυτό του πρωταγωνιστή, θα λέγαμε ότι μια τέτοια αντίληψη για την σημερινή Οδοντιατρική θα φανέρωνε ασχετοσύνη.
Η οδοντιατρική στις μέρες μας σαν εξειδικευμένος κλάδος της Ιατρικής επιστήμης μορεί σαν έννοια να είναι στενότερη απ' αυτήν δεν είναι όμως υποδεέστερη σε αποστολή.
Το αντικείμενό της, σύμφωνα με τον ορισμό της Ανθούλας Κηπιώτη **«συνιστά πολυσήμαντο όργανο που αποδίδει πολυσύνθετες φυσιολογικές, βιολογικές, κοινωνικές και ψυχολογικές λειτουργίες».**
Στην στοματική κοιλότητα «κατοικοεδρεύουν» όργανα γεύσης και έναρθρου λόγου, μοναδικού γνωρίσματος του ζωϊκού βασιλείου. Δεν πρέπει κατά συνέπεια όπως συνηθίζουμε να θεωρούμε το στόμα «είσοδο» μόνο τροφής αλλά και «έξοδο φωνής» που οφείλουμε να αξιοποιούμε την δυναμή της όταν δοκιμάζεται η αξιοπρέπεια και πλήττεται το δίκαιό μας. Από ανατομικής πλευράς να θυμίσουμε ότι συνέχεια του αποτελούν όργανα του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος που μπορεί μεν να ανήκουν σε άλλα γνωστικά αντικείμενα, δεν παύουν δε να επηρεάζουν και να επηρεάζονται από την αφετηρία τους.
Από μελέτες, για παράδειγμα, που έχουν γίνει σε περιοδοντικούς ασθενείς με διαβήτη έχει αποδειχθεί ότι τα επίπεδα σακχάρου ελαττώνονται σημαντικά όταν η περιοδοντική νόσος θεραπευτεί.
Να θυμήσουμε τέλος ότι για την μικρή αυτή περιοχή, ο εγκέφαλος διαθέτει μεγάλες περιοχές του για νεύρωσή της.
Το αντικείμενο κατά κανόνα των οδοντιάτρων δεν πρέπει να εξετάζεται ξεκομένα και να αξιολογείται ανεξάρτητα από τα υπόλοιπα όργανα του ανθρώπου αλλά να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και για έναν ακόμη πρόσθετο λόγο. Ο ασθενής μας όταν κάθεται στην οδοντιατρική μας καρέκλα διακατέχεται από αμφίσημα συναισθήματα. Με το αναγκαίο άνοιγμα του στόματος του εκθέτει σε δημόσια θέα το «άβατο» μιας ευαίσθητης περιοχής. Με την έννοια αυτή η «παρέμβασή» μας δεν πρέπει να έχει χαρακτηριστικά κατακτητή – εισβολέα.
Από άποψη βιοηθικής τηρουμένων πάντοτε των αναλογιών, όταν εκριζώνουμε αβασάνιστα ένα δόντι με το επιχείρημα ότι απομένουν άλλα ας πούμε 30, δεν έχουμε διαφορά από τον ορθοπεδικό που του καταλογίζουμε ευθύνη, όταν χωρίς να εξαντλήσει τις θεραπευτικές δυνατότητες ακρωτηριάζει μια παλάμη κόβοντας ένα δάχτυλο με το αιτιολογικό ότι απομένουν άλλα τέσσερα.
Τα θέματα βιοηθικής δεν είναι ποσοτικά, είναι στάση σεβασμού απέναντι στο έργο της Δημιουργίας και αν δεν είναι βανδαλισμός είναι έλλειψη ευθύνης όταν μέσα σε λίγα λεπτά καταστρέφουμε για παράδειγμα έναν δεύτερο γομφίο που η φύση για την ολοκλήρωσή του χρειάστηκε περισσότερο από δεκαετία.
Συνοψίζοντας λοιπόν τα όσα μέχρι τώρα ειπώθηκαν, στα χρονικά περιθώρια που μας είχαν διατεθεί, θα κλείσουμε λέγοντας:

1. Σαν οδοντίατροι – γιατροί δηλαδή του στόματος δεν απεμπολούμε την ιατρική μας ιδιότητα.
2. Λειτουργούμε με σεβασμό στις αξίες της βιοηθικής και δεοντολογίας.
3. Θεωρούμε το δόντι ίσης αξίας όργανο και εξαντλούμε τις τεχνικές για την διατήρησή του.
4. Αποδεχόμαστε τους θεραπευτικούς ορίζοντες που άνοιξαν τα εμφυτεύματα στη δουλειά μας αλλά σε καμμία περίπτωση
5. Δεν εκριζώνουμε δόντια για να τοποθετήσουμε εμφυτεύματα. Τοποθετούμε εμφυτεύματα εκεί που δώσαμε και χάσαμε τη μάχη για την διατήρηση των δοντιών.

> Χαμένες είναι οι μάχες που δεν δίνονται και η ζωή μάς δίδαξε ότι τέτοιες πρέπει να λογίζονται και όσες δόθηκαν για κάτι που δεν άξιζε!

Προσπάθησα να απαντήσω στα φιλοσοφικά – ηθικά ερωτήματα της εισήγησης.
Δεν είμαι καθόλου σίγουρος ότι τα κατάφερα. Αντίθετα, έχω την υπόνοια ότι οι απορίες που γεννήθηκαν είναι περισσότερες από τις απαντήσεις που δόθηκαν. Ελπίζω να δοθούν περισσότερες στην διάρκεια του συνεδρίου από ικανότερους και καταλληλότερους από μένα, ομιλητές. Εγώ, απευθυνόμενος σ' ένα ακροατήριο όχι αμιγώς οδοντιατρικό, θα ζητήσω την άδειά του αντί για τα καθιερωμένα συμπεράσματα, να σας «μεταφέρω ένα μήνυμα», όπως τελευταία συνηθίζεται να το λέμε: Οι άνθρωποι μεταξύ μας έχουμε πολλές και μεγάλες διαφορές, όλοι όμως συμφωνούμε ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Ωστόσο ακόμη και αν μας διαβεβαίωναν ότι μας περιμένει ο παράδεισος, κανένας μας δεν θα… έσπευδε να φύγει…
Η ιατρική σήμερα μπορεί να αναβάλει την ώρα της ύστατης αναχώρησης, δεν μπορεί όμως να την ματαιώσει οριστικά γιατί η τελευταία λέξη της επιστήμης δεν είναι πάντοτε και η τελευταία λέξη της ζωής.
Για τους πλανητάρχες του κόσμου η ανθρώπινη ζωή δεν αξίζει ίσως τίποτα. Τα απορριμματοφόρα οχήματα – έχει πει ο Κωστής Παπαγιώργης – δεν ξεχωρίζουν απ' τα νεκροφόρα οχήματα. Για τον κόσμο όμως τίποτα δεν αξίζει όσο η ανθρώπινη ζωή.
Με την έννοια αυτή **ο γιατρός έχει χρέος να μάχεται για να της δώσει όσο γίνεται μεγαλύτερη αξία. Και αυτό δεν θα το πετύχει με «το πόσο άτρωτο θα κάνει τον άνθρωπο στην αρρώστεια αλλά με το πόσο ο ίδιος θα μένει ανθρώπινα ευαίσθητος».**
Σας ευχαριστώ



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Παίκτες ομάδας: αποδοτικότητα και αισθητική

Οπίσθιες αποκαταστάσεις, πλήρους μορφολογίας, κατασκευασμένες από διαφανές οξείδιο του ζιρκονίου

Dieter Knappe, CDT, Schweigen-Rechtenbach/Γερμανία

Τα σύγχρονα οξείδια του ζιρκονίου ικανοποιούν τρεις κύριες απαιτήσεις της οδοντικής τεχνολογίας: υψηλή αντοχή, αισθητική και αποδοτικότητα. Ο συγγραφέας περιγράφει την κατασκευή μονολιθικών αποκαταστάσεων οπισθίων δοντιών με διαφανές οξείδιο του ζιρκονίου Zenostar Zr Translucent.

Το άρθρο αυτό γράφτηκε για τον εορτασμό του οξειδίου του ζιρκονίου, ένα υλικό το οποίο καθιερώθηκε σταθερά στο οδοντοτεχνικό εργαστήριο τα τελευταία 15 περίπου χρόνια. Εάν χρησιμοποιούνται κατάλληλα, οι αποκαταστάσεις από οξείδιο του ζιρκονίου δίνουν σταθερό και μακροχρόνιο αποτέλεσμα. Επίσης, μπορούν να ικανοποιήσουν υψηλές αισθητικές απαιτήσεις, λόγω της ημιδιαφάνειάς τους. Η μελέτη περίπτωσης που ακολουθεί δείχνει πως το μονολιθικό οξείδιο του ζιρκονίου ενσωματώνεται αποτελεσματικά στην αλυσίδα ψηφιακής κατασκευής για την παραγωγή οικονομικών αποκαταστάσεων, χωρίς συμβιβασμούς στην αισθητική. Στο περιστατικό που παρουσιάζεται στη συνέχεια, έγινε κέρωμα το οποίο χρησίμευσε ως βάση για την κατασκευή μιας προσωρινής αποκατάστασης (Telio® CAD for Zenotec, Wieland Dental) και μιας μόνιμης αποκατάστασης (Zenostar Zr Translucent, Wieland Dental), με τα ίδια ψηφιακά δεδομένα και εξοπλισμό φρεζαρίσματος CAD/CAM.

Αρχική κατάσταση

Η ασθενής προσήλθε στο ιατρείο με ένα θραυσμένο κεραμικό ένθετο στον #26, το οποίο επιθυμούσε να αντικαταστήσει. Η αποκατάσταση είχε γίνει πολλά χρόνια πριν. Τα δόντια #25 και 35 ήταν δυσχρωμικά, λόγω ενδοδοντικών θεραπειών και συμπεριελήφθησαν στο σχέδιο θεραπείας. Η εναπομείνασα οδοντική ουσία του #26, ο οποίος στο παρελθόν είχε παρασκευαστεί για ένθετο, είχε διατηρηθεί σε καλή κατάσταση. Η ασθενής είχε πολύ υψηλές αισθητικές απαιτήσεις και ήθελε ρητή διαβεβαίωση ότι οι στεφάνες θα φαίνονταν απολύτως φυσικές. Εντούτοις, αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε μια ιδιαίτερα αποτελεσματική μέθοδο κατασκευής, στην οποία οι μονολιθικές αποκαταστάσεις παράγονται με διαφανές οξείδιο του ζιρκονίου (Zenostar Zr Translucent). Υπάρχουν τρεις διαθέσιμες επιλογές κατασκευής μονολιθικών αποκαταστάσεων με τη συγκεκριμένη μέθοδο:

1. φρεζάρισμα, σύντηξη, υάλωση (αποτελεσματική, οικονομική),
2. φρεζάρισμα, σύντηξη, χαρακτηρισμός με κεραμικά υλικά, υάλωση,
3. φρεζάρισμα, εξατομίκευση με υγρά διήθησης, σύντηξη, υάλωση (υψηλή αισθητική).

Εμείς επιλέξαμε να συνεχίσουμε με την τρίτη επιλογή, η οποία ήταν πολύ αποδοτική, ως αποτέλεσμα των πλεονεκτημάτων της ψηφιακής ροής εργασίας.

Σύνθετο οξείδιο του ζιρκονίου

Το οξείδιο του ζιρκονίου είναι δύο και πλέον φορές ισχυρότερο από τα υπόλοιπα οδοντιατρικά κεραμικά και παρουσιάζει εξαιρετικές μηχανικές ιδιότητες. Λόγω της ημιδιαφάνειας του, το υλικό έχει τη δυνατότητα να ικανοποιήσει υψηλές αισθητικές απαιτήσεις εδώ και αρκετό καιρό. Χρησιμοποιείται για την κατασκευή αποκαταστάσεων πλήρους διαμόρφωσης (μονολιθικές) και σκελετών που αποτελούν τη βάση για εξατομικευμένες επικαλύψεις. Το υλικό οξειδίου του ζιρκονίου Zenostar Zr Translucent επιτρέπει εξαιρετική μετάδοση του φωτός. Σε αυτό το σύστημα, αποτελεσματικότητα και αισθητική προσφέρουν εντυπωσιακό αποτέλεσμα. Το ευρύ φάσμα των δίσκων, οι χρωστικές που εναρμονίζονται και η τεχνική διήθησης με το πινέλο επιτρέπουν «φυσικό» αποτέλεσμα, που θα μεταδοθεί στις αποκαταστάσεις σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα.

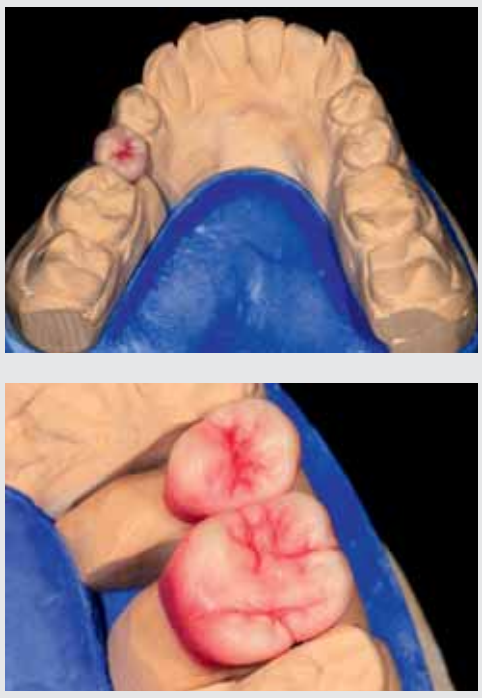
Προετοιμασία

Οι ακόλουθες αρχές ήταν υψίστης σημασίας κατά την προετοιμασία των #25, 26 και 35 για τις ολοκεραμικές αποκαταστάσεις: αποφυγή οξύαιχμων άκρων και διασφάλιση ελάχιστου πάχους τοιχωμάτων. Τα οφέλη από τη χρήση του οξειδίου του ζιρκονίου περιλαμβάνουν την υψηλή αντοχή του υλικού και ως εκ τούτου, το γεγονός ότι η απαιτούμενη αφαίρεση οδοντικής ουσίας είναι ελάχιστη. Η κοιλότητα στον #26 ήταν ήδη μεγάλη. Εντούτοις, προκειμένου να εδραστεί σωστά η νέα αποκατάσταση χρειάστηκε αναπόφευκτα κάποια τροποποίηση. Η κοιλότητα έπρεπε να επεκταθεί παρειακά. Παρά το γεγονός ότι τα τοιχώματα του παρειακού φύματος ήταν πολύ λεπτά, αυτά ήταν αποδεκτά. Ο βασικός στόχος ήταν να διατηρηθεί το δόντι με τη βοήθεια της στεφάνης. Μετά τη φάση των παρασκευών, έγινε λήψη αποτυπωμάτων της άνω και κάτω γνάθου και καταγραφή της σχέσης των γνάθων. Στη συνέχεια, ο οδοντίατρος κατασκεύασε την προσωρινή στο ιατρείο με τη βοήθεια ατομικού δισκαρίου.

Κατασκευή μεταβατικών

Σύμφωνα με το σχέδιο θεραπείας, η ασθενής θα έπρεπε να φορά μεταβατικές αποκαταστάσεις για μια περίοδο αρκετών μηνών. Προκειμένου να κατασκευαστούν αυτές οι αποκαταστάσεις, έγινε κέρωμα ***(Εικ. 1 και 2).*** Σε τέτοια περιστατικά προτιμάμε να ακολουθούμε τεχνική κερώματος με το χέρι, διότι βρήκαμε ότι η μέθοδος αυτή είναι ταχύτερη. Εναλλακτικά, θα μπορούσαν να σχεδιαστούν ψηφιακά. Ανεξάρτητα από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται, ένα αποτέλεσμα με μεγάλη διάρκεια μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν ο οδοντοτεχνίτης έχει βαθιά γνώση των αρχών της λειτουργικής σύγκλεισης.

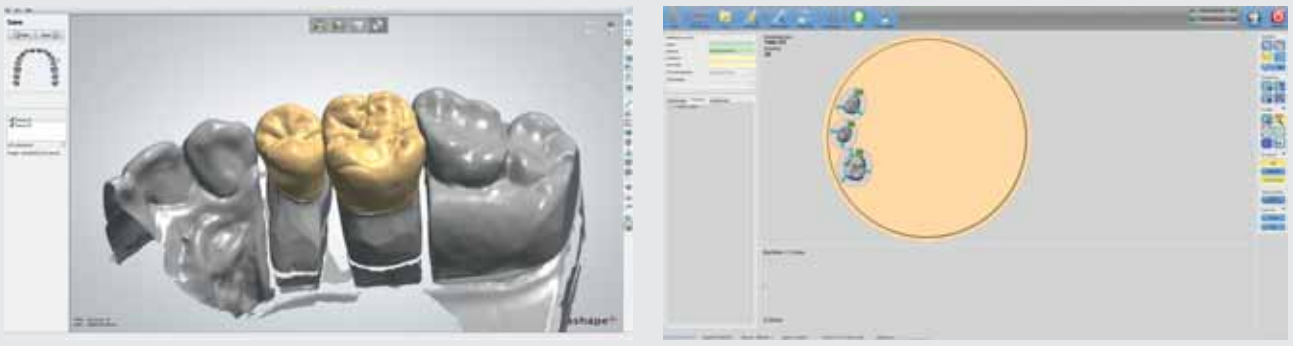
Οι κερωμένες στεφάνες μετατράπηκαν σε μεταβατικές με εξοπλισμό CAD/CAM. Αρχικά, τα εκμαγεία και το κέρωμα σαρώθηκαν ψηφιακά (Zenotec D500, Wieland Dental) και το αρχείο STL εισήχθη σε ένα αντίστοιχο λογισμικό σχεδιασμού (Dental Designer™, 3Shape) ***[Εικ. 3].*** Στη συνέχεια, όλοι οι παράμετροι προσαρμόστηκαν κατάλληλα και τα στοιχεία της κατασκευής μεταφέρθηκαν στη συσκευή φρεζαρίσματος (Zenotec select, Wieland Dental), όπου η αποκατάσταση διαμορφώθηκε με κοπή δίσκων PMMA (Telio CAD for Zenotec) ***[Εικ. 4 και 5].*** Οι φρεζαρισμένες στεφάνες διαμορφώθηκαν ελάχιστα και τοποθετήθηκαν στο εκμαγείο. Με σκοπό να αποδώσουμε στις αποκαταστάσεις από PMMA φυσική εμφάνιση, η επιφανειακή υφή τους ολοκληρώθηκε έτσι ώστε να επιτυγχάνεται ένα φυσικό παιχνίδι του φωτός. Ακολούθως, οι στεφάνες γυαλίστηκαν με ειδικό λειαντικό μέσο και βούρτσες από φυσική τρίχα ***(Εικ. 6α).*** Τέλος, ο οδοντίατρος αφαίρεσε τις προσωρινές και συγκόλλησε τις μεταβατικές αποκαταστάσεις με κατάλληλη ρητινώδη κονία (TelioR CS Link) ***(Εικ. 6β).***



Εικ. 1 και 2: Κέρωμα των στεφανών με το χέρι.

Κατασκευή μόνιμων αποκαταστάσεων

Τρεις μήνες αργότερα, ήταν ο κατάλληλος χρόνος να ασχοληθούμε με τις μόνιμες αποκαταστάσεις. Σε μια προσπάθεια να διατηρήσουμε τη θεραπεία με μονολιθικές αποκαταστάσεις σε απλό επίπεδο, χρησιμοποιήθηκε το υφιστάμενο σύνολο των δεδομέ-



Εικ. 3 και 4: Εικόνες CAD/CAM της σάρωσης του κερώματος και των μεταβατικών αποκαταστάσεων από PMMA (Telio CAD for Zenotec).

Εικ. 5: Οι φρεζαριστές στεφάνες πριν τη διαμόρφωση των δίσκων από PMMA.

Εικ. 6α: Οι ολοκληρωμένες μεταβατικές αποκαταστάσεις κατασκευασμένες από PMMA στο εκμαγείο…

Εικ. 6β: …και στο στόμα.

νων, το οποίο είχε επιβεβαιωθεί με τη βοήθεια των μεταβατικών ***(Εικ. 7)***. Επιλέξαμε για τις αποκαταστάσεις το διαφανές οξείδιο του ζιρκονίου Zenostar Zr Translucent. Το υλικό αυτό έρχεται σε μορφή δίσκου σε έξι διαφορετικές αποχρώσεις. Αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε την παραλλαγή «ήλιος – sun», η οποία δίνει στις αποκαταστάσεις μια ζεστή, κοκκινωπή βάση. Υπήρχαν διαφορετικές επιλογές για την ολοκλήρωση της αποκατάστασης μετά από τη διαδικασία φρεζαρίσματος (Zenotec select) ***[Εικ. 8]***. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, οι μη πυροσυσσωματωμένες δομές χαρακτηρίστηκαν με τη μέθοδο διήθησης χρώματος.

> Οι μικρορωγμές αποφεύγονται μειώνοντας τον τροχισμό στο ελάχιστο.

Ολοκλήρωση: διήθηση με πινέλο

Στην τεχνική του πινέλου, οι φρεζαριστές κατασκευές (στεφάνες) διηθούνται με έγχρωμο υγρό (Zenostar Color Zr, Wieland Dental). Με αυτή τη διαδικασία, οι αποκαταστάσεις αποκτούν μια φυσική εμφάνιση, παρουσιάζοντας μια διαβάθμιση χρώματος ακόμα και πριν τη σύντηξη. Όλες οι αποχρώσεις A-D μπορούν να αναπαραχθούν με αυτές τις λύσεις. Επιπλέον, είναι διαθέσιμες πέντε ακόμα αποχρώσεις (stains) για χρωματικό χαρακτηρισμό. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, οι σύνδεσμοι συγκράτησης απομακρύνθηκαν με τροχισμό από τις φρεζαριστές στεφάνες #25, 26 και 35 και οι επιφάνειες ομαλοποιήθηκαν ***(Εικ. 9α και β)***. Ακολούθως, το υγρό χρωματισμού εφαρμόστηκε επιλεκτικά με πινέλο στις κορυφές των φυμάτων, γύρω από τα όρια και σε βαθιές σχισμές ***(Εικ. 10α έως 11β)***.

Η γοητεία αυτού του άχρωμου υγρού έγκειται στο γεγονός ότι μπορεί να γίνει ορατό. Για τον σκοπό αυτό μια σταγόνα από το συμπύκνωμα χρώματος (Zenostar VisualiZr, Wieland Dental) προστίθεται στο διάλυμα. Ως αποτέλεσμα, τα μεμονωμένα υγρά διακρίνονται εύκολα μεταξύ τους, όταν εφαρμόζονται με το πινέλο στην αποκατάσταση. Το έγχρωμο υλικό αποτελείται από οργανικές χρωστικές, οι οποίες καίγονται χωρίς να αφήνουν υπολείμματα. Στη συνέχεια, οι αποκαταστάσεις υπέστησαν σύντηξη στους 1450°C (Zenotec Fire P1, Wieland Dental). Μετά από την ολοκλήρωση της παραπάνω διαδικασίας, οι στεφάνες έδειχναν φυσικές με μια ζεστή, φυσική λάμψη, λόγω του κοκκινωπού οξειδίου του ζιρκονίου που χρησιμοποιήθηκε. Μόνο μερικές μικρές τροποποιήσεις έπρεπε να γίνουν κατά τον έλεγχο στο εκμαγείο. Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι αυτή η προσέγγιση δεν εξασφαλίζει μόνο χρόνο και χρήμα, αλλά διευκολύνει τη διασφάλιση ποιότητας.

Σε αυτό το στάδιο – πριν από την εφαρμογή των υλικών χρωματικού χαρακτηρισμού – οι στεφάνες από οξείδιο του ζιρκονίου λειάνθηκαν και γυαλίστηκαν ***(Εικ. 12)***.

Πριν από την όπτηση των στεφανών, ένα εφυάλωμα (Zenostar Magic Glaze, Wieland Dental) ψεκάστηκε στην επιφάνειά τους, προκειμένου να δημιουργηθεί μια σταθερή βάση για την εφαρμογή των υλικών χρωματικού χαρακτηρισμού. Για τον χαρακτηρισμό χρησιμοποιήθηκαν χρωστικές σε μορφή πάστας (Zenostar Art Module Pastes, Wieland Dental). Οι πάστες έπρεπε να αναμιχθούν, ώστε να αποκτήσουν μια απαλή, λεία σύσταση πριν από την εφαρμογή τους. Οι αυχενικές και οι κοπτικές περιοχές των αποκαταστάσεων εξατομικεύτηκαν με τις χρωστικές ***(Εικ. 13)***. Ένα στρώμα εφυαλώματος ψεκάστηκε στις αποκαταστάσεις ***(Εικ. 14)*** πριν από την όπτηση. Ο συνδυασμός των χρωστικών με το ελαφρά φθορίζον εφυάλωμα δημιούργησε ένα τρισδιάστατο αποτέλεσμα.

Μετά από την τελική όπτηση, οι στεφάνες δεν έδειχναν διαφορετικές από τις διαστρωματωμένες αποκαταστάσεις. Αντιθέτως, έδειχναν πολύ φυσικές και χαρακτηρίζονταν από ένα φυσικό εσωτερικό χρωματικό «παιχνίδι». Στο επόμενο στάδιο, ελέγχθηκαν οι συγκλεισιακές επαφές στον αρθρωτήρα και οι όμορες επαφές στο εκμαγείο. Στη συνέχεια, στάλθηκαν στο οδοντιατρείο για τοποθέτηση.

Έδραση των αποκαταστάσεων

Τα δόντια #25, 26 και 35 προετοιμάστηκαν κατάλληλα για τις μόνιμες αποκαταστάσεις. Δυστυχώς, η προσπάθεια να σωθεί ο #26 απέτυχε. Το παρειακό τοίχωμα έσπασε κατά την αφαίρεση της μεταβατικής αποκατάστασης. Από την αρχή είχαμε επίγνωση του γεγονότος ότι η μύλη του συγκεκριμένου δοντιού ίσως δεν ήταν αρκετά ισχυρή για να ανταπεξέλθει στη θεραπεία. Ως εκ τούτου, στο στάδιο αυτό αποφασίστηκε ότι το δόντι δεν μπορούσε να διατηρηθεί. Οι μεταβατικές τοποθετήθηκαν εκ νέου στην ασθενή και της παρουσιάσαμε ένα νέο σχέδιο θεραπείας για τον #26, κάνοντας μια λεπτομερή ανάλυση. Λίγες εβδομάδες αργότερα, οι μόνιμες ολοκεραμικές στεφάνες συγκολλήθηκαν (SpeedCEM®) στα #25 και 35. Το σχέδιο περιελάμβανε την αντικατάσταση του #26 με μια επιεμφυτευματική αποκατάσταση σε μεταγενέστερο στάδιο.

Συμπέρασμα

Οι μονολιθικές στεφάνες οξειδίου του ζιρκονίου στα #25 και 35 δεν διακρίνονταν από τα υπόλοιπα δόντια. Η ασθενής ανέφερε ότι ήταν σε θέση να μασάει άνετα και φυσικά. Το πρωτόκολλο κατασκευής CAD/CAM επιτρέπει την παραγωγή οικονομικών στεφανών. Το διαφανές υλικό (Zenostar Zr Translucent), το οποίο χρησιμοποιήθηκε στο συγκεκριμένο περιστατικό εξασφαλίζει υψηλό επίπεδο μετάδοσης του φωτός. Ως εκ τούτου, προσέφερε την ιδανική βάση για την αναπαραγωγή των οπτικών ιδιοτήτων των φυσικών δοντιών. Η προσέγγιση που περιγράψαμε θα βοηθήσει στην κάλυψη των αναγκών για οικονομικές και αισθητικές αποκαταστάσεις, του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού των ασθενών, δεδομένου ότι προσφέρει μια ελκυστική εναλλακτική λύση στις εξατομικευμένες διαστρωματωμένες ολοκεραμικές και μεταλλοκεραμικές στεφάνες, από πολύτιμα και μη πολύτιμα κράματα.

Στοιχεία επικοινωνίας:

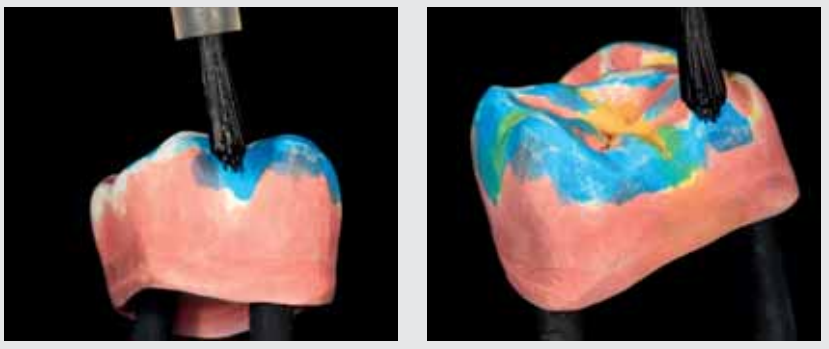
Dieter Knappe, CDT
Knappe Zahntechnik GmbH
Weinstrasse 14
67889 Schweigen-Rechtenbach
Germany
dieter.knappe@orange.fr

Εικ. 7: Τα ίδια ψηφιακά δεδομένα: προετοιμασία για την κατασκευή των στεφανών από οξείδιο του ζιρκονίου (Zenostar Zr Translucent) με εξοπλισμό CAD/CAM.

Εικ. 8: Οι φρεζαριστές στεφάνες πριν τη διαμόρφωση του δίσκου οξειδίου του ζιρκονίου.

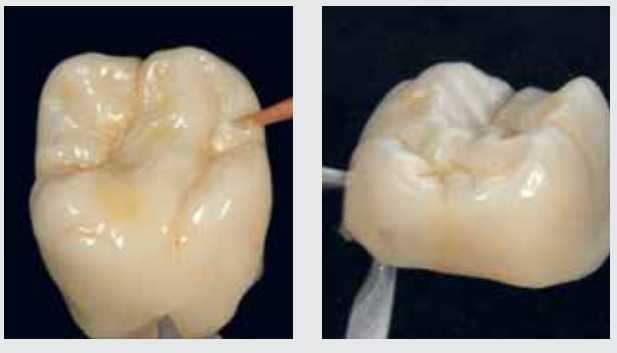
Εικ. 9α και β: Η μη πυροσυσσωματωμένη κατασκευή τροχίζεται και ομαλοποιείται προσεκτικά.

Εικ. 10α και β: Διήθηση με πινέλο πριν την όπτηση: Το έγχρωμο υγρό εφαρμόζεται στις αυχενικές περιοχές.



Εικ. 11α και β: Διήθηση με πινέλο: Το έγχρωμο υγρό εφαρμόζεται στις κορυφές των φυμάτων και στις σχισμές.

Εικ. 12: Οι συγκλεισιακές επιφάνειες γυαλίστηκαν πριν από την εφαρμογή των χρωστικών.



Εικ. 13 και 14: Εφαρμόστηκαν οι χρωστικές και ψεκάστηκε ένα ακόμα στρώμα εφυαλώματος.

Εικ. 15: Η στεφάνη οξειδίου του ζιρκονίου στον #25 αμέσως μετά την τοποθέτησή της. Ο #26 αποκαταστάθηκε προσωρινά με προσωρινή στεφάνη από PMMA.

Εικ. 16: Μια καλή εναλλακτική των χυτών και των στεφανών Veneer – στεφάνη ολικής επικάλυψης από οξείδιο του ζιρκονίου στον #35. Εναρμονίζεται ομαλά στη φυσική οδοντοφυΐα.

Πρόγραμμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών 2015

Κων/νος Τσιχλάκης
Καθηγητής, Διευθυντής Κλινικής Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος ΕΚΠΑ

Η Επιτροπή Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, συνεχίζει για τρίτη χρονιά τον επιτυχημένο «θεσμό» του ετήσιου προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, οργανώνοντας 13 νέες εκπαιδευτικές δραστηριότητες με έμφαση στην κλινική εκπαίδευση των συμμετεχόντων.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Καθηγητής και Διευθυντής Κλινικής Διαγνωστικής και Ακτινολογίας Στόματος ΕΚΠΑ, κ. **Κώστας Τσιχλάκης**, μας υποδέχτηκε στο γραφείο του και μας μίλησε για τους βασικούς θεματικούς άξονες του φετινού προγράμματος.

Φέτος, είναι η τρίτη χρονιά που θα «τρέξει» το Πρόγραμμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης από την Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ. Άρα, θα ήταν φρόνιμο να πούμε ότι το πρόγραμμα χαίρει της αποδοχής των οδοντιάτρων ως «θεσμός» δια βίου μάθησης;

Ναι, νομίζω ότι έχει καθιερωθεί. Τουλάχιστον, αυτό εισπράττουμε από τους οδοντιάτρους, οι οποίοι μας τηλεφωνούν και ζητάνε να μάθουν πότε θα ξεκινήσει το καινούριο πρόγραμμα. Οπότε, πιστεύω πως αν όχι σε όλους, σε ένα μεγάλο μέρος της οδοντιατρικής κοινότητας το πρόγραμμα βρίσκει αποδοχή και ανταπόκριση.

Οι δραστηριότητες πότε θα ξεκινήσουν και μέχρι πότε θα διαρκέσουν;

Φέτος, έχουμε 13 δραστηριότητες, οι οποίες θα γίνουν στην Οδοντιατρική Σχολή. Ξεκινάει μια μεγάλη δραστηριότητα που αφορά τα εμφυτεύματα, η οποία δεν πραγματοποιήθηκε πέρυσι και θα διαρκέσει έναν ολόκληρο χρόνο. Θα ολοκληρωθεί σε 19 Σαββατοκύριακα κι επειδή ακριβώς είναι μεγάλη η χρονική της διάρκεια, θα ξεκινήσει από 25 Απριλίου και θα ολοκληρωθεί τον Απρίλιο του 2016. Σε αυτή την δραστηριότητα, οι οδοντίατροι εκτός από θεωρητική και εργαστηριακή άσκηση κάνουν και κλινική άσκηση και επιτρέψτε μού να σας πω ότι αυτό γίνεται σε πολύ λίγα κέντρα στον κόσμο. Δηλαδή, τοποθετούν οι ίδιοι τα εμφυτεύματα και κάνουν και την προσθετική πάνω στα εμφυτεύματα, γι' αυτό και χρειάζεται έναν ολόκληρο χρόνο για να ολοκληρωθεί αυτή η δραστηριότητα.

Σε ποιες θεματικές ενότητες θα επικεντρωθεί το ενδιαφέρον των επιστημονικών δραστηριοτήτων; Λειτούργησε ξανά η διαδικασία της αξιολόγησης από τους συμμετέχοντες ως «τροφοδότης» για την κατάρτιση του φετινού προγράμματος;

Ναι, ακολουθήθηκε. Παρ' όλο που δεν έκαναν πολλοί προτάσεις. Ουσιαστικά υπήρχε μεγάλη ανάγκη για κάποια χειρουργικά σεμινάρια και πρακτική άσκηση. Εκτός από τη δραστηριότητα με τα εμφυτεύματα που έχει χειρουργικό μέρος, είδαμε ότι υπήρχε πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για το κομμάτι της χειρουργικής των εγκλείστων, και έτσι προστέθηκαν δύο τέτοιες δραστηριότητες στο πρόγραμμα, όπου οι εκπαιδευόμενοι κάνουν την αφαίρεση μόνοι τους, με τη βοήθεια βεβαίως των εκπαιδευτών. Τέλος, υπάρχει ένα ακόμη χειρουργικό που αφορά στις ατραυματικές εξαγωγές ριζών των δοντιών.

Μια δραστηριότητα, η οποία θα πραγματοποιηθεί για πρώτη φορά στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αφορά στις επείγουσες καταστάσεις στο οδοντιατρείο, όπου λαμβάνει χώρα σεμινάριο της βασικής καρδιοπνευμονικής ανιχνευσης με εκμάθηση της χρήσης του απινιδωτή. Πρόκειται για ένα σεμινάριο για το οποίο διαπιστώσαμε ότι υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον από τους οδοντιάτρους.

Οι υπόλοιπες δραστηριότητες θα περιλαμβάνουν και πολλά καινούρια θέματα όπως, η συμμετοχή του οδοντιάτρου στην αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενή, την επιστημονική ευθύνη της οποίας έχει αναλάβει η Διευθύντρια της Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής, η Καθηγήτρια Ουρανία Γαλίτη. Τον κλάδο της Στοματολογίας θα καλύψουμε με μια δραστηριότητα με θέμα «Ο Καρκίνος του Στόματος -Έγκαιρη Διάγνωση», ενώ για το κομμάτι της Προσθετικής θα υπάρξει μια δραστηριότητα αφιερωμένη στις μερικές οδοντοστοιχίες. Παράλληλα, το πρόγραμμα περιλαμβάνει δύο θέματα Αισθητικής Οδοντιατρικής- Αισθητική Προσθίων με Λεύκανση και Αποκατάσταση οπισθίων δοντιών με πολυμερή υλικά - και επίσης γίνεται ξανά η Ενδοδοντία, με κάπως όμως διαφορετικό προσανατολισμό από τον περσινό. Η δραστηριότητα θα είναι λίγο μικρότερης διάρκειας, αλλά θα περιλαμβάνει κλινική άσκηση σε ασθενείς, που είναι πολύ βασικό.

Σε αυτά τα σεμινάρια νομίζω ότι η πρωτοτυπία, αν θέλετε, της Οδοντιατρικής Σχολής είναι ότι έχουμε κλινική εκπαίδευση, όχι μόνο εργαστηριακή εκπαίδευση.

Παράλληλα, στο πλαίσιο του φετινού προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θα υπάρξει δραστηριότητα για την θεραπεία των κροταφογναθικών διαταραχών, ενώ θα πραγματοποιηθούν εκπαιδευτικές δραστηριότητες πάνω στην Ακτινολογία, που πέρυσι είχε πολύ μεγάλη επιτυχία, καθώς με τις γνώσεις που αποκτούν μέσα από τη συγκεκριμένη δράση οι οδοντίατροι καλύπτουν μέρος των προϋποθέσεων για να μπορέσουν να αδειοδοτηθούν για το πανοραμικό μηχάνημα. Τέλος, έχουμε προγραμματίσει και ένα διήμερο που θα αφορά τα laser στην Οδοντιατρική.

Αυτές οι δραστηριότητες λαμβάνουν χώρα στην Οδοντιατρική Σχολή. Θα ήθελα να πω ότι πρωτοτυπήσαμε και σε κάτι άλλο φέτος, καθώς αποφασίσαμε να οργανώσουμε και εκπαιδευτικές δραστηριότητες εκτός του χώρου της Σχολής. Έτσι, στις 3 Οκτωβρίου 2015 διοργανώνουμε σε συνεργασία με την Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης ημερίδα με θέμα «Εργαλεία και τεχνικές για επιτυχημένη διαχείριση και ανάπτυξη του οδοντιατρείου», η οποία θα διεξαχθεί στο ξενοδοχείο «Electra Palace». Η συμμετοχή στην ημερίδα είναι δωρεάν και πραγματικά πιστεύω ότι θα είναι αθρόα η προσέλευση, καθώς πρόκειται για ένα θέμα που αφορά στην ουσία το σωστό μάρκετινγκ του οδοντιατρείου, με ομιλίες από εξαιρετικούς ομιλητές.

Παράλληλα, στο πλαίσιο της Πανελλήνιας Οδοντιατρικής και Οδοντοτεχνικής Έκθεσης που θα πραγματοποιηθεί από τις 23- 25 Οκτωβρίου 2015 στο συνεδριακό κέντρο Helexpo, η Οδοντιατρική Σχολή οργανώνει μόνη της, ανεξάρτητα από τους εμπόρους, αλλά στο χώρο της έκθεσης πέντε δίωρα σεμινάρια σε θέματα που άπτονται της κλινικής πράξης, όπως Ενδοδοντία, Κινητή Προσθετική, Αισθητική Οδοντιατρική, κ.α. Το κόστος συμμετοχής στα σεμινάρια αυτά, τα οποία θα αφορούν μόνο θεωρητική ανάπτυξη κλινικών θεμάτων, ανέρχεται στα 30 ευρώ.

Πέρυσι, κάποιοι οδοντίατροι εξέφρασαν μια δυσαρέσκεια για το κόστος των δραστηριοτήτων, εκτιμώντας ότι είναι υψηλό, δεδομένης της τρέχουσας οικονομικής συγκυρίας. Φέτος, έχει υπάρξει μέριμνα γι' αυτό το ζήτημα;

Έχουμε κάνει κάθε δυνατή προσπάθεια για άλλη μια φορά, ώστε το κόστος συμμετοχής να είναι αρκετά χαμηλό. Βέβαια, λόγω της κρίσης που μαστίζει τη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, κατανοώ ότι για κάποιες δραστηριότητες το κόστος συμμετοχής μπορεί να φαντάζει υψηλό. Όμως, οι δραστηριότητες που έχουν μέσα εργαστήριο, κλινική, ασθενείς, εργαλεία, υλικά δεν μπορούν να έχουν πιο χαμηλό κόστος. Θα σας πω ένα παράδειγμα. Τα εμφυτεύματα ήταν η μόνη δραστηριότητα που υπήρχε πριν να γίνει η Επιτροπή της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και για το χρονικό διάστημα 2009-2011 το κόστος συμμετοχής ήταν στα 11.000 ευρώ. Χωρίς να έχουμε μειώσει καθόλου τις ώρες εκπαίδευσης, η ίδια δραστηριότητα εντάχθηκε στο πρόγραμμα της Επιτροπής και το κόστος συμμετοχής για 19 Σαββατοκύριακα είναι 8.500 ευρώ. Κάναμε ότι μπορούσαμε. Σε δραστηριότητες που είναι εκτός Σχολής, το κόστος συμμετοχής είναι πολύ χαμηλό, όπως τα σεμινάρια που σας ανέφερα. Αλλά μέσα στη Σχολή, επειδή υπάρχει το προσωπικό, υπάρχει η φύλαξη και οι εργαζόμενοι πρέπει να πληρωθούν υπερωριακά, δυστυχώς, το κόστος είναι μεγάλο.

Πάντως, τα σεμινάρια που γίνονται μέσα στη Σχολή επειδή είναι κλινικά και εργαστηριακά συνήθως είναι των 20-30 ατόμων. Και στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε και κάτι ακόμη. Οι άνθρωποι που έρχονται εδώ και εκπαιδεύονται δεν φεύγουν και μας ξεχνάνε. Έχουν άμεση επικοινωνία με τους περισσότερους από εμάς. Αρκεί να σας πω, ότι λαμβάνω με e-mail περιστατικά ακτινογραφικά, που είναι και η ειδικότητά μου, από οδοντιάτρους που είναι μακριά, οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει τη δραστηριότητα ή συμμετάσχει σε άλλες δραστηριότητες και θέλουν μια γνώμη, μια με δύο φορές την εβδομάδα. Κι αυτό είναι πολύ σημαντικό. Αποκτάμε και μια σχέση, κάπως διαφορετική. Και νομίζω ότι αυτός είναι και ο ρόλος του πανεπιστημιακού δασκάλου.

Τέλος, πριν ολοκληρώσουμε τη συζήτησή μας θα ήθελα να πω ότι πραγματικά, η στήριξη της εφημερίδας σας και πέρυσι και φέτος μας βοηθάει πάρα πολύ να δώσουμε στους οδοντιάτρους αυτή την επικοινωνία και να γνωστοποιήσουμε το πρόγραμμα σε όσο το δυνατόν περισσότερους οδοντιάτρους που ενδιαφέρονται για τις δραστηριότητες Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών.

Κύριε Τσιχλάκη, σας ευχαριστώ πολύ για αυτή την συζήτηση.

Κι εγώ σας ευχαριστώ.

Πρακτικά μαθήματα ενδοδοντίας

Donald E. Arens, Alan H. Gluskin, Christine I. Peters, Ove A. Peters

Επιστημονική επιμέλεια-μετάφραση:
Γιώργος Ι. Σίσκος
Αναπληρωτής Καθηγητής ΕΚΠΑ

Μετάφραση:
Γιώργος Δ. Κωστούρος
MSc Ενδοδοντίας

Τα «Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας» είναι κατά κύριο λόγο ένας λεπτομερής πρακτικός οδηγός. Αποτελείται από 6 μέρη, με 42 μαθήματα συνολικά, όπου αναλύεται οτιδήποτε αφορά στην παροχή ενδοδοντικής θεραπείας υψηλού επιπέδου. Αρχίζοντας από την εξέταση του ασθενούς και τη διάγνωση του προβλήματος, τα «Πρακτικά Μαθήματα Ενδοδοντίας» καταλήγουν στην τελική έμφραξη του ριζικού σωλήνα. Επιπρόσθετα, περιγράφονται με κάθε λεπτομέρεια πώς γίνεται η κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας, ποιος είναι ο απαραίτητος τεχνικός εξοπλισμός και τι περιλαμβάνει μια άρτια χημικομηχανική επεξεργασία, από τις πρώτες ενέργειες για την πρόσβαση στον ριζικό σωλήνα ώς τις τελευταίες, πριν από την οριστική έμφραξη.
Τέλος, υπάρχει μια ολόκληρη ενότητα αφιερωμένη στα επείγοντα περιστατικά και σε ειδικά ενδοδοντικά προβλήματα που μπορεί να συναντήσει ο κλινικός οδοντίατρος.

€117

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, Τηλ. 210 3814 939, www.odvima.gr, e-mail: odvima@otenet.gr

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ:

Εκεί όπου η αγάπη για τον αθλητισμό συναντά την Οδοντιατρική

Θεόδωρος Κουϊμτζής
Παιδοδοντίατρος

Η Αθλητική Οδοντιατρική ως κλάδος της Οδοντιατρικής Επιστήμης θέτει στο προσκήνιο της οδοντιατρικής κοινότητας τις εξειδικευμένες ανάγκες οδοντιατρικής φροντίδας των αθλητών. Η Επιστημονική Εταιρεία Αθλητικής Οδοντιατρικής (ΕΕΑΘΛΟ) φιλοδοξεί να αποτελέσει τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον οδοντίατρο και τον αθλητή και να συμβάλλει στην αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία του οδοντικού τραύματος. Το «Ο.Β.» έχει την χαρά να φιλοξενεί τον πρόεδρο της ΕΕΑΘΛΟ, κ. **Θεόδωρο Κουϊμτζή** σε μια συζήτηση που στοχεύει να αναδείξει τις προκλήσεις της Αθλητικής Οδοντιατρικής και να παρουσιάσει τις δράσεις και τους στόχους της ΕΕΑΘΛΟ.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Πότε και πώς ξεκίνησε η ιδέα για την ίδρυση της Επιστημονικής Εταιρείας Αθλητικής Οδοντιατρικής;

Αρχικά θα ήθελα να σας ευχαριστήσω για τη φιλοξενία της Επιστημονικής Εταιρείας Αθλητικής Οδοντιατρικής (ΕΕΑΘΛΟ) στις σελίδες της εφημερίδας σας.

Η Αθλητική Οδοντιατρική είναι ένας νέος τομέας της Οδοντιατρικής Επιστήμης που σιγά-σιγά καταλαμβάνει ένα μέρος των καθημερινών επαγγελματικών δραστηριοτήτων μας. Όλο και περισσότεροι συνάνθρωποί μας ασχολούνται με τον αθλητισμό και ζητούν οδοντιατρική φροντίδα, λόγω κυρίως των προβλημάτων που προκύπτουν από την αθλητική τους δραστηριότητα. Για παράδειγμα, οι τραυματισμοί στην περιοχή του στόματος και του προσώπου κατά την άσκηση και η ανάγκη άμεσης αντιμετώπισής τους, φέρνουν εσπευσμένα αθλητές όλων των ηλικιών στα ιατρεία μας, συχνά σε στιγμές κανονικής ροής των ραντεβού ή το Σαββατοκύριακο. Η Αθλητική Οδοντιατρική κάνει έντονη την παρουσία της, αρκετές φορές απροειδοποίητα και δοκιμάζει την επιστημονική μας επάρκεια.

Επίσης, βλέπουμε στα ιατρεία μας αθλητές με ιδιαίτερα οδοντιατρικά προβλήματα και χαμηλό επίπεδο στοματικής υγείας. Αυτό οφείλεται:
α) στα χαρακτηριστικά του αθλήματος, τα «πιστεύω» και τις ιδιαίτερες συνήθειες που υιοθετεί ο εκάστοτε αθλητής και
β) σε έλλειμμα ενημέρωσης των εμπλεκομένων στον αθλητισμό παραγόντων (αθλητές, προπονητές, σωματεία, γονείς, ομοσπονδίες κ.α.) αναφορικά με τη στοματική υγεία των αθλητών και τη σημασία που αυτή μπορεί να παίξει στο ευ ζην και στις επιδόσεις τους.

Η έλλειψη πολιτικών πρόληψης για τη στοματική υγεία στον τομέα του αθλητισμού οδηγεί τους αθλητές σε ανεπιθύμητες καταστάσεις και τους εμποδίζει να δώσουν τον καλύτερό τους εαυτό στους αγωνιστικούς χώρους (προπονήσεις και αγώνες), με φυσικό επακόλουθο τη μείωση της απόδοσης και των πιθανοτήτων επιτυχίας των στόχων τους.

Στη χώρα μας, η αθλητική οικογένεια δεν έχει γίνει αποδέκτης απλών προληπτικών μέτρων και προγραμμάτων καθώς επίσης, παροχής έγκαιρης και συστηματικής οδοντιατρικής φροντίδας. Μέχρι σήμερα έλειπε ο Επιστημονικός φορέας που θα διευκόλυνε πανελλαδικά την προσέγγιση των οδοντιάτρων και των αθλητών, ρόλο που φιλοδοξεί να παίξει η Εταιρεία μας. Η επιθυμία δημιουργίας μιας Εταιρείας με αυτό το αντικείμενο και στηριγμένη στα τελευταία δεδομένα της Οδοντιατρικής Επιστήμης εκδηλώθηκε πριν ενάμιση χρόνο από τους παρευρισκομένους συναδέλφους σε επιστημονική ημερίδα, με θέμα την πρόληψη του αθλητικού τραύματος. Έτσι, οι δυο μεγάλες αγάπες μας, ο Αθλητισμός και η Οδοντιατρική, μπορούν να πορευτούν μαζί ουσιαστικά και τυπικά, μετά και την ίδρυση της Επιστημονικής Εταιρείας Αθλητικής Οδοντιατρικής (ΕΕΑΘΛΟ), με την απόφαση 105/2013 του Ειρηνοδικείου Πειραιά.

Ο κλάδος της Αθλητικής Οδοντιατρικής τι ακριβώς περιλαμβάνει;

Αθλητική Οδοντιατρική είναι ο κλάδος της αθλητικής ιατρικής που ασχολείται:
α) με την πρόληψη και θεραπεία του τραύματος και των παθολογικών καταστάσεων στην περιοχή του στόματος και του προσώπου, που συνδέονται με τον αθλητισμό και την άσκηση,
β) με τη συλλογή και προβολή των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων και την ενθάρρυνση της έρευνας σε θέματα πρόληψης και θεραπείας του τραύματος στην περιοχή του προσώ-

που και της κεφαλής, καθώς επίσης των παθολογικών καταστάσεων στην περιοχή του στόματος.

Όπως προκύπτει από τον ορισμό της Αθλητικής Οδοντιατρικής, η οδοντιατρική κοινότητα καλείται να διερευνήσει και να αντιμετωπίσει προληπτικά, διαγνωστικά και θεραπευτικά τις εξής καταστάσεις που παρουσιάζονται στους αθλητές όπως:

- τους τραυματισμούς στην περιοχή του προσώπου, του στόματος και των δοντιών,
- το επείγον περιστατικό, με παροχή πρώτων βοηθειών στον χώρο της αθλητικής δραστηριότητας και στο ιατρείο,
- την οδοντική τερηδόνα,
- τις διατροφικές διαταραχές και τη διάβρωση των δοντιών,
- την περιοδοντική νόσο,
- τα ορθοδοντικά προβλήματα,
- την χειρουργική αντιμετώπιση ανεπιθύμητων καταστάσεων όπως εγκλεισμός ή/και αδυναμία ανατολής 3ων μονίμων γομφίων, περιστεφανίτιδα,
- τις συνήθειες που αναπτύσσονται ιδιαίτερα στον αθλητικό χώρο όπως τρύπημα μαλακών ιστών στην περιοχή του στόματος, κάπνισμα και,
- το στοματοπροσωπικό πόνο,
- την απρόσκοπτη λειτουργία του ανώτερου αναπνευστικού κατά τη διάρκεια του ύπνου (καταστάσεις άπνοιας).

Επίσης πρέπει να διερευνηθούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που ευθύνονται για την κατάσταση της στοματικής υγείας των αθλητών όπως: ο σχετικός κίνδυνος για τραυματισμούς στην περιοχή του προσώπου, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αθλητικών ροφημάτων, η μειωμένη ροή σάλιου κατά την άσκηση, οι στρεσογόνοι παράγοντες, το επίπεδο γνώσεων και αντιλήψεων των αθλητών που σχετίζονται με τη στοματική υγεία, το επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσεων των γονιών, προπονητών, υπεύθυνων διοικητικών συμβουλίων αθλητικών συλλόγων και κρατικών λειτουργών και φορέων και τέλος, η δυσκολία πρόσβασης των αθλητών σε υπηρεσίες στοματικής υγείας.

Κάποιος που επιθυμεί να ασχοληθεί με την αθλητική οδοντιατρική, χρειάζεται εξειδικευμένες γνώσεις;

Η εκπαίδευσή μας στις οδοντιατρικές σχολές έχει καλύψει τα προαναφερθέντα θέματα, χωρίς να έχει εστιάσει στις ιδιαίτερες ανάγκες και τα οδοντιατρικά προβλήματα των αθλητών. Έτσι, επαφίεται στην επιλεκτική διάθεση του κάθε συναδέλφου, ανάλογα με τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά του, να επιμορφωθεί παρακολουθώντας τη βιβλιογραφία και τα συναφή με το αντικείμενο σεμινάρια.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρούμε όλο και περισσότερα οργανωμένα μετεκπαιδευτικά μαθήματα, σεμινάρια και προγράμματα από πανεπιστήμια της Ευρώπης και της Αμερικής (UNINERSITIES OF: IOWA, MINNESOTA, BERN, USL EASTMAN DENTAL INSTITUTE), καθώς επίσης και από Επιστημονικές Εταιρείες Αθλητικής Οδοντιατρικής, όπως η Academy for Sports Dentistry στις ΗΠΑ.

Μεταξύ των σκοπών της ΕΕΑΘΛΟ είναι η ενημέρωση, επιμόρφωση και εκπαίδευση των οδοντιάτρων στην Αθλητική Οδοντιατρική, με στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών στοματικής υγείας στα άτομα που ασχολούνται με τον αθλητισμό και τις αθλοπαιδιές.

Γι' αυτούς τους λόγους, οργανώνουμε την πρώτη μας ημερίδα που θα διεξαχθεί το **Σάββατο, 28 Μαρτίου 2015, στο ξενοδοχείο Τιτάνια,** στο κέντρο της Αθήνας, με πολύ ενδιαφέροντα θέματα και καταξιωμένους ομιλητές. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να ενημερωθείτε από τον ιστότοπό μας (www.sportsdentistryhellas.gr). Σύντομα, θα ακολουθήσουν και πρακτικά σεμινάρια.

Σήμερα, υπάρχει αρκετή πληροφόρηση για τις εξατομικευμένες οδοντιατρικές ανάγκες των αθλητών;

Έρευνες που έγιναν τα τελευταία χρόνια δείχνουν ότι η στοματική υγεία των αθλητών είναι συχνά κακή και υπάρχουν αυξημένες ανάγκες θεραπείας. Οι αθλητές βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο στοματικής υγείας με εκείνο των ευπαθών ομάδων του γενικότερου πληθυσμού.

Θα περίμενε κανείς, αθλητές πολύ υψηλού επιπέδου να έχουν καλή στοματική υγεία. Και όμως, πρόσφατες έρευνες σε αθλητές των Ολυμπιακών Αγώνων του Λονδίνου (2012), αλλά και σε παίκτες της ποδοσφαιρικής ομάδας της Μπαρτσελόνα έδειξαν ότι οι ελίτ αθλητές πάσχουν σε μεγάλο βαθμό από οδοντιατρικά προβλήματα.

Πιο αναλυτικά, μελέτη που έγινε στην οδοντιατρική κλινική της πολυκλινικής του Ολυμπιακού χωριού, κατά την Ολυμπιάδα του Λονδίνου του 2012 και συμμετείχαν 302 αθλητές από όλες τις ηπείρους, έδειξε υψηλά ποσοστά κακής στοματικής υγείας σε νοσολογικές οντότητες όπως: τερηδόνα (55% των αθλητών), οδοντικές διαβρώσεις (45% των αθλητών), τραύμα στην περιοχή των δοντιών και του προσώπου, περιοδοντική νόσος (ουλίτιδα 76%, περιοδοντίτιδα 15% των αθλητών). Το 28% των αθλητών ανέφεραν ότι η κατάσταση της στοματικής τους υγείας είχε επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους και το 18% των αθλητών είπε ότι επηρέασε τις προπονήσεις και τους αγώνες τους. Οι μισοί περίπου αθλητές δεν είχαν κάνει οδοντιατρική εξέταση τους τελευταίους 12 μήνες πριν τους Αγώνες!

Μελέτη που έγινε στους παίκτες της ποδοσφαιρικής ομάδας της Βαρκελώνης (Football Club Barcelona) τη χρονική περίοδο 2003-2006, έδειξε ότι οι παίκτες παρά τη συστηματική ιατρική τους παρακολούθηση, παρουσίαζαν σημαντικά οδοντιατρικά προβλήματα όπως αθεράπευτη τερηδόνα, ουλίτιδα και κακή σύγκλειση και υπέφεραν από οδοντικούς τραυματισμούς σαν αποτέλεσμα της αθλητικής τους δραστηριότητας. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτά τα προβλήματα μπορούν να επηρεάσουν τη φυσική κατάσταση των αθλητών. Το 2009, η Διεθνής Ολυμπιακή Επιτροπή (ΔΟΕ) έχοντας υπόψη τα έντονα προβλήματα στοματικής υγείας στο αθλητικό χώρο, πρότεινε να γίνουν προσπάθειες για την πρόληψη των οδοντικών τραυματισμών με τη χρήση από τους αθλητές εξατομικευμένου στοματικού νάρθηκα, ειδικά για όσους συμμετέχουν σε αθλήματα υψηλού κινδύνου για τραυματισμούς, καθώς επίσης να συνεχιστεί η έρευνα στον τομέα αυτόν. Επιπλέον, η ΔΟΕ συνέστησε περαιτέρω μελέτες για την αξιολόγηση της στοματικής υγείας των αθλητών και επιπρόσθετα να οργανωθούν εκπαιδευτικά προγράμματα που θα εστιάζουν σε εκείνα τα αθλήματα όπου υπάρχει μεγαλύτερος σχετικός κίνδυνος για τη στοματική υγεία. Η σύσταση της ΔΟΕ είναι να υποβάλλονται οι αθλητές συστηματικά, σε τακτικούς οδοντιατρικούς ελέγχους.

> Ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίσει τα άτομα υψηλού κινδύνου. Η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων που αυξάνουν τον σχετικό κίνδυνο τραυματισμών στο στόμα και τα δόντια, καθώς επίσης η χρήση προστατευτικών μέσων κατά την αθλητική δραστηριότητα που μειώνουν δραστικά τον κίνδυνο τραυματισμών, προσφέρουν ουσιαστική υπηρεσία στον αθλητή.

Υπάρχουν εξειδικευμένες κλινικές και κέντρα στην αντιμετώπιση του οδοντικού τραύματος;

Στη χώρα μας, η αντιμετώπιση του οδοντικού τραύματος γίνεται στα οδοντιατρικά και γναθοπροσωπικά τμήματα των Νοσοκομείων, στις κλινικές της Οδοντιατρικής Σχολής, στα κέντρα υγείας, καθώς επίσης στα ιδιωτικά οδοντιατρεία. Εξυπακούεται, ότι οι χώροι αυτοί θα πρέπει να είναι καλά εξοπλισμένοι με τα αντίστοιχα υλικά και άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό, για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων ανά πάσα στιγμή, 24 ώρες το 24ωρο.

Βεβαίως κάθε άθλημα έχει το δικό του προφίλ τραυματισμών, όμως έχει δειχθεί ότι οι περισσότεροι τραυματισμοί συμβαίνουν στις μικρές ηλικίες (7-13 ετών), όπου το παιδί βρίσκεται σε πλήρη ανάπτυξη και τα μόνιμα δόντια του δεν έχουν πλήρως διαπλαστεί. Η εξοικείωση με τα παιδιά, η καλή γνώση και εφαρμογή των πρωτοκόλλων που πρέπει να ακολουθήσει ο οδοντίατρος, ανάλογα την εκάστοτε περίπτωση τραυματισμού, καθώς επίσης η ταχύτητα που πρέπει θα αντιμετωπιστεί μια τέτοια κατάσταση, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία.

Επειδή όμως «κάλλιο το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν», ο οδοντίατρος θα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίσει τα άτομα υψηλού κινδύνου. Η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων (π.χ. αυξημένη οριζόντια πρόταξη των δοντιών, προγναθισμός) που αυξάνουν τον σχετικό κίνδυνο τραυματισμών στο στόμα και τα δόντια, καθώς επίσης η χρήση προστατευτικών μέσων (εξατομικευμένος στοματικός νάρθηκας) κατά την αθλητική δραστηριότητα που μειώνουν δραστικά τον κίνδυνο τραυματισμών, προσφέρουν ουσιαστική υπηρεσία στον αθλητή.

Επίσης, είναι πολύ σημαντική η καταγραφή των τραυματισμών στην περιοχή της κεφαλής και του προσώπου ανά άθλημα, ώστε να σχεδιαστούν στοχευμένες παρεμβάσεις έξω από το ιατρείο, στους χώρους αθλητικής δραστηριότητας, όπου θα λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες των αθλητών και η επικινδυνότητα του αθλήματος. Η άμεση αντιμετώπιση τραυματισμών στους χώρους άθλησης με τον οδοντίατρο να συμμετέχει ενεργά ως μέλος της ιατρικής ομάδας, είναι μια πρόκληση που …γιατί όχι, μας καλεί να βγούμε για λίγες ώρες από τους 4 τοίχους του ιατρείου και να προσφέρουμε τις ιατρικές μας υπηρεσίες όποτε χρειαστεί, καθήμενοι στον πάγκο της ομάδας της γειτονιάς μας.

Έχετε αναλάβει κάποιες δράσεις ή προτίθεστε να αναλάβετε πρωτοβουλίες που θα συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση της πολιτείας προς την κατεύθυνση της ενημέρωσης και της πρόληψης του οδοντικού τραύματος;

Ένας σημαντικός τομέας που θέλουμε να δραστηριοποιηθούμε, πέρα από την ενημέρωση και επιμόρφωση των συναδέλφων οδοντιάτρων, είναι η συνεργασία μας με συλλόγους και ομοσπονδίες σε κοινές δράσεις, μέσα και έξω από τους αθλητικούς χώρους. Και αυτό, γιατί πιστεύουμε ότι η θέση του οδοντιάτρου πρέπει να είναι στο ιατρικό team του αθλητικού συλλόγου της συνοικίας του, ώστε να συμβάλλει αποφασιστικά επί τόπου και για όλη την αθλητική χρονιά.

Από τις πρώτες κινήσεις που κάναμε ως νεοσύστατη Επιστημονική Εταιρεία, ήταν να ενημερώσουμε όλους τους ενδιαφερόμενους φορείς (ομοσπονδίες, συλλόγους, ενημερωτικά έντυπα κ.α.) για την ύπαρξή μας, και να αναρτήσουμε στον ιστότοπό μας, χρήσιμες πληροφορίες για κάθε ενδιαφερόμενο.

Με χαρά διαπιστώσαμε την εκδήλωση ενδιαφέροντος για συνεργασία. Στις προθέσεις μας είναι η δια ζώσης επικοινωνία και ανταλλαγή απόψεων με τους φορείς, ώστε να οριοθετήσουμε επακριβώς τις δράσεις μας.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Τόπος διεξαγωγής: **Ξενοδοχείο Τιτάνια, Πανεπιστημίου 52, Αθήνα**
Ημερομηνία διεξαγωγής: **Σάββατο 28/03/2015**
Θέμα: Στοματική υγεία και αθλητισμός

9:00-9:30. Εγγραφές
Επιστημονική Συνεδρία
Πρόεδρος: **Τζούτζας Ιωάννης,** Αναπλ. Καθηγητής Οδοντικής Χειρουργικής, ΕΚΠΑ
9:30-9:50. Αθλητική Οδοντιατρική: χθες, σήμερα, αύριο
Κουιμτζής Θεόδωρος, Παιδοδοντίατρος, Πρόεδρος της ΕΕΑΘΛΟ
9:50-10:30. Στοματική υγεία και γενική υγεία
Μπομπέτσης Γεώργιος, Περιοδοντολόγος, Επικ. Καθηγητής Περιοδοντολογίας, ΕΚΠΑ
10:30-11:10. Ισορροπημένο στοματικό περιβάλλον στους αθλητές
Παπαϊωάννου Βασίλης, Επικ. Καθηγητής Προληπτικής Οδοντιατρικής, ΕΚΠΑ
11:10-11:50. Στοματοπροσωπικός πόνος και αθλητισμός
Ρούσσου Ίλεια, Λέκτορας Προσθετικής, ΕΚΠΑ
11:50-12:00. Ενημέρωση για τις δραστηριότητες της Εταιρείας από τον Αντιπρόεδρο της ΕΕΑΘΛΟ, **Τράπαλη Ιωάννη,** Χειρ. Οδοντίατρο.
12:00-12:30. *Διάλειμμα-καφές*
12:30-13:50. Στρογγυλό Τραπέζι: Πρόληψη Αθλητικού Τραύματος-Αθλητικοί νάρθηκες
Χρυσαφίδης Χρήστος, Αισθητική και Επανορθωτική Οδοντιατρική
Τασόπουλος Θεόδωρος, Προσθετολόγος
Παλιμετάκη Χριστίνα, Παιδοδοντίατρος
13:50-14:30. Πρώτες βοήθειες τραυματισμών στην περιοχή του στόματος και του προσώπου στους αθλητικούς χώρους
Τζέρμπος Φώτης, Επικ. Καθηγητής στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, ΕΚΠΑ

Για πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε:
info@sportsdentistryhellas.gr, www.sportsdentistryhellas.gr, Τηλ: 6937019896

Επίσης, επεξεργαζόμαστε προτάσεις προς τους αρμοδίους φορείς για την υιοθέτηση κανόνων και προληπτικών μέσων για την ασφαλή άσκηση και τη διατήρηση της οδοντοστοματικής ακεραιότητας και υγείας των ενασχολούμενων με αθλητικές δραστηριότητες.

Στόχος μας είναι να ενημερώσουμε άμεσα όλους τους ενδιαφερομένους (αθλητές, προπονητές, δασκάλους, γονείς κα) για τα οφέλη της άριστης στοματικής υγείας στο ευ ζην, την αθλητική καριέρα και τη μετέπειτα ζωή του αθλητή.

Έτσι, ο αθλητής θα μπορεί απερίσπαστος να αφοσιωθεί στο αγαπημένο του άθλημα και να βγάλει το 100% των δυνατοτήτων του στους αγωνιστικούς χώρους, χωρίς τους περιορισμούς που συνεπάγεται μια προβληματική στοματική υγεία.

Μια πρωτοβουλία που σκεπτόμαστε να πάρουμε επίσης είναι να διοργανώσουμε προσεχώς, ένα τριήμερο πρόληψης οδοντικού τραύματος με τη συμμετοχή συλλόγων, σχολείων και τοπικών φορέων. Σύντομα, θα έχουμε περισσότερα πράγματα να σας ανακοινώσουμε.

Ποιοί είναι οι μελλοντικοί στόχοι της Εταιρείας; Υπάρχει συνεργασία ή προοπτική συνεργασίας με ομόλογες εταιρείες του εξωτερικού;

Μελλοντικοί στόχοι της Εταιρείας όπως άλλωστε συνάγεται από τους σκοπούς του καταστατικού μας, είναι αφενός η επιμόρφωση των Οδοντιάτρων και αφετέρου η συμμετοχή μας σε δράσεις που προάγουν τη στοματική υγεία των αθλητών.

Στα πρώτα βήματα σχετικά με την επιμόρφωση των οδοντιάτρων περιλαμβάνονται επιστημονικά άρθρα στον ιστότοπο της Εταιρείας, που αφορούν στην επισκόπηση της βιβλιογραφίας για θέματα της Αθλητικής Οδοντιατρικής. Η διαδικασία αυτή είναι συνεχής και σύντομα θα υπάρχει επιπλέον ενημέρωση και επικοινωνία μεταξύ των μελών μας, συμμετέχοντας σε forum του ιστοτόπου μας.

Ταυτόχρονα, ετοιμάζουμε ενημερωτικά φυλλάδια με θέματα Αθλητικής Οδοντιατρικής που θα μπορεί κάθε συνάδελφος να τοποθετήσει στην αίθουσα αναμονής του ιατρείου του, για τους ενδιαφερόμενους ασθενείς του.

Επιπρόσθετα, προχωράμε στην ημερίδα μας την 28η Μαρτίου 2015, με κεντρικό θέμα «Στοματική υγεία και Αθλητισμός».

Εκτός των όσων έχουν αναφερθεί, θα θέλαμε να προσδιορίσουμε τις ανάγκες οδοντιατρικής φροντίδας για κάθε άθλημα και ηλικιακή ομάδα αθλητών στη χώρα μας, ώστε να απευθυνθούμε με συγκεκριμένες προτάσεις και παρεμβάσεις στους εμπλεκομένους με τον αθλητισμό παράγοντες.

Η θέση του οδοντιάτρου που ασχολείται με την Αθλητική Οδοντιατρική βρίσκεται σε σημαντικό βαθμό έξω από το ιατρείο, στους αγωνιστικούς χώρους.

Η συνεργασία με άλλες Επιστημονικές Εταιρείες, Οδοντιατρικούς Συλλόγους, Ιδρύματα και Οργανώσεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα που έχουν κοινούς στόχους με την Εταιρεία μας, είναι μέσα στις προτεραιότητές μας.

Τέλος, Επιστημονικές Εταιρείες του εξωτερικού με πολυετή πείρα και δραστηριότητα αποτελούν για μας στοιχείο έμπνευσης, γνώσης και θετικό παράδειγμα που έχουμε να ωφεληθούμε τα μέγιστα.

Ελπίζουμε στο μέλλον, να φιλοξενήσουμε ομιλητές και ερευνητές που θα μας μεταφέρουν την γνώση και την πλούσια εμπειρία τους σε θέματα της Αθλητικής Οδοντιατρικής και φυσικά να ενώσουμε τις δυνάμεις μας σε κοινές δράσεις.

Κύριε Κουϊμτζή, σας ευχαριστώ πολύ και εύχομαι κάθε επιτυχία στο έργο σας.

Κι εγώ σας ευχαριστώ πολύ.

INTERNATIONAL IMPLANTOLOGY COURSE MIS Implants Technologies

Ισραήλ, 12-16 Μαΐου 2015

Η εταιρεία εμφυτευμάτων MIS διοργανώνει το επόμενο εκπαιδευτικό σεμινάριο Εμφυτευματολογίας «Fundamental Implantology Course» στις 12-16 Μαΐου 2015 στο ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΜΤC της MIS στο Ισραήλ.

Σκοπός του προγράμματος είναι η θεωρητική και πρακτική κατάρτιση έτσι ώστε να μπορέσει ο οδοντίατρος να τοποθετήσει μόνος του εμφυτεύματα σε απλά περιστατικά στο ιατρείο του.

Οι συμμετέχοντες θα έχουν μια μοναδική ευκαιρία να παρακολουθήσουν διαλέξεις και hands-on από διεθνούς φήμης ομιλητές, να περιηγηθούν στο εργοστάσιο παραγωγής της MIS και να απολαύσουν 2 ημερών ξενάγηση στα σημαντικότερα αξιοθέατα του Ισραήλ.

Διπλώματα συμμετοχής θα απονεμηθούν από την MIS και το Νοσοκομείο Rambam Health Care Campus, Department of Periondontology & Implant Dentistry (Israel).

Αριθμός συμμετεχόντων περιορισμένος.
Κόστος συμμετοχής: 1.500 ευρώ.

Για το πλήρες πρόγραμμα, τους ομιλητές και άλλες πληροφορίες, επικοινωνήστε με την εταιρεία ΝΕΓΡΙΝ Dental στο τηλέφωνο 210 7711605.

müller-omicron DENTAL

Alphasil Perfect Light
Λεπτόρρευστη σιλικόνη συμπύκνωσης με χαμηλό ιξώδες και βάση την πολυσιλοξάνη, θιξοτροπική, κατάλληλη για την διόρθωση του αποτυπώματος. Υδρόφιλη, χρώματος σκούρου μπλέ, με χρόνο εργασίας 1 min 45 sec και χρόνος παραμονής στο στόμα 4 min, χρησιμοποιείται για άριστη αναπαραγωγή λεπτομεριών.
M0470010 Alphasil Perfect Light 150ml **11,70€**

Alphasil Activator Paste
M0470256D Σωληνάριο πάστα καταλύτη 60ml
10,20€

Alphasil Perfect Putty Soft
Παχύρευστη σιλικόνη συμπύκνωσης, εξαιρετικά εύπλαστη, με βάση την πολυσιλοξάνη για υψηλής ακρίβειας αποτυπώματα. Κατάλληλη για όλες τις τεχνικές αποτύπωσης, με σκληρότητα Shore A 60, χρώματος λευκού, χρόνο εργασίας 1 min 45 sec και γεύση απαλής μέντας.
M0470025 Alphasil Perfect Putty Soft 900ml
20,30€

Τιμή σετ 35,10€

Algistar chromatic / orthodontics
Αλγινικό με χρωματική ένδειξη φάσης, υψηλής απόδοσης και με εξαιρετική αναπαραγωγή λεπτομεριών, ιδανικό για όλες τις αποτυπωτικές τεχνικές, ακόμα και για ορθοδοντική χρήση, χρώματος κίτρινου.
M02249 Algistar Chromatic, 450gr, γεύση τροπικά φρούτα, χρόνος στο στόμα: 80 sec **6,00€**
M02255 Algistar Orthodontics, 450gr, γεύση Tutti Frutti, χρόνος στο στόμα: 35 sec **7,60€**

Betasil VARIO Putty
Παχύρευστη βινυλοπολυσιλοξάνη με θερμοενεργοποιούμενη formula, και ελαστική επαναφορά 99,5%, χρώματος πρασίνου, τελικής σκληρότητας Shore A 70, για τεχνική διορθωτικού αποτυπώματος και τεχνική ταυτόχρονης διπλής μίξης. Ιδανικό για αποτυπώματα στεφανών, γεφυρών, ένθετων και επένθετων. Χρόνος εργασίας 2 min και χρόνος παραμονής στο στόμα 2 min.
M088002 Betasil VARIO Putty, 300ml βάση και 300ml καταλύτης
36,90€

Τιμή σετ 56,30€

Betasil VARIO Light
Λεπτόρρευστη βινυλοπολυσιλοξάνη εξαιρετικής υδροφιλικότητας, με πολύ καλές θιξοτροπικές ιδιότητες, χρώματος ροζ και γεύση μέντας. Αναπαραγωγή λεπτομεριών μεγάλης ακρίβειας, υψηλή σταθερότητα διαστάσεων και υψηλή αντίσταση στον εφελκυσμό και την απόσχιση. Χρόνος εργασίας 2 min, χρόνος παραμονής στο στόμα 2 min.
M082500 Betasil VARIO Light, 2X50ml φυσιγγές και 12 mixing tips κίτρινα
29,40€

Στις τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται Φ.Π.Α.

Ι. Ν. ΦΥΡΙΠΠΗΣ Μ.ΕΠΕ
3ης Σεπτεμβρίου 35, Αθήνα 104 32, Τηλ.: 210 5225 043 - 210 5225 044, Fax: 210 5229 952, e-mail: info@firippis.com

Ημερίδα από την Εταιρία Σύγχρονης Οδοντιατρικής

«Νάρθηκες προστασίας από βρυγμό: είδη, ενδείξεις, κλινική εφαρμογή»

Μιχάλης Κούτρης[1,2]
DDS, MSc, PhD,

[1]Επίκουρος Καθηγητής, Κλινική Αντιμετώπισης Στοματοπροσωπικού Πόνου, Οδοντιατρική Σχολή ACTA, Άμστερνταμ
[2]Επιστημονικός συνεργάτης, Κλινική Φυσιολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος, Οδοντιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Η Εταιρία Σύγχρονης Οδοντιατρικής(ΕΣΟ) διοργανώνει το **Σάββατο, 9 Μαΐου2015** επιστημονική ημερίδα – πρακτικό σεμινάριο με θέμα **«Νάρθηκες προστασίας από βρυγμό: είδη, ενδείξεις, κλινική εφαρμογή»**, το οποίο θα πραγματοποιηθεί στο **ξενοδοχείο CROWNE PLAZA** (Μιχαλακοπούλου 50, Αθήνα).

Το «Οδοντιατρικό Βήμα» έχει την χαρά να φιλοξενεί τον Επίκουρο Καθηγητή της Οδοντιατρικής Σχολής ACTA και Επιστημονικό Συνεργάτη της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, κ. **Μιχάλη Κούτρη**, ο οποίος έχει την επιστημονική ευθύνης της ημερίδας και μοιράζεται με τους αναγνώστες του «Ο.Β.» τα βασικά ζητήματα που θα τεθούν στο επίκεντρο του θεωρητικού και πρακτικού μέρους της επιστημονικής εκδήλωσης.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Κύριε Κούτρη, η τρίτη κατά σειρά επιστημονική ημερίδα της ΕΣΟ για το 2015 έχει ως τίτλο «Νάρθηκες προστασίας από βρυγμό: είδη, ενδείξεις, κλινική εφαρμογή». Μπορείτε να μας πείτε λίγα λόγια, σχετικά με τη δομή της ημερίδας και τα ζητήματα που θα αναπτυχθούν;

Όταν μου ζητήθηκε από την ΕΣΟ να αναλάβω τη διοργάνωση της τρίτης ημερίδας για το 2015 ήταν επιθυμία της Εταιρίας να πρόκειται για ένα πρακτικό σεμινάριο με αντικείμενο το βρυγμό.

Το πρόγραμμα του σεμιναρίου λοιπόν περιλαμβάνει ένα θεωρητικό μέρος για το βρυγμό και τα είδη των ναρθήκων που υπάρχουν αυτή τη στιγμή διαθέσιμα, ενώ ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στα κλινικά στάδια και στην πρακτική επίδειξη τοποθέτησης και ρύθμισης νάρθηκα ολικής επικάλυψης σε εργαστηριακά μοντέλα αναρτημένα σε αρθρωτήρα. Σκοπός της ημερίδας είναι να ενημερώσει τους συναδέλφους για τις πρόσφατες επιστημονικές απόψεις σχετικά με το βρυγμό και τα διάφορα είδη ναρθήκων, όχι μόνο για προστασία από βρυγμό αλλά και προστασία κατά τη διάρκεια άσκησης αθλημάτων. Ένας σημαντικός επίσης στόχος της ημερίδας είναι να τονίσει τις παρενέργειες που μπορεί να έχει η χρήση ναρθήκων ειδικά αυτών που διακινούνται χωρίς έλεγχο στην αγορά ακόμα και μέσω διαδικτύου και μπορούν να αποκτήσουν οι ασθενείς στο σπίτι τους χωρίς τη μεσολάβηση του οδοντιάτρου. Τέλος, θα αναπτυχθούν με λεπτομέρειες ο σχεδιασμός και οι ιδιότητες που θα πρέπει να έχει ένας νάρθηκας για να προστατεύει από τις επιπτώσεις του βρυγμού.

Ποια είναι τα βασικά αίτια του οδοντικού βρυγμού και ποια είναι τα συμπτώματα που αναπτύσσει ο ασθενής;

Από τότε που ο βρυγμός άρχισε να απασχολεί έντονα την οδοντιατρική κοινότητα, αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες για την αιτιολογία του. Σήμερα πιστεύουμε ότι η αιτιολογία του βρυγμού είναι πολυπαραγοντική, δηλαδή υπάρχουν πολλοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη και διατήρηση του φαινομένου. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να χωριστούν σε μορφολογικούς (όπως η σύγκλειση των δοντιών και η ανατομία του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος), ψυχοκοινωνικούς (όπως η ύπαρξη αγχωδών διαταραχών) και παθοφυσιολογικούς (όπως παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ύπνο, νευροχημικοί παράγοντες, κληρονομικότητα και διάφορες συστηματικές παθήσεις). Οι σύγχρονες απόψεις θεωρούν μικρή έως ελάχιστη τη συνδρομή των μορφολογικών παραγόντων, ενώ πρωταγωνιστικό ρόλο θεωρείται ότι διαδραματίζουν οι παθοφυσιολογικοί παράγοντες. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι μία μεγάλη λίστα φαρμακευτικών σκευασμάτων έχει ως γνωστή παρενέργεια το βρυγμό.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις του βρυγμού στο στοματογναθικό σύστημα, αυτές μπορεί να είναι αρκετά ενοχλητικές τόσο για τους ασθενείς όσο για τους οδοντιάτρους. Αρχικά μιλάμε για αποτριβή των δοντιών που μπορεί να προκαλέσει από ευαισθησίες των δοντιών μέχρι ακόμα και επιμήκη κατάγματα. Επίσης οι ασθενείς με βρυγμό συχνά παραπονιούνται για κατάγματα προσθετικών εργασιών ενώ μπορεί να προκαλέσει πόνο στους μασητήριους μύες και στις κροταφογναθικές αρθρώσεις οδηγώντας σε κρανιογναθικές διαταραχές.

Ποιες είναι οι παράμετροι που θα πρέπει να συνυπολογίσει ένας οδοντίατρος όταν συστήνει ένα συγκεκριμένο τύπο νάρθηκα βρυγμού στον ασθενή του;

Το πρώτο και σημαντικότερο στοιχείο που θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν είναι η ορθή διάγνωση! Όπως και σε όλες τις υπόλοιπες θεραπευτικές πράξεις στην οδοντιατρική, η λήψη ενός πλήρους ιστορικού και μια ενδελεχής κλινική εξέταση είναι απαραίτητη για να έχουμε την ορθή διάγνωση. Και αν η διάγνωσή μας είναι όντως βρυγμός, η θεραπεία που θα πρέπει να προτείνεται στον ασθενή εξαρτάται αρχικά από το είδος του βρυγμού. Ο βρυγμός κατά τη διάρκεια της εγρήγορσης αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τον βρυγμό που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου. Αν όντως αποφασιστεί να κατασκευαστεί νάρθηκας, παράγοντες όπως η συνεργασία του ασθενούς, η ηλικία, η ύπαρξη ενός πλήρους φραγμού παίζουν σημαντικό ρόλο για να μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον ασθενή με την καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση. Για παράδειγμα, διαφορετικά θα πρέπει να σχεδιαστεί ένας νάρθηκας για ένα παιδί που έχει μικτή οδοντοφυΐα και διαφορετικά για κάποιον ενήλικο που έχει και κάποιες νωδές περιοχές στο στόμα του.

Εκτός από τους κλασσικούς νάρθηκες νυκτός, τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται ευρέως και οι νάρθηκες NTI. Ποιά η διαφορά μεταξύ του νάρθηκα NTI και του παραδοσιακού νυκτερινού νάρθηκα;

Έχετε απόλυτο δίκιο ότι τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανιστεί στην αγορά διάφοροι νάρθηκες που υπόσχονται προστασία ή ακόμα και θεραπεία από τον βρυγμό. Πολλοί από αυτούς μάλιστα είναι άμεσα διαθέσιμοι στο διαδίκτυο, χωρίς καν τη μεσολάβηση οδοντιάτρου. Δε θα εστιάσω λοιπόν μόνο στον νάρθηκα NTI αλλά θα μιλήσω για το σύνολο αυτών των εμπορικά διαθέσιμων ναρθήκων. Οι διαφορές τους σε σχέση με έναν ορθό νάρθηκα ολικής επικάλυψης εστιάζονται τόσο στο υλικό από το οποίο είναι κατασκευασμένοι, όσο και στο σχεδιασμό, στην εφαρμογή τους, στην αντοχή τους σε βάθος χρόνου, στην ευκολία χρήσης τους, την αποτελεσματικότητά τους αλλά κυρίως στους κινδύνους από τη χρήση τους. Όλα αυτά θα αναλυθούν με λεπτομέρειες στη διάρκεια του σεμιναρίου για να γνωρίζει ο οδοντίατρος πότε και ποιον τύπο νάρθηκα θα πρέπει να προτείνει (ή και να αποφύγει) στο σχέδιο θεραπείας για τον ασθενή του.

Ποιο θα είναι κατά τη γνώμη σας το κέρδος των οδοντιάτρων που θα παρακολουθήσουν την ημερίδα;

Η πρακτική αυτή ημερίδα έχει σαν στόχο να ενημερώσει τους οδοντιάτρους θεωρητικά για το θέμα του βρυγμού και πρακτικά για τους διαφόρους τύπους ναρθήκων που υπάρχουν διαθέσιμοι αυτοί τη στιγμή. Μέσα από την πρακτική επίδειξη που θα γίνει στόχος είναι να αποκτήσει ο οδοντίατρος μια σαφή εικόνα πότε ενδείκνυται η κατασκευή ενδοστοματικού νάρθηκα για την προστασία από βρυγμό και ποια κλινικά στάδια θα πρέπει να ακολουθηθούν για ένα επιτυχημένο σχέδιο θεραπείας. Συνοπτικά, ο στόχος είναι την επομένη κιόλας μέρα του σεμιναρίου οι συνάδελφοι που θα το παρακολουθήσουν να είναι σε θέση να υποψιαστούν την ύπαρξη βρυγμού στους ασθενείς τους, να μπορούν να θέσουν ορθά τη διάγνωση και να ενημερώσουν και να καθοδηγήσουν τους ασθενείς τους στην κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση. Επίσης, να είναι ενημερωμένοι οι συνάδελφοι για το πότε ενδείκνυται και το πότε αντενδείκνυται η χρήση συγκεκριμένων ναρθήκων και παράλληλα να είναι υποψιασμένοι για τυχόν παρενέργειες ή κινδύνους από τη χρήση τους.

Κύριε Κούτρη, σας ευχαριστώ πολύ.

Κι εγώ σας ευχαριστώ.

19ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας

Το 19ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας ολοκληρώθηκε με μεγάλη επιτυχία, αφήνοντας τις καλύτερες εντυπώσεις στους συνέδρους.
Ο απεσταλμένος του «Ο.Β.» Χρήστος Κωνσταντινίδης ταξίδεψε στη Θεσσαλονίκη και είχε την ευκαιρία να μιλήσει με τον Καθηγητή Ενδοδοντολογίας ΑΠΘ και ενεργό μέλος της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας, κ. **Πάνο Μπελτέ** για το μέλλον της Ενδοδοντίας, τη συνεισφορά της ΕΕΕ στην συνεχή επιμόρφωση των οδοντιάτρων αλλά και για τη «γεύση» που του άφησε το φετινό Συμπόσιο.

Ο Καθηγητής ΑΠΘ κ. Πάνος Μπελτές μαζί με τον οδοντίατρο κ. Χρήστο Κωνσταντινίδη.

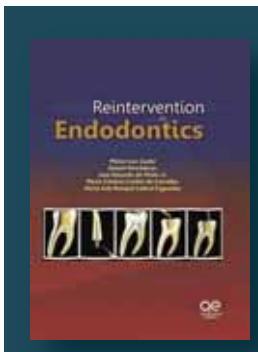
Κύριε Μπελτέ, για άλλη μια φορά η Ελληνική Ενδοδοντική Εταιρεία με το Συμπόσιο που έγινε στη Θεσσαλονίκη απέδειξε το υψηλό επιστημονικό της επίπεδο. Ως βασικό ενεργό μέλος της, πριν μιλήσουμε για το Συμπόσιο, θα ήθελα να μου πείτε δυο λόγια για τις δραστηριότητές της.

Αρχικά θα ήθελα να σας ευχαριστήσω που μου δίνετε την ευκαιρία να συζητήσουμε και να αναπτύξουμε απόψεις όχι μόνο για το Συμπόσιο, αλλά γενικά για τον τρόπο και την ποιότητα της επιστημονικής ενημέρωσης των συναδέλφων μας. Ως ενεργό μέλος της Εταιρείας πάνω από 25 χρόνια, μου δίνεται το δικαίωμα να δηλώσω ότι η ΕΕΕ αποτελεί μέχρι σήμερα μία από τις πλέον καταξιωμένες Εταιρείες, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο διεθνή χώρο. Το τι έχει κάνει μέχρι τώρα είναι γνωστό στους περισσότερους συναδέλφους. Πάντοτε ο στόχος της ήταν η επιμόρφωση των Ελλήνων οδοντιάτρων, αυτό που με άλλα λόγια ονομάζεται «δια βίου μάθηση». Η προσπάθεια όλων μας, με αρχικό πρωτεργάτη τον Καθηγητή Σωτήρη Συκαρά και στη συνέχεια τον Αναπλ. Καθηγητή Γιώργο Σίσκο ως πρόεδρο της Εταιρείας για πολλά χρόνια και τον Καθηγητή Θεόδωρο Λαμπριανίδη, που πρόσφατα ανέλαβε την Προεδρία, ήταν πάντοτε να παρακολουθούμε τις εξελίξεις στο χώρο μας, τόσο στην επιστήμη όσο και στην τεχνολογία και με γνώμονα τη φρόνηση να τις μεταφέρουμε στους συναδέλφους μας. Θα μπορούσαμε να μιλάμε αρκετή ώρα για τη συμβολή της Εταιρείας μας στον επιστημονικό χώρο, αλλά φοβάμαι ότι θα ξεφύγουμε από το θέμα μας.

Είχα την ευκαιρία να παρακολουθήσω το μεγαλύτερο μέρος του Συμποσίου αποκομίζοντας πραγματικά τις καλύτερες εντυπώσεις και θα ήθελα να σας δώσω τα συγχαρητήριά μου περισσότερο για την άψογη οργάνωσή του. Θα ήθελα, όμως, να ακούσω και τη δική σας άποψη.

Αν και είμαι της γνώμης πως πάντοτε πρέπει να αφήνεις τους άλλους να μιλάνε για το τι έχεις κάνει, θα σας πω και τις δικές μου σκέψεις για το Συμπόσιο και με την ευκαιρία για την όλη οργάνωση και δομή που πρέπει να έχει ένα συνέδριο. Μέχρι σήμερα έχω οργανώσει αρκετά συνέδρια και πριν δύο χρόνια είχα οργανώσει ως Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής το Πανελλήνιο Συνέδριο της Ομοσπονδίας. Σε ένα επιστημονικό συνέδριο, όποιας μορφής και αν είναι, η επιλογή των μελών της Οργανωτικής Επιτροπής θεωρώ ότι είναι το πρώτο και σημαντικότερο βήμα για την σωστή προετοιμασία και εκτέλεσή του. Ονομαστικά, ο «οικονομολόγος» μας Π. Αναστασιάδης, οι Αναπλ. Καθηγήτριες Μ. Γεωργοπούλου, Λ. Κουλαουζίδου, Ουρ. Παντελίδου και οι Αναπλ. Καθηγητές Λ. Βασιλειάδης, Ι. Κολοκούρης, Ν. Οικονομίδης, ήταν τα μέλη της Οργανωτικής Επιτροπής που επέλεξα και τα οποία συνέβαλαν ουσιαστικά στην επιτυχία του Συμποσίου. Το δεύτερο σημαντικό βήμα είναι η θεματολογία και οι ομιλητές. Με γνώμονα ότι η θεματολογία πρέπει να απευθύνεται περισσότερο στο γενικό οδοντίατρο επιλέξαμε το θέμα του Συμποσίου να είναι «Ενδοδοντία και γενικός οδοντίατρος». Σκοπός μας ήταν να παρουσιαστούν και να συζητηθούν καθημερινά προβλήματα της κλινικής πράξης, όπως και οι εξελίξεις γενικά από πλευράς επιστήμης και τεχνολογίας. Προσκαλέσαμε καταξιωμένους ξένους και Έλληνες ομιλητές διεθνούς αναγνώρισης, οι οποίοι κατά κύριο λόγο κάλυψαν το κατευθυνόμενο επιστημονικό πρόγραμμα στο διήμερο του Συμποσίου. Οι εντυπώσεις που απεκόμισα από τους συναδέλφους για την ποιότητα των ομιλιών ήταν αρκετά θετικές, αν και υπήρχαν συνάδελφοι που εξέφρασαν την αντίθετη άποψη. Δεν με επηρεάζει αυτό το γεγονός, γιατί συνήθως έτσι συμβαίνει με κάθε συνέδριο.

Εμένα προσωπικά μου άρεσαν οι ομιλίες, γιατί σχεδόν όλες είχαν κλινικό χαρακτήρα. Γιατί όμως τόσες πολλές εισηγήσεις για



€180

Reintervention in Endodontics

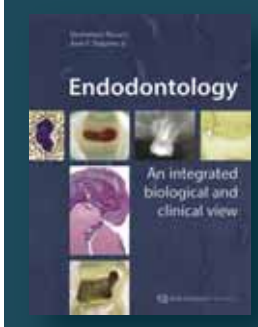
Mario Luiz Zuolo, Daniel Kherlakian, José Eduardo de Mello, Jr, Maria Cristina Coelho de Carvalho, and Maria Inês Ranazzi Cabral Fagundes

This book helps practitioners navigate through each stage of endodontic retreatment, from understanding the indications for treatment through reobturation of the canal. Written by a team of experienced specialists, this exceptional guide explores the various options for retreatment and relies on evidence from the literature and experience from clincial practice to make recommendations. The authors analyze the parameters of initial success in endodontic treatment and present new materials, tools, and technologic resources for use in cases of retreatment. They cover the management of complications, including optimal techniques for correction of canal access and locating canals, even those that are calcified.

Contents

• Case Selection • Technologic Advances in Endodontics • Access • Removal of Gutta-Percha • Solid Materials Removal • Repreparation of the Canal System • Reobturation of the Canal System • Managing Complications • Special Cases • Postoperative Restoration

332 pp, 1.367 illus, ©2014



€198

Endodontology: An Integrated Biological and Clinical View

Domenico Ricucci and José F. Siqueira, Jr

This unique book is a serious study of clinical endodontics that underscores the biologic foundation of endodontic treatment and seeks to bridge the gap between basic endodontic knowledge and advanced endodontic biology. Written by a wellestablished clinician and a researcher with extensive background in endodontic microbiology, this book combines invaluable histologic illustrations of endodontic disease with a robust clinical text that (1) describes the pathologies affecting dental tissues as well as their reactions to the clinical procedures and (2) uses clinical microbiology to explain the observed phenomena. Treatments of complex endodontic infections are presented for both vital and nonvital pulp therapy, and the influences of periradicular pathology are addressed in detail. Moreover, the authors wade into controversial topics with detailed and comprehensive analysis, including the implications of lateral canals on treatment and the causes of treatment failures and how to avoid them. The purpose of this book is to improve endodontic treatment, and the authors demonstrate how an in-depth knowledge of endodontic infections can help clinicians to synthesize the data from patient examinations in order to visualize what has taken place, understand the processes at work, and predict what will occur with the patient. An essential clinical text for comprehensive endodontic treatment.

Contents

• Dentin-Pulp Complex and Periradicular Tissues • Pulp Response to Caries and Restorative Procedures • Vital Pulp Therapy • Periradicular Pathology • Endodontic Infections • Clinical Endodontics: Treatment Procedures • Healing of the Periradicular Tissues Following Endodontic Treatment • The Lateral Canal Issue • Failure of Endodontic Treatment • Endodontic-Periodontal Interrelationships

440 pp, 1.689 illus, ©2013

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ

Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα,
Τηλ. **210 3814 939** | www. odvima.gr

τα μηχανοκίνητα εργαλεία Ni-Ti;

Εν γνώσει μας ένα μέρος του επιστημονικού προγράμματος αναφερόταν στις τελευταίες εξελίξεις σχετικά με τα μηχανοκίνητα μικροεργαλεία NiTi. Σήμερα, αν μιλάμε για «επανάσταση» στο χώρο της Ενδοδοντίας, μιλάμε για τη μηχανοκίνητη προπαρασκευή των ριζικών σωλήνων, που έχει αλλάξει όλη την πορεία της Ενδοδοντίας. Οι εταιρίες ανταγωνιστικά συνεχώς παρουσιάζουν στην αγορά νέα συστήματα διαφημίζοντας το προϊόν τους, πόσο απλό, εύκολο, ασφαλές και αποτελεσματικό είναι, προσαρμοσμένο στις δυνατότητες του γενικού οδοντιάτρου, χωρίς όμως πολλές φορές να δίνονται οι σωστές αρχές από βιολογικής πλευράς, παρά μόνο τεχνικές πληροφορίες και οδηγίες χρήσης. Κάτι τέτοιο είναι πολύ επικίνδυνο, γιατί η πράξη μπορεί να γίνει τελείως μηχανική χωρίς καμία επιστημονική βάση. Για αυτόν ακριβώς το λόγο προσκλήθηκαν ομιλητές γνωστοί στο διεθνή χώρο, για να αναλύσουν τεκμηριωμένα τις απόψεις τους, έτσι ώστε ο κάθε συνάδελφος να συγκρίνει και να αξιολογήσει ανάλογα τα δεδομένα.

Παρατήρησα όμως, ότι ορισμένοι ξένοι ομιλητές που συμμετείχαν στο επιστημονικό πρόγραμμα σχετίζονταν με εμπορικές εταιρείες. Τι έχετε να μας πείτε για αυτό;

Περίμενα να μου κάνετε αυτήν την ερώτηση. Μερικά χρόνια πριν, ποτέ δε θα σκεφτόμασταν τη συμμετοχή οποιασδήποτε εταιρείας στο επιστημονικό πρόγραμμα, ίσως γιατί οι εξελίξεις της τεχνολογίας δεν ήταν τόσο αλματώδεις. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και ευαισθησία στην πρόσκληση τέτοιων ομιλητών, γιατί μπορεί να προκύψει ένα τελείως αρνητικό αποτέλεσμα από αυτό που περιμένεις. Το πρώτο βήμα είναι να ελέγξεις ποιος είναι ο ομιλητής, τον οποίον τελικά εσύ τον εγκρίνεις και το δεύτερο βήμα είναι ότι εσύ καθορίζεις τη θεματολογία. Δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στις ομιλίες, νομίζω ότι ο κάθε συνάδελφος ήταν σε θέση να «ξεπλύνει» όλα όσα είδε και άκουσε και στο τέλος να κρατήσει τα σημεία εκείνα που θα τον βοηθήσουν στη σωστή επιστημονική γνώση και πράξη. Πιστεύω ότι είναι πολύ πιο αποτελεσματικό ο επίσημος επιστημονικός φορέας να προσκαλεί τον ομιλητή μέσω της εταιρείας, παρά η ίδια η εταιρεία, ανεξέλεγκτα τις περισσότερες φορές, να παρουσιάζει με το δικό της τρόπο τα επιτεύγματά της.

Εκτός από το κατευθυνόμενο επιστημονικό πρόγραμμα είχατε και αρκετές ελεύθερες ανακοινώσεις, έναν μεγάλο αριθμό αναρτημένων ανακοινώσεων και πολλά οργανωμένα πρακτικά σεμινάρια.

Πράγματι, υπήρχε από την αρχή ένα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για συμμετοχές στο ελεύθερο πρόγραμμα. Ήταν δύσκολο όμως να δεχθούμε μεγαλύτερο αριθμό ελεύθερων ανακοινώσεων, επειδή όλο το επιστημονικό πρόγραμμα ήταν συνεχόμενο χωρίς να υπάρχει κάτι παράλληλα. Οι δε αναρτημένες ανακοινώσεις ξεπέρασαν τον αριθμό σαράντα. Οι περισσότερες εργασίες στο ελεύθερο πρόγραμμα ήταν κλινικές ή ερευνητικές και ορισμένες ιδιαίτερα αξιόλογες. Είναι ωραίο πράγμα να βλέπεις τους νέους μας επιστήμονες να ενδιαφέρονται ή για να το πω καλύτερα να «ψάχνονται» για την επιστήμη και να συμμετέχουν ενεργά σε τέτοιες επιστημονικές εκδηλώσεις. Όσο για τα πρακτικά σεμινάρια θα ήθελα να σας πληροφορήσω ότι οι θέσεις είχαν ήδη «κλείσει» από το Σεπτέμβριο.

Είστε ικανοποιημένος από τον αριθμό προσέλευσης των οδοντιάτρων;

Υπολογίζαμε αρχικά ο αριθμός των οδοντιάτρων να είναι από 200 μέχρι 250. Υπήρχε μια ιδιαίτερη ανησυχία, γιατί παράλληλα με το δικό μας συμπόσιο είχαν προγραμματιστεί να γίνουν στη Θεσσαλονίκη και άλλα δύο συνέδρια, της Προσθετικής και της Περιοδοντολογίας. Το χειρότερο από όλα ήταν οι εκλογές. Παρ' όλα αυτά ο αριθμός των συμμετεχόντων ξεπέρασε κατά πολύ κάθε προσδοκία φτάνοντας τους 410 επίσημα εγγεγραμμένους.

Πραγματικά μεγάλος αριθμός. Πού μπορεί να οφείλεται αυτό;

Πιστεύω σε δύο λόγους. Ο πρώτος είναι ότι πάντοτε το γνωστικό αντικείμενο της Ενδοδοντίας «τραβάει κόσμο», γιατί όπως και να το κάνουμε η Ενδοδοντία είναι ο κορμός όλων των άλλων οδοντιατρικών πράξεων. Το δεύτερο είναι ότι οι εποχές έχουν αλλάξει αρκετά λόγω της βαθιάς οικονομικής κρίσης, με αποτέλεσμα ο γενικός οδοντίατρος να μην στέλνει εύκολα τα περιστατικά σε ειδικό και να προσπαθεί από μόνος του να «σώσει» το δόντι, που σε παλιές εποχές εύκολα θα το έβγαζε αντικαθιστώντας το πιθανά με κάποιο εμφύτευμα. Για αυτό και θέλει να εμπλουτίσει όσο περισσότερο γίνεται τις γνώσεις του και να μάθει με τον καλύτερο τρόπο να κάνει την ενδοδοντική θεραπεία. Ο άλλος λόγος της μεγάλης προσέλευσης των συναδέλφων είναι το πόσο καλά η Οργανωτική Επιτροπή κάνει τη δουλειά της στην διαφήμιση του συνεδρίου. Το θέμα του συνεδρίου, η αφίσα, ο λογότυπος, η επιλογή της θεματολογίας και των ομιλητών, η συνεχής ενημέρωση των συναδέλφων μέσω του διαδικτύου, η συνεργασία με τους συλλόγους-εταιρείες για ενημέρωση των μελών τους, είναι σημαντικά σημεία για τη σωστή διαφήμιση του συνεδρίου. Στο σημείο αυτό θα ήθελα ιδιαίτερα να ευχαριστήσω τον Πρόεδρο Θανάση Δεβλιώτη και το Διοικητικό Συμβούλιο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, που βοήθησαν στην προώθηση του Συμποσίου σε όλα τα μέλη.

Είσαστε ευχαριστημένος από τη συμμετοχή των αντιπροσώπων;

Πάντοτε έλεγα ότι τα συνέδρια χωρίς την παρουσία των αντιπροσώπων είναι μισά συνέδρια. Προσκαλέσαμε όλους τους αντιπροσώπους που έχουν ιδιαίτερη σχέση με την Ενδοδοντία, οι οποίοι πρόθυμα ανταποκρίθηκαν. Ό,τι καινούριο εργαλείο, υλικό, σύστημα κυκλοφορεί παγκοσμίως υπήρχε στη φετινή έκθεση των εμπόρων. Ειλικρινά θα ήθελα να τους ευχαριστήσω θερμά για τη συμμετοχή τους και τη συμβολή τους στην επιτυχία του συμποσίου. Θα ήθελα επίσης να σας πω ότι και άλλοι εμπορικοί αντιπρόσωποι έδειξαν ενδιαφέρον για να συμμετάσχουν στο συμπόσιο με περίπτερο ή πρακτικό σεμινάριο, αλλά δυστυχώς ο χώρος και ο χρόνος μας ήταν πολύ περιορισμένος.

Όπως είδα στο πρόγραμμα προσκεκλημένη ομιλήτρια στην επίσημη τελετή έναρξης ήταν η καθηγήτρια Όλγα Ιακωβίδου με το θέμα «Ένα ταξίδι στους δρόμους του κρασιού της Μακεδονίας». Πολύ θα ήθελα να παρακολουθήσω την ομιλία, αλλά έπρεπε να επιστρέψω στην Αθήνα.

Ειλικρινά χάσατε για να το πω απλά. Ήταν μια υπέροχη, κατατοπιστική ομιλία. Κατά τη διάρκειά της ξεφύγαμε τελείως από τα μονοπάτια του πολφού και νοητά ταξιδέψαμε στα μονοπάτια του κρασιού της Μακεδονίας με την τόσο μεγάλη ιστορία της και με τις τόσες ομορφιές της. Ήταν μια ξεχωριστή νότα έξω από την πολφική κοιλότητα.

Υπήρχε κάποια άλλη καινοτομία στο φετινό Συμπόσιο της Ενδοδοντίας;

Ναι. Η πιο σημαντική καινοτομία ήταν η ζωντανή μετάδοση του Συμποσίου σε όλη την Ελλάδα. Το είχαμε κάνει στο 22ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ομοσπονδίας και το επαναλάβαμε και τώρα. Με τον τρόπο αυτό δόθηκε η ευκαιρία στον Έλληνα οδοντίατρο να παρακολουθήσει όλο το επιστημονικό πρόγραμμα, όπου και αν βρισκόταν. Η ΕΕΕ το έχει κάνει θεσμό και είμαι σίγουρος ότι θα εφαρμόζεται και στα μελλοντικά συνέδρια.

Θα ήθελα πριν κλείσουμε αυτή τη συζήτηση να μου πείτε δύο λόγια γενικά για το παρόν και το μέλλον της Ενδοδοντίας. Σε ποιο σημείο βρισκόμαστε σήμερα και τι να περιμένουμε από το αύριο;

Η δεκαετία του '90 θεωρώ ότι ήταν η πιο σημαντική δεκαετία στην εξέλιξη της τεχνολογίας στο χώρο της Ενδοδοντίας, σε σχέση με τα προηγούμενα 100 χρόνια. Σε αυτήν τη δεκαετία η κλινική Ενδοδοντία άλλαξε για πάντα με την αλματώδη εξέλιξή της. Αν θέλετε να μιλήσω πιο συγκεκριμένα, τα πιο σημαντικά επιτεύγματα θεωρώ ότι είναι η ψηφιακή ακτινογραφία και τελευταία η CBCT, το χειρουργικό μικροσκόπιο, οι υπέρηχοι, τα μηχανοκίνητα περιστρεφόμενα μικροεργαλεία NiTi και το υλικό MTA.

Η ψηφιακή ακτινογραφία είναι μία από τις πλέον σημαντικές εξελίξεις στο χώρο της Ενδοδοντίας. Η πολύ μικρή έκθεση στην ακτινοβολία, η άμεση λήψη της εικόνας, η υψηλή ανάλυση και η αποθήκευσή της έχουν αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά επιτυχίας της ενδοδοντικής θεραπείας. Πιστεύω πως η ψηφιακή ακτινογραφία είναι απαραίτητη στον εξοπλισμό κάθε οδοντιατρείου. Τελευταία, η αξονική τομογραφία κωνικής δέσμης (CBCT), με την τρισδιάστατη αναπαράσταση ανατομικών δομών άνοιξε νέους ορίζοντες στη διάγνωση και θεραπεία.

Η εξέλιξη των υπερήχων αποτελεί επίσης ένα σημαντικό βοήθημα σε αρκετούς τομείς της Ενδοδοντίας, όπως στον εντοπισμό ενασβεστιωμένων ριζικών σωλήνων, στην ενεργοποίηση υγρών διακλυσμών, στην αφαίρεση πολφόλιθων, στην αφαίρεση ενδορριζικών αξόνων και γενικότερα ξένων σωμάτων από το ριζικό σωλήνα. Στη χειρουργική Ενδοδοντία υπάρχουν ειδικά σχεδιασμένα άκρα υπερήχων για ανάστροφες εμφράξεις.

Το χειρουργικό μικροσκόπιο διαγνωστικά αποτελεί σημαντικό βοήθημα για την εντόπιση ρωγμών και επιμήκων καταγμάτων, επιτρέπει πιο λεπτομερή παρατήρηση της πολφικής κοιλότητας, βοηθά στην αφαίρεση ή παράκαμψη σπασμένων εργαλείων στο ριζικό σωλήνα και αναμφισβήτητα έχει βελτιώσει την όλη εικόνα της χειρουργικής Ενδοδοντίας. Παρ' όλα αυτά, αν θέλετε την άποψή μου, θεωρώ ότι το χειρουργικό μικροσκόπιο είναι ένα εργαλείο αρκετά εξεζητημένο, λαμβάνοντας υπόψη μας και το υψηλό κόστος αγοράς και συντήρησής του.

Αναμφισβήτητα όμως αυτό που άλλαξε τελείως την ιστορία της Ενδοδοντίας είναι η μηχανοκίνητη προπαρασκευή των ριζικών σωλήνων με τα μικροεργαλεία NiTi. Μιλήσαμε αρκετά πριν για το θέμα και ακούσαμε και πολλές λεπτομέρειες για τα διάφορα συστήματα από τους ομιλητές στο Συμπόσιο. Αυτή η ραγδαία εξέλιξη όμως έχει και το αρνητικό της σημείο. Όταν η ίδια εταιρεία αλλάζει το σύστημα κάθε έξι μήνες ή κάθε χρόνο και αυτό γίνεται για όλες τις εταιρείες, αντιλαμβανόμαστε τα προβλήματα που δημιουργούν στον κλινικό οδοντίατρο.

Τέλος το υλικό MTA, ένα βιοσυμβατό επανορθωτικό υλικό με πάρα πολλές εφαρμογές στην κλινική πράξη, όπως στην άμεση κάλυψη, στην πολφοτομή, στις διατρήσεις, στην έμφραξη των ριζικών σωλήνων, στην ακρορριζική απόφραξη δοντιού με ανοιχτό ακρορρίζιο, έχει αποδειχτεί ένα από τα πλέον σημαντικά υλικά στην Ενδοδοντία.

Όσο για το μέλλον είναι σίγουρο ότι αυτή η ραγδαία εξέλιξη στην τεχνολογία συμβαδίζοντας με την επιστήμη, θα βοηθήσει ακόμα περισσότερο την πράξη της Ενδοδοντίας. Το μέλλον προβλέπεται λαμπρό, καθώς νέες τεχνικές και υλικά θα μας επιτρέψουν να κάνουμε την ενδοδοντική θεραπεία με μεγαλύτερη ακόμα ασφάλεια και με αρκετά προβλέψιμο αποτέλεσμα.

Ευχαριστώ κ. Μπελτέ για αυτήν την εποικοδομητική συζήτηση που είχαμε.

Κι εγώ σας ευχαριστώ.

Οδοντόκρεμες υψηλής συγκέντρωσης φθορίου αναχαιτίζουν 51% περισσότερες τερηδονικές βλάβες ρίζας συγκριτικά με απλές φθοριούχες οδοντόκρεμες

Αθήνα, Φεβρουάριος 2015 - Η καθημερινή χρήση οδοντόκρεμας υψηλής συγκέντρωσης φθορίου που περιέχει 5000 ppm φθορίου είναι πιο αποτελεσματική στη μείωση των τερηδονικών βλαβών ρίζας σε σύγκριση με απλές φθοριούχες οδοντόκρεμες που περιέχουν 1100-1450 ppm φθορίου[1], σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση του Πανεπιστημίου του Aachen στη Γερμανία[2].

«Ο κίνδυνος εμφάνισης τερηδονικών βλαβών στη ρίζα αυξάνεται ραγδαία στον ανεπτυγμένο κόσμο λόγω της γήρανσης του πληθυσμού» δήλωσε η **Baerbel Kiene**, Διευθύντρια Επιστημονικών Θεμάτων της Colgate-Palmolive Ευρώπης. *«Η τερηδόνα ρίζας μπορεί να επιφέρει πόνο και λοίμωξη, καθώς και απώλεια του δοντιού και η αντιμετώπισή της με προσθετικές αποκαταστάσεις μπορεί να αποτελέσει πρόκληση. Αυτό υπογραμμίζει την έντονη ανάγκη για καλύτερη πρόληψη, που σημαίνει να ακολουθούν οι ασθενείς ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα στοματικής υγιεινής και να πραγματοποιούν τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο. Αυτή η νέα μελέτη δείχνει το σημαντικό ρόλο της οδοντόκρεμας με υψηλή συγκέντρωση φθορίου».*

Στην Ελλάδα, η επίπτωση των τερηδονικών βλαβών ρίζας αυξήθηκε από 38,3% το 2004 σε 42,7% το 2013 στα άτομα ηλικίας 65-74 ετών[3].

Σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο περιοδικό Journal of Dental Research, η χρήση οδοντόκρεμας με 5000 ppm φθορίου μπορεί να μειώσει τον αριθμό των τερηδονικών βλαβών ρίζας ακόμη και κατά 51% σε διάστημα 6-8 μηνών σε σύγκριση με απλές φθοριούχες οδοντόκρεμες ($p<0.00001$). Η οδοντόκρεμα με 5000 ppm φθορίου παρουσίασε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με άλλους χημικούς παράγοντες που εξετάστηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.

Οι ερευνητές **R.J. Wierichs** και **H. Meyer-Lueckel** από το Πανεπιστήμιο του Aachen στη Γερμανία διαπίστωσαν ότι με καθημερινό βούρτσισμα με οδοντόκρεμα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου αναχαιτίστηκαν οι 193 από τις 315 βλάβες σε σύγκριση με 70 από τις 321 βλάβες, όταν χρησιμοποιήθηκαν απλές οδοντόκρεμες. Τα ευρήματά τους βασίζονται στη μετα-ανάλυση τριών ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων, 1.593 άρθρων δημοσιευμένων μεταξύ 1947 και 2014 και περισσότερα από 10.000 άτομα ηλικίας 20-101 ετών. Ανέλυσαν 28 χημικούς παράγοντες (καθέναν μόνο του ή σε συνδυασμό) με τη μορφή οδοντοκρεμών, στοματικών διαλυμάτων, βερνικιών, εναιωρημάτων, γελών και εφαρμογές όζοντος. Απ' όλους αυτούς τους παράγοντες η οδοντόκρεμα με 5000 ppm φθορίου είχε την πιο ισχυρή δράση.

Αρκετές από τις μελέτες αυτές έδειξαν βελτίωση της στοματικής υγιεινής των συμμετεχόντων, ακόμη και στην ομάδα ελέγχου. Αυτό υποδηλώνει τη σημασία των τακτικών οδοντιατρικών ελέγχων στην επανακινητοποίηση των ασθενών για την τήρηση σωστής στοματικής υγιεινής και ταυτόχρονα στην πρόληψη και αντιμετώπιση της τερηδόνας ρίζας.

Τερηδόνα Ρίζας: Η τερηδόνα ρίζας είναι μία μορφή τερηδόνας που προσβάλλει τη ρίζα των δοντιών. Οι ρίζες είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην τερηδόνα, γιατί δεν προστατεύονται από την αδαμαντίνη, όπως το υπόλοιπο δόντι. Η τερηδόνα ρίζας αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα για τους υπερήλικες, οι οποίοι είναι πολύ πιθανό να υποφέρουν από υφίζηση των ούλων, η οποία αφήνει τις ριζικές επιφάνειες εκτεθειμένες στο δυνητικά διαβρωτικό περιβάλλον του στόματος. Βελτιωμένη στοματική υγιεινή σημαίνει ότι περισσότεροι ενήλικες διατηρούν τα φυσικά τους δόντια σε μεγάλη ηλικία και αυτό, σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού, έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της τερηδόνας ρίζας.

Η τερηδόνα ρίζας είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη, γιατί μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα και να φτάσει στο εσωτερικό του δοντιού σε σύντομο χρονικό διάστημα, οδηγώντας σε λοίμωξη και πόνο ή ακόμη και να θέσει σε κίνδυνο ολόκληρη τη δομή του δοντιού. Επίσης, αποτελεί μεγαλύτερη πρόκληση για τους οδοντιάτρους η επιτυχής αντιμετώπιση της τερηδόνας ρίζας με εμφράξεις, απ' ό,τι της μύλης του δοντιού, καθώς η ίδια η διαδικασία θεραπείας μπορεί να κάνει το δόντι εύθραυστο με το ενδεχόμενο να σπάσει. Γι' αυτό η τερηδόνα ρίζας συχνά οδηγεί σε απώλεια των δοντιών.

Συνεπώς, στο επίκεντρο βρίσκεται η πρόληψη της τερηδόνας ρίζας και οι ασθενείς ενθαρρύνονται να παρακολουθούν την κατάσταση των ούλων τους και των εκτεθειμένων ριζών με τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο, καθώς και με συμπληρωματική καθημερινή στοματική υγιεινή με οδοντόκρεμα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου.

---

[1] Οδοντόκρεμα που περιέχει 5000 ppm φθορίου κυκλοφορεί στην Ευρώπη με άδεια φαρμάκου, ενώ οδοντόκρεμες με 1100-1450 ppm φθορίου κυκλοφορούν με άδεια καλλυντικού, στις περισσότερες περιπτώσεις, και λιγότερο συχνά ως ιατροτεχνολογικά ή φαρμακευτικά προϊόντα.

[2] Wierichs RJ1, Meyer-Lueckel H2. Systematic Review on Noninvasive Treatment of Root Caries Lesions. J Dent Res. 2015 Feb;94(2):261-271.

[3] Πανελλήνια Επιδημιολογική Μελέτη Καταγραφής Στοματικής Υγείας, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, 2014

Κυκλοφόρησε ο νέος κατάλογος προσφορών της εταιρείας οδοντιατρικών ειδών **«Ι. Τσαπράζης ΑΕ»**, ο οποίος περιλαμβάνει προϊόντα σε ανταγωνιστικές τιμές. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα προϊόντα του καταλόγου μπορείτε να δείτε στο **www.tsaprazis.gr,** αλλά και για να λαμβάνετε νέα και προσφορές της εταιρείας παρακαλείσθε να απευθύνεστε στο τηλ. **210 7716 416** και στο **info@tsaprazis.gr.**

ΤΕΧΝΟΓΝΩΣΙΑ στην ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Οδοντοτεχνικό Εργαστήριο
Γονατίδης Αναστάσιος
www.dental-designs.net
email: a.gonatidis@gmail.com
Τηλ.: 2107799483

Οι **μεταλλοκεραμικές εργασίες**, παρά την εμφάνιση νέων, σύγχρονων υλικών και μεθόδων, όπως τα θερμοπλαστικά και οι ολοκεραμικές αποκαταστάσεις, εξακολουθούν να αποτελούν τον κύριο όγκο εργασιών ενός σύγχρονου εργαστηρίου.

Τα μέταλλα από τα οποία κατασκευάζονται πρέπει να διακρίνονται για την βιοσυμβατότητά τους, την αντοχή τους και την σωστή συμπεριφορά τους μέσα στο στόμα στη διάρκεια τού χρόνου. Το εργαστήριό μας χρησιμοποιεί τα κράματα μετάλλων τής Jelenko™ για όλες τις μεταλλοκεραμικές εργασίες.

Χαριν στη τεράστια εμπειρία μας , αλλά και στο ταλέντο και επιδεξιότητα στην κατασκευή τόσο τού μεταλλικού σκελετού, όσο και τής πορσελάνης, εγγυόμαστε ένα άριστο αισθητικό και απόλυτα φυσικό αποτέλεσμα, που πλησιάζει αυτό των ολοκεραμικών αποκαταστάσεων.

Οι πορσελάνες **IPS e.max Press** προσφέρουν την ύψιστη αισθητική ποιότητα και αντοχή, χωρίς την χρήση μετάλλου. Διαθέτουν βιοσυμβατό κεραμικό σκελετό από διπυριτικό λίθιο, προσφέροντας την εφαρμογή, λειτουργικότητα και αντοχή που αναμένεται από τον ασθενη και τον Ιατρό. Μια επιπλέον ιδιαίτερη ιδιότητά τους είναι η εξαιρετική αντοχή στην κάμψη (400 MPa).

Το εργαστήριό μας διαθέτει πολύχρονη εμπειρία και εξειδίκευση, με ιδιαίτερη έμφαση στην επίτευξη ενός άψογου αισθητικού και λειτουργικού αποτελέσματος, στοιχείο που αποτελεί το σήμα κατατεθέν μας.

Η **ζιρκονία** είναι ένα υλικό με πολύ καλή βιοσυμβατότητα, ξεχωρίζει δε για το υψηλό μέτρο ελαστικότητας, τη σκληρότητα και την χημική σταθερότητά της. Ικανοποιεί σε σημαντικό βαθμό την διαχρονική προσπάθεια αντικατάστασης τού μετάλλου στις προσθετικές αποκαταστάσεις.

Η πολύχρονη εμπειρία και υψηλή τεχνογνωσία που έχει αναπτυχθεί στο εργαστήριό μας, επιτρέπει την επίτευξη ενός τελικού αισθητικού αποτελέσματος, ισάξιου με εκείνου των ολοκεραμικών προσθετικών αποκαταστάσεων.

Το **οδοντικό εμφύτευμα** κατέχει περίοπτη πλέον θέση στις προσθετικές αποκαταστάσεις.

Το εργαστήριό μας, με εικοσαετή εμπειρία σε όλους τους τύπους των εμφυτευμάτων, μπορεί να ανταποκριθεί και να προσφέρει λύσεις και στο πλέον δύσκολο περιστατικό, εξασφαλίζοντας σταθερή ποιότητα και σιγουριά για το τελικό αποτελέσμα. Κατασκευάζουμε κοχλιούμενες και συγκολλούμενες ακίνητες εργασίες, καθώς και μεταλλικά και ολοκεραμικά εξατομικευμένα abutments.

«Τα εμφυτεύματα ως θεραπεία επιλογής στην καθημερινή κλινική πράξη»
Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε η ημερίδα του ΟΣΚ

Μεγάλη ήταν η ανταπόκριση των οδοντιάτρων στην ημερίδα που πραγματοποίησε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας το Σάββατο, 7 Φεβρουαρίου 2015 στο ξενοδοχείο «Αλκυών», στο Βραχάτι Κορινθίας, με τίτλο:«Τα εμφυτεύματα ως θεραπεία επιλογής στην καθημερινή κλινική πράξη». Ο πρόεδρος του ΟΣΚ, κ. **Νώντας Κατσούλας** από το βήμα της ημερίδας εξέφρασε την ευγνωμοσύνη του στους συναδέλφους οδοντιάτρους που «αγκαλιάζουν» με θέρμη όλες τις εκδηλώσεις του Συλλόγου και συμβάλλουν με την ενεργή συμμετοχή τους στην επιτυχία τους.
Κεντρικός εισηγητής της ημερίδας ήταν ο Dr. **Ηλίας Σμαράγδας,** ο οποίος πραγματικά άφησε τις καλύτερες εντυπώσεις στους συμμετέχοντες με την ενδιαφέρουσα και άρτια δομημένη παρουσίασή του. Εξαιρετικά χρήσιμο βρήκαν οι παρευρισκόμενοι οδοντίατροι και το πρακτικό σεμινάριο –εξάσκηση στο προσθετικό μέρος του συστήματος εμφυτευμάτων Biomet 3i (Επιλογή τύπου αποκατάστασης, Ανάπτυξη Τεχνικών αποτύπωσης, Λήψη αποτυπώματος εμφυτευμάτων).
Πρόκειται για μια ακόμη επιτυχημένη επιστημονική δράση του ΟΣΚ, ο οποίος έτσι κι αλλιώς μας έχει συνηθίσει σε επιστημονικές εκδηλώσεις άρτιας οργάνωσης και υψηλού ενδιαφέροντος.

3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
«ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ & ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑ»
20 & 21 Μαρτίου 2015, Ξενοδοχείο Crowne Plaza

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 20 ΜΑΡΤΙΟΥ 2015

12.00 – 13.00 Προσέλευση-Εγγραφές
13.00 – 14.00 Ελεύθερες ανακοινώσεις

14.00 – 15.00 ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
Παρουσίαση ενδιαφερόντων περιστατικών
- Μελανή πλάκα υπερώας *Μερκουρέα Σ.*
- Πολλαπλές ερυθηματώδεις πλάκες *Κατσούλας Ν.*
- Μονήρης έλκωση υπερώας *Φόρα Ε.*
- Θηλωματώδες ερυθρό ογκίδιο ούλων *Καλογήρου Ε.*
- Μονήρης έλκωση γλώσσας *Κιοσπές Π.*
- Υποτροπιάζουσες πολλαπλές ελκώσεις *Κωνσταντάρας Α.*

15.00 – 15.30 ΕΙΣΗΓΗΣΗ
«Η Παθολογική Ανατομία της έλκωσης του στόματος: Σύγχρονες Απόψεις» *Οικονομοπούλου Π.*

15.30 – 16.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ι
Η Στοματολογία στη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη: Εμπειρία, δυνατότητες, περιορισμοί
- Η Στοματολογία στο Γ. Ν. Λάρισας *Κατσουράκης Μ.*
- Η Στοματολογία στο 251 Γ.Ν. Αεροπορίας *Διαμάντη Σ.*
- Η Στοματολογία στο ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός» *Σφακιανού Αικ.*
- Η Στοματολογία στη Μονάδα ΑΜΕΑ του Γ. Ν. «Ασκληπιείο Βούλας» *Ζερβού Φ.*

16.30 – 17.00 Διάλειμμα
17.00 – 17.45 Ελεύθερες ανακοινώσεις

17.45 – 19.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙ
Εμφυτεύματα σε ασθενείς με συστηματικό και στοματολογικό νόσημα
- Εμφυτεύματα στον ασθενή με οστεοπόρωση *Λ. Ζουλούμης*
- Εμφυτεύματα στον ασθενή με συστηματικό νόσημα *Φ. Τζέρμπος*
- Εμφυτεύματα στον ασθενή με καρκίνο του στόματος που έχει ή που πρόκειται να ακτινοβοληθεί *Γ. Παντέλας*
- Εμφυτεύματα στον ασθενή με στοματολογικό νόσημα *Α. Σκλαβούνου*

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

19.15 – 19.45 Τελετή έναρξης-Χαιρετισμοί
19.45 – 20.15 ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΑ ΟΜΙΛΙΑ
Perspectives in Oral Medicine St. Porter
20.00 ΔΕΞΙΩΣΗ ΥΠΟΔΟΧΗΣ

ΣΑΒΒΑΤΟ 21 ΜΑΡΤΙΟΥ 2015

09.00 – 10.00 Ελεύθερες ανακοινώσεις
10.00 – 11.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΙΙ
Νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και αντιμετώπιση του ακανθοκυτταρικού καρκινώματος του στόματος
- Συμβολή των μορίων miRNAs στη διάγνωση, πρόγνωση και αντιμετώπιση των δυνητικά κακοήθων διαταραχών και του καρκίνου του στόματος *Τιτσινίδης Σ.*
- Δείκτες του σιάλου στην πρώϊμη ανίχνευση του καρκίνου του στόματος *Μιχαηλίδου Ε.*
- Ο ρόλος της σηματοδοτικής οδού MAPK/STAT-3 στην παθογένεια του καρκίνου του στόματος *Γκούβερης Ι.*
- Ο ρόλος της χημειοπροφύλαξης στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στόματος *Γεωργάκη Μ.*
- Νέοι θεραπευτικοί στόχοι στον καρκίνο του στόματος *Ψυρρή Α.*

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

11.30 – 12.00 Διάλειμμα
12.00 – 13.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΙΥ
HPV-λοίμωξη και στοματική κοιλότητα
- HPV-λοίμωξη και καρκίνος του στόματος. Η σημερινή εικόνα *Σκλαβούνου Α.*
- Επιπολασμός της HPV-λοίμωξης σε δείγμα Ελληνικού πληθυσμού νεαρών ενηλίκων με υγιή στοματικό βλεννογόνο *Φόρα Ε.*
- Ο ρόλος της ανοσιακής απάντησης σε HPV θετικά καρκινώματα του στόματος *Δασκαλόπουλος Α.*
- Επιπολασμός και έκφραση mRNA των E6 και E7 HPV ογκοπρωτεϊνών σε ασθενείς με καρκίνο του στοματοφάρυγγα και του λάρυγγα *Αργύρη Ε.*
- Πρωτογενής πρόληψη της HPV-λοίμωξης *Αγοραστός Θ.*

13.15 – 14.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ V
Συστηματικά νοσήματα με εκδηλώσεις από τη στοματική κοιλότητα. Διαδραστική συνεδρία
- Αιματολογικά Νοσήματα *Τόσιος Κ.-Πιπέρη Ε.-Σιακαντάρη Μ.*
- Δερματοβλεννογόνια Νοσήματα *Ματιάκης Α.-Ανδρεάδης Δ.-Σταυρόπουλος Π.*

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

14.30 – 15.30 Μεσημβρινή Διακοπή – Ελαφρύ Γεύμα
15.30 – 17.00 Παρουσίαση E-Poster

17.00 – 18.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VI
Σιαλεδενίτιδες. Ένα πεδίο προβληματισμού για το γενικό οδοντίατρο
- Κλινική εικόνα *Πουλόπουλος Α.*
- Διάγνωση *Αγγελόπουλος Χ.*
- Αντιμετώπιση *Αντωνιάδης Κ.*

18.00 – 19.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ VII
Πρωτόκολλα αντιμετώπισης συνήθων νοσημάτων του στόματος
- Υποτροπιάζουσες άφθες *Χρυσομάλη Ε.*
- Ομαλός Λειχήνας *Lozada – Nur F.*
- Λευκοπλακία *Νικητάκης Ν.*

19.00 – 20.00 Γ.Σ. ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ERA ΕΠΕ, Ασκληπιού 7, 10680 Αθήνα
Τηλ.: 210 3634944, Fax: 210 3631690, E-mail: info@era.gr, wedsite: www.era.gr

ΒΑΣΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

1. Τεχνικές αύξησης ακρολοφίας για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων και τελευταίες εξελίξεις στην χρήση BMP (αυξητικών παραγόντων
2. Συνδυασμός λεύκανσης και συνθέτων ρητινών για συντηρητική αντιμετώπιση αισθητικών προβλημάτων.
3. Τελευταίες εξελίξεις στην συγκολλητική οδοντιατρική: Από την αισθητική στην σύγκλειση
4. Μεγέθυνση στην οδοντιατρική παρασκευή
5. Αισθητική των περιεμφυτευματικών ιστών και κεραμικά διαβλεννογόνια στηρίγματα

ΠΡΟΣΚΕΚΛΗΜΕΝΟΙ ΟΜΙΛΗΤΕΣ

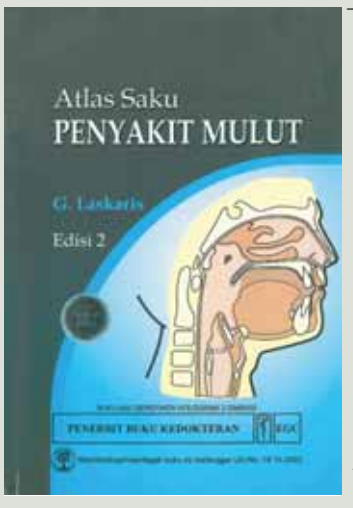
Dr. **Wael Att** Germany
Dr. **Antonio Cerutti** Italy
Dr. **Camillo D' Arcangelo** Italy
Dr. **Nini Massironi** Italy
Dr. **Robert Mehanna** USA
Dr. **Ντίνος Κουντούρας** Ελλάδα
Dr. **Στρατής Παπάζογλου** Ελλάδα
Dr. **Μίνος Σταυριδάκης** Ελλάδα
Dr. **Άρης Τριποδάκης** Ελλάδα

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

	ΜΕΧΡΙ 24 ΜΑΡΤΙΟΥ 2015	ΑΠΟ 25 ΜΑΡΤΙΟΥ ΜΕΧΡΙ 17 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2015	ΕΠΙ ΤΟΠΟΥ
ΜΕΛΗ Ε.Α.Α.Α.Ο.		ΔΩΡΕΑΝ	
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	80€	100€	120€
ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΕΣ	60€	80€	100€
ΦΟΙΤΗΤΕΣ	40€	50€	60€

Πληροφορίες: DIASKEPSIS – MATINA TSAMI
www.diaskepsis.gr
Τηλ.: 2310 230459, e-mail: mtsami@otenet.gr

Η Ελληνική Στοματολογία «ταξιδεύει» με επιτυχία και στην Ασία προβάλλοντας την Ελλάδα



Το «Ο.Β.» με ιδιαίτερη χαρά ανακοινώνει στους αναγνώστες του ότι μετά από τις εκδόσεις των Αγγλικών βιβλίων του Αν. Καθηγητή Στοματολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Γιώργου Λάσκαρη**, στη Νότια Κορέα και Κίνα, πρόσφατα (2014) το βιβλίο του «Pocket Atlas of Oral Diseases» μεταφράστηκε και κυκλοφόρησε στα Ινδονησιακά με τίτλο:
«ATLAS SAKU: PENYAKIT MULUT»
από τον μεγάλο Ιατρικό Εκδοτικό Οίκο της Ινδονησίας PENERBIT BUKU KEDOKTERAN.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
Αποτίμηση του διήμερου σεμιναρίου στη Θεσσαλονίκη

Γράφει ο
Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντ/τρος - M.Sc (Προσθετ.)

Με επιτυχία πραγματοποιήθηκε στις 30/31/1/2015 το διήμερο σεμινάριο της ΕΠΕ με τίτλο «**Η αντιμετώπιση του σύνθετου περιοδοντικού περιστατικού. Διατήρηση φυσικών δοντιών –τοποθέτηση εμφυτευμάτων».**

Ο **Ν. Δόνος** αναφέρθηκε στη «Σχέση περιοδοντίτιδας –Περιεμφυτευματίτιδας». Φαίνεται ότι σήμερα εξάγονται αδικαιολόγητα δόντια με επαρκές περιοδόντιο σε ποσοστό 60%. Τα δόντια αβίαστα αντικαθίστανται με εμφυτεύματα δίδοντας στους ασθενείς μας την ψευδαίσθηση μιας 3ης οδοντοφυΐας. Η παράμετρος που αγνοείται όμως, είναι η αδυναμία πρόληψης ή αντιμετώπισης των βιολογικών επιπλοκών των εμφυτευμάτων.

Οι Goddffrensen K. et al. (2008) διαφωνούν ακόμη και με καθιερωμένες ενδείξεις τοποθέτησης των εμφυτευμάτων, όπως ότι το εμφύτευμα συμβάλλει στην διατήρηση του μετεξακτικού φατνίου. Σήμερα οι αριθμοί εμφυτευμάτων έχουν υπερβεί κάθε προηγούμενο με 400.000/έτος σε Η.Π.Α., Γαλλία και Γερμανία και 2 εκατομμύρια/έτος στην Βραζιλία. Έτσι, η περιεμφυτευματίτιδα με ποσοστό 6.7% αναφέρεται πλέον σε 67.000 εμφυτεύματα κατά έτος. Αν μάλιστα αναφερθούμε σε περιεμφυτευματική βλεννογονίτιδα το ποσοστό ανέρχεται σε 79%. Συνεπώς, είμαστε μπροστά σε μία ιατρογενή νόσο που έχει ήδη λάβει τεράστιες διατάσεις.

Οι Mejer et al (2014) αναφέρουν ότι το 29,7% των ασθενών πάσχουν από περιεμφυτευματίτιδα. Η ορθή διάγνωση και παρακολούθηση της έναρξης και εξέλιξης της περιεμφυτευματίτιδας χρήζει της λήψης πανοραμικής ή full mouth ακτινογραφίας κατά την αρχική φάση της αποκατάστασης. Όταν χρησιμοποιούμε τον ανιχνευτήρα, το οστούν βρίσκεται 1,4 mm ακρορριζικότερα από το βάθος της αύλακας (Quirinnen 2011).

Η γενετική προδιάθεση (Fardal & Linden, 2008) παίζει σημαντικό ρόλο στην έναρξη και πορεία της νόσου. Έτσι, στους high risk ασθενείς απλά δεν βάζουμε εμφυτεύματα.

Ο **S. Jepsen** αναφέρθηκε στους γενικούς και γενετικούς παράγοντες που σχετίζονται με τα περιοδοντικά νοσήματα. Έτσι το περιβάλλον, ο τρόπος ζωής και μεταβαλλόμενοι ή σταθεροί γενετικοί παράγοντες αποδεικνύεται ότι συσχετίζονται με την έναρξη και την εξέλιξη της περιεμφυτευματίτιδας.

Ο **F. Grazziani** αναφέρθηκε στην χειρουργική θεραπεία του περιοδοντίου που έχει σκοπό την καλύτερη πρόσβαση στην νόσο και την εξάλειψη των θυλάκων. Στην Αμερική το 24% των γενικών οδοντιάτρων ασχολούνται με την χειρουργική θεραπεία του περιοδοντίου. Η παρασκευή του κρημνού γίνεται 1-2 m από την παρυφή της φατνιακής απόφυσης με παρασκευή όλου του όγκου της μεσοδόντιας θηλής (Takei et al., 1985), παρασκευάζοντας αυτήν γλωσσικά ή παρειακά (MP Cortellin et al., 1995). Η επούλωση γίνεται συνήθως με μακρά επιθηλιακή πρόσφυση και οστική αναδόμηση των ενδοστικών θυλάκων.

Σε 12 μήνες έχει βρεθεί μείωση των θυλάκων κατά 2,85 mm (0,96mm σε διχασμούς) που εξαρτάται πάντως από γενικούς παράγοντες, τοπικούς παράγοντες (κάλυψη, επούλωση οστικών βλαβών, αριθμός οστικών τοιχωμάτων) και φυσικά από το κάπνισμα και την στοματική αγωγή.

Οι συντηρητικότεροι και μικρότερης παρέμβασης κρημνοί οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα.

Η επόμενη ομιλία του **Ν. Δόνου** είχε θέμα τις εμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Πριν αποφασιστεί η τοποθέτηση εμφυτευμάτων θα πρέπει να επιτευχθεί δείκτης πλάκας <20%, δείκτης αιμορραγίας <10% και απουσία θυλάκων >5 μ.

Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια αποκατάστασης και διάσωσης των δοντιών με ορθή περιοδοντική, ενδοδοντική θεραπεία, GBR και εκτομές ριζών. Η διατήρησή τους σαν στηρίγματα προσθετικών εργασιών έχει ποσοστά επιτυχίας ανώτερα των εμφυτευμάτων στα 10 χρόνια (Fardal et al., 2010). Σε GBR που γίνεται σε περιοδοντικούς ασθενείς και σε ύπαρξη θυλάκων >5 mm, το αναγεννημένο οστούν έχει αυξημένο κίνδυνο περιεμφυτευματίτιδας.

Ο **F. Graziani** μίλησε με θέμα «Νέα προσέγγιση στην θεραπεία περιοδοντικών ασθενών».

Συνιστά την συντηρητική θεραπεία προ της χειρουργικής. Αν και δέχεται ότι το κόστος θεραπείας και συντήρησης ενός περιοδοντικού ασθενούς είναι μεγαλύτερο σε σχέση με την εναλλακτική εμφυτευματική θεραπεία-, τόνισε ότι δεν υπάρχει σύγκριση μια και τα φυσικά δόντια είναι βιολογικό, ζωντανό κομμάτι του οργανισμού μας, ενώ τα εμφυτεύματα είναι απλώς στηρίγματα μιας τεχνητής οδοντοστοιχίας.

Φαίνεται ότι η περιοδοντολογία άρχισε να γυρνάει μετά από πολλές περιπλανήσεις βιολογικές, φιλοσοφικές και επιστημονικές στο αρχικό concept… την διάσωση των φυσικών δοντιών.

Μετά από μια περίοδο επιθετικής πολιτικής για να ενσωματωθεί και να καθιερωθεί η εμφυτευματολογία στο κομμάτι της περιοδοντολογίας έγινε αντιληπτό ότι η εμφυτευματολογία άρχισε να επηρεάζει αρνητικά τον βασικό στόχο αυτής.

Μέχρι τώρα παράμετροι, όπως ο χρόνος θεραπείας, η ταχύτητα ολοκλήρωσης αυτής, η αισθητική, το κόστος, οδήγησαν εκατομμύρια δόντια παγκοσμίως σε εξαγωγή και αντικατάσταση από εμφυτεύματα. Τα πράγματα φαίνεται ότι αλλάζουν. Τα λάθη μάς δίδαξαν και οι παράμετροι θεραπείας επαναξιολογήθηκαν. Βασικότερη πλέον παράμετρος είναι η διάσωση του βιολογικού μας υλικού.

Επίσης, οι επιπλοκές (περιεμφυτευματίτιδα) έχουν προβληματίσει. Δημιουργήσαμε μια νέα ιατρογενή νόσο που απασχολεί 67.000 ασθενείς/χρόνο σε όλον τον κόσμο.

Η επιστήμη μας περνάει μία φάση ωρίμανσης και προβληματισμού και φαίνεται ότι οι νέες ισορροπίες θα αλλάξουν τον τρόπο λειτουργίας, αλλά και την ποιότητα θεραπείας και ζωής.

Ο **K. Demirel** αναφέρθηκε στη διαχείριση εμφυτευμάτων στην αισθητική ζώνη.

Πολύ σημαντική παράμετρος στην αισθητική ζώνη είναι η επούλωση του μετεξακτικού φατνίου

Η άμεση τοποθέτηση εμφυτεύματος στο μετεξακτικό φατνίο δεν βοηθά στη διατήρηση της διάστασης αυτού (Araujo et al.).

Ο Demirel τόνισε ότι ο ίδιος κάνει και την προσθετική, γιατί ως περιοδοντολόγος γνωρίζει καλύτερα την ικανότητα τροποποίησης του profil ανάδυσης των ιστών.

Αναφορικά με τις προσθετικές αποκαταστάσεις συνέστησε να τοποθετούνται 0,5 mm από το βάθος της αύλακας.

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το πάχος του βιότυπου. Για αλλαγή του βιότυπου συνιστάται το αυτομόσχευμα συνδετικού ιστού και όχι ξενομοσχεύματα (Mucograft).

Ακολούθησε το στρογγυλό τραπέζι, όπου οι ομιλητές παρουσίασαν σύνθετα περιστατικά για συζήτηση.

Το συμπόσιο ήταν για μια ακόμη φορά επιτυχημένο, η προσέλευση ήταν ικανοποιητική και η έκθεση μεγάλη για τα δεδομένα της διοργάνωσης.

Clearfil™ Universal Bond
Μ' ένα μόνο μπουκαλάκι καλύπτεις όλες τις ανάγκες σου για συγκόλληση.

Από τους εφευρέτες του χρυσού κανόνα των αυτοαδροποιούμενων συστημάτων συγκόλλησης Clearfil™ SE Bond και Panavia™, διεθνές, γρήγορο, με διάρκεια!

Φανταστείτε ένα αξιόπιστο συγκολλητικό σύστημα ενός σταδίου που να καλύπτει όλα τα περιστατικά συγκόλλησης και προετοιμασίας της θεραπείας σας. Φανταστείτε να μπορείτε να το χρησιμοποιείτε για τις άμεσες αποκαταστάσεις, την κατασκευή κολοβωμάτων και επιπλέον για τις έμμεσες αποκαταστάσεις και επιδιορθώσεις προσθετικών εργασιών.

Κατασκευάστηκε ο καλύτερος συγκολλητικός παράγοντας ενός σταδίου, ο Clearfil™ Universal Bond που σας επιτρέπει να τα κάνετε όλα αυτά* επιλέγοντας όποια τεχνική αδροποίησης εσείς επιθυμείτε**. Δηλαδή το προϊόν λειτουργεί με όλες τις τεχνικές: την αυτοαδροποίηση, την επιλεκτική και την ολική αδροποίηση.

Σας αρέσει η **αυτοαδροποίηση;** Τότε θα εντυπωσιαστείτε με τη γρήγορη και αξιόπιστη διαδικασία συγκόλλησης του ενός σταδίου. Για την **επιλεκτική αδροποίηση της αδαμαντίνης,** η νέα σύριγγα εφαρμογής της K-ETCHANT αδροποιητικής γέλης σας προσφέρει τον απόλυτο έλεγχο για την τοποθέτηση του φωσφορικού οξέος. Επιπλέον το Clearfil™ Universal Bond καλύπτει την τεχνική της **ολικής αδροποίησης.**

Πώς είναι δυνατόν να συμβαίνουν όλα αυτά; Αυτό οφείλεται στο σωστό συνδυασμό του αποδεδειγμένου Kuraray Noritake Dental's MDP και την τεχνολογία του σιλανίου για να έχουμε τα μακρόχρονα αποτελέσματα. Και εφόσον προέρχεται από τους δημιουργούς του χρυσού κανόνα της αυτοαδροποιούμενης τεχνικής Clearfil™ SE Bond και Panavia™ είστε σιγουροι για το αποτέλεσμα της θεραπείας σας.

Έτσι, εξαιτίας του Clearfil™ Universal Bond, τελικά διαθέτουμε μια μακρόχρονη λύση που μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες μας για συγκόλληση και προετοιμασία της θεραπείας του περιστατικού σας.

Ενδείξεις
- Άμεσες αποκαταστάσεις με όλα τα είδη φωτοπολυμεριζόμενων σύνθετων ρητινών επιλέγοντας όποια τεχνική αδροποίησης εσείς επιθυμείτε (αυτό-αδροποιηση, επιλεκτική και ολική αδροποιηση)
- Απόφραξη κοιλοτήτων ως προθεραπεία για έμμεσες αποκαταστάσεις.
- Θεραπεία εκτεθειμένων ριζικών επιφανειών.
- Ενδοστοματικές επιδιορθώσεις θραυσμένων προσθετικών αποκαταστάσεων από πορσελάνη ή ρητίνη.
- Συγκόλληση αξόνων και ανασύσταση κολοβωμάτων. Αποκαταστάσεις κατασκευής κολοβωμάτων μπορεί να γίνουν χρησιμοποιώντας το Clearfil™ DC Core PLUS και για τις έμμεσες αποκαταστάσεις το Panavia SA Cement.
- Επεξεργασία προσθετικού μέρους (ένθετα, επένθετα, γέφυρες και όψεις) από κεραμικό, υβριδικό κεραμικό και πολυμεριζόμενη ρητίνη. Αναμίξτε το με το νέο Clearfil DC Activator για τη συγκόλληση άλλων υλικών κολοβωμάτων σύνθετης ρητίνης και ρητινωδών κονιών.

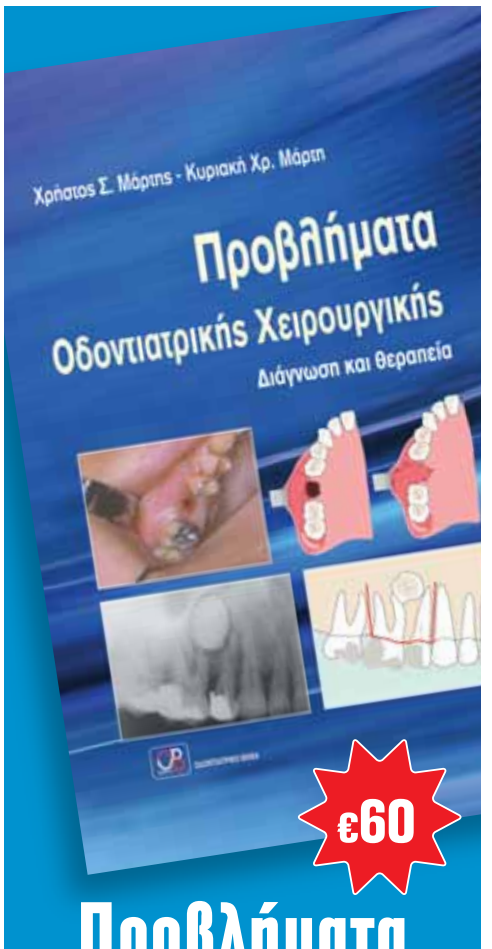
Συσκευασία

Διατίθεται σε σετ περιλαμβάνει συγκολλητικό παράγοντα 5ml, υγροποιητική σύριγγα K-etchant 3ml με ειδικά ακροφυσια και παρελκόμενα.

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία Τσαπράζης Ιωάννης ΑΕ τηλ: 210-7716416 ή στο website: www.tsaprazis.gr

*Αποκαταστάσεις κατασκευής κολοβωμάτων μπορεί να γίνουν χρησιμοποιώντας το Clearfil™ DC Core PLUS και για τις έμμεσες αποκαταστάσεις το Panavia SA Cement. Αναμίξτε το με το νέο Clearfil DC Activator για τη συγκόλληση άλλων υλικών κολοβωμάτων σύνθετης ρητίνης και ρητινώδη κονιών.

** προσωπική επιλογή τεχνικής της ολικής αδροποίησης.



Προβλήματα Οδοντιατρικής Χειρουργικής
Διάγνωση και θεραπεία
Χρήστος Σ. Μάρτης, Κυριακή Χρ. Μάρτη

Απευθύνεται κυρίως στο γενικό οδοντίατρο, καθώς δίνει λύσεις αναφορικά με τη διάγνωση και αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Οι συγγραφείς καταθέτουν με ιδιαίτερα κατανοητό τρόπο την κλινική τους γνώση και εμπειρία πάνω σε καθημερινά θέματα χειρουργικής του στόματος. Με σαφήνεια και εύληπτο τρόπο αναλύονται κρίσιμα ζητήματα, όπως: προεγχειρητικός έλεγχος και διαχείριση ασθενούς σε επείγουσες περιπτώσεις, προβλήματα κατά την τέλεση της τοπικής αναισθησίας, η βιοψία στο γναθοστοματικό χώρο, χειρουργική (διαφατνιακή) εξαγωγή δοντιών, ο έγκλειστος κάτω σωφρονιστήρας, ακρορριζεκτομή, μασητηριακή μυαλγία και πολλά άλλα. Τα σχεδιαγράμματα που υπάρχουν στο βιβλίο, οι φωτογραφίες και οι ακτινογραφίες από χαρακτηριστικά κλινικά περιστατικά συμβάλλουν στην καλύτερη και πληρέστερη κατανόηση των προβλημάτων που αφορούν στην οδοντιατρική χειρουργική.

Περιεχόμενα
- Προεγχειρητικός έλεγχος και διαχείριση ασθενούς σε επείγουσες περιπτώσεις
- Προβλήματα κατά την τέλεση της τοπικής αναισθησίας
- Η βιοψία στο γναθοστοματικό χώρο
- Χειρουργική (διαφατνιακή) εξαγωγή των δοντιών
- Ο έγκλειστος κάτω σωφρονιστήρας
- Η τραχηλοπροσωπική λοίμωξη και η «εν θερμώ εξαγωγή»
- Ακρορριζεκτομή: μια χειρουργική πράξη ανάγκης
- Στοματοκολπική επικοινωνία
- Μασητηριακή μυαλγία. Δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης (ΚΓΑ)
- Η ευθύνη του οδοντιάτρου στον εντοπισμό και στη διάγνωση του ενδοστοματικού καρκίνου
- Σιελολιθίαση (Λιθίαση των σιελογόνων αδένων).

Έκδοση: «ΟΒ» . ©2009. Σελίδες: 315

ΟΒ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα,
Τηλ. **210 3814 939** | www. odvima.gr

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας διοργανώνει

15-17 Μαΐου 2015

Ξενοδοχείο Elite City Resort, Καλαμάτα

Τριήμερο Σεμινάριο Προσθετικής

«Εστιάζοντας στην καθημερινή πράξη της Ελληνικής πραγματικότητας του σήμερα»

Εισηγητές:

Παύλος Γαρέφης, Ομότιμος Καθηγητής «Ακίνητης Προσθετικής και Προσθετικής Εμφυτευματολογίας», ΑΠΘ
Αθηνά Μπακοπούλου, Επίκουρος Καθηγήτρια «Ακίνητης Προσθετικής και Προσθετικής Εμφυτευματολογίας» ΑΠΘ
Δημήτρης Γαρέφης, οδοντίατρος προσθετολόγος, μετεκπαιδευθείς στο Πανεπιστήμιο Tufts, Βοστώνης, ΗΠΑ

Πρόγραμμα

Παρασκευή 15 Μαΐου

14:00-15:00 Εγγραφές

Σεμινάριο Α: Η αισθητική στην προσθετική αποκατάσταση*

15:00-19:30 **Παύλος Γαρέφης:**

- Αισθητική και λειτουργία-δρόμοι παράλληλοι
- Η αισθητική στην προσθετική αποκατάσταση (Υποκειμενικοί και αντικειμενικοί παράγοντες-αισθητική ανάλυση-Συμμετρία και αναλογία)
- Σύνθεση αισθητικής εικόνας (Φύλο, προσωπικότητα, ηλικία ασθενούς και σχήμα δοντιών, δυναμική συμμετρία, οπτική ψευδαίσθηση, εξατομίκευση και διόρθωση σχημάτων)
- Επιλογή χρώματος και εργαστηριακή αναπαραγωγή επιθυμητής χρωματικής απόδοσης

20:30: **Τελετή έναρξης**

Σάββατο 16 Μαΐου

9:00-10:00

Σεμινάριο Α (συνέχεια)*: Η αισθητική στην προσθετική αποκατάσταση

10:00-13:00

Παύλος Γαρέφης:

- Τα προβλήματα της αισθητικής στις σύνθετες προσθετικές αποκαταστάσεις

Αθηνά Μπακοπούλου:

- Υλικά αισθητικών αποκαταστάσεων (δυνατότητες, κλινική απόδοση, τεκμηρίωση, Πρόγνωση)

Παύλος Γαρέφης:

- Κλινική εφαρμογή ολοκεραμικών στεφανών-ολοκεραμικών όψεων-αποκαταστάσεων με σύνθετες ρητίνες

14:00-17:00

Δημήτρης Γαρέφης:

- Αισθητικές ιδιαιτερότητες στην προσθετική των επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων- Ο καθοριστικός ρόλος του χειρουργικού νάρθηκα καθοδήγησης για την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων

Π. Γαρέφης, Δ. Γαρέφης, Α. Μπακοπούλου:

- Ανάλυση και συζήτηση αντιμετώπισης διαφόρων αισθητικών προβλημάτων στην καθημερινή πράξη με την βοήθεια κλινικών περιστατικών

18:00-20:30 **Σεμινάριο Β: Σύγκλειση, από την Θεωρία στην καθημερινή κλινική πράξη**

Εισηγητές: **Παύλος Γαρέφης, Δημήτρης Γαρέφης, Αθηνά Μπακοπούλου:**

- Θεωρίες για τη σύγκλειση σε αντιπαράθεση με την κλινική πράξη (Ιδανική λειτουργία-φυσιολογικά αποδεκτή λειτουργία)
- Πρόωρες επαφές και παρεμβολές -Τραυματογόνος σύγκλειση
- Κλινική και λειτουργική διαγνωστική ανάλυση σύγκλεισης. Η σημασία της στον καταρτισμό σχεδίου θεραπείας προσθετικής αποκατάστασης

Κυριακή 17 Μαΐου

Σεμινάριο Β (συνέχεια): **Σύγκλειση,από τηνΘεωρία στην καθημερινή κλινική πράξη**

Εισηγητές: **Παύλος Γαρέφης,Δημήτρης Γαρέφης,Αθηνά Μπακοπούλου:**

10:00-15:00

- Μύθοι και πραγματικότητες που αφορούν τις καταγραφές και τους αρθρωτήρες
- Εξισορρόπηση της συύγκλεισης (τεχνικές & αποτελέσματα)
- Αναδιοργένωση της σύγκλεισης σε σύνθετα περιστατικά (μεταβολές τύπου σύγκλεισης - διαχείριση κατακόρυφης διάστασης)
- Διαχείριση Κρανιογναθικών διαταραχών από τον γενικό οδοντίατρο

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

	ΜΕΧΡΙ 11 ΜΑΪΟΥ 2015	ΕΠΙ ΤΟΠΟΥ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ	50€	70€
ΦΟΙΤΗΤΕΣ	30€	
ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΕΣ	30€	
ΒΟΗΘΟΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΩΝ	30€	

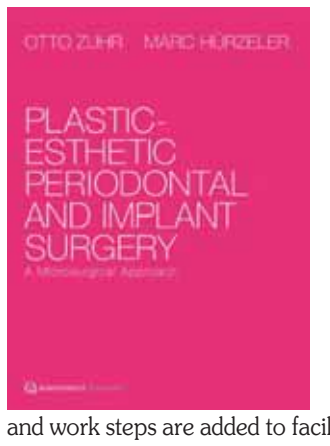
Πληροφορίες:
Τηλ.: 27210 22136, e-mail: osm@kal.forthnet.gr

International Dental Publications

Odontiatriko Vima will be presenting in each issue some of the most popular books from Quintessence Publishing. For further information please contact Odontiatriko Vima, tel.: 210 3814939, e-mail: odvima@otenet.gr

Plastic-Esthetic Periodontal and Implant Surgery: A Microsurgical Approach

Otto Zuhr and Marc Hürzeler

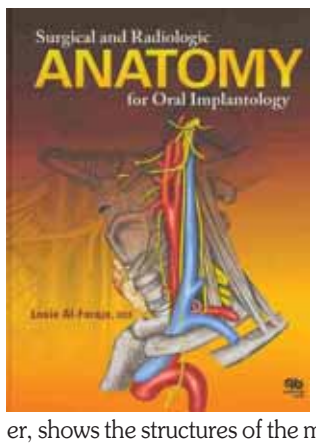


The authors blend scientific knowledge and practical experience to provide a comprehensive overview of the principles, indications, and clinical techniques of plastic-esthetic periodontal and implant micro- surgery. The mi- crosurgical procedures presented in the book are explained step by step in meticulously illus- trated case examples. Checklists for the necessary materials, instruments, and work steps are added to facilitate practical implementation of the microsurgical procedures. The authors provide instructions on how to manage all major complications for each procedure.

872 pp; 1,898 illus; ©2012;
ISBN 978-1-85097-226-6; €320

Surgical and Radiologic Anatomy for Oral Implantology

Louie Al-Faraje



Anatomical textbooks and atlases often fail to meet the clinical demands of defining intraoperative structures for oral implantolo- gists because of the overwhelmingly detailed minutia. Because certain anatomical landmarks are hard to illustrate in a diagram format, students and professionals can be confused when confronted with actual specimens in the dissecting room or in the operatory. This book, however, shows the structures of the maxilla, the mandible, and the nasal cavity as they actually exist in the dissected or live body, through the presentation of cadaver specimens and clinical cases. Several of the chapters include full- page images of specific cadaver sections with all the relevant anatomical parts labeled for convenience. Cone beam computed tomography images are also presented to show how this technology can be used to measure the bone density, the width of the alveolar ridge, and the exact distance available for implant placement under or above certain anatomical landmarks prior to im- plant selection. This book will simplify the learning and execution of implant-related surgical procedures in a region of the body that presents special topographic and anatomical difficulties.

264 pp; 424 illus; ©2013;
ISBN 978-0-86715-574-7; €218

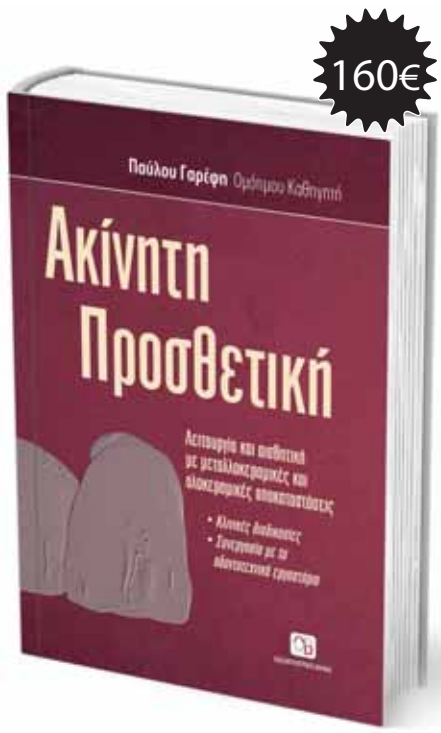
Ακίνητη Προσθετική

Παύλος Γαρέφης Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ

Λειτουργία και αισθητική στις μεταλλοκεραμικές και ολοκεραμικές αποκαταστάσεις

• Κλινικές διαδικασίες
• Συνεργασία με το οδοντοτεχνικό εργαστήριο

Στην καθημερινή κλινική πράξη ο οδοντίατρος, αντιμετωπίζοντας έναν ασθενή που χρειάζεται προσθετική αποκατάσταση, πρέπει αφενός να «ανιχνεύσει» τις πραγματικές του ανάγκες και αφετέρου να υλοποιήσει μια προσθετική αποκατάσταση που να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις λειτουργίας, αισθητικής και μακράς πρόγνωσης.



ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, Τηλ. 210 3814 939, www. odvima.gr, e-mail: odvima@otenet.gr

Ξεκίνησαν οι προετοιμασίες για την Dental 2015

Ο πρόεδρος του ΠΣΕΕΟΟΕ μιλά στο «Ο.Β.» για τους στόχους του νέου Δ.Σ.

Η Πανελλήνια Οδοντιατρική-Οδοντοτεχνική Έκθεση Dental 2015 θα ανοίξει τις πύλες της από **23 έως και 25 Οκτωβρίου 2015** στο εκθεσιακό κέντρο HELEXPO και αναμένεται να συγκεντρώσει το ενδιαφέρον πλήθους επισκεπτών και εμπόρων. Το «Ο.Β.» με αφορμή τη διοργάνωση της επερχόμενης Έκθεσης είχε την τιμή και τη χαρά να συναντήσει τον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Πανελληνίου Συλλόγου Εμπόρων Εισαγωγέων Οδοντιατρικών-Οδοντοτεχνικών Ειδών (ΠΣΕΕΟΟΕ), κ. **Ιωάννη Κούρνια**, ο οποίος μας μίλησε μεταξύ άλλων για τους στόχους του νέου Δ.Σ., καθώς και για τα «καυτά» ζητήματα που απασχολούν τον κλάδο.

Η δημοσιογράφος του «Ο.Β.» κα. Ηλιάνα Γιαννούλη συνομιλεί με τον Πρόεδρο του ΠΣΕΕΟΟΕ κ. Ιωάννη Κούρνια.

Κύριε Κούρνια, αναλαμβάνοντας την προεδρία του ΠΣΕΕΟΟΕ ποιοι είναι οι στόχοι που θέσατε κατά τη διάρκεια της θητείας σας;

Αρχικά, θα ήθελα να επισημάνω ότι το νέο Διοικητικό Συμβούλιο ουσιαστικά συγκροτήθηκε σε σώμα τον περασμένο Μάιο, καθώς καθυστέρησε πάρα πολύ να συνέλθει η Γενική Συνέλευση που εξέλεξε το νέο Διοικητικό Συμβούλιο. Συνεπώς, η δράση του νέου Δ.Σ. μετρά λίγους μόλις μήνες, αν και πιστεύω ότι έχουμε παρουσιάσει σοβαρό έργο, έστω και κατά το περιορισμένο αυτό χρονικό διάστημα.

Πριν περάσουμε στους στόχους, θα ήθελα να σας υπενθυμίσω ότι συμμετείχα και στο προηγούμενο Δ.Σ. και αποφάσισα να παραιτηθώ, γιατί ήμουν συνεχώς μειοψηφών στις αποφάσεις. Παραιτήθηκα για πολύ συγκεκριμένους λόγους και χαίρομαι ιδιαίτερα, γιατί το νέο Δ.Σ. έχει αποδεχθεί απόλυτα όλους τους λόγους παραιτήσεώς μου και τους έχει θέσει πια σε εφαρμογή.

Ένα βασικό ζήτημα που τέθηκε στο επίκεντρο του νέου Δ.Σ., το οποίο, επιτρέψτέ μου, να σας πω ότι αποτελείται από πάρα πολύ δραστήρια μέλη, τα οποία ξεχωρίζουν για τη ζωντάνια και την επίδοσή τους, ήταν να γίνουν όλες οι απαραίτητες διαδικασίες για να διαχωριστούν τα μέλη του Συλλόγου σε αμιγώς επιχειρήσεις οδοντιατρικών, σε σχέση με τα μέλη που υπήρχαν και τα οποία είχαν διττή δραστηριότητα, δηλαδή τη δραστηριότητα του εμπόρου οδοντιατρικών, αλλά και τη δραστηριότητα του προμηθευτή του Συλλόγου. Αυτός ο διαχωρισμός κρίθηκε αναγκαίος, καθώς σύμφωνα με το προηγούμενο σύστημα είχαμε φτάσει στο σημείο να έχουμε στο Δ.Σ. μέλη τα οποία θα είχαν την δυνατότητα να αποφασίζουν για τα συμφέροντά τους. Αυτός ήταν και ο κύριος λόγος για τον οποίο και παραιτήθηκα. Συνεπώς, μέλημα του καινούριου Δ.Σ. ήταν η αποκατάσταση αυτής της, τρόπον τινά, αντινομίας. Έτσι, αποφασίστηκε τα μέλη τα οποία είναι και προμηθευτές του Συλλόγου να μη διαγραφούν από τον Σύλλογο, αλλά να ενταχθούν σε μια ειδική κατηγορία, που την ονομάσαμε «αρωγά μέλη». Τα αρωγά μέλη έχουν τα ίδια ακριβώς δικαιώματα και υποχρεώσεις με τα τακτικά μέλη, με τη μόνη διαφοροποίηση ότι δεν έχουν το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι, έτσι ώστε να μην αντιμετωπίσουμε ξανά τις προβληματικές καταστάσεις του παρελθόντος.

Μια ακόμη πρωτοβουλία του νέου Δ.Σ. ήταν η απόφασή μας να αναδιοργανώσουμε το διοικητικό σύστημα του Συλλόγου. Πιο συγκεκριμένα, λειτουργεί το Βιβλίο Ταμείου που δεν υπήρχε, λειτούργησε κανονικά το Πρωτόκολλο του Συλλόγου, το οποίο κι αυτό είχε σταματήσει, γίνεται εκκαθάριση του Μητρώου των Μελών, το οποίο είχε ανύπαρκτα ή μη ενημερωμένα στοιχεία και τέλος, δραστηριοποιείται η ένταξη νέων μελών, για την οποία όμως , χρειάζεται επαναδιαμόρφωση του καταστατικού σε ορισμένα άρθρα και τα οποία θα ενταχθούν αμέσως εφόσον ολοκληρωθεί αυτή η διαδικασία. Επί τη ευκαιρία, όλο το Καταστατικό, το οποίο είχε εξυπηρετήσει μέχρι σήμερα τη λειτουργία του Συλλόγου θα εκσυγχρονιστεί, σύμφωνα με τα τρέχοντα δεδομένα.

Πέραν των οργανωτικών θεμάτων, υπάρχουν και θέματα τα οποία αντιμετώπισε το Δ.Σ. και μάλιστα σε «οξεία» μορφή, όπως η επιβολή τέλους εκ μέρους του ΕΟΦ, ο οποίος αφυπνίστηκε αιφνιδιαστικά για το θέμα αυτό. Η διαδικασία αυτή είχε ως αποτέλεσμα να επιβληθούν στα μέλη του Συλλόγου ποσά , τα οποία κατά μέσο όρο είναι της τάξεως των 35.000 ευρώ και σε ορισμένες περιπτώσεις έφθαναν τα 70.000 ευρώ. Έγιναν γι' αυτόν τον λόγο διαβήματα για την εφαρμογή του toolkit(εργαλειοθήκη) του ΟΟΣΑ που σχετίζεται με τις στρεβλώσεις της ελληνικής οικονομίας και ελπίζουμε ότι το όλο θέμα θα ενταχθεί στην κατάργηση των φόρων υπέρ τρίτων, για το οποίο όμως απαιτείται πολιτική βούληση που τώρα διαμορφώνεται σε νέα δεδομένα.

Το θέμα του ΕΟΦ πρέπει να λυθεί οπωσδήποτε, γιατί εκτός του ότι είναι ένα μέτρο εντελώς αντιπαραγωγικό και χωρίς κανένα απολύτως ανταποδοτικό όφελος, δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση στο χώρο, λόγω και του τρόπου της αποσπασματικής εφαρμογής του. Ενδεικτικά της αυθαιρεσίας, αναφέρω εκτός των άλλων, ότι ο ΕΟΦ στην κυριολεξία φορολογεί όποιον «αρπάξει». Συγκεκριμένα, ούτε καν διανοείται να επιβάλλει τις εισφορές του- που εγώ τις θεωρώ ποινές- στα περισσότερα μέρη εκτός Αθηνών, γιατί απλούστατα εκεί δεν έχει ελεγκτική και εισπρακτική συγκρότηση.

Ούτως ή άλλως πάντως είναι ανύπαρκτος στο τομέα που επαγγέλλεται, αφού τα έσοδα από τον φόρο που επιβάλλει, κατά νόμον πρέπει να διατίθενται για εργαστηριακούς ελέγχους, σε ανύπαρκτα όμως εργαστήρια, το δε ύψος του φόρου δεν προσδιορίζεται με βάση το κόστος λειτουργίας των εργαστηρίων (όπως προβλέπει ο νόμος), διότι αφού αυτά δεν υπάρχουν, οι υπηρεσίες τους δεν μπορούν και να κοστολογηθούν. Εν πάσει περιπτώσει, αν δε βρεθεί κάποια λύση, υπάρχει απόφαση του Δ.Σ., βάσει της οποίας οι επιχειρήσεις θα αναγκασθούν να επιρρίπτουν αυτό το βάρος στην κατανάλωση, προσθέτοντάς το στα τιμολόγια πωλήσεως.

Ένα άλλο θέμα που απασχολεί τον Σύλλογο και θα πρέπει να απασχολεί και την Ομοσπονδία των Οδοντιατρικών Συλλόγων είναι η εφαρμογή του ΕΣΠΑ και για τον οδοντιατρικό εξοπλισμό και όχι μόνο για τον οδοντοτεχνικό. Αυτό είναι απαραίτητο, γιατί και λόγω της οικονομικής κρίσης τα οδοντιατρεία δεν εκσυγχρονίζονται, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες που παρέχονται να υστερούν. Εξάλλου, ας μην ξεχνάμε ότι όσο καλές να είναι οι επιδόσεις των Ελλήνων οδοντιάτρων από επιστημονικής πλευράς, αν δεν έχουν τα μέσα για την εφαρμογή της σύγχρονης τεχνολογίας δεν έχουν σοβαρά «όπλα» για να προσελκύσουν ιατρικό τουρισμόγια τον οποίο τόσος λόγος και προσπάθεια γίνεται σήμερα-, αλλά και για να περιορίσουν ή να εξαλείψουν τη διαρροή ασθενών προς τα βόρεια ή ανατολικά μας σύνορα.

Τέλος, στους στόχους του νέου Δ.Σ. ήταν η διεξαγωγή της εκθέσεως Dental, οπωσδήποτε μέσα στο 2015, για την οποία θα επανέλθουμε στη συνέχεια της συζήτησής μας.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να επισημάνω, ότι ο Σύλλογος λειτούργησε για την αντιμετώπιση των διαφόρων θεμάτων με τη συγκρότηση τριμελών Επιτροπών που αποτελούντο από τον Πρόεδρο και άλλα δύο μέλη για την πιο ευέλικτη διαδικασία επιτεύξεως των στόχων του. Θέλω δε να συγχαρώ και να ευχαριστήσω όλα τα μέλη των συναδέλφων που συμμετέχουν στο Δ.Σ. για την εξαιρετική προθυμία και επίδοσή τους σε ό, τι ανέλαβαν.

Θεωρείτε ότι η τρέχουσα οικονομική συγκυρία έχει τροποποιήσει την ατζέντα των θεμάτων που απασχολούν τον Σύλλογο;

Η τρέχουσα συγκυρία δεν έχει ακόμα τροποποιήσει την ατζέντα των θεμάτων που απασχολούν τον Σύλλογο. Υπάρχει όμως μια βαριά ατμόσφαιρα, γιατί το επάγγελμα του οδοντιάτρου χρειάζεται πολύ σοβαρή χρηματοδότηση που είναι μηδενική σήμερα. Χρειάζεται επίσης εύρωστη οικονομικά πελατεία, η οποία ατυχώς, σήμερα, λόγω της συγκυρίας που αναφερόμαστε είναι οικονομικά υποβαθμισμένη.

Η δύσκολη αυτή οικονομική πραγματικότητα δημιουργεί εκτός των άλλων φαινόμενα αθετήσεως πληρωμών, για τα οποία σχεδιάζω μια διερευνητική συνεννόηση με ασφαλιστικές εταιρείες για να εξεταστεί το κατά πόσο μπορούν να ασφαλιστούν, έστω και σε ένα ποσοστό, οι πιστώσεις που παρέχονται από προμηθευτές προς ενδιαμέσους εμπόρους αλλά και οδοντιάτρους.

Μια από τις μεγάλες προκλήσεις της τρέχουσας χρονιάς για το Δ.Σ. είναι η διοργάνωση της Dental 2015. Έχουν ξεκινήσει οι διαδικασίες για τη σύσταση της Οργανωτικής Επιτροπής που θα αναλάβει τον συντονισμό της Έκθεσης;

Όπως είπαμε, ανάμεσα στους στόχους του Δ.Σ. ήταν η πάση θυσία διενέργεια της Dental 2015. Για τον σκοπό αυτό συστήθηκε η προσωρινή Επιτροπή Εκθέσεως, η οποία ανέλαβε την παραμετροποίηση όλων των παραγόντων που απαιτούνται για μια επιτυχημένη τέτοια εκδήλωση, τη συλλογή προσφορών, τις συζητήσεις με διάφορους οργανωτές και τελικά την επιλογή του πιο ενδεδειγμένου χώρου και διοργανωτή, που ήταν η HELEXPO. Ο δε χρόνος διεξαγωγής της Εκθέσεως ορίστηκε από 23-25 Οκτωβρίου 2015. Επειδή στις 23 και 24 Οκτωβρίου διεξάγονται και μετεκπαιδευτικά σεμινάρια στην Οδοντιατρική Σχολή, μετά από σχετικές συζητήσεις αποφασίστηκε μέρος αυτών να γίνουν στο χώρο της Έκθεσης κατά τη διάρκειά της ούτως ώστε οι μετεκπαιδευόμενοι να μπορούν εύκολα να επισκεφθούν την έκθεση. Επισημαίνεται ότι η σχετική συμφωνία με την HELEXPO και η εν γένει διαχείριση γίνεται απ' ευθείας από το Πανεπιστήμιο χωρίς την ανάμιξη του Συλλόγου μας. Η διαδικασία αυτή έγινε παμψηφεί αποδεκτή από την Τακτική Γενική Συνέλευση της 21/1/2015.

Στη συνέχεια, απαιτείται βέβαια, πολύ δουλειά για όλα τα θέματα που σχετίζονται τόσο με μια επιτυχημένη διοργάνωση όσο και με την αντίστοιχη προβολή της , ούτως ώστε η επισκεψιμότητά της να φτάσει και να ξεπεράσει τις προηγούμενες επιτυχημένες διοργανώσεις της. Για τον σκοπό αυτό, εκτός από τα μέλη του Δ.Σ. θα πρέπει να επιστρατευθούν και άλλοι συνάδελφοι, πράγμα άλλωστε το οποίο είχε γίνει και παλαιότερα και για το οποίο πραγματικά αξίζουν συγχαρητήρια, καθώς συνέβαλε στην γνωστή επιτυχία που γνωρίζουμε όλοι μας.

Για εσάς προσωπικά, ποιες προϋποθέσεις θα πρέπει να έχουν ικανοποιηθεί, προκειμένου να θεωρήσετε ότι η έκθεση ήταν επιτυχής;

Η επιτυχία της έκθεσης θεωρείται ότι πραγματοποιήθηκε όταν υπάρχει υπερ-πληθώρα εκθεσιών και επισκεπτών, οι οποίοι επισκεπτόμενοι την έκθεση όχι μόνον δεν ταλαιπωρούνται για τον κόπο που έκαναν να την επισκεφθούν, αλλά επιπλέον βρίσκουν συγκεντρωμένα σε ένα χώρο όλα όσα τους ενδιαφέρουν, ενημερώνονται δηλαδή για όλες τις διαθέσιμες εξελίξεις και τελικά επωφελούνται, όχι μόνο ενημερωνόμενοι στα τελευταία δεδομένα, αλλά και πετυχαίνοντας ενδιαφέρουσες συμφωνίες μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, έχοντας μπροστά τους το πανόραμα που μπορεί να τους προσφέρει η σύγχρονη αγορά.

Κύριε Κούρνια, σας ευχαριστώ πολύ γι' αυτή τη συζήτηση και ελπίζω ότι θα έχουμε την ευκαιρία να μιλήσουμε ξανά, όταν θα πλησιάζει η ημερομηνία διεξαγωγής της Έκθεσης, ώστε να μοιραστείτε μαζί μας περισσότερες πληροφορίες για την Dental 2015 .

Κι εγώ σας ευχαριστώ πολύ που μας δίνετε τη δυνατότητα μέσα από τις στήλες του Έγκριτου Βήματός Σας να απεικονίσουμε ορισμένα από τα θέματα που απασχολούν τον κλάδο μας.

Αντανάκλασεις Λόγου και Τέχνης

Του **Γεράσιμου Δουβίτσα** Αναπληρωτή Καθηγητή Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

> *Η τέχνη είναι αίσθημα*

Η τέχνη είναι αίσθημα, πλην όμως, όπως έλεγε και ο Ροντέν, χωρίς την παρουσία των όγκων, των αναλογιών, των χρωμάτων και χωρίς την δεξιοτεχνία των χεριών και το πιο έντονο αίσθημα παραλύει.

Η τέχνη δεν αρχίζει παρά μόνο εκεί που τελειώνει η ψευδαίσθηση της πραγματικότητας και η πιστότητα, που αναπαριστούν δουλικά τις λεπτομέρειες, χωρίς όμως καμιά αξία. Εξάλλου η ψευδαίσθηση της πραγματικότητας και η πιστότητα αποδίδονται θαυμάσια, με την τεχνική της φωτογραφίας και του εκμαγείου.

Για τον καλλιτέχνη το καθετί είναι ωραίο, είναι όμορφο, γιατί το διεισδυτικό του μάτι ψάχνει σε κάθε πλάσμα, σε κάθε πράγμα, κάτω από την επιφάνεια, κάτω από την μορφή κι ανακαλύπτει την εσωτερική αλήθεια, κι αυτή η αλήθεια είναι η ίδια η ομορφιά.
Μόνο τότε συναντιέται η ομορφιά, όταν συναντήσουμε την αλήθεια.

Η προσέγγιση της τέχνης απαιτεί την ενδυνάμωση της αίσθησης του βάθους. Αυτό είναι δύσκολο, πλην όμως μόνο τότε θα διακρίνουμε με σαφήνεια τα επίπεδα που καθόρισε στο έργο του ο καλλιτέχνης, την δύναμη της κατεύθυνσης που έδωσε σε κάθε στοιχείο του έργου του, την ένταση των γραμμών στο χώρο. Όταν είμαστε σε θέση να διεισδύουμε σε όλα αυτά, τότε οι λεπτομέρειες του κάθε έργου, γεννιούνται, οργανώνονται και γίνονται αντιληπτές από μόνες τους.

Με άλλα λόγια, ο καλλιτέχνης όταν δημιουργεί ένα έργο δεν σκέπτεται ποτέ την επιφάνεια. Το πνεύμα του συλλαμβάνει το κέντρο του έργου που φαντάζεται, σ΄ αυτό δίνει ζωή κι από εκεί θα κάνει να βλαστήσουν όλα τα επιμέρους στοιχεία, που θα ξεχυθούν από τα μέσα προς τα έξω.
Η δύναμη όλων των μεγάλων καλλιτεχνών, βρίσκεται στην έννοια του βάθους. Οι γραμμές δεν τους αφορούν, σχεδόν δεν υπάρχουν. Υπάρχουν μόνο όγκοι, γι αυτό όταν σχεδιάζουν δεν ενδιαφέρονται μονάχα για το περίγραμμα, αλλά κυρίως για την αναγλυφικότητα, αφού αυτή θα προσδιορίσει το έργο.

Σ' αυτό το τεύχος θα γνωρίσουμε δύο ακόμα μέλη του Ομίλου Οδοντιάτρων Λογοτεχνών Καλλιτεχνών, την συνάδελφο Μαρία Λάμπρου, που ασχολείται με την Ποίηση και τη Ζωγραφική και τον συνάδελφο Όθωνα Ξενικουδάκη, που ασχολείται με την ζωγραφική και την γλυπτική.

Μαρία Λάμπρου

Οδοντίατρος, από το 1998 έχει ιατρείο στη Χαλκίδα, όπου διαμένει.
Ασχολείται με τη ζωγραφική από πολύ μικρή. Δημιούργησε το πρώτο της έργο σε ηλικία μόλις τριών ετών. Παρακολούθησε σχέδιο στο Εργαστήρι Τέχνης Χαλκίδας, με δάσκαλο τον κ. Άγγελο Αντωνόπουλο. Από το 2010 μέχρι και σήμερα παρακολουθεί μαθήματα ζωγραφικής, στο Ε.Τ. Χαλκίδας, με δάσκαλο τον κ. Γιάννη Ζιώγα, ενώ από τον Σεπτέμβριο του 2014 εντάχθηκε και στο τμήμα Εικαστικής Αναζήτησης, με τον ίδιο δάσκαλο.
Έχει λάβει μέρος στις εξής ομαδικές εκθέσεις:
- Μέγαρο Μουσικής Αθηνών (Οκτώβριος 2010), με ένα ακρυλικό (40x 60) και πέντε ακουαρέλες (διαφόρων διαστάσεων)
- Δημαρχείο Χαλκίδας, τίτλος έκθεσης «Τοπίο στην Χαλκίδα» (Μάρτιος 2013), με δύο ακρυλικά (70x100 το καθένα)
- Ξενοδοχείο Caravel, Αθήνα (Νοέμβριος 2013), με δύο ακρυλικά (70 x100 και 40x 60) κι ένα ανάγλυφο (40 x60)
- Γλυπτοθήκη Γρηγοριάδη, Νέο Ηράκλειο (Ιούλιος –Νοέμβριος 2014). Τίτλος έκθεσης «Η Ασπίδα των χιλίων υλικών». Συμμετέχει με δύο εργα της 1) ασπίδα από οδοντιατρικά υλικά και 2) ασπίδα από καραμέλα στο ομαδικό έργο «Η Ασπίδα των χιλίων υλικών» που πραγματοποιείται στα πλαίσια της έκθεσης «Η Ασπίδα του Αχιλλέα» του εικαστικού Γιάννη Ζιώγα.

Η ανάγκη να αποτυπώσει σκέψεις, συναισθήματα, όνειρα και η αγάπη προς τον γραπτό λόγο την οδήγησε στα μαγικά μονοπάτια της ποίησης.
Το πρώτο της βιβλίο με τίτλο ΧΡΩΜΑΤΩΝ ΑΠΑΓΓΕΛΙΑ, κυκλοφορεί από τις εκδόσεις ΟΣΤΡΙΑ.
Ποιήματα της συμπεριλαμβάνονται στην ποιητική ανθολογία INTELIGENCIA εκδόσεις ΕΝ ΤΥΠΟΙΣ.
- Κατά τη διάρκεια του 36ου Π.Ο.Σ., παρουσίασε τα ποιήματα της με τίτλο
1. Τ.Ε.Χ.Ν.Η (Τρελής Ευτυχίας Χρησμός Να Ήσουν)
2. Παιχνίδια της ζωής (Αθήνα –Οκτώβριος 2010)
- Κατά την τελετή έναρξης του 40ου Π.Ο.Σ. απήγγειλε το ποίημα της με τίτλο «Παραίσθηση» (Αθήνα-Νοέμβριος 2013).
- Συμμετοχή σε ποιητική βραδιά στην Κύμη Ευβοίας, όπου απήγγειλε τέσσερα ποιήματα της. (25-8-2014, Λαογραφικό Μουσείο Κύμης).
-Συμμετοχή σε ποιητική βραδιά στην Χαλκίδα, όπου απήγγειλε τρία ποιήματα της. (1-9-2014, Θέατρο Π. Κωτσόπουλου, Χαλκίδα).
- Συμμετοχή σε ποιητική βραδιά στην Αθήνα, όπου απήγγειλε δύο ποιήματα της (1-10-2014 ,Πολυχώρος ΑΙΤΙΟΝ, Αθήνα).

Εδώ παρουσιάζονται δύο ποιήματα και δύο εικαστικά της έργα

ΠΟΙΗΣΗ

Από το ταξίδι της Μαριάνθης
στο ταξίδι της Μαρίας των ανθέων

(Πίσω από το εμφανές
την σκιά του ακαθόριστου γίγνεσθαι
αυτό που καμιά φορά προσδιορίζει το τυχαίο,
είναι αυτό που αισθανόμαστε).

Περιπλανώμενη στον σκοτεινό λαβύρινθο
βρέθηκα στο δωμάτιο με τα μπουκαλάκια
ως άλλη Αλίκη, σε χώρα ποιών θαυμάτων;
Ήπια από το πρώτο μπουκάλι
και άρχισα να μεγαλώνω
ώσπου γιγαντώθηκα.
Ωραία! Σκέφτηκα…
Έτσι μπορώ να φτάσω το θαύμα της ύπαρξης σου!
Μα δεν χωρούσα για να συνεχίσω το ταξίδι μου.
Εύκολο είναι ,θα δοκιμάσω από άλλο μπουκαλάκι.
Και άρχισα να μικραίνω , να μικραίνω….
ώσπου έπαψες πια να με βλέπεις.
Κι εγώ εγκλωβισμένη στον λαβύρινθο μου
σε κοιτούσα να φεύγεις.
Να απομακρύνεσαι και να μην βλέπεις πόσο μου λείπεις.
Που είναι τώρα ο από μηχανής Θεός;
Γιατί δεν παρεμβαίνει;
Κι ο οδυρμός της Κλυταιμνήστρας
πνίγεται απ' τα ατελείωτα γιατί.
Μόνο το κέλυφος της θλίψης και του γιατί
παραμένει αδιάσειστο να πολεμά το διότι,
θέτοντας τις συνειδήσεις υπό δοκιμασίαν.
Αιωρούμενη πια στο άγνωστο,
κοιτάζω τη σφαίρα δίπλα μου.
Σαν μικροσκοπική νεράιδα λουλουδιών,
κάνω τον γύρο του κόσμου σε μια στιγμή.
Όλο κι όλο αυτό είναι το ταξίδι μου.
Ο γύρος του κόσμου…
…σε μια στιγμή.
Και καθώς αιωρούμαι, σκέφτομαι
Ότι θα ήθελα να κάνω
τον γύρο του κορμιού σου, σε μια ζωή!
Όλο κι όλο, αυτό να είναι
… ΤΟ ΤΑΞΙΔΙ ΜΟΥ

Σώμα

Σώμα ασάλευτο
εμπρός στο μάταιο της φλόγας των κεριών.
Σώμα της θύμησης
των αναμνήσεων.
Σώμα του χθες, του σήμερα, του αύριο.
Χτισμένο μες στο κάστρο μιας χαμένης αγκαλιάς,
μιας αγκαλιάς που σπαρταρά στην σκέψη σου.
Σώμα
που σε συναντώ στα όνειρα
καθώς εσύ μαγεύεις το σκοτάδι μου,
την ώρα που το φεγγάρι ξαγρυπνά
κι ακολουθεί πιστά τα βήματα σου.
Πνοή αλλόκοτη
-κλέφτρα της λάμψης του ανατέλλοντος ηλίου.
Αγάπη που εναλλάσσεσαι
πάνω στα ασπρόμαυρα πλήκτρα
μιας κλειδοκύμβαλης καρδιάς.
Στάζεις τα δάκρυα στα μονοπάτια
της μοναχικής ψυχής μου,
χαράσσοντας στο πρόσωπο
χάρτες με λίμνες ευτυχίας
κι οροσειρές πόνου.
Σώμα που σε προόρισα να μου δώσεις ζωή.
Ζωή που σχεδίασες ομόκεντρους κύκλους
κι έχρισες αυτό το σώμα, κέντρο τους!

ΕΙΚΑΣΤΙΚΑ

Η ασπίδα των χιλίων υλικών

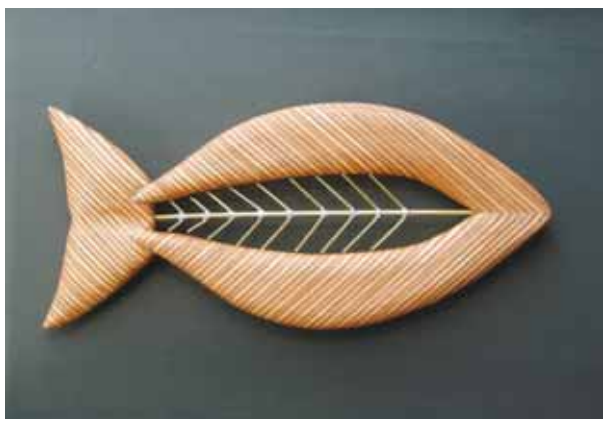
Επιβιώσαντες

Όθων Ξενικουδάκης
Οδοντίατρος.
Ασχολείται ερασιτεχνικά με τη ζωγραφική, από το 1980, μετά από κάποια μαθήματα σχεδίου και χρώματος, που παρακολούθησε στο καλλιτεχνικό εργαστήρι του Δήμου ΝΙΚΑΙΑΣ.
Μέχρι σήμερα έχει:
1. Συμμετοχή με 2 έργα, σε Πανελλήνια Έκθεση ερασιτεχνών ζωγράφων, στη αίθουσα ΠΑΡΝΑΣΣΟΣ (Αθηνα).
2. Συμμετοχή στις εικαστικές εκδηλώσεις των Συνεδρίων του Πανελληνίου Οδοντιατρικού Συνεδρίου της Ε.Ο.Ο. (Στάδιο Ειρήνης, Caravel, Μέγαρο Μουσικής)
3. Εξώφυλλο περιοδικού Ιατρικά Χρονικά
4. Ατομική έκθεση στη Σχολή Ουρσουλινών στη ΝΑΞΟ.

Τα τελευταία 5 χρόνια ασχολείται με την κατασκευή γλυπτών μικρών διαστάσεων.
Εδώ παρουσιάζονται πέντε έργα του.

Παλιό Μπαλκόνι

Αγορά Μοδιάνο



Ωκεανός (Ξύλο και Μέταλλο)

Κάπου στο Αιγαίο

Η Γιαγιά μου

Colgate

Duraphat® 5000 ppm

Οδοντόπαστα υψηλής συγκέντρωσης φθορίου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
1.ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ
DURAPHAT 5000, οδοντόπαστα 500 mg/100g
2.ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ
1g οδοντόπαστας περιέχει 5 mg φθορίου (ως φθοριούχο νάτριο), που αντιστοιχούν σε 5000 ppm φθορίου.
Έκδοχο: 1 g οδοντόπαστας περιέχει 5 mg sodium benzoate.
Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων βλ. παράγραφο 6.1.
3.ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ
Οδοντόπαστα.
Πάστα χρώματος κυανού.
4.ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις
Πρόληψη τερηδόνας σε εφήβους και ενήλικες, ιδιαίτερα σε ασθενείς με κίνδυνο πολυτερηδονισμού (τερηδόνες μύλης και/ ή ρίζας).
4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης
Να χρησιμοποιείται μόνο από άτομα άνω των 16 ετών.
Να μην καταπίνεται.
Βουρτσίστε με προσοχή σε καθημερινή βάση:
• απλώστε μία λωρίδα 2 εκ. στην οδοντόβουρτσα για κάθε βούρτσισμα. 2 εκ. οδοντόκρεμας παρέχουν μεταξύ 3mg και 5mg φθορίου.
• βουρτσίστε 3 φορές ημερησίως μετά από κάθε γεύμα.
• βουρτσίστε κάθετα στο δόντι, από τα ούλα προς την κορυφή του δοντιού. Το προσεκτικό βούρτσισμα χρειάζεται περίπου 3 λεπτά.
Τρόπος χορήγησης: Για οδοντική χρήση.
4.3 Αντενδείξεις
Αυτό το φαρμακευτικό προϊόν δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις υπερευαισθησίας στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα.
4.4. Ειδικές προειδοποιήσεις και ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη χρήση
Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 δεν προορίζεται για χρήση σε εφήβους και παιδιά κάτω των 16 ετών, βλ. 4.2.
Η οδοντόπαστα αυτή περιέχει υψηλό ποσοστό φθορίου. Γι' αυτό πρέπει να ζητείται η γνώμη του οδοντιάτρου πριν να χρησιμοποιηθεί το προϊόν.
Υψηλός αριθμός δυνητικών πηγών φθορίου, μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση από φθόριο. Πριν από την χρήση φαρμακευτικών προϊόντων που περιέχουν φθόριο όπως είναι το DURAPHAT 5000, πρέπει να γίνει εκτίμηση της συνολικής προσληφθείσας ποσότητας φθορίου (πόσιμο νερό, φθοριωμένο αλάτι, άλλα φάρμακα που περιέχουν φθόριο - δισκία, σταγόνες, μαστίχες ή οδοντόπαστες). Δισκία, σταγόνες, τσίχλες, γέλη ή βερνίκια που περιέχουν φθόριο, καθώς και φθοριωμένο νερό ή αλάτι πρέπει να αποφεύγονται, όταν χρησιμοποιείται η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000.
Στους υπολογισμούς για τη συνιστώμενη ποσότητα πρόσληψης ιόντων φθορίου, η οποία είναι 0,05 mg/kg την ημέρα απ' όλες τις πηγές και η οποία δεν πρέπει να ξεπερνά το 1 mg την ημέρα, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη πιθανή κατάποση οδοντόπαστας (κάθε σωληνάριο οδοντόπαστας DURAPHAT 5000 περιέχει 255mg ιόντων φθορίου).
Αυτό το προϊόν περιέχει βενζοϊκό νάτριο. Το βενζοϊκό νάτριο είναι μέτρια ερεθιστικό για το δέρμα, τα μάτια και τους βλεννογόνους.
4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης
Καμία γνωστή.
4.6 Κύηση και γαλουχία
Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία από τη χρήση της οδοντόπαστας DURAPHAT 5000 σε έγκυες γυναίκες. Μελέτες σε ζώα κατέδειξαν τοξικότητα σε σχέση με την αναπαραγωγή μόνο μετά τη χορήγηση πολύ υψηλών επιπέδων φθοριούχου νατρίου.
Συνεπώς, αυτή η οδοντόπαστα δε θα πρέπει να χρησιμοποιείται κατά την κύηση και τη γαλουχία, εκτός αν έχει γίνει προσεκτική αποτίμηση της σχέσης κινδύνου-οφέλους.
4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών Δεν εφαρμόζεται.
4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες
Διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος:
Δεν είναι γνωστή η συχνότητα (δεν μπορεί να εκτιμηθεί από τα διαθέσιμα στοιχεία): αίσθηση καύσου του στόματος.
Διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος:
Σπάνιες (>1/10.000 έως <1/1.000):
Αντιδράσεις υπερευαισθησίας.
Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών
Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιεσδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες μέσω του εθνικού συστήματος αναφοράς:
Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων,
Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα.
Τηλ: +30 213 2040380/337, Φαξ: +30 210 6549585,
Ιστότοπος: http://www.eof.gr
4.9 Υπερδοσολογία
• **Οξεία δηλητηρίαση από φθόριο**
Η τοξική δόση, δηλαδή η χαμηλότερη δόση που μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα δηλητηρίασης, είναι 5 mg φθορίου ανά kg σωματικού βάρους.
Η δηλητηρίαση αυτή εμφανίζεται με τη μορφή πεπτικών ενοχλημάτων: έμετο, διάρροια, κοιλιακό άλγος. Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να αποβεί θανατηφόρος. Αν από ατύχημα καταποθεί σημαντική ποσότητα του φαρμακευτικού προϊόντος, ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί άμεσα σε πλύση στομάχου ή να προκληθεί έμετος. Ο ασθενής πρέπει να πάρει ασβέστιο (μεγάλη ποσότητα γάλακτος) και πρέπει να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση για αρκετές ώρες.
• **Οξεία δηλητηρίαση από μίνθη**
Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 περιέχει μίνθη, η οποία αν κατά λάθος καταποθεί σε μεγάλες ποσότητες, ενδέχεται να προκαλέσει σπασμούς, ιδιαίτερα σε βρέφη και παιδιά.
• **Χρόνια δηλητηρίαση από φθόριο**
Η αδαμαντίνη θα εμφανίσει χρώση ή κηλίδες, αν η καθημερινή απορρόφηση φθορίου ξεπερνά το 1,5 mg ημερησίως για αρκετούς μήνες ή χρόνια, ανάλογα με το βαθμό της υπερδοσολογίας. Αυτό το φαινόμενο συνοδεύεται σε σοβαρές μορφές και από αυξημένη ευθραυστότητα της αδαμαντίνης. Φθορίαση των οστών (οστεοσκλήρυνση) παρατηρείται μόνο όταν η χρόνια πρόσληψη του φθορίου είναι υψηλή (πάνω από 8 mg ημερησίως).
5.ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ
5.1 Φαρμακοδυναμικές ιδιότητες
Φαρμακοθεραπευτική κατηγορία:
Παράγοντες προφύλαξης ενάντια στην τερηδόνα
Κωδικός ATC: A01AA01.
Ο κύριος τρόπος της αντιτερηδονογόνου δράσης του φθορίου είναι μετά την ανατολή των δοντιών, τοπικά.
Πιστεύεται ότι και τα συμπληρώματα φθορίου μέσω της συστηματικής οδού δρουν επίσης κυρίως τοπικά (κατά την κατάποση, μέσω του σάλιου).
Υπάρχουν τρεις μηχανισμοί επίδρασης, που έχουν συσχετιστεί με το φθόριο:
• η αναστολή της απομεταλλικοποίησης (μειώνοντας τη διαλυτότητα της αδαμαντίνης σε όξινο περιβάλλον)
• η προαγωγή της επαναμεταλλικοποίησης της αδαμαντίνης κατά τη διάρκεια της διεργασίας της τερηδόνας
• η βακτηριοκτόνος επίδραση ενάντια στα μικρόβια της οδοντικής πλάκας. Αυτό αναστέλλει τον πολλαπλασιασμό των βακτηρίων της οδοντικής πλάκας και προλαμβάνει την παραγωγή των οξέων, που προκαλούν την τερηδόνα.
Το φθόριο από μόνο του δεν είναι αρκετό για να εξαλείψει τη βακτηριακή πλάκα, ούτε είναι ολοκληρωμένη θεραπεία αντιμετώπισης της τερηδόνας.
5.2 Φαρμακοκινητικές ιδιότητες
Η οδοντόπαστα DURAPHAT 5000 δρα τοπικά στα δόντια, γι' αυτό δεν έχει θέση η συστηματική οδός χορήγησης. Ωστόσο, παρέχονται οι ακόλουθες πληροφορίες σε περίπτωση που από ατύχημα καταποθεί οδοντόπαστα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
Το φθόριο που καταπίνεται μετατρέπεται σε υδροφθορικό οξύ. Η μέγιστη συγκέντρωση επιτυγχάνεται εντός 30-60 λεπτών. Ο όγκος κατανομής είναι 1 L/kg. Τα ιόντα φθορίου κατανέμονται στα δόντια και στα οστά και δεν συνδέονται με τις πρωτεΐνες του πλάσματος.
Ο τελικός χρόνος ημιζωής κυμαίνεται μεταξύ 2-9 ωρών. Τα ιόντα φθορίου απεκκρίνονται κυρίως στα ούρα, αλλά μικρές ποσότητες μπορεί να απεκκριθούν στα κόπρανα και στον ιδρώτα. Δεν είναι γνωστό με ποια μορφή.
5.3 Προκλινικά δεδομένα για την ασφάλεια
Τα προκλινικά δεδομένα δεν αποκαλύπτουν ιδιαίτερο κίνδυνο για τον άνθρωπο, πέρα από τις σχετικές πληροφορίες που αναφέρονται στα άλλα σημεία της παρούσας Περίληψης Χαρακτηριστικών του Προϊόντος.
Μετά από χορήγηση από του στόματος φθοριούχου νατρίου σε ποντίκια, αρουραίους και κουνέλια, επίδραση στην αναπαραγωγή και έμβρυο-τοξικότητα παρατηρήθηκαν μόνο σε υψηλές δόσεις.
6.ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ
6.1 Κατάλογος εκδόχων
• Σορβιτόλη υγρή (μη κρυσταλλική)
• Dental Type Silica
• Dental Type Silica (Precipitated)
• Πολυαιθυλενογλυκόλη 600
• Tetrapotassium pyrophosphate
• Ξανθάνης κόμμι
• Νάτριο βενζοϊκό (E 211)
• Νάτριο λαουριλοθειικό
• Βελτιωτικό γεύσης δυόσμου (που περιέχει αιθέριο έλαιο μίνθης, πιπερώδους carvone, αιθέριο έλαιο δυόσμου, μίνθη, ανηθόλη και αιθέριο έλαιο λεμονιού)
• Σακχαρίνη νατριούχος
• Κυανό (E133) και
• Ύδωρ κεκαθαρμένο
6.2 Ασυμβατότητες
Δεν εφαρμόζεται
6.3 Διάρκεια ζωής
3 χρόνια
6.4 Ιδιαίτερες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος
Μη φυλάσσεται σε θερμοκρασία μεγαλύτερη των 25°C.
6.5 Φύση και συστατικά του περιέκτη
51 g σε σωληνάριο (PE/PET/αλουμίνιο) με βιδωτό πώμα (πολυπροπυλένιο). Το σωληνάριο είναι συσκευασμένο σε χάρτινο κουτί.
Μεγέθη συσκευασίας
1 σωληνάριο x 51 g ή 3 σωληνάρια x 51 g
6.6 Ιδιαίτερες προφυλάξεις απόρριψης
Καμία ειδική υποχρέωση
7.ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
Colgate - Palmolive Εμπορική (Ελλάς)
Μονοπρόσωπη Ε.Π.Ε. Αθηνών 89, 18541 Πειραιάς
8.ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ
69072/17-09-2013
9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ 09-12-2005 / 17-09-2013
10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ
17-09-2013
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ Δεν απαιτείται ιατρική συνταγή
Λ.Τ.: 6,70 €

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
1. Schirmeister JF, Gebrande JP, Altenburger MJ, Monting JS & Hellwig E. Effect of Dentifrice Containing 5000 ppm Fluoride on Non-Cavitated Fissure Carious Lesions in Vivo After 2 Weeks. Am J Dent 2007, 20(4):212-216 **2.** Schaeken et al. Effects of fluoride and chlorhexidine on the microflora of dental root surfaces and progression of root-surface caries. J Dent Res 70 (2), 150-153, 1991 **3.** Baysan A, Lynch E, Ellwood R, Davies R, Petersson L. Reversal of Primary Root Caries Using Dentifrices Containing 5,000 and 1,000 ppm Fluoride. Caries Research 2001;35:41-46 **4.** Tavss EA, Mellberg JR, Joziak M, Gambogi RJ, Fisher SW. Relationship between dentifrice fluoride concentration and clinical caries reduction. Am J Dent 2003, 16(6): 369-74

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και Αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Φαρμακοεπαγρύπνηση: 210 8045712

Νέο

Adhese® Universal

Ο συγκολλητικός παράγοντας για όλες τις χρήσεις

Όλα με ένα κλικ...
Μέχρι 190 φορές.

Καθολική συγκόλληση σε προχωρημένη συσκευασία

- **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ** – μέχρι 190 εφαρμογές σε μονήρη δόντια ανά VivaPen®*
- **ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΧΡΗΣΗ** – για όλες τις τεχνικές συγκόλλησης και αδροποίησης
- **ΠΡΟΒΛΕΨΙΜΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** – υψηλή αντοχή δεσμού σε οδοντίνη και αδαμαντίνη

* Διαθέσιμα στοιχεία κατόπιν αιτήσεως

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς:
Ελλάδας:

Dental Vision ΕΠΕ
- Μιχαλακοπούλου 125 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
- Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.dentalvision.gr

SADENT ΑΕΒΕ
- 1 χλμ Λεωφ. Μαρκοπούλου / 190 02 Παιανία / τηλ: 211 10 22 900 /
- Τετραπόλεως 4 / 115 27 Γουδή / τηλ: 210 77 77 608 /
- Ν. Τέλογλου 7 / 546 36 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 968 799 / www.sadent.com

Unicon Hellas ΕΠΕ
- Τεώ 38 / 177 78 Ταύρος / τηλ: 210 48 28 020 / www.uniconhellas.gr

Κύπρου:
dentalcon trading ltd.
- Λ. Λάρνακα 57, PO Box 27245 / 1643 Λευκωσία / τηλ: 22 466 000 / www.dentalcon.com.cy

ivoclar vivadent®
passion vision innovation