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 | ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015 | ΤΕΥΧΟΣ 107

«Διαδραστική ανάλυση του σχεδίου θεραπείας σύνθετων περιστατικών»

Η Εταιρία Σύγχρονης Οδοντιατρικής (ΕΣΟ) έχει καταρτίσει και για το 2015-2016 ένα πλούσιο πρόγραμμα επιστημονικών εκδηλώσεων πάνω σε ζητήματα αιχμής. Το «ΟΒ» έχει την τιμή και την χαρά να φιλοξενεί τον Επίκουρο Καθηγητή Προσθετικής ΕΚΠΑ, κ. **Ηρακλή Γούσια** και τον Περιοδοντολόγο και Συνεργάτη της Μεταπτυχιακής Κλινικής Περιοδοντολογίας του ΕΚΠΑ, κ. **Christian Βλαχογιάννη,** σε μια συζήτηση που φιλοδοξεί να μας δώσει το στίγμα της ημερίδας της ΕΣΟ που θα διεξαχθεί στις **6 Φεβρουαρίου 2016** με τίτλο «Διαδραστική ανάλυση του σχεδίου θεραπείας σύνθετων περιστατικών». *Σελ. 26*

20ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας

Το 20ο Πανελλήνιο Συμπόσιο της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας (ΕΕΕ) πραγματοποιήθηκε από τις 28 έως 29 Νοεμβρίου 2015 στο ξενοδοχείο «Royal Olympic» στην Αθήνα. Με κεντρικό τίτλο «Ενδοδοντία: Παλαιά Επιστήμη-Νέοι Ορίζοντες», το Ετήσιο Συμπόσιο της ΕΕΕ, που αποτελεί πλέον θεσμό επιμόρφωσης για τους οδοντιάτρους, επέλεξε να ασχοληθεί φέτος με την εφαρμοσμένη κλινική πράξη. Για άλλη μια φορά, η ΕΕΕ με θεματολογία αιχμής που συνδυάζει την θεωρητική με την πρακτική κατάρτιση, απέδειξε ότι ακόμα και σε χαλεπούς καιρούς μπορούν να διοργανώνονται επιστημονικές εκδηλώσεις υψηλού επιπέδου. *Σελ. 27-28*

Πανελλήνιο Συνέδριο της ITI

Τις καλύτερες εντυπώσεις άφησε το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο της ITI που πραγματοποιήθηκε στο συνεδριακό κέντρο «ΔΑΪΣ» από τις 9 έως και 10 Οκτωβρίου 2015 με κεντρικό θέμα «Γνώση, ακρίβεια και επιτυχία στην Εμφυτευματολογία». Οι εγνωσμένου κύρους προσκεκλημένοι ομιλητές οι οποίοι αναφέρθηκαν σε ζητήματα αιχμής από κοινού με τον άρτιο χειρισμό των οργανωτικών ζητημάτων του συνεδρίου έθεσαν τα θεμέλια μιας επιστημονικής εκδήλωσης που δεν είχε τίποτα να ζηλέψει από τα αντίστοιχα συνέδρια του εξωτερικού. *Σελ. 30-31*

Χαρακτηριστικά, προβλήματα και οδοντιατρική φροντίδα πολύ μικρών παιδιών

Το γεγονός ότι στις ηλικίες <3 ετών η επικοινωνία και η συνεργασία του οδοντιάτρου με τον μικρό ασθενή είναι δύσκολη, δεν σημαίνει ότι μια νόσος πρέπει να αγνοείται. Απεναντίας, γεννά το ηθικό χρέος στον οδοντίατρο για θεραπεία προσαρμοσμένη στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς. Στο παρόν άρθρο, ο Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής του ΑΠΘ, κ. **Νίκος Κοτσάνος**, παρουσιάζει τον εξειδικευμένο τρόπο προσέγγισης των πολύ μικρών ασθενών καθώς και τα συνήθη προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο οδοντίατρος στις

ηλικίες αυτές, δίνοντας συμβουλές για την επιτυχημένη αντιμετώπισή τους. *Σελ. 4-8*

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στα χρόνια της Δικτατορίας

Με αφορμή την 42η επέτειο του Πολυτεχνείου, το «ΟΒ» παρουσιάζει μια σταχυολόγηση αποσπασμάτων από το βιβλίο «Αναδρομές και Μνήμες. Από το Οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής» του Ομότιμου Καθηγητή Οδοντιατρικής και πρώην Πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Φώτη Ι. Μήτση**, μέσα από τα οποία ο αναγνώστης θα έχει τη δυνατότητα να μάθει για τις παρεμβάσεις, τις προκλήσεις και τις δυσκολίες με τις οποίες βρέθηκαν αντιμέτωπα τα Πανεπιστήμια και οι Σχολές κατά τη ζοφερή επταετία της δικτατορίας. *Σελ. 24-25*

POS στα οδοντιατρεία:
Η νέα πραγματικότητα των συναλλαγών είναι εδώ

Πριν από 20 χρόνια, οι πιστωτικές κάρτες σπάνια γίνονταν αποδεκτές από τα οδοντιατρεία. Ωστόσο, η σημερινή οικονομική πραγματικότητα όσο και οι ανάγκες ψηφιοποίησης του οδοντιατρείου έχουν οδηγήσει σε έναν επανακαθορισμό του τρόπου συναλλαγής με τους ασθενείς.

Στο πλαίσιο αυτό, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, αλλά και οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι της χώρας θεώρησαν σκόπιμο να εξετάσουν τη δυνατότητα εφοδιασμού των οδοντιατρείων με τερματικά αποδοχής καρτών (POS), ώστε να διευκολύνουν τους ασθενείς ως προς την αποπληρωμή των οδοντιατρικών υπηρεσιών. Στο σημερινό άρθρο, ο Πρόεδρος του ΟΣΑ, κ. **Αθ. Υφαντής**, μας μιλά για την πρωτοβουλία του ΟΣΑ να απευθυνθεί σε τράπεζες και να δεχθεί προσφορές για την τοποθέτηση τερματικών στα οδοντιατρεία των μελών του Συλλόγου, ενώ ο ειδικός σε θέματα καρτών, κ. **Φάνης Πρόδρομος** εξηγεί τι πρέπει να προσέχουμε κατά τις συναλλαγές μας με κάρτες. *Σελ. 10-11*

Focus on Implantology

Η ITI (International Team for Implantology) είναι μια ανεξάρτητη επιστημονική εταιρεία, παγκόσμιας απήχησης και διεθνούς συμμετοχής, που σκοπό της έχει να εξελίξει, να προωθήσει και να κάνει προσιτή την τεκμηριωμένη γνώση στον τομέα της οδοντικής εμφυτευματολογίας και ανάπλασης συναφών ιστών προς όφελος του ασθενή. Στο πλαίσιο αυτό της διασποράς γνώσης, το «ΟΒ» έχει τη χαρά να συστήσει στους αναγνώστες του τη νέα του στήλη, την επιμέλεια της οποίας έχει το Τμήμα ITI Ελλάδας & Κύπρου, φιλοδοξώντας η στήλη αυτή να αποτελέσει έναν δίαυλο ενημέρωσης και μια αφορμή προβληματισμού για κλινικά χρήσιμα θέματα που σχετίζονται με την οδοντική εμφυτευματολογία. *Σελ 14-16*

Η στήλη της Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας

Η Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας σε συνεργασία με το Οδοντιατρικό Βήμα εγκαινιάζει μια νέα, μόνιμη στήλη όπου σε κάθε τεύχος μέλη της Εταιρίας θα παρουσιάζουν Στοματολογικές περιπτώσεις που συναντά καθημερινά ο Οδοντίατρος στο ιατρείο του. Στόχος είναι να γίνουν πιο οικεία τα νοσήματα του στόματος στον σύγχρονο Οδοντίατρο και να εξοικειωθεί με τη διαγνωστική μεθοδολογία που οδηγεί σε πρώιμη και σωστή διάγνωση καθώς και στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Επιπλέον, η στήλη δίνει και βήμα επικοινωνίας των συναδέλφων με την Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας για συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων. *Σελ. 20*

ΙΣΤΟΠΛΑΣΜΩΣΗ:
Συχνός στόχος το στόμα

Στο παρόν άρθρο, ο Αν. Καθηγητής Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών, **Γιώργος Λάσκαρης**, περιγράφει όλα όσα πρέπει να γνωρίζουν ο Στοματολόγος και ο Οδοντίατρος για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. *Σελ. 12*

Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης

Του **Γεράσιμου Δουβίτσα** Αναπλ. Καθηγητή ΕΚΠΑ

Σ' αυτό το τεύχος ο κ. Γ. Δουβίτσας συνεχίζει την παρουσίαση των ρευμάτων της νεοελληνικής ποίησης που αναπτύχθηκαν, ακολουθώντας φυσικά τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά, από τον 18ο αιώνα και μέχρι στις μέρες μας ενώ παράλληλα μας συστήνει δύο, ακόμα, μέλη του Ομίλου Οδοντιάτρων Λογοτεχνών Καλλιτεχνών, τον **Γεράσιμο Τσέπα**, που ασχολείται με τη φωτογραφία και την **Μαρία Αντωνιάδου** που ασχολείται με το κόσμημα. *Σελ. 36-37*

Biodentine™ Αναγέννηση ακρορριζίου

Σελ. 18-19

Φυσική μίμηση της ροζ αισθητικής

Σελ. 22-23

Ακαδημαϊκά τεκταινόμενα με προνεωτερικές αποχρώσεις στη χώρα του υπαρκτού σουρεαλισμού

Ηρακλής Καρκαζής
Αναπληρωτής Καθηγητής
Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Για χιλιάδες χρόνια, δηλαδή από την εποχή των Νατουφίων της Μέσης Ανατολής μέχρι το διαφωτισμό και τη βιομηχανική επανάσταση, στον πυρήνα της προνεωτερικής αγροτοκτηνοτροφικής κοινωνικής οργάνωσης, κυρίαρχο ρόλο διαδραμάτιζαν μικρής εμβέλειας συλλογικότητες όπως οι φαμίλιες και τα σόγια. Αυτοί ήταν που θέσμιζαν αυθαίρετα, εθιμικώ και συγγενικώ δικαίω τις αξίες και τον τρόπο κίνησης της μικρής εσωστρεφούς κοινωνίας. Η αυτονομία ήταν υποταγμένη στη συλλογικότητα. Υποτίθεται ότι η μετάβαση στη φιλοσοφία του διαφωτισμού και στη νεωτερικότητα με τη δημιουργία των εθνών – κρατών, την αναγνώριση μεταξύ άλλων των ατομικών δικαιωμάτων, των ίσων δυνατοτήτων και της αξιοκρατίας, απελευθέρωσε το άτομο και του επέτρεψε να αναδυθεί και αναδειχθεί, προς όφελος δικό του αλλά και της ίδιας της κοινωνίας. Λέμε υποτίθεται, γιατί χώρες σαν την Ελλάδα που ανέβηκαν τελευταίες στο τρένο των κοσμογονικών αλλαγών, αν και φόρεσαν το κουστούμι μιας σύγχρονης αστικής δημοκρατίας με συνέχεια, συνέπεια και αξιοκρατία, δεν απέβαλαν ποτέ μερικά ριζωμένα χαρακτηριστικά της προνεωτερικής φεουδαρχικής δομής τους. Πρόκειται για την καχεξία του αστικού στοιχείου που ο Π. Κονδύλης περιέγραψε ως βασική αιτία της παρακμής της σύγχρονης Ελλάδας. Παράδειγμα πρώτο. Αν και η συγγένεια δεν αποκλείει την αριστεία, ο τρόπος αξιοποίησής της απαιτεί προσεκτικούς χειρισμούς σε όλες τις δομές του δημόσιου βίου. Στη χώρα του υπαρκτού σουρεαλισμού, πρωτοβάθμιοι επιβλέπουν και απονέμουν διδακτορική διατριβή σε ένα τέκνο τους που εκλέγεται σε εισαγωγική ακαδημαϊκή βαθμίδα και τάχιστα εκτοξεύεται στην καθηγητική κορυφή, για να ακολουθήσουν και άλλες εξ αίματος η αγχιστείας συγγενικές διευκολύνσεις. Ελληνική ακαδημαϊκή γη της επαγγελίας για επιλεγμένες συλλογικότητες. Παράδειγμα δεύτερο. Στους αναρίθμητους νόμους, μεταβατικές διατάξεις και ερμηνευτικές εγκυκλίους για την τριτοβάθμια εκπαίδευση που παρέλασαν από το 1982 μέχρι σήμερα, ο νομοθέτης μάταια πάσχισε να εδραιώσει ένα σύστημα στοιχειώδους αξιοκρατίας για την εκλογή και εξέλιξη των μελών ΔΕΠ. Κάθε νομοθέτημα σχεδόν άμεσα υποβαλλόταν στις απαραίτητες «ρυθμιστικές» πλην όμως στρεβλωτικές παρεμβάσεις, έτσι ώστε να εξασφαλίζει ένα κατά το μάλλον ή ήττον προβλέψιμο αποτέλεσμα. Στην πλέον πρόσφατη εκδοχή τους τα ολιγάριθμα εκλεκτορικά σώματα περιέλαβαν στη σύνθεσή τους και αλλοδαπούς εκλέκτορες, με την ελπίδα της εξασφάλισης ενός συστήματος ανεπηρεάστων κρίσεων και απαλλαγής από την εσωστρέφεια και την παρεοκρατία. Τάχιστα οι λίστες των αλλοδαπών εκλεκτόρων εμπλουτίστηκαν από παλιούς γνώριμους των μεταπτυχιακών χρόνων, εν ενεργεία συνεργάτες σε ερευνητικά προγράμματα, ή ακόμα και φίλους από κοινές επιστημονικές ή και κοινωνικές δράσεις... και ο νοών νοείτω. Παράδειγμα τρίτο. Στη χώρα του υπαρκτού σουρεαλισμού, το καλοκαίρι του 2011 και με πρωτοφανή για τα ελληνικά κοινοβουλευτικά δεδομένα πλειοψηφία, ψηφίζεται νόμος για την τριτοβάθμια εκπαίδευση που σηματοδοτεί μεταξύ άλλων την αρχή μιας ωριμότητας και το τέλος του υπερσαραντάχρονου κομματικού και συναλλακτικού εναγκαλισμού των πανεπιστημίων. Η διάδοχος ωστόσο πολιτική κατάσταση σχεδόν αυτόματα εκδηλώνει την πρόθεση της να αντικαταστήσει το νωπό και ευρέως αποδεκτό νομοθέτημα, με ένα άλλο τελείως διαφορετικής φιλοσοφίας. Όλες οι συναινετικά ψηφισμένες και ευρέως αποδεκτές καινοτομίες αποκαθηλώνονται, γίνεται σχεδιαστική επανεκκίνηση χωρίς να έχουν διανυθεί ούτε τα πρώτα βήματα της προηγούμενης διαδρομής, ενώ στα πλαίσια μιας ανέλεγκτης παρόρμησης εκτοξεύονται και ακραίες απόψεις, όπως για παράδειγμα η ρετσινιά της αριστείας. Για την αδιαμφισβήτητη βέβαια ψυχαναλυτική αξία της συγκεκριμένης λεκτικής ολίσθησης, δεν χρειάζεται να σχολιάσουμε. Τα παραδείγματα ενδεικτικά αλλά η ελληνική και όχι σπάνια όζουσα πραγματικότητα πολύ πιο δύσπεπτη. Εν τέλει η δοξασία πως στη χώρα μας τα ωφελήματα του διαφωτισμού και της νεωτερικότητας, διαποτισμένα με το δικό μας εξ ανατολών φως μας οδήγησαν σε συγκριτικό πλεονέκτημα, μάλλον χωλαίνει. Αδιάψευστος μάρτυρας τα πρόσφατα δραματικά γεγονότα που κλόνισαν συθέμελα την ελληνική κοινωνία και οδήγησαν στη βίαιη και εξαναγκαζόμενη αλλαγή δομών, αντί μιας ήπιας διαχρονικής προσαρμογής στο εξελισσόμενο διεθνές περιβάλλον. Εκείνο πάντως που ποτέ δεν πεθαίνει είναι η φαντασιώδης ελπίδα για το ανέφικτο, που μερικοί το λένε και οραματισμό. Έλληνες… πραγματικά ανάδελφοι.

Bar-Yosef/F. R. Valla (eds.), The Natoufian culture in the Levant. Ann Arbor 1991.

James Henry Breasted. Ancient times, a history of the early world: an introduction to the study of ancient history and the career of early man. Ginn and Company. Boston, 1916

Π. Κονδύλης. Οι αιτίες της παρακμής της σύγχρονης Ελλάδας. Θεμέλιο 2011

Poland WS. An analyst's slip of the tongue. Psychoanal Q. 1992;61(1):85-7

www.odvima.gr

Διαβάστε τα τελευταία τεύχη της εφημερίδας «Οδοντιατρικό Βήμα»

Αποκτήστε άμεση και έγκαιρη πληροφόρηση για όλες τις επιστημονικές εκδηλώσεις και σεμινάρια

Μάθετε τα σημαντικότερα νέα του οδοντιατρικού κλάδου

Ενημερωθείτε για όλα τα βιβλία των εκδόσεών μας με δυνατότητα πλοήγησης στα περιεχόμενα και στις περιλήψεις τους και βρείτε πληροφορίες για όλα τα ξενόγλωσσα βιβλία των εκδόσεων «Quintessence»

Πραγματοποιήστε τις αγορές σας με πιστωτική κάρτα και άτοκες δόσεις απ' ευθείας από τον υπολογιστή σας

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

PLANMECA

Για όσους έχουν υψηλές απαιτήσεις

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ

από το 1929

www.apostolides.gr

Φωκίδος 31, 115 27 Αθήνα, **Τηλ.:** 210 69 84 882, **FAX:** 210 69 84 882
e-mail: info.athens@apostolides.gr

Τελλόγλου 11, 546 36 Θεσσαλονίκη, **Τηλ.:** 2310 201 301, **FAX:** 2310 217 102
e-mail: info@apostolides.gr

Χαρακτηριστικά, προβλήματα και οδοντιατρική φροντίδα πολύ μικρών παιδιών
(<3 ετών - pre-cooperative)

Νικόλαος Κοτσάνος
Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής ΑΠΘ

Το γεγονός ότι στις ηλικίες <3 ετών η επικοινωνία και η συνεργασία του οδοντιάτρου με τον μικρό ασθενή είναι δύσκολη, δεν σημαίνει ότι μια νόσος πρέπει να αγνοείται. Απεναντίας, γεννά το ηθικό χρέος του οδοντιάτρου για θεραπεία προσαρμοσμένη στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς, ακόμη κι αν αυτό συνεπάγεται την παραπομπή του σε έναν άλλο οδοντίατρο, όταν ο θεράπων ιατρός αισθάνεται ότι δεν έχει τις απαιτούμενες γνώσεις για την σωστή θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς. Στο παρόν άρθρο, ο Καθηγητής Παιδοδοντιατρικής του ΑΠΘ, κ. Νίκος Κοτσάνος, παρουσιάζει τον εξειδικευμένο τρόπο προσέγγισης των πολύ μικρών ασθενών καθώς και τα συνήθη προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο οδοντίατρος στις ηλικίες αυτές, δίνοντας συμβουλές για την επιτυχημένη αντιμετώπισή τους.

Σχετικά με τις πρώτες επισκέψεις του μικρού παιδιού

Παλαιότερα, η πρώτη οδοντιατρική εξέταση συστηνόταν να γίνεται σε παιδιά 3 ετών, λόγω δυσκολιών στην επικοινωνία και τη συνεργασία σε μικρότερες ηλικίες. Η ανάγκη καταπολέμησης της τερηδόνας βρεφικής και νηπιακής ηλικίας, κυρίως, κατέστησε την ηλικία των 3 ετών πολύ όψιμη για έναρξη της οδοντιατρικής πληροφόρησης και εκπαίδευσης των γονέων ***(εικ. 1).***

Ο ορισμός της υγείας κατά τον ΠΟΥ περιλαμβάνει και τη γενικότερη κατάσταση του ατόμου, δηλαδή και τη ψυχική του κατάσταση με την απουσία οδοντιατρικού φόβου και άγχους. Σ' αυτό συμβάλλει και η έγκαιρη οδοντιατρική πρόληψη με την ενημέρωση των γονέων πριν τα πρώτα γενέθλια του παιδιού ***(εικ. 2).*** Το λειτούργημα του/της παιδοδοντίατρου υπαγορεύει ένα σημαντικό ρόλο παιδαγωγού, επιμορφωτή και προστάτη των ευπαθών ομάδων στην κοινωνία, συχνά σε συνεργασία με τον/την παιδίατρο και άλλους επιστήμονες.

Μπορούμε να ταξινομήσουμε τα παιδιά σε 3 κατηγορίες ως προς τη δυνατότητά τους να συνεργαστούν, όσον αφορά την παροχή σ' αυτά αποκαταστατικής οδοντιατρικής θεραπείας:

1. Συνεργάσιμα
2. Δυνητικά συνεργάσιμα (σφιγμένα, ντροπαλά, φοβικά, δύστροπα ή ατίθασα, συναισθηματικά ανώριμα, με ήπια κινητική/νοητική υστέρηση χωρίς φοβίες), ***(εικ 3)***
3. Μη ικανά για συνεργασία (ηλικίας μικρότερης των 2,5-3 ετών, με σοβαρές αναπηρίες όπως νοητική υστέρηση/σπαστικότητα ή και φοβίες.

Γι' αυτές τις ηλικίες, χρήσιμες είναι κάποιες γνώσεις αύξησης, ανάπτυξης και ιδίως ωρίμανσης. Στη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας ο ρυθμός αύξησης είναι ιδιαίτερα υψηλός. Στο τέλος του πρώτου χρόνου ζωής το βρέφος έχει αυξήσει το μήκος του κατά 50% σε σχέση με τη γέννηση και έχει τριπλασιάσει το βάρος του. Το εγκεφαλικό κρανίο συνεχίζει να αυξάνεται με ταχύ ρυθμό μέχρι περίπου το πρώτο έτος ζωής, ακολουθώντας την αύξηση του εγκεφάλου που αναπτύσσεται την ίδια περίοδο με μεγάλη ταχύτητα. Μετά το 1ο έτος ο ρυθμός μειώνεται και μέχρι την ηλικία των 7 ετών το εγκεφαλικό κρανίο έχει φτάσει στο 90% του τελικού του μεγέθους.

Στη βρεφική ηλικία (<2 ετών) η οδοντιατρική εξέταση ή η αντιμετώπιση μόνο σύντομων αναγκών με τοπική αναισθησία γίνονται σε κάποια βολική θέση με συγκράτηση του βρέφους από τον γονέα, όπως π.χ. στην ***εικ. 4.*** Τα εργαλεία πρέπει να είναι σε ασφαλή απόσταση, γιατί αν τα φθάνει υπάρχει κίνδυνος αυτοτραυματισμού λόγω της περιέργειας ή των αρνητικών αντιδράσεών του.

Εικ. 1: Βαριά ΤεΒΝΗ (σε μορφή «τερηδόνα θηλασμού») με εκδήλωση στους άνω νεογιλούς τομείς και κυνόδοντες ως αποτέλεσμα παρατεταμένου θηλασμού κατά βούληση με παράλληλη απουσία στοματικής υγιεινής με φθοριούχα.

Εικ. 2: Έγκαιρη επίσκεψη παιδιού/γονέων στο ιατρείο για ενημέρωση.

Εικ. 3: Δυνητικά συνεργάσιμο παιδί που χρειάζεται περισσότερο χρόνο ή πιο εξειδικευμένες τεχνικές διαμόρφωσης συμπεριφοράς

Εικ. 4: Εκτός από την πιο 'παραδοσιακή' θέση «γόνατα με γόνατα» χρήσιμη είναι και η θέση νηπίου στην οδοντιατρική έδρα με τα πόδια στην αγκαλιά της μητέρας και τα χέρια του να ελέγχονται απ' αυτήν.

Εικ. 5: Η συνηθέστερη οδός χορήγησης καταστολής (μιδαζολάμης σε χυμό) από το στόμα.

Εικ. 6: Παρακολούθηση κινουμένων σχεδίων σε οθόνη οροφής από 3χρονο κορίτσι.

Εικ. 7: Η παρακολούθηση παιδιού ως πρότυπο από ένα 2χρονο δεν έχει αξία λόγω ανεπαρκούς γνωστικής ικανότητας.

Στην πρώιμη παιδική ηλικία (2 ως 3 ετών) το παιδί βασίζεται ακόμα στους γονείς του για την ασφάλειά του και παράλληλα διερευνά τα δικά του όρια σε μια περίοδο «ανυπακοής». Όταν είναι απογοητευμένο ή μπερδεμένο, ο θυμός του εκδηλώνεται ενστικτωδώς με φωνές και επιθετικότητα προς οποιονδήποτε, π.χ. προς άλλα παιδιά, ή στον οδοντίατρο όπου κατά την εξέταση πρέπει να λαμβάνονται μέτρα για να μην του δαγκώσει κάποια δάχτυλα. Το παιδί αντιλαμβάνεται λέξεις με αντίθετη έννοια, π.χ. «μέσα-έξω», «μικρό-μεγάλο» και μαθαίνει κοινωνική συμπεριφορά με τη μίμηση καθώς βελτιώνεται η γλωσσική του ικανότητα και η λειτουργία της μνήμης.

Αποφύγετε ερωτήσεις για πράγματα που χρειάζεται να γίνουν. Έχετε μαζί του μόνο έναν γονέα, συγκεντρωθείτε στο παιδί και αποφύγετε αποσπάσεις της προσοχής σας. Αποφύγετε απότομες κινήσεις. Εξέταση, επίδειξη στοματικής υγιεινής και σύντομες επεμβάσεις μπορούν να γίνουν στο οδοντιατρείο. Π.χ. μια εξαγωγή σε περίπτωση δυσμενούς τραύματος πρόσθιων άνω δοντιών γίνεται με τοπική αναισθησία, προτιμώντας τη θέση της ***εικ. 4.*** Σε περίπτωση εκτεταμένων αναγκών είναι προτιμότερη η καταστολή ***(εικ. 5)*** ή η γενική αναισθησία με την παρουσία αναισθησιολόγου σε νοσοκομειακό περιβάλλον, καθώς η λεκτική επικοινωνία σε καταστάσεις στρες είναι αδύνατη και το παιδί κρίνεται μη ικανό για συνεργασία. Ακόμα και οι τεχνικές της απόσπασης προσοχής και παρακολούθησης παιδιού ως πρότυπο, μπορούν να έχουν αποτέλεσμα από την ηλικία 3 ετών και μετά ***(εικ. 6,7)***.

Η απαιτούμενη ακτινογραφία δήξης προσθίων μπορεί να γίνει στην αγκαλιά του γονέα, ο οποίος κρατά το φιλμ (ή τον ψηφιακό αισθητήρα) με χρήση ακτινοπροστατευτικής ποδιάς ***(εικ. 8)***.

Σχετικά με το σχέδιο θεραπείας

Πολλές φορές χρειάζεται μια ευελιξία στο σχεδιασμό θεραπείας, λαμβάνοντας υπόψη την αδυναμία του παιδιού να συνεργαστεί. Αντί μιας τέλειας οδοντιατρικής τεταρτημορίου, η αρχική επιλογή μπορεί να είναι μια συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση, αναφερόμενη και ως σταθεροποίηση (stabilization), με τακτική παρακολούθηση. Η μετατροπή της τερηδονικής βλάβης σε ανενεργή με εφαρμογή προληπτικών μέτρων και τοποθέτηση υαλοϊονομερούς κονίας (ΥΚ) σε κάποιες κοιλότητες μέχρι αυτές να αποκατασταθούν οριστικά προτιμάται, αν δεν συντρέχουν επείγουσες καταστάσεις όπως φλεγμονή και πόνος. Αυτή αναφέρεται και ως εναλλακτική (alternative) ή ενδιάμεση (interim) επανορθωτική θεραπεία. Σε μη ικανά για συνεργασία παιδιά κάτω των 3 ετών, ή ακόμα και δυνητικά συνεργάσιμα στην αρχή της οδοντιατρικής τους επαφής, μπορεί να είναι χρήσιμη μια τέτοια στρατηγική.

Αν όμως συντρέχουν οι παραπάνω ανάγκες άμεσης οριστικής αποκατάστασης, θα ήταν προτιμότερο για το παιδί να παραπέμπονταν σε έναν εξειδικευμένο παιδοδοντίατρο για να λάβει με περισσότερη ασφάλεια την ολοκληρωμένη φροντίδα που χρειάζεται. Αυτό αφορά μεταξύ άλλων, τα πολύ μικρά παιδιά, κάτω των 3 ετών, με βαριά μορφή τερηδόνας βρεφικής και νηπιακής ηλικίας που πιθανά χρειάζονται νοσηλεία με γενική αναισθησία, όπως θα δούμε παρακάτω. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής (AAPD) διακηρύσσει ότι είναι ανήθικο να αγνοείται μια νόσος εξαιτίας της ηλικίας, της συμπεριφοράς, ή κάποιας αναπηρίας και επομένως οι οδοντίατροι έχουν την ηθική υποχρέωση να παραπέμπουν τους ασθενείς των οποίων οι ανάγκες θεραπείας είναι πέρα από τις ικανότητές τους. Σημασία έχει όμως και ο χρόνος παραπομπής. Η αναγνώριση των περιπτώσεων για παραπομπή πρέπει να γίνεται έγκαιρα, πριν ασκηθούν στο παιδί ακατάλληλες τεχνικές διαχείρισης της συμπεριφοράς, είτε πρόκληση έντονων ή επανειλημμένων επώδυνων ερεθισμάτων. Το τελευταίο είναι δυστυχώς ένα φαινόμενο που παρατηρείται κάποιες φορές, αυξάνοντας το φόβο ή και δημιουργών-

Εικ. 8: Λήψη διαγνωστικής οπισθομυλικής ακτινογραφίας σε αγόρι 2 ετών που απαιτεί τη βοήθεια πλαστικού συγκρατητήρα δήξης.

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

metroDENT Χ. Πάντος - Ι. Σιακαβάρας Ο.Ε.
- Πατησίων 21 / 104 32 Αθήνα / τηλ: 210 52 35 981

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

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

τας φοβίες, πράγμα που δυσχεραίνει σημαντικά το έργο της/του παιδοδοντίατρου.

Η γενική αναισθησία αποτελεί το τελευταίο μέτρο για την οδοντιατρική θεραπεία παιδιών και προσφεύγουμε σ' αυτήν όταν αποτυγχάνουν οι προσπάθειες για συνεργασία με άλλες μεθόδους ***(εικ. 9)***. Οδοντοστοματολογική αντιμετώπιση με γενική αναισθησία ενδείκνυται σε ασθενείς μη ικανούς για συνεργασία λόγω ψυχικής ή συναισθηματικής ανωριμότητας, ή/και νοητικής, σωματικής ή άλλης ιατρικής αναπηρίας. Η μεγάλη πλειοψηφία παιδοδοντιατρικών περιστατικών για γενική αναισθησία αφορά μικρά παιδιά (<3 ετών) με προχωρημένη τερηδονική νόσο που απαιτεί άμεσες αποκαταστάσεις και ασθενείς με αναπηρία που κρίνονται ως μη ικανοί συνεργασίας στο ιατρείο.

Συμπτωματολογία κατά την ανατολή των νεογιλών δοντιών

Κατά μέσο όρο η ανατολή των νεογιλών δοντιών ξεκινάει στην ηλικία των 6 ως 8 μηνών με τους κεντρικούς τομείς της κάτω γνάθου και ολοκληρώνεται περίπου σε ηλικία δυόμισι ετών με τους 2ους νεογιλούς γομφίους. Η ανατολή των νεογιλών δοντιών συνοδεύεται από τοπικά ή και γενικά συμπτώματα. Αυτά εμφανίζονται στα 3/4 βρεφών και νηπίων κατά την ανατολή των πρόσθιων δοντιών και σε όλα σχεδόν κατά την ανατολή των γομφίων. Σε τοπικό επίπεδο συνήθως παρατηρείται φλεγμονή των ούλων πάνω από το δόντι προς ανατολή, αυξημένη σιελόρροια, ερυθρές κηλίδες στο εσωτερικό των παρειών, ενδοστοματικά έλκη και αυξημένη τάση για δήξη, απομύζηση, τρίψιμο της περιοχής και του σύστοιχου αυτιού, ακόμα και περιστοματικά εξανθήματα. Σε συστηματικό επίπεδο συνήθως παρατηρείται γενική ανησυχία και κλάμα, απώλεια όρεξης (ή αλλιώς μειωμένο αίσθημα πείνας), αυξημένο αίσθημα δίψας, διαταραχές του ύπνου, αδυναμία, διάρροια και αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος.

Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος μέχρι 37,5°C με απουσία άλλων κλινικών συμπτωμάτων μπορεί να σχετίζεται με την οδοντοφυΐα, αλλά σε μεγαλύτερη αύξηση της θερμοκρασίας πρέπει να αναζητηθεί άλλη αιτία εμφάνισης του πυρετού από τον παιδίατρο. Πάντως, πολλοί γονείς αναφέρουν διάφορα συμπτώματα οδοντοφυΐας των παιδιών τους με συχνότερο το στοματικό πόνο. Τα συμπτώματα της ανατολής των νεογιλών δοντιών αποτελούν μέρος μιας φυσιολογικής διαδικασίας και η προσέγγιση της κατάστασης ως παθολογικής που χρήζει θεραπείας πρέπει να αποφεύγεται ***(εικ. 10)***. Στις περισσότερες περιπτώσεις η συμπαράσταση, ο καθησυχασμός των γονέων και η ενασχόλησή τους με το παιδί, οι βόλτες έξω από το σπίτι και τα παιχνίδια είναι τα πιο αποτελεσματικά μέτρα κατά των ενοχλήσεων.

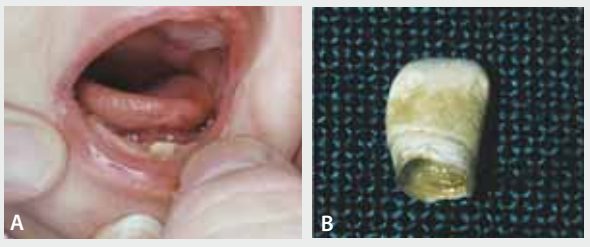
Σε σοβαρότερες καταστάσεις, η επιλογή της κατάλληλης αντιμετώπισης, τοπικής ή συστηματικής, βασίζεται στην υπάρχουσα συμπτωματολογία. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία φαρμακευτικών σκευασμάτων για τοπική εφαρμογή στα ούλα, όπως αυτά που περιέχουν υαλουρονικό οξύ, γλυκόριζα, γαρυφαλέλαιο, μύρο, άρνικα. Έχουν ήπια δράση η οποία παρέρχεται γρήγορα. Πρέπει να αποφεύγονται περιπτώσεις υπερδοσολογίας, ιδιαίτερα για αλοιφές που περιέχουν λιδοκαΐνη. Ορισμένα αναλγητικά όπως το σαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη) δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται γιατί μπορεί να προκαλέσουν χημικό έγκαυμα ή, σε βρέφη με έλλειψη του ενζύμου G6PD, να προκαλέσουν αιμολυτικά φαινόμενα επειδή εμποδίζουν τη σύνθεση φυλλικού οξέος.

Οι κάτω κεντρικοί νεογιλοί τομείς μπορεί να ανατείλουν νωρίς, π.χ. σε ηλικία 4 μηνών, και αυτό θεωρείται φυσιολογικό. Υπάρχουν όμως σπάνιες περιπτώσεις νεογνών (1:2.000-3.500 γεννήσεις) που γεννιούνται με ένα ή περισσότερα δόντια στη στοματική κοιλότητα (natal, πριν τη γέννηση ή προνεογνικά) και περιπτώσεις στις οποίες αυτά ανατέλλουν κατά τη διάρκεια του 1ου μήνα της ζωής (neonatal, νεογνικά). Αποτελούν κανονικά δόντια της νεογιλής οδοντοφυΐας, ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό μπορεί να είναι υπεράριθμα ***(εικ. 11)***. Το νεογνό, προκειμένου πιθανά να αποφύγει το επώδυνο ερέθισμα από το δόντι στην κάτω επιφάνεια της γλώσσας του, θηλάζει με λάθος τρόπο, ο οποίος τραυματίζει τη θηλή και τη θηλαία άλω του μητρικού στήθους με αποτέλεσμα ο θηλασμός να γίνεται επώδυνος για τη μητέρα. Το σύνδρομο Riga-Fede αναφέρεται στον αυτοτραυματισμό της κορυφής ή της κάτω επιφάνειας της γλώσσας του ίδιου του νεογνού. Η αλλοίωση ξεκινά σαν ένα απλό έλκος που μπορεί να εξελιχθεί σε ογκώδη, ινώδη μάζα με εικόνα ελκώδους κοκκιώματος. Τα προνεογνικά και νεογνικά δόντια δεν πρέπει να εξάγονται εκτός αν πρόκειται για υπεράριθμα, εφόσον κριθεί απαραίτητο να διαπιστωθεί αυτό ακτινολογικά, ή αν η παραμονή τους δημιουργεί τα παραπάνω προβλήματα στη μητέρα ή το νεογνό.

Η παρουσία μελανής χρωστικής στις οδοντικές επιφάνειες βρέθηκε να έχει συχνότητα 2,4% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Αυτές οι μαύρες εναποθέσεις ***(εικ. 12)*** περιέχουν κυρίως ακτινομύκητες, έχοντας εντελώς διαφορετική σύνθεση μικροχλωρίδας από την τερηδονογόνα μικροβιακή πλάκα που κυριαρχείται από στρεπτόκοκκους και γαλακτοβάκιλλους και αυτό εξηγεί τη χαμηλή τερηδονική δραστηριότητα στη στοματική κοιλότητα των παιδιών αυτών. Επομένως η παρουσία μελανής χρωστικής είναι προγνωστικό στοιχείο χαμηλού τερηδονικού κινδύνου. Παραμένει όμως και ένα αισθητικό πρόβλημα που λύνεται με στίλβωση της αδαμαντίνης με περιστροφικά εργαλεία (βουρτσάκι και αδρόκοκκο φύραμα) ή/και με χρήση υπερήχων. Το επιμελές βούρτσισμα των δοντιών, το οποίο σημειωτέον πρέπει να γίνεται με τη σωστή χρήση οδοντόκρεμας ***(εικ. 13 και πίν. 1)*** εμποδίζει σημαντικά το σχηματισμό της, ενώ στη μόνιμη οδοντοφυΐα εξασθενεί σημαντικά η παρουσία της.

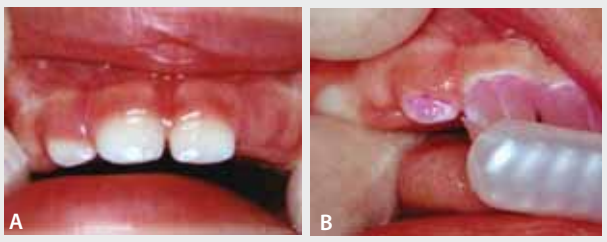
Εικ. 9: Οδοντιατρική αντιμετώπιση με γενική αναισθησία σε νήπιο 20 μηνών με επείγουσες ανάγκες εξαιρετικά βαριάς μορφής ΤεΒΝΗ. Α. Στοματοτραχειακή διασωλήνωση λόγω ανατομικής αδυναμίας εισόδου του σωλήνα από τη μύτη. Β. Εργασίες αποκατάστασης χωρίς ελαστικό απομονωτήρα, λόγω μη ανατολής των 2ων νεογιλών γομφίων και πρόθεσης τοποθέτησης ΠΜΣ στους 1ους. Γ. Εικόνα μετά τη φθορίωση και τις εξαγωγές.

Εικ. 10: Α. Πλαστικός δακτύλιος που περιέχει νερό. Πριν τη χρήση από το νήπιο μπορεί να ψύχεται.



Εικ. 11: Α. Εμφάνιση προνεογνικού δοντιού σε νεογέννητο. Β. Εικόνα νεογνικού δοντιού που χρειάστηκε να αφαιρεθεί.

Εικ. 12: Μελανή χρωστική σε παιδί 20 μηνών



Εικ. 13: Α. Η σχεδόν πλήρης ανατολή των άνω νεογιλών τομέων σηματοδοτεί την ανάγκη εκπαίδευσης των γονέων στο βούρτσισμά τους Β. Εδώ μετά από χρώση της πλάκας για την κατάδειξη αυτής της αναγκαιότητας.

Πίνακας 1.
Οδηγία της EAPD για την ποσότητα οδοντόκρεμας, περιεκτικότητα σε φθόριο και συχνότητα βουρτσίσματος σε παιδιά ως 6 ετών.

Ηλικιακή Ομάδα	Περιεκτικότητα F	Συχνότητα Ποσότητα οδοντ.
6 μηνών - ≤ 2 ετών	500 ppm	2 φορές ημερησίως μέγεθος μπιζελιού
2 ετών - ≤ 6 ετών	1000 ppm	2 φορές ημερησίως μέγεθος μπιζελιού

Τερηδόνα βρεφικής/νηπιακής ηλικίας. Θεραπεία και αποκατάσταση

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδοδοντιατρικής ορίζει ως «τερηδόνα βρεφικής/νηπιακής ηλικίας» (ΤεΒΝΗ), κατά ελεύθερη μετάφραση του όρου early childhood caries (ECC), τη νόσο κατά την οποία οδοντική επιφάνεια ενός τουλάχιστον δοντιού έχει τερηδονιστεί (με ή χωρίς κοιλότητα), απωλεσθεί ή εμφραχθεί λόγω τερηδόνας (dmfs›1) πριν από την ηλικία των 6 ετών, δηλαδή στην αμιγή νεογιλή οδοντοφυΐα. Μάλιστα, αν αυτό συμβεί πριν την ηλικία των 3 ετών, ή αν υπάρχουν τουλάχιστον 4, 5, 6 κοιλότητες σε ηλικία 3, 4, ή 5 ετών αντίστοιχα, η νόσος χαρακτηρίζεται ως βαριά ΤεΒΝΗ. Η ΤεΒΝΗ αφορά συνηθέστερα οπίσθια νεογιλά δόντια και για το λόγο αυτό απαιτείται ειδική εκπαίδευση και ανάθεση του βουρτσίσματος αυτών των δοντιών στους γονείς. Η βαριά ΤεΒΝΗ αφορά, συνήθως, αρκετούς νεογιλούς γομφίους, αλλά συχνά και πρόσθια δόντια έχοντας πιο γενικευμένη εντόπιση. Εμφανίζεται συχνότερα σε παιδιά με πρώιμο χρόνο ανατολής νεογιλών, πριν αρχίσει εφαρμογή καλής στοματικής υγιεινής, φθορίου και άλλων προληπτικών μέτρων, ξαφνιάζοντας συνήθως τους ανεπαρκώς ενημερωμένους γονείς.

Μια συχνή μορφή της βαριάς ΤεΒΝΗ είναι αυτή που παλαιότερα αναφερόταν ως «σύνδρομο του μπιμπερό». Η τερηδόνα προσβάλλει κυρίως τους πρόσθιους άνω τομείς και πρώτους γομφίους. Αυτό έχει να κάνει με τη σειρά ανατολής και επομένως με το χρόνο έκθεσης των δοντιών σε τερηδονογόνο περιβάλλον. Η ανάπτυξη και πρόοδος αυτής της «καλπάζουσας» μορφής τερηδόνας δεν διαφέρει ως προς την αιτιολογία από την συνήθη τερηδονική νόσο παρά μόνο ως προς την ένταση των τοπικών προκλητικών παραγόντων. Συγκεκριμένα, βασίζεται στο συνδυασμό απουσίας υγιεινής των οδοντικών επιφανειών, χρήσης φθοριούχων και λανθασμένης διατροφικής έξης. Η τελευταία συνήθως αφορά διατροφή του μωρού κατά το βραδινό ύπνο με μπιμπερό που περιέχει γάλα ή άλλα υγρά με ζυμώσιμα ζάχαρα, δηλ. σε ώρες που η έκκριση σάλιου αναστέλλεται στερώντας τα δόντια από τις πολλαπλές προστατευτικές του ιδιότητες. Αυτή η μορφή βαριάς ΤεΒΝΗ μπορεί να προκύψει και ως αποτέλεσμα παρατεταμένου θηλασμού κατά βούληση κατά την διάρκεια της νύχτας, όταν το μωρό κοιμάται μαζί με την μητέρα του ***(εικ. 1)***.

Ο θηλασμός θεωρείται από τους πλέον έγκυρους οργανισμούς ότι προάγει με τον καλύτερο τρόπο τη σωματική και ψυχική υγεία του βρέφους. Η χρήση του όμως, όπως άλλωστε και του μπιμπερό, αποθαρρύνεται όταν το βρέφος είναι ικανό να χρησιμοποιήσει ποτήρι, δηλαδή σε ηλικία περίπου 12-18 μηνών, ενώ συστήνεται παράλληλα η λήψη κατάλληλων μέτρων στοματικής υγιεινής. Χρονικά και τοπογραφικά η βαριά ΤεΒΝΗ, όταν σχετίζεται με το μπιμπερό, προσβάλλει πρώτα και περισσότερο τις χειλικές επιφάνειες των άνω τομέων που δέχονται λιγότερο την προστατευτική δράση του σάλιου, αλλά στη συνέχεια επεκτείνεται και σε παρακείμενες επιφάνειες όπως οι υπερώιες και όμορες, καθώς και οι μασητικές των πρώτων άνω νεογιλών γομφίων. Οι κάτω τομείς παραμένουν χωρίς εμφανείς βλάβες ως πολύ αργότερα, πιθανότατα λόγω της διαβροχής τους με σάλιο και την ελάχιστη επαφή τους με το θρεπτικό υπόστρωμα. Αν συνεχιστεί η υψηλή ενεργότητα της νόσου, είτε σχετίζεται με τη χρήση μπιμπερό είτε όχι, προσβάλλονται και

> Πολλές φορές χρειάζεται μια ευελιξία στο σχεδιασμό θεραπείας, λαμβάνοντας υπόψη την αδυναμία του παιδιού να συνεργαστεί. Η αρχική επιλογή μπορεί να είναι μια συντηρητική θεραπευτική αντιμετώπιση, αναφερόμενη και ως σταθεροποίηση με τακτική παρακολούθηση.
> Αν όμως συντρέχουν ανάγκες άμεσης οριστικής αποκατάστασης, θα ήταν προτιμότερο για το παιδί να παραπέμπονταν σε έναν εξειδικευμένο παιδοδοντίατρο για να λάβει με περισσότερη ασφάλεια την ολοκληρωμένη φροντίδα που χρειάζεται.

Εικ. 14: Α. Ανάσχεση προόδου μικρών χειλικών κοιλοτήτων άνω νεογιλών τομέων και αμφίβολη πρόγνωση όμορων κοιλοτήτων στη μέση γραμμή. Β. Παρά την αργοπορημένη διάγνωση βαριάς ΤεΒΝΗ (τύπου «τερηδόνας του μπιμπερό»), η λήψη θεραπευτικών μέτρων οδήγησε σε ανάσχεση των αλλοιώσεων. Η αποκατάσταση μπορεί ν' ακολουθήσει για αισθητικούς λόγους όταν ο 2ετής ασθενής γίνει συνεργάσιμος.

Εικ. 15: Στόμα παιδιού που παραμελήθηκε εκ νέου 18 μήνες μετά την αποκατάσταση τερηδονικών βλαβών που είχε γίνει σε ηλικία 2 ετών με γενική αναισθησία.

Εικ. 16: Α. Προσθήκη νεογιλών τομέων σε τροποποιημένη πάγια συσκευή τύπου Nance. Β. Επέκταση του ακρυλικού υπερώια στη μέση γραμμή λόγω της εξαγωγής των #54 και 64, για διατήρηση του χώρου τους.

άλλα δόντια όπως οι κυνόδοντες και όλοι οι γομφίοι, ακόμα και οι όμορες επιφάνειες των κάτω πρόσθιων δοντιών.

Η μεγαλύτερη δυσκολία στην αποκατάσταση των βλαβών της βαριάς ΤεΒΝΗ είναι η μειωμένη δυνατότητα συνεργασίας παιδιών κάτω των 3 ετών. Την αντιμετώπιση επανορθωτικών αναγκών στο οδοντιατρείο, χωρίς τη χρήση φαρμάκων που καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα, δυσχεραίνουν:

- Η συνήθης αρνητική αντίδραση φόβου των παιδιών προς ξένα άτομα κάτω από στρεσσογόνες συνθήκες,
- Η έντονη ενστικτώδης αντίδρασή τους με άρνηση θεραπείας στο παραμικρό επώδυνο ερέθισμα και,
- Η δυσκολία τους για συνεργασία μεγάλης διάρκειας για εκτεταμένες αποκαταστάσεις.

Για την Ελλάδα τουλάχιστον, όπου δεν επιτρέπεται στο οδοντιατρείο η καταστολή χωρίς παρουσία αναισθησιολόγου, η αποκατάσταση είναι συχνά απαραίτητο να γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον από εξειδικευμένο/η παιδοδοντίατρο με χορήγηση γενικής αναισθησίας από αναισθησιολόγο, κάτι που ανεβάζει σημαντικά το κόστος θεραπείας.

Συνεπώς, εκτός αν υπάρχουν επείγουσες ανάγκες, η αποκλειστικά συντηρητική (όσο και αιτιολογική) θεραπεία για τη μετατροπή των τερηδονικών αλλοιώσεων σε ανενεργές θα πρέπει να προτιμάται μέχρι να επιτευχθεί συνεργασία του παιδιού για αποκαταστάσεις στο οδοντιατρείο ***(εικ. 14)***. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει:

- Αποτελεσματική στοματική υγιεινή με φθοριούχα οδοντόκρεμα,
- Διακοπή της επιβλαβούς διατροφικής έξης και,
- Συχνούς επανελέγχους για συμβουλευτική και φαρμακευτική παρέμβαση, π.χ. με επάλειψη με φθοριούχο βερνίκι στο οδοντιατρείο.

Εάν ο στόχος της θεραπείας επιτευχθεί οι, ασφαλώς πιο απαιτητικές, συνεδρίες οδοντικών αποκαταστάσεων μπορούν να αναβληθούν για την ηλικία των 3 ετών περίπου, οπότε μπορεί να υπάρξει επικοινωνία και συνεργασία με το παιδί. Αν είναι εφικτό, η τοπική αναισθησία επιτρέπει μεγαλύτερο βάθος αφαίρεσης τερηδονισμένης οδοντίνης. Τελικά γίνεται έμφραξη (με μεσοπρόθεσμη προσδόκιμη επιβίωση) της κοιλότητας με τροποποιημένη με ρητίνη υαλοϊονομερή κονία (ΤΡΥΚ) που είναι και το υλικό εκλογής, λόγω εύκολης τεχνικής, συγκόλλησης με τους οδοντικούς ιστούς και απελευθέρωσης φθορίου.

Σε περίπτωση πολύ προχωρημένων βλαβών βαριάς ΤεΒΝΗ με φλεγμονή πολφού και πόνο, ή με παρουσία συριγγίων λόγω πολφικής νέκρωσης, η γενική αναισθησία είναι μέθοδος εκλογής αν δεν είναι δυνατή η συνεργασία του παιδιού. Αυτή η προσέγγιση δεν πρέπει βέβαια να παραβλέπει την συνεπή εφαρμογή του προληπτικού προγράμματος ***(εικ. 15)***. Οι κυνόδοντες και οι 2οι νεογιλοί γομφίοι προτιμάται να διατηρούνται λόγω της πιο μακρόχρονης παραμονής αλλά και της μεγαλύτερης σημασίας τους στη διευθέτηση της μόνιμης οδοντοφυΐας. Τα υπόλοιπα πρόσθια νεογιλά δόντια είναι προτιμότερο να εξάγονται εάν έχουν εμπλοκή του πολφού, ενώ υπάρχει και η δυνατότητα πολφοτομής των νεογιλών γομφίων. Ως προς τα υλικά αποκατάστασης, για τα οπίσθια δόντια προτιμώνται οι νεότερες ΤΡΥΚ, οι προσχηματισμένες μεταλλικές στεφάνες (ΠΜΣ) γομφίων και οι σύνθετες ρητίνες, ανάλογα με την κάθε περίπτωση ***(εικ. 9)***.

Για την περίπτωση απώλειας κάποιου ή κάποιων πρόσθιων δοντιών από οδοντική τερηδόνα, ή από οδοντικό τραύμα, μπορούν να κατασκευαστούν μεταβατικές κινητές ή ακίνητες συσκευές για την αισθητική, κυρίως, και λιγότερο για τη λειτουργική αποκατάσταση.

Στο νεογιλό φραγμό, η συνήθης λύση είναι η προσθήκη ακρυλικών νεογιλών τομέων σε μια τροποποιημένη ακίνητη συσκευή τύπου Nance με τη βοήθεια μικρής ποσότητας ακρυλικής ρητίνης για τη συγκράτησή τους στο 0.9 mm διατομής σύρμα της συσκευής ***(εικ. 16)***.

Οδοντοφατνιακό τραύμα στα νεογιλά δόντια

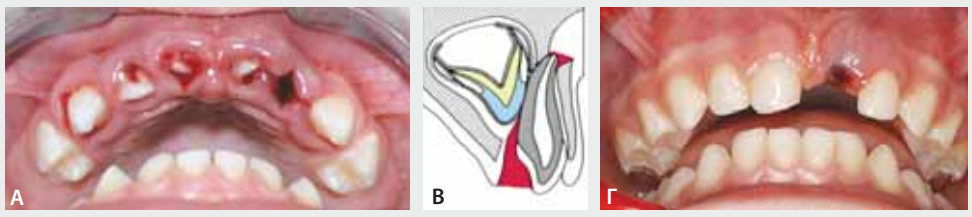
Τουλάχιστον 30% των παιδιών έχουν υποστεί τραύμα στα νεογιλά τους δόντια. Οι τραυματισμοί εκδηλώνονται συχνότερα σε ηλικίες μεταξύ 2,5–5,5 ετών και το 80-85% αυτών περίπου

οφείλεται σε πτώσεις. Τα δόντια που συχνότερα εμπλέκονται στο τραύμα είναι οι άνω κεντρικοί νεογιλοί τομείς ***(εικ. 17).*** Τραύματα σε οπίσθια δόντια είναι πιο σπάνια και συμβαίνουν τυπικά από χτύπημα στο γένειο, ενώ συνήθως αφορούν επιμήκη κατάγματα της μύλης. Σπανιότερα, τέτοιοι τραυματισμοί μπορεί να συνοδεύονται και από κάταγμα στον κόνδυλο της κάτω γνάθου. Βιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον τύπο του τραύματος των νεογιλών δοντιών είναι η δομή του στηρικτικού φατνιακού οστού, το οποίο στα πολύ μικρά παιδιά έχει μειωμένη σκληρότητα και επιδέχεται μεγαλύτερη παραμόρφωση και το μήκος των ριζών τους, το οποίο είναι μικρότερο απ' αυτό των μόνιμων πρόσθιων δοντιών. Εξαιτίας αυτών των παραγόντων γενικά οι μετατοπίσεις, οι οποίες και αποτελούν τραύμα των περιοδοντικών ιστών, είναι πολύ συχνότερες (85%) απ' ότι τα κατάγματα (15%) στις πολύ μικρές ηλικίες.

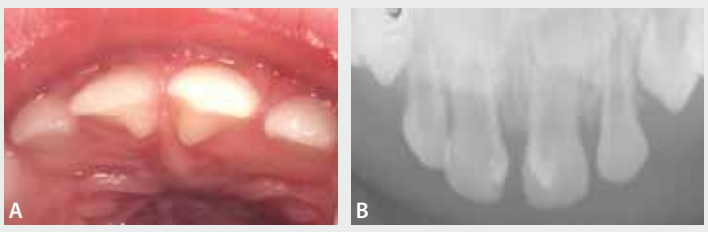
Αναπτυξιακές διαταραχές των δοντιών

Οδοντικές ανωμαλίες είναι πολλών ειδών όπως αριθμού, σχήματος και μεγέθους δοντιού, δομής των οδοντικών ιστών κλπ. Μια ανωμαλία που εμφανίζεται και στη νεογιλή οδοντοφυΐα, συχνότερα στην υπερώια επιφάνεια των κεντρικών άνω τομέων, και μπορεί να απαιτεί παρέμβαση είναι το ονυχοειδές φύμα (talon). Αυτό, ανάλογα με το μέγεθός του, μπορεί να εμποδίζει την ορθή σύγκλειση του συγκεκριμένου δοντιού ***(εικ. 18).***

Γενικευμένες υποπλασίες παρατηρούνται σχετικά σπάνια. Κλινικά, μπορεί να παρατηρούνται μερική ή ολική έλλειψη της αδαμαντίνης σε σημαντική έκταση του δοντιού, ή εντυπώματα, γραμμώσεις και αύλακες, μονήρεις ή πολλαπλές, με λεία εξωτερικά όρια. Μερικά ιατρικά νοσήματα μπορεί να προκαλέσουν αναπτυξιακές οδοντικές βλάβες, όχι μόνο με τη μορφή της υποπλασίας, αλλά και της υπεναλάτωσης ή και της δυσχρωμίας. Οι βλάβες που προκαλούνται, συχνά δεν μπορούν να αποδοθούν σε συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα, βγαίνουν όμως κάποια συμπεράσματα με τη βοήθεια του ιατρικού ιστορικού του παιδιού ***(εικ. 19).*** Υπεύθυνες μπορεί να είναι η προωρότητα



Εικ. 17: Α. Πολλαπλή ενσφήνωση πρόσθιων δοντιών σε νήπιο 2 ετών (και εκγόμφωση του #62). Β. Συνήθης μετακίνηση του ακρορριζίου σε προστομιακή κατεύθυνση σε περιπτώσεις ενσφήνωσης νεογιλού τομέα. Διαπιστώνεται συνοδό κάταγμα στο προστομιακό φατνιακό πέταλο. Γ. Πλήρης εκγόμφωση του #61. Δεν συνιστάται αναφύτευση.



Εικ. 18: Α. Ονυχοειδή φύματα στην υπερώια επιφάνεια άνω κεντρικών νεογιλών τομέων. Καθώς ανατέλλουν τα δόντια, τα φύματα γίνονται πιο εμφανή και επιχειρείται περιοδικός εκτροχισμός τους. Β. Η ακτινογραφία τους παρουσιάζει με ιδιαίτερα ευρείς ριζικούς σωλήνες.

Εικ. 19: Α. Νήπιο 16 μηνών με ιστορικό πρόωρης γέννησης 25 εβδομάδων κύησης. Πιθανό ιατρογενές τραύμα κατά τη διασωλήνωση στη θερμοκοιτίδα, ή και επιρροή διαταραχών διατροφής/μεταβολισμού. Β. Ατελής οδοντινογένεση νηπίου σε οδοντική σύγκλειση.

Εικ. 20: Α, Β. Κλινική εικόνα πρωτοπαθούς ερπητικής ουλοστοματίτιδας σε νήπιο 16 μηνών. Παρατηρούνται φυσαλίδες στην περιστοματική περιοχή που περιβάλλονται από ερυθρή άλω, ενώ ενδοστοματικά παρατηρούνται φλεγμονή του βλεννογόνου και συρρέουσες φυσαλίδες. Γ. Συγγενής κοκκιοκυτταρικός όγκος ή συγγενής επουλίδα νεογνού.

της γέννησης, σοβαρές χρόνιες ιογενείς και μικροβιακές λοιμώξεις, υψηλός πυρετός και καταστάσεις με πιθανή επίδραση στο μεταβολισμό του Ca και την εναλάτωση των ιστών. Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις κληρονομικών δυσπλασιών των οδοντικών ιστών. Πχ η διάκριση της ατελούς οδοντινογένεσης (dentinogenesis imperfecta) σε τρεις τύπους βασίζεται σε κλινικά, ακτινογραφικά και ιστολογικά ευρήματα. Εκτός από μερικές περιπτώσεις τύπου Ι, οι κληρονομικές δυσπλασίες της οδοντίνης μεταβιβάζονται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα. Συχνότεροι είναι οι τύποι Ι και ΙΙ με συνολικό επιπολασμό περίπου 1:6.000-8.000.

Στοματολογικά ευρήματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας

Μεταξύ των πολλών ευρημάτων συχνότερα σε τόσο μικρή ηλικία αποτελούν οι ιογενείς λοιμώξεις που εκδηλώνονται μετά την ηλικία των 6 μηνών της ζωής ενός βρέφους. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι μέχρι την ηλικία των 6 μηνών στο αίμα των βρεφών ανιχνεύονται ειδικά αντισώματα μητρικής προέλευσης. Μετά από αυτή την ηλικία τα μητρικά αντισώματα εξαφανίζονται με αποτέλεσμα το βρέφος να χάνει την ειδική ανοσία που το προστάτευε και να γίνεται πιο ευάλωτο στη λοιμογόνο δράση των ιών. Η πρωτοπαθής ερπητική ουλοστοματίτιδα είναι το πλέον συχνότερο ***(εικ. 20).*** Σε ποσοστό μεγαλύτερο του 95% των περιπτώσεων, αίτιο της πρωτοπαθούς ερπητικής ουλοστοματίτιδας είναι ο ιός του απλού έρπητα.

Αντίθετα οι συγγενείς κοκκιοκυτταρικοί όγκοι ή συγγενείς επουλίδες των νεογνών είναι καλοήθεις, σχετικά σπάνιοι όγκοι, άγνωστης αιτιολογίας που εμφανίζονται με την γέννηση και εντοπίζονται σχεδόν αποκλειστικά στις φατνιακές ακρολοφίες των νεογνών, με αναλογία κοριτσιών/αγοριών 9/1 ***(εικ. 20).*** Κατά κανόνα υποστρέφουν μετά την πάροδο κάποιων μηνών. Αν δεν συμβεί υποστροφή συνιστάται η χειρουργική εξαίρεσή τους.

Το επίπεδο οδοντιατρικών υπηρεσιών προς το παιδί πρέπει να έχει χαρακτηριστικά ποιότητας που να μπορεί να πιστοποιηθεί. Η φροντίδα και οι θεραπευτικές επιλογές δεν πρέπει να είναι εμπειρικές, ή ακόμα και βασισμένες απλά σε γνώμες ειδικών, αλλά όσο το δυνατό περισσότερο στην τεκμηρίωση, δηλαδή σε μελέτες που σχεδιάζονται με τυχαιοποίηση και ομάδα μαρτύρων (RCT, randomized control trial), καθώς και σε μετα-αναλύσεις μελετών, εφόσον υπάρχουν. Η τεκμηρίωση των επιλογών διαγνωστικής, προληπτικής, είτε αποκαταστατικής παρέμβασης είναι αντικείμενο έντονης αναζήτησης στην παιδοδοντιατρική, όπως και στα άλλα πεδία της ιατρικής επιστήμης.

Όλα τα παραπάνω που αναφέρονται στο άρθρο αυτό για τη συγκεκριμένη περίοδο βρεφικής και προνηπιακής ηλικίας αποτελούν αποσπάσματα από το νεοεκδοθέν (2015) Ελληνικό βιβλίο Παιδοδοντιατρικής του Ν. Κοτσάνου.

19η Πανελλήνια Οδοντιατρική και Οδοντοτεχνική Έκθεση

dental Athens 2016

8-10 Απριλίου 2016

80 εκθέτες
8.000 τετραγωνικά μέτρα

Μην την χάσετε!

HELEXPO MAROUSSI

ΕΚΘΕΣΙΑΚΟ & ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
Λεωφ. Κηφισίας 39, **Μαρούσι**

ΔΙΟΡΓΑΝΩΤΗΣ

Πανελλήνιος Σύνδεσμος Εμπόρων Οδοντιατρικών Ειδών
Τηλ: 210 3807954 | pseeooe@otenet.gr

POS στα οδοντιατρεία: Η νέα πραγματικότητα των συναλλαγών είναι εδώ

Οι πιστωτικές κάρτες, επειδή αποτελούν μια πιο εύκολη και χωρίς κινδύνους λύση, αποτελούν τον κανόνα στις συναλλαγές σε διεθνές επίπεδο, ώστε οι περισσότεροι άνθρωποι πλέον διαθέτουν ελάχιστα χρήματα σε μετρητά σε μια δεδομένη χρονική στιγμή.

Η δύσκολη εγχώρια οικονομική συγκυρία που διανύουμε έχει επηρεάσει με ποικίλους τρόπους την εργασιακή καθημερινότητα όλων των επαγγελμάτων. Η επιβολή κεφαλαιακών ελέγχων ενέτεινε το ήδη υπάρχον πρόβλημα της μειωμένης ρευστότητας στην αγορά και έφερε νέα δεδομένα στις καθημερινές μας συναλλαγές, στις οποίες σημειώθηκε μια σημαντική άνοδος της χρήσης πιστωτικών /χρεωστικών καρτών. Κατά συνέπεια, οι περισσότερες επιχειρήσεις εφοδιάστηκαν με τερματικά αποδοχής καρτών (POS), προκειμένου να συνεχίσουν να εκτελούνται με ομαλό τρόπο οι συναλλαγές.

Πριν από 20 χρόνια, οι πιστωτικές κάρτες σπάνια γίνονταν αποδεκτές από τα οδοντιατρεία. Ωστόσο, η σημερινή οικονομική πραγματικότητα όσο και οι ανάγκες ψηφιοποίησης του οδοντιατρείου έχουν οδηγήσει σε έναν επανακαθορισμό του τρόπου συναλλαγής με τους ασθενείς. Στο εξωτερικό, τα οδοντιατρεία εδώ και αρκετά χρόνια εισπράττουν τις πληρωμές διατραπεζικά και μάλιστα τα λογισμικά πακέτα οργάνωσης και διαχείρισης του οδοντιατρείου προσφέρουν ακόμη και δυνατότητες επεξεργασίας ηλεκτρονικών πληρωμών.

Στο πλαίσιο αυτό, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, αλλά και οι Οδοντιατρικοί Σύλλογοι της χώρας θεώρησαν σκόπιμο να εξετάσουν τη δυνατότητα εφοδιασμού των οδοντιατρείων με POS, ώστε να διευκολύνουν τους ασθενείς ως προς την αποπληρωμή των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Η ΕΟΟ εξασφάλισε κατόπιν επαφών της αρμόδιας Επιτροπής με τους μεγαλύτερους τραπεζικούς οργανισμούς προσφορές που αφορούν τους όρους εγκατάστασης και συντήρησης των POS που θα ισχύουν αποκλειστικά για τους οδοντιάτρους και οι οποίες έχουν ήδη σταλεί στους Οδοντιατρικούς Συλλόγους. Σε πολλές περιπτώσεις, Οδοντιατρικοί Σύλλογοι, όπως ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αθηνών προέβησαν σε απευθείας επαφές με συστημικές τράπεζες για να εξασφαλίσουν στα μέλη τους ακόμη καλύτερους όρους για την τοποθέτηση των τερματικών συσκευών.

Της **Ηλιάνας Γιαννούλη** δημοσιογράφου

Το «ΟΒ» έχει την χαρά να φιλοξενεί τον Πρόεδρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής, κ. **Αθανάσιο Υφαντή**, ο οποίος μας μίλησε για την πρωτοβουλία του ΟΣΑ να εξετάσει την προοπτική τοποθέτησης POS στα οδοντιατρεία, τις προτάσεις προσφορών που προέκυψαν από τις διαπραγματεύσεις με τράπεζες, καθώς και τα πλεονεκτήματα που αναμένεται να έχει η τοποθέτηση τέτοιων συσκευών στα οδοντιατρεία. Ωστόσο διευκρινίζει ότι αν και η χρήση των POS συνιστά μια σημαντική διευκόλυνση, δεν θα πρέπει να γίνει υποχρεωτική ως μοναδικό αποδεκτό μέσο πληρωμής των οδοντιάτρων, καθώς εξακολουθούν να υπάρχουν ασθενείς που δεν χρησιμοποιούν κάρτες, ή δεν έχουν την δυνατότητα να λάβουν κάρτα.

Κύριε Υφαντή, έχετε αναλάβει μια πρωτοβουλία σχετικά με τον εξοπλισμό των οδοντιατρείων με τερματικά αποδοχής καρτών (POS). Μπορείτε να μας πείτε σε ποιο στάδιο βρίσκεται σήμερα η υλοποίηση αυτής της πρωτοβουλίας;

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής αντιλαμβανόμενος τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα μέλη του, προχωρεί σε πρωτοβουλίες με στόχο την διευκόλυνση τους στην δυσχερή οικονομική συγκυρία. Στα πλαίσια αυτά, πρωτοπορώντας εδώ και 19 χρόνια, είχε μεριμνήσει για την πληρωμή των εργασιών των μελών του μέσω πιστωτικών καρτών.

Μετά όμως και την επιβολή των κεφαλαιακών ελέγχων στις τράπεζες, αντιλαμβανόμενοι τις δυσκολίες που ανέκυψαν στην πληρωμή πολλών συναδέλφων από τους ασθενείς τους, αναλάβαμε πρωτοβουλία και ήρθαμε σε επαφή με τις τέσσερεις συστημικές τράπεζες (Alpha, Eurobank, Εθνική και Πειραιώς) για να επιτύχουμε καλύτερους όρους συνεργασίας για την τοποθέτηση τερματικών αποδοχής καρτών (POS) στα ιατρεία όσων συναδέλφων το επιθυμούν.

Σήμερα που μιλάμε, οι τράπεζες έχουν υποβάλει τις προτάσεις τους και αυτές αξιολογήθηκαν από το Δ.Σ. Στην ιστοσελίδα του συλλόγου www.osanet.gr, έχουν αναρτηθεί οι προτάσεις των Τραπεζών για ενημέρωση όλων των συναδέλφων.

Οπότε, αυτή η πρωτοβουλία δεν συνδέεται με αντίστοιχες ενέργειες στις οποίες προέβη η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία και κατά συνέπεια οι όροι συνεργασίας που έχετε εξασφαλίσει με αυτές τις τράπε-

Η άποψη του ειδικού

Το «ΟΒ» συνομίλησε με τον κ. **Φάνη Πρόδρομο** υπεύθυνο για πολλά χρόνια στο κομμάτι των καρτών στη Citibank, ο οποίος μας εξηγεί όλα όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τις συναλλαγές με πλαστικό χρήμα.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες καρτών με τις οποίες οι ασθενείς μπορούν να πραγματοποιήσουν τις πληρωμές τους, οι χρεωστικές και οι πιστωτικές. Μπορείτε να μας εξηγήσετε εν συντομία τις διαφορές τους;

Η διαφορά μεταξύ χρεωστικών καρτών και πιστωτικών είναι πως στις χρεωστικές οι οποίες είναι συνδεδεμένες στον λογαριασμό του πελάτη η αγορά μπορεί να γίνει μέχρι του ποσού που έχει διαθέσιμο στον λογαριασμό του. Αν π.χ. ένας πελάτης έχει 800 ευρώ στον τραπεζικό του λογαριασμό μέχρι αυτού του ποσού θα κινηθεί. Στις πιστωτικές υπάρχει συγκεκριμένο όριο που δίνει η τράπεζα σε έναν πελάτη. Αν π.χ. το όριο του είναι 2.000 ευρώ και έχει χρησιμοποιήσει με μια αγορά 300 ευρώ αν δεν εξοφληθεί το υπόλοιπο εντός του μηνός, ο πελάτης θα πληρώσει τον τόκο που έχει καθορίσει η τράπεζα για τις ημέρες που έχει μείνει το ποσό ανεξόφλητο (ο τόκος των καρτών φτάνει μέχρι και το 19,25 % πλέον των συνδρομών που έχει ένας πελάτης ετησίως).

Τι θα πρέπει να προσέχει ένας οδοντίατρος κατά την συναλλαγή με κάρτες; Υπάρχουν κάποιοι κίνδυνοι για το οδοντιατρείο;

Ο οδοντίατρος θα πρέπει να ταυτοποιεί τα στοιχεία του ασθενούς με ΑΔΤ, δηλαδή να πιστοποιεί ότι είναι απέναντι του ο ίδιος ο κάτοχος της κάρτας, ώστε να μην γίνει κάποια αμφισβήτηση σε περίπτωση κλοπής ή χρήσης από άτομο που δεν είναι η κάρτα στο όνομά του, γεγονός που θα ανάγκαζε τον οδοντίατρο να επιστρέψει τα χρήματα πίσω και να χάσει την συναλλαγή. Η ταυτοποίηση είναι απαραίτητο στοιχείο με έναν πελάτη/ασθενή.

Όταν πραγματοποιηθεί μια συναλλαγή με κάρτα πότε αναμένουμε να φανεί στον τραπεζικό μας λογαριασμό;

Θα πρέπει ο επιχειρηματίας στο τέλος της ημέρας να εκδίδει το κλείσιμο της ημέρας και των συναλλαγών και να αποστέλλεται το πακέτο με τα ποσά στην τράπεζα. Συνήθως, οι τράπεζες καταθέτουν τα χρήματα στον επιχειρηματία σε 2-3 εργάσιμες ημέρες από την στιγμή του κλεισίματος και αποστολής των συναλαγών. Από την στιγμή που θα εγκριθεί η συναλλαγή από την τράπεζα, ο επιχειρηματίας θα λάβει τα χρήματα του.

Μπορείτε να μας διευκρινίσετε το θέμα της «προμήθειας» σε κάθε συναλλαγή που πραγματοποιείται μέσω καρτών. Ποιοι παράγοντες καθορίζουν το ύψος της προμήθειας και τι θα πρέπει να προσέξει ο οδοντίατρος;

Κάθε πιστωτική κάρτα έχει και διαφορετική παρακράτηση προμήθειας στον επιχειρηματία. Π.χ. visa / mastercard κυμαίνονται από 2-2,5 %, η diners περίπου στο 3 % κ.ο.κ. Θα πρέπει λοιπόν ο κάθε επιχειρηματίας, στην προκειμένη περίπτωση ο οδοντίατρος, να υπολογίζει με βάση τα έξοδα που έχει, το κόστος της παρακράτησης στο κέρδος του.

Το ύψος της προμήθειας καθορίζεται από την τράπεζα και καλό είναι στην υπογραφή συμβάσεων να γνωρίζει ξεκάθαρα το κόστος που έχει κάθε «πλαστικό» που περνάει από το τερματικό του. Επίσης, αν παρέχει δικαίωμα δόσεων, για παράδειγμα αν κάνει μια συναλλαγή 60 ευρώ σε τρεις δόσεις ,θα εισπράττει κάθε μήνα 20 ευρώ μείον την προμήθεια έως ότου συμπληρωθεί το τρίμηνο.

Σε περίπτωση που θέλει να λάβει όλο το ποσό απευθείας θα πρέπει να κάνει ειδική σύμβαση με τον τραπεζικό οργανισμό προεξόφλησης ποσού που τον επιβαρύνει με επιπλέον προμήθεια (η τιμολόγηση διαφοροποιείται από τράπεζα σε τράπεζα).

Τι θα πρέπει να συνυπολογίσει ο οδοντίατρος πριν αποφασίσει ποιο τερματικό καρτών θα χρησιμοποιήσει στο ιατρείο του;

Θα πρέπει να γνωρίζει όλα τα έξοδα που υπάρχουν, π.χ. συντήρησης καθώς και παροχής service καθώς και ετήσια έξοδα, εφόσον υπάρχουν, ώστε να έχει πλήρη γνώση του ποσού που θα πρέπει να δαπανήσει (όλα πρέπει να αναγράφονται πάνω στις συμβάσεις βάσει νόμου) καθώς και να υπάρχει η δυνατότητα το τερματικό να δέχεται όλες τις κάρτες της αγοράς.

ζες αφορούν αποκλειστικά τα μέλη του ΟΣΑ;

Εμείς, ως Σύλλογος, μετά από αιτήματα συναδέλφων, κινητοποιηθήκαμε αρκετό καιρό πριν η ΕΟΟ ξεκινήσει τις διερευνητικές της επαφές με τις τράπεζες. Όπως σας ανέφερα ήδη, ως Σύλλογος υπήρξαμε πρωτοπόροι στο θέμα και εδώ και 19 χρόνια είχαμε προχωρήσει σε συνεργασία με συγκεκριμένη τράπεζα, ώστε τα μέλη του Συλλόγου να μπορούν να εξοφλούνται για τις εργασίες τους μέσω πιστωτικών καρτών, κάνοντας χρήση των χειροκινήτων τερματικών υποδοχής. Μάλιστα, τότε είχαμε δεχθεί και έντονες επικρίσεις γι' αυτή μας την ενέργεια, καθώς μας κατηγόρησαν για αντιδεοντολογική συμπεριφορά. Φυσικά, όπως και τότε έτσι και τώρα πρωταρχικός και μοναδικός μας στόχος είναι η διευκόλυνση τόσο των ασθενών όσο και των οδοντιάτρων.

Οι όροι συνεργασίας που αναφέρουμε αφορούν στα μέλη του ΟΣΑ, με την προϋπόθεση να μπορούν να πάρουν POS από την τράπεζα. Οι συνάδελφοι από άλλους Συλλόγους καλό είναι να επικοινωνούν με τους Συλλόγους τους, για να ενημερώνονται σχετικά.

Ο κάθε οδοντίατρος μπορεί ελεύθερα να επιλέξει όποια από τις τέσσερεις προτάσεις του φαίνεται πιο συμφέρουσα;

Ακριβώς, μπορεί να επιλέξει την προσφορά που εξυπηρετεί καλύτερα τις ανάγκες του. Υπάρχουν βέβαια και προϋποθέσεις που σχετίζονται με την πιστοληπτική ικανότητα κάθε συναδέλφου και την ύπαρξη των κεφαλαιακών ελέγχων αφού δεν επιτρέπεται το άνοιγμα νέων λογαριασμών. Σε συνδυασμό όμως με αίτηση για POS κατ' εξαίρεση επιτρέπεται το άνοιγμα λογαριασμού, αρκεί να μην διαθέτει ο συνάδελφος, επαγγελματικό λογαριασμό σε άλλη τράπεζα.

Είχατε δεχθεί σχετικά αιτήματα από μέλη του Συλλόγου για την τοποθέτηση POS στα οδοντιατρεία;

Πράγματι πολλοί συνάδελφοι επικοινώνησαν με τον Σύλλογο και έθεσαν αυτό το αίτημα. Όπως επανειλημμένα έχουμε τονίσει η κρίση που υποβόσκει εδώ και 6 χρόνια έχει επιφέρει μείωση του τζίρου στα ιατρεία μας της τάξεως του 40-50%. Τα capital controls ήρθαν επιπρόσθετα και ενέτειναν σε σημαντικό βαθμό το πρόβλημα.

Θα ήθελα στο σημείο αυτό να επισημάνω ότι όπως και στο ζήτημα της τοποθέτησης POS στα οδοντιατρεία από την πρώτη στιγμή βρεθήκαμε στο πλευρό των οδοντιάτρων και κινητοποιηθήκαμε έγκαιρα για την ανεύρεση συμφερουσών λύσεων, με το ίδιο σκεπτικό αποφασίσαμε να τοποθετήσουμε POS και στα γραφεία του Συλλόγου, ώστε να διευκολύνουμε τους συναδέλφους στην πληρωμή των συνδρομών τους, τόσο των τρεχουσών όσο και των παλαιότερων.

Η έλλειψη ρευστού δυσκόλευε τις καθημερινές συναλλαγές των οδοντιάτρων με τους ασθενείς τους;

Η αλήθεια είναι ότι και εμείς αντιληφθήκαμε αμέσως στα ιατρεία μας την δραματική επίπτωση των κεφαλαιακών ελέγχων, στην οικονομική κατάσταση των ασθενών μας, οι οποίοι αδυνατούσαν να ανταποκριθούν στις οικονομικές υποχρεώσεις τους λόγω έλλειψης ρευστού.

Επίσης, διαπιστώσαμε με βάση και τις μαρτυρίες πολλών συναδέλφων, ότι πολλοί ασθενείς ζητούν να εξοφλήσουν τις οφειλές τους με δόσεις, γεγονός που δημιουργεί δυσκολίες αλλά και τον κίνδυνο να μην εξοφληθούν οι δόσεις. Η χρήση κάρτας για τον σκοπό αυτό, διασφαλίζει τους συναδέλφους σε σημαντικό βαθμό.

Ακόμη μεριμνήσαμε έτσι ώστε στις προσφορές που λάβαμε, αξιολογήθηκε και η δυνατότητα πρόωρης είσπραξης των δόσεων. Αυτή η δυνατότητα δόθηκε από τις Τράπεζες, με μία παρακράτηση ποσοστού της τάξης του 6-7% περίπου. Έτσι όσοι συνάδελφοι επιθυμούν θα μπορούν να εισπράξουν άμεσα το ποσό των δόσεων δίνοντας στην τράπεζα το προαναφερθέν ποσοστό, χωρίς να περιμένουν την σταδιακή καταβολή των δόσεων.

Έχετε κάποια στοιχεία για το πόσοι περίπου οδοντίατροι ενδιαφέρονται να εξοπλίσουν τα οδοντιατρεία τους με POS;

Είναι ακόμη νωρίς να μιλήσουμε για αριθμούς δεδομένου ότι οι συζητήσεις μόλις πρόσφατα ολοκληρώθηκαν και υπάρχει μια γραφειοκρατική διαδικασία που είναι σε εξέλιξη.

Για τους λόγους αυτούς δεν έχουμε στοιχεία για αριθμό συναδέλφων που ενδιαφέρονται για την τοποθέτηση τερματικών αποδοχής καρτών στα ιατρεία τους. Μπορούμε όμως σίγουρα να πούμε ότι υπάρχει έντονο ενδιαφέρον, όπως το αντιλαμβανόμαστε από την καθημερινή επαφή μας με τους συναδέλφους.

Ποια πιστεύετε ότι θα είναι τα πλεονεκτήματα από αυτή την ενέργεια;

Η τοποθέτηση των τερματικών δίνει πλεονεκτήματα στο ιατρείο, αφού μειώνει τον κίνδυνο αθέτησης πληρωμών από τους ασθενείς, ενώ δίνει και την δυνατότητα όπως είπαμε και πριν, για εξόφληση σε δόσεις, γεγονός που διευκολύνει τους ασθενείς, ενώ υπάρχει και η δυνατότητα, εφόσον τηρούνται οι προϋποθέσεις, για προεξόφληση των δόσεων.

Όμως πρέπει να έχουμε υπόψη μας, ότι η τοποθέτηση τερματικού αποδοχής καρτών ΔΕΝ είναι υποχρεωτική, ενώ για κάθε συναλλαγή θα καταβάλλεται ποσοστό 0,8% στην τράπεζα. Μετά το πρώτο έτος και εφόσον δεν έχει επιτευχθεί ένας συμφωνημένος στόχος τζίρου, θα υπάρχει μηνιαία συνδρομή για την υποστήριξη του μηχανήματος που κυμαίνεται από 2,5 ευρώ το μήνα έως και 11 ευρώ το μήνα ανάλογα με την Τράπεζα.

Ολοκληρώνοντας την απάντηση μου και με δεδομένο ότι ο Σύλλογος μας αφουγκράζεται την καθημερινότητα και λαμβάνει πρωτοβουλίες όπως πριν από χρόνια με τις πιστωτικές κάρτες, θέλω να τονίσω ότι η χρήση των POS είναι μια διευκόλυνση, όμως δεν δεχόμαστε σε καμία περίπτωση ότι πρέπει να γίνει υποχρεωτικό ως μοναδικό αποδεκτό μέσο πληρωμής των Οδοντιάτρων.

Έξαλλου, ας μην ξεχνάμε ότι πολλοί ασθενείς είτε δεν έχουν κάρτες είτε δεν έχουν την δυνατότητα να αποκτήσουν κάρτες.

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

ΙΣΤΟΠΛΑΣΜΩΣΗ:
Συχνός στόχος το στόμα

Η ιστοπλάσμωση ταξινομείται στις συστηματικές μυκητιάσεις και οφείλεται στο μύκητα Histoplasma capsulatum. Η νόσος ενδημεί σε ορισμένες περιοχές του πλανήτη με θερμό και υγρό κλίμα. Στην Ελλάδα η νόσος είναι σπάνια και συνήθως πρόκειται για άτομα που έχουν επισκεφθεί χώρες που ενδημεί η νόσος ή άτομα από αυτές τις χώρες. Με κλινικά κριτήρια η νόσος ταξινομείται σε 3 βασικές μορφές: την οξεία πνευμονική, τη χρόνια πνευμονική και τη γενικευμένη. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται κατεξοχήν στη γενικευμένη μορφή της νόσου σε υψηλή συχνότητα. Κλινικά πρόκειται για άτυπες ελκώσεις που δημιουργούν έντονο διαγνωστικό πρόβλημα για την επίλυση του οποίου απαιτείται βιοψία και ιστολογική εξέταση με ειδικές χρώσεις.

Η ιστοπλάσμωση είναι συστηματική μυκητίαση που οφείλεται στο δίμορφο μύκητα Histoplasma capsulatum, και μεταδίδεται με σπόρους κυρίως με την αναπνοή και σπάνια με άμεση επαφή με το δέρμα. Ενδημεί σε ορισμένες περιοχές των ΗΠΑ (κοιλάδα Ohio και Mississippi), σε χώρες της Νοτίου και Κεντρικής Αμερικής, την Αφρική, την Ασία, ενώ είναι σπάνια σε ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Σε ενδημικές περιοχές το 80-90% του πληθυσμού έχει μολυνθεί και παρουσιάζει θετική τη δερματική δοκιμασία ιστοπλασμίνης. Αυξημένη συχνότητα ιστοπλάσμωσης παρατηρείται σε ασθενείς με λοίμωξη HIV, και άλλους ανοσοκατασταλμένους. Κλινικά, η νόσος ταξινομείται σε τρεις μορφές: την οξεία πνευμονική, τη χρόνια πνευμονική και τη γενικευμένη. Το στόμα προσβάλλεται συνήθως στη γενικευμένη μορφή της νόσου.

Κλινικά, χαρακτηρίζεται από χαμηλό πυρετό για πολύ καιρό, βήχα, δύσπνοια, οπισθοστερνικό πόνο, διόγκωση σπλήνα και ήπατος, λεμφαδενοπάθεια, ενδοκρινοπάθεια κ.ά. Το στόμα προσβάλλεται σε ποσοστό 35-45%. Κλινικά, παρατηρούνται ερυθρόλευκες, ανώμαλες ελκώσεις με βλαστική επιφάνεια και, σπάνια, οζίδια, που εντοπίζονται στην υπερώα, τα ούλα, τη γλώσσα, τα χείλη και συνοδεύονται από περιοχική λεμφαδενίτιδα ***(Εικ. 1, 2, 3, 4)***. Οι βλάβες του στόματος μπορεί να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση γενικευμένης ιστοπλάσμωσης. Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό και την κλινική εικόνα, πρέπει όμως να τεκμηριωθεί και εργαστηριακά. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει πολλά νοσήματα που βρίσκονται ταξινομημένα στον ***Πίνακα 1***.

Εικ. 1: Ιστοπλάσμωση στόματος (μονή βλάβη) έλκωση φατνιακού βλεννογόνου και οίδημα.

Εικ. 2: Ιστοπλάσμωση στόματος πλήρης επούλωση της έλκωσης του ασθενούς 1 μήνα μετά τη θεραπεία με fungoral.

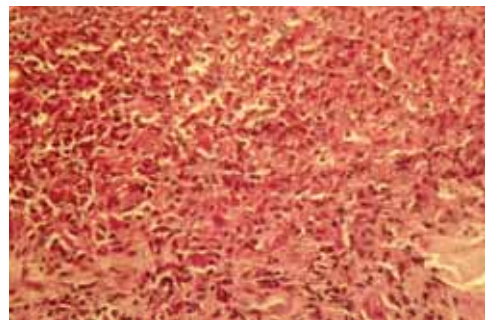
Εικ. 3: Ιστοπλάσμωση στην υπερώα, παρατηρούνται 2 μικρές ελκώσεις.

Πίνακας 1
Διαφορική διάγνωση ιστοπλάσμωσης

- Άλλες συστηματικές μυκητιάσεις που προσβάλλουν το στόμα
- Φυματίωση
- Σύφιλη
- Κοκκιωμάτωση Wegener
- Mn-Hodgkin λέμφωμα
- Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα
- Μεγάλες άφθες
- Λεϊσμανίαση

Η ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη για τελική διάγνωση. Μικροσκοπικά παρατηρούνται άφθονα ιστιοκύτταρα και γιγαντοκύτταρα με χαρακτηριστική παρουσία του μικροοργανισμού που γίνεται εμφανής κυρίως με χρώση PAS και Gomori methenamine silver ***(Εικ. 5, 6)***. Επιπλέον, η αντίδραση PCR είναι χρήσιμη διαγνωστικά.

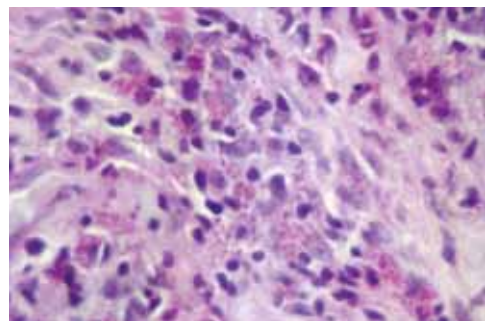
Εικ. 4: Ιστοπλάσμωση υπερώας εκτεταμένης άτυπης έλκωσης στην μαλακή και σκληρή υπερώα.



Εικ. 5: Ιστοπλάσμωση στόματος, κοκκιωματώδης αντίδραση με λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα, ιστιοκύτταρα και γιγαντοκύτταρα.

Θεραπευτικά, φάρμακο πρώτης επιλογής για σοβαρές περιπτώσεις της νόσου είναι η παρεντερική χορήγηση αμφοτερικίνης Β σε δόση 1 mg/kg την ημέρα για 2-3 εβδομάδες και στη συνέχεια ιτρακοναζόλη από το στόμα 200-400 mg την ημέρα για 6-12 μήνες. Σε ήπιες μορφές η χορήγηση μόνο ιτρακοναζόλης είναι επαρκής.

Συμπερασματικά, η ιστοπλάσμωση ανήκει στην ομάδα νόσων του στόματος που δημιουργεί έντονο διαγνωστικό πρόβλημα, η επίλυση του οποίου απαιτεί βασικές και ειδικές γνώσεις παθολογίας από τον Στοματολόγο.



Εικ. 6: Ιστόπλασμα capsulatum μέσα στα κύτταρα με χρώση PAS (κόκκινα κοκκία).

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
180€

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Έκδοση: «ΟΒ». ©2013. Σελίδες: 536
Σκουφά 64, 106 80 Αθήνα, Τηλ. 210 3814 939, www. odvima.gr, e-mail: odvima@otenet.gr

OptraGate®

Απωθητήρας χειλιών και παρειών χωρίς λάτεξ

Η άνετη λύση για καλύτερο πεδίο

ΝΕΟ: τώρα διαθέσιμο σε μπλέ και ροζ

- Αποτελεσματική θεραπεία και πιο εύκολη σχετική απομόνωση.
- Μεγεθυμένο πεδίο εργασίας και εύκολη πρόσβαση στην κοιλότητα.
- Αυξημένη άνεση για τους ασθενείς.
- Ελκυστικά χρώματα για ευκολότερη αποδοχή από τα παιδιά.

www.ivoclarvivadent.gr

Επίσημοι διανομείς:

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

Metrodent OE
- Πατησίων 21 / 104 32 Αθήνα / τηλ: 210 523 5981 / www.metrodent.gr

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Focus on Implantology

Η ITI (International Team for Implantology) είναι μια ανεξάρτητη επιστημονική εταιρεία, παγκόσμιας απήχησης και διεθνούς συμμετοχής, που σκοπό της έχει να εξελίξει, να προωθήσει και να κάνει προσιτή την τεκμηριωμένη γνώση στον τομέα της οδοντικής εμφυτευματολογίας και ανάπλασης συναφών ιστών προς όφελος του ασθενή.
Σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας της, η ITI συνέβαλε σημαντικά στην επιστημονική γνώση πίσω από την ανάπτυξη της θεραπείας με εμφυτεύματα και στην ανάλογη και σχετική μεθοδολογία. Σήμερα που οι αποκαταστάσεις με εμφυτεύματα κατέχουν μεγάλο μέρος της καθημερινής οδοντιατρικής πράξης με διευρυνόμενες κλινικές εφαρμογές από μεγάλο αριθμό οδοντιάτρων και για αυξανόμενο πληθυσμό ασθενών, η ITI έχει εστιάσει την επιστημονική της δράση στην εκπαίδευση, στην ανάπτυξη τυποποιημένων θεραπευτικών μεθόδων, στην εκτίμηση κλινικών δυσκολιών και κινδύνων και στην ποιοτική διασφάλιση για αξιόπιστα αποτελέσματα. Καθοδηγούμενη από το όραμά της, η ITI προσπαθεί και επιδιώκει να φτάσει το μήνυμα της θεραπευτικής και ερευνητικής φιλοσοφίας της σε ένα διαρκώς αυξανόμενο κοινό που θα μπορούσε να ωφεληθεί από το πλεονέκτημα της τεκμηριωμένης πληροφόρησης. Με βασικό στόχο τη διασπορά της γνώσης μέσα από εκπαιδευτικές διαδικασίες διαφόρων τύπων και δυναμικής, το Τμήμα ITI Ελλάδας & Κύπρου εγκαινιάζει από το παρόν τεύχος του «ΟΒ», μια ευκαιρία επικοινωνίας, έναν δίαυλο ενημέρωσης και μια αφορμή προβληματισμού για κλινικά χρήσιμα θέματα που σχετίζονται με την οδοντική εμφυτευματολογία.

Επένθετες οδοντοστοιχίες

Νικήτας Σ. Συκαράς
Επίκουρος Καθηγητής ΕΚΠΑ
ITI Fellow

Μιχάλης Πάτρας
Οδοντίατρος-Προσθετολόγος
ITI Fellow

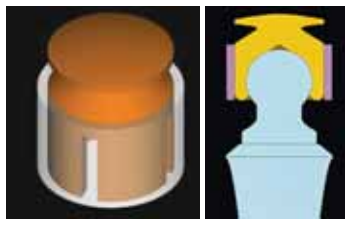
ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εισαγωγή και χρήση των οστεοενσωματούμενων εμφυτευμάτων στην καθημερινή κλινική πράξη, προσέφερε νέες προοπτικές στην αποκατάσταση της ολικής νωδότητας και οι κινητές επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις αποτελούν σήμερα μια σύγχρονη θεραπευτική επιλογή με μακροχρόνια ερευνητική και κλινική τεκμηρίωση.
Τέτοιες κινητές εργασίες ενδείκνυνται σε πλήθος περιπτώσεων ηλικιωμένων, κυρίως, ασθενών και αναβαθμίζουν άμεσα την ποιότητα της ζωής τους, εξασφαλίζοντάς τους καλύτερη λειτουργικότητα και ενισχυμένη αυτοπεποίθηση.
Αν και σύμφωνα με την ταξινόμηση SAC της ITI, τα κλινικά περιστατικά ολικής νωδότητας κατατάσσονται στην κατηγορία των απλών, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις όπου ο κλινικός οδοντίατρος έρχεται αντιμέτωπος με ιδιαιτερότητες που εγείρουν δυσκολίες ή διαφοροποιήσεις στη σχεδίαση και την εκτέλεση των σχεδίων θεραπείας.
Σκοπός της δημοσίευσης αυτής είναι να διασαφηνίσει τεχνικές λεπτομέρειες και να παρουσιάσει εναλλακτικά κλινικά στάδια και πρακτικές λύσεις που σχετίζονται με τις επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

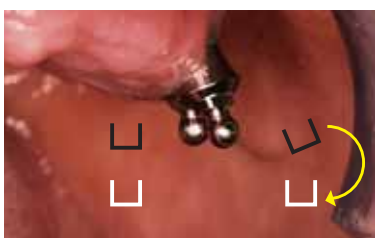
Τα προβλήματα σταθερότητας και συγκράτησης καθώς και η δυσκολία προσαρμογής και λειτουργικής ενσωμάτωσης της συμβατικής ΟΟ, καθιστούν αναγκαίο τον προγραμματι-

σμό της εμφυτευματικής υποβοήθησης στα σχέδια θεραπείας για την ολική νωδότητα στην κάτω γνάθο. Η ελάχιστη θεραπευτική συνεισφορά για την αντιμετώπιση της ολικής νωδότητας στη σύγχρονη εποχή πρέπει να θεωρείται η επένθετη ολική οδοντοστοιχία (ΟΟ) σε 2 εμφυτεύματα. Η ναρθηκοποίηση ή μη των εμφυτευμάτων καθώς και το είδος του συγκρατητικού μηχανισμού δεν επηρεάζουν/ διαφοροποιούν την επιτυχία των εμφυτευμάτων ούτε το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Ασθενείς που είχαν δυσκολίες χρήσης με την συμβατική ΟΟ δηλώνουν όλοι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, εξαιρετικά ικανοποιημένοι από τη βελτιωμένη λειτουργία και σταθερότητα της επένθετης ΟΟ. Το είδος του συγκρατητικού μηχανισμού σχετίζεται όμως με την ευκολία εφαρμογής στοματικής υγιεινής και τη συχνότητα εμφάνισης και αντιμετώπισης επιπλοκών.
Οι σφαιροειδείς συγκρατητικοί μηχανισμοί είναι απλοί στη χρήση τους και εύκολο να καθαριστούν. Είναι πολύ διαδεδομένοι και προσφέρονται ως επιλογή σε όλα τα συστήματα εμφυτευμάτων. Το γεγονός αυτό καθιστά κάποιες φορές δύσκολη την ταυτοποίησή τους με τον προσδιορισμό των ιδιαίτερων σχεδιαστικών χαρακτηριστικών τους που αφορά τη διάμετρο της κεφαλής, το ύψος του κυλινδρικού μίσχου καθώς και το σημείο σύνδεσης με το κατσαβίδι που μπορεί να βρίσκεται στη βάση ή στην κορυφή της κυλινδρικής κεφαλής. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι αναγκαίο να προσδιοριστούν προκειμένου να επιλεγεί ο κατάλληλος τύπος συνδεόμενης υποδοχής («θηλυκό») που ενσωματώνεται στην ΟΟ. Στην περίπτωση μεταλλικού συνδεόμενου μέρους, αυτό παρέχει συγκράτηση με ελαστική διάνοιξη των άκρων του κατά την τοποθέτηση και τερματική απόληξη σε σημεία υποσκαφής κάτω από τη μέγιστη περίμετρο. Για να είναι εφικτή η διάνοιξη των ελασματικών άκρων θα πρέπει να έχει προβλεφθεί χώρος ή ενδοτική διαμόρφωση περιβάλλοντος υλικού κατά τον πολυμερισμό



του ακρυλικού. Η χρήση νάιλον κυλίνδρου εμποδίζει την πάκτωση σκληρού ακρυλικού της βάσης ΟΟ περιμετρικά της μεταλλικής υποδοχής επιτρέποντας τη λειτουργική της συμπίεση και αποσυμπίεση.

Η χρήση μονήρων σφαιροειδών μηχανισμών προϋποθέτει την παράλληλη μεταξύ τους συσχέτιση για να εξασφαλίζεται η μέγιστη δυνατή συγκράτηση και να αποφεύγεται η φθορά που προκαλείται από τη δυσκολία στη φορά ένθεσης. Αποκλίσεις στη σχετική παραλληλότητα μπορούν να διορθωθούν στο επίπεδο συναρμογής του συνδεόμενου τμήματος («θηλυκό») αν λάβουμε υπ' όψιν μας τη σχεδίαση της σφαιροειδούς κεφαλής. Περιστρέφοντας το συνδεόμενο τμήμα στην περιφέρεια της κεφαλής, διορθώνουμε την παραλληλότητα ενώ διατηρείται η επαφή με ίση αλλά διαφορετική καμπύλη επιφάνεια και δεν επηρεάζεται η συγκράτηση. Η σταθεροποίηση σε



αυτή τη θέση, επιτρέπει την ενσωμάτωση των συνδέσμων σε αρμονία με τη φορά ένθεσης και σε κοινή τροχιά για όλα τα εμφυτεύματα.
Η επιλογή του διαβλεννογόνιου ύψους των Locators® πρέπει να γίνεται με την ίδια προσοχή που επιλέγονται και τα στηρίγματα για τις ακίνητες αποκαταστάσεις. Μεγάλο ύψος Locators® που προκύπτει από λανθασμένη μέτρηση ή από υφίζηση των ιστών δημιουργεί στη συνέχεια σημεία μόχλευσης της επένθετης πρόσθεσης και περιορίζει τη συμβο-

λή της φατνιακής ακρολοφίας στη στήριξη της αποκατάστασης. Η αναπροσαρμογή της βάσης της πρόσθεσης, όταν απαιτηθεί, μπορεί να παρουσιάζει ανακρίβειες στην εφαρμογή με τους ιστούς και ατελή συναρμογή των συνδέσμων, καθώς είναι δύσκολη η ισορροπημένη έδραση με την ταυτόχρονη συγκλεισιακή εναρμόνιση.
Η λανθασμένη μονόπλευρη αφαίρεση της κινητής πρόσθεσης από το στόμα μπορεί να προκαλέσει θραύση του νάιλον συγκρατητικού βύσματος με συνέπεια τη μειωμένη συγκράτηση. Η κατακράτηση υπολειμ-

μάτων τροφής έχει παρόμοια εικόνα, όμως η πλήρωση της συγκρατητικής εσοχής δυσκολεύει την ένθεση του ακέραιου κατά τα άλλα συγκρατητικού μηχανισμού, με επιπτώσεις όχι μόνο στη συγκράτηση αλλά και στην ευστάθεια της πρόσθεσης που προκαλείται από την ατελή μονόπλευρη έδραση. Για το λόγο αυτό συνιστάται στον ασθενή ο επιμελής και προσεκτικός καθαρισμός της περιοχής των εμφυτευμάτων.

Σύνδεση με δοκό επιβάλλεται στην περίπτωση εμφυτευμάτων που παρουσιάζουν απόκλιση μεταξύ τους σε τέτοιο βαθμό ώστε η χρήση τους ως μονήρη στηρίγματα δυσκολεύει τη φορά ένθεσης της πρόσθεσης ή περιορίζει τη συγκρατητική τους ισχύ. Η ναρθηκοποίηση των εμφυτευμάτων διευρύνει την επιφάνεια στήριξης και συγκράτησης και επιτρέπει τη στοχευμένη τοποθέτηση των συγκρατητικών μηχανισμών σε

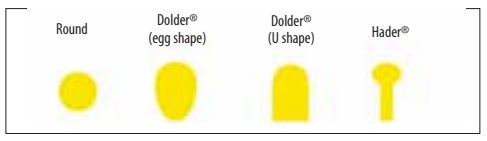
σημεία βέλτιστης προσθιο-οπίσθιας διασποράς και συσχέτισης με την επένθετη αποκατάσταση. Οι μεταλλικές φωλιές που περιέχουν τα νάιλον συγκρατητικά στοιχεία σύνδεσης τύπου ERA (που θα ενσωματωθούν στην κινητή πρόσθεση) φαίνονται συναρμολογημένες.
Η ενσωμάτωση στην κινητή πρόσθεση της μεταλλικής φωλιάς με το νάιλον ένθετο απαιτεί προσεκτικούς χειρισμούς και λεπτομερή διαδικασία. Μπορεί να γίνει στο εργαστήριο (εργαστηριακή ενεργοποίηση) ή ενδοστοματικά (ενδοστοματική ενεργοποίηση) λαμβάνοντας πάντοτε όμως υπ' όψιν τη σημασία της σωστής συναρμογής των επιμέρους εξαρτημάτων, της πλήρους έδρασης της επένθετης πρόσθεσης, της ενδοτικότητας του στηρικτικού βλεννογόνου και της ακριβούς συγκλεισιακής συσχέτισης με τον ανταγωνιστή φραγμό. Για το λόγο αυτό, η σχε-

δίαση του μεταλλικού σκελετού θα πρέπει να επιτρέπει για την ενδοστοματική ενεργοποίηση την πρόσβαση στα συνδεόμενα στοιχεία. Μόνο τότε μπορεί να εξασφαλιστεί ο συγχρονισμός της πλήρους έδρασης και της τέλειας συναρμογής των συγκρατητικών μηχανισμών που αποτελεί τελικό στόχο της επένθετης συγκράτησης.

Η ενδοστοματική ενεργοποίηση θα πρέπει πάντοτε να προσφέρεται ως εναλλακτική επιλογή σε περίπτωση που δεν υπάρχει σύμπτωση της τελικής έδρασης με την πλήρη συναρμογή των συγκρατητικών μηχανισμών. Για να είναι αυτό εφικτό θα πρέπει τα συγκρατητικά στοιχεία να μην είναι συγκολλημένα επάνω στο μεταλλικό

σκελετό, για να μπορούν εύκολα να αφαιρεθούν. Ως εναλλακτική επιλογή αναφέρεται η δυνατότητα που θα πρέπει να έχει ο οδοντίατρος να αποσπάσει από την ακρυλική βάση της επένθετης πρόσθεσης τα συνδεόμενα συγκρατητικά στοιχεία και αφού τα συναρμολογήσει με τις αντίστοιχες υποδοχές τους στη δοκό, στη συνέχεια να τα εγκλωβίσει και πάλι με τη βοήθεια αυτοπολυμεριζόμενης ακρυλικής ρητίνης στην πρόσθεση που εδράζεται πλήρως ενδοστοματικά.

Η δοκός στρογγύλης διατομής είναι ευκολότερη κατασκευαστικά με μικρότερες λειτουργικές επιπτώσεις από τη λανθασμένη κατεργασία της και μπορεί να συνδυαστεί με εφίππια (clips) διαφόρων τύπων και κατασκευαστών.

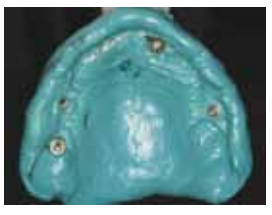


Ιδιαίτερα εύχρηστη είναι η ενσωμάτωση μεταλλικής φωλιάς στην ΟΟ που υποδέχεται το πλαστικό clip και επιτρέπει την εύκολη αντικατάστασή του σε περίπτωση απώλειας, φθοράς ή διόρθωσης της συγκρατητικής ισχύος. Η στρογγύλη δοκός επιτρέπει την περιστροφή της επένθετης ΟΟ και μπορεί ευκολότερα να υποστεί κάμψη και όχι τμηματικές συγκολλήσεις για να ακολουθήσει την κυρτότητα της πρόσθιας νωδής φατνιακής ακρολοφίας. Η δοκός Hader® συνδυάζει την σφαιρική διατομή με τοίχωμα («ποδιά») παράλληλων τοιχωμάτων. Η δοκός Hader® λειτουργεί παρόμοια με τη δοκό στρογγύλης διατομής, ενώ η «ποδιά» οριοθετώντας το πέρας της σφαιρικής διατομής εξασφαλίζει το σταθερό και ομοιόμορφο προσδιορισμό της περιστροφικής τροχιάς των εφιππίων με σαφή και κοινό συγχρονισμό. Επιπλέον, το κάθετο σκέλος της δοκού Hader® μπορεί να περιορίσει την τυχόν ανάπτυξη υπερπλασιών που συνήθως εμφανίζονται σε επένθετες ΟΟ.

Η δοκός Dolder® απιοειδούς διατομής (egg shape) περιορίζει την περιστροφή και δίνει τη δυνατότητα ρυθμιζόμενης συγκράτησης με ελεγχόμενη συμπίεση των άκρων του εφιππίου που με τη σειρά τους εισέρχονται σε διαφορετικό βάθος υποσκαφής κάτω από τη μέγιστη περίμετρο. Η ενεργοποίηση και απενεργοποίηση των clips πρέπει να γίνεται με τη βοήθεια ειδικών εργαλείων που δεν καταπονούν τη μεταλλουργική σχεδίαση.

Η δοκός Dolder® (U shape) έχει παράλληλα αξονικά τοιχώματα που περιορίζουν την ελευθερία κίνησης και ενισχύουν τη σταθεροποίηση της ΟΟ. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις αμιγούς εμφυτευματικής στήριξης και συγκράτησης όπως αυτές εξασφαλίζονται σε ευρεία προσθιο-οπίσθια διασπορά των εμφυτευμάτων που δεν υπάρχει το περιθώριο αλλά ούτε και η επιθυμία περιστροφικής αστάθειας και μικροκινητικότητας και απαιτείται σχετική ακινητοποίηση (άνω γνάθος). Η συγκράτηση παρέχεται από την τριβική συσχέτιση δοκού-εφιππίου, ενώ οι παρεμβάσεις από το μέρος του οδοντιάτρου αφορούν το μήκος των εφιππίων και μόνο τη μείωση (όχι αύξηση) της συγκρατητικής ισχύος με διάνοιξη των τοιχωμάτων του clip.

Σε περιπτώσεις επιδιόρθωσης ή ανακατασκευής της κινητής αποκατάστασης, υπάρχει η δυνατότητα αποστολής της προϋπάρχουσας δοκού στο εργαστήριο, δια μέσου ενός αποτυπώματος μεταφοράς. Τοποθετώντας τις μακριές βίδες των αξόνων αποτύπωσης αντί των κοντών προσθετικών βιδών και με τη χρήση ενός ατομικού δισκαρίου, γίνεται η αποτύπωση της άνω γνάθου και η ενσωμάτωση (transfer impression) της δοκού στο τελικό αποτύπωμα. Μετά την κοχλίωση των αναλόγων στο αποτύπωμα, ακολουθεί η κατασκευή του εκμαγείου εργασίας στο οποίο συμπεριλαμβάνεται η δοκός. Εναλλακτικά αν οι θέ-



σεις και η φορά απόκλισης των εμφυτευμάτων το επιτρέπουν, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί η υφιστάμενη κινητή πρόσθεση (ΟΟ) ως ατομικό δισκάριο και να ακολουθήσει η διαδικασία αναπροσαρμογής ή αντικατάστασης της ακρυλικής βάσης.
Για το σκοπό αυτό, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ειδικές πλαστικές βί-

δες (διαθεσιμότητα ανάλογα με την εταιρεία εμφυτευμάτων) που κουμπώνουν αντί να βιδώνουν στα αντίστοιχα abutments και συγκρατούν

τη δοκό στη θέση της. Η επακόλουθη αποτύπωση με δισκάριο (ή υφιστάμενη ΟΟ) παγιδεύει τη δοκό στο αποτυπωτικό υλικό η οποία στη συνέχεια αποσπάται εύκολα από τα abutments με την απομάκρυνση του δισκαρίου από το στόμα.

Στους μονήρεις συνδέσμους η ακριβής αναπροσαρμογή της βάσης της οδοντοστοιχίας προϋποθέτει την αφαίρεση των συνδεόμενων τμημάτων, την ενδοστοματική τους εφαρ-

μογή και τη συνακόλουθη διεύρυνση της ακρυλικής βάσης στις αντίστοιχες θέσεις. Με τον τρόπο αυτό, επιτρέπεται η χωρίς παρεμβολές και ομοιόμορφη έδραση της οδοντοστοιχίας. Ακολουθεί η διαδικασία της αποτύπωσης, κατά την οποία η ΟΟ λειτουργώντας ως ατομικό δι-

σκάριο, ενσωματώνει τα συνδεόμενα μέρη στο αποτυπωτικό υλικό και επιτρέπει τη μεταφορά τους στο εκμαγείο εργασίας. Με τον τρόπο αυτό γίνεται εύκολα η εργαστηριακή διαδικασία και διαμορφώνεται στοχευμένα ο απαραίτητος χώρος ή ανοίγονται διαμπερείς οπές, αντίστοιχα προς τους συνδέσμους για την τελική ενδοστοματική ενεργοποίηση των συνδεόμενων τμημάτων.
Η ναρθηκοποίηση των εμφυτευμάτων με φρεζαριστή δοκό ειδικής σχεδίασης δημιουργεί ένα συγκρατητικό μηχανισμό

που εξασφαλίζει μεγάλη σταθερότητα στην κινητή πρόσθεση και περιορισμό ή και εκμηδενισμό της μικροκινητικότητας κατά τη λειτουργία. Η κλινικά εικονιζόμενη δοκός διαθέτει εύρος μασητικά που λειτουργεί ανασχετικά στην εμβύθιση και ύψος αυχενοκοπτικά που σε συνδυασμό με την άριστη και ελεγχόμενη εφαρμογή του μεταλλικού σκελετού της υπερκατασκευής περιορίζει την ελευθερία περιστροφής σε όλα τα επίπεδα.

Η συγκρατητική σχεδίαση των επένθετων προσθέσεων εξασφαλίζεται από τη συνδυασμένη λειτουργία και προσεκτικά διαμορφωμένη συσχέτιση του βασικού (δοκός) και συνδεόμενου (πρόσθεση) μέρους. Η τηλεσκοπική διαμόρφωση του μεταλλικού σκελετού ακινητοποιεί την κινητή πρόσθεση επί της φρεζαριστής δοκού ενώ τα κάθετα και παράλληλα μεταξύ τους τοιχώματα διευκολύνουν τη φορά ένθεσης και ενισχύουν τη συγκράτηση λόγω τριβής. Οι ορι-

ζόντιοι πίροι στις περιοχές των προγομφίων κλειδώνουν την αποκατάσταση στη θέση της εμποδίζοντας την απόσπασή της κατά το κατακόρυφο επίπεδο.
Με πίεση αντίθετης φοράς ο οριζόντιος πίρος γλιστράει έξω από την υποδοχή της δοκού και απελευθερώνει την κινητή πρόσθεση που μπορεί τώρα εύκολα να αφαιρεθεί. Η ενσωμάτωση και χρήση εξειδικευμένων μηχανισμών ακριβείας στην

οδοντιατρική, βελτιώνει τη συγκράτηση, τη σταθερότητα και την αισθητική, προϋποθέτει όμως την απτική δεξιοτεχνία και συνεργασία του ασθενή για τον έλεγχο και διατήρηση της σωστής λειτουργίας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επιτυχία στην κατασκευή μιας κινητής επιεμφυτευματικής πρόσθεσης βασίζεται στη γνώση των βασικών αρχών κινητής προσθετικής, με την προσθήκη κάποιων σταδίων ή τροποποιήσεων, ανάλογα με τον εκάστοτε σχεδιασμό της αποκατάστασης. Διάφορες εναλλακτικές τεχνικές επιτρέπουν την ευκολότερη και ακριβέστερη διεκπεραίωση των κλινικών σταδίων και προάγουν το συντονισμό και τη συνεργασία με το οδοντοτεχνικό εργαστήριο.
Μέσα από πολυάριθμες κλινικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται άμεσα με τη συγκρατητική ικανότητα των επιεμφυτευματικών οδοντοστοιχιών τους. Για το λόγο αυτό, η επιλογή των συγκρατητικών μηχανισμών, καθώς και ο σχεδιασμός των τελικών προσθέσεων αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικές παραμέτρους για τη λειτουργικότητα της αποκατάστασης.
Η απλότητα στη σχεδίαση διασφαλίζει τη μακροβιότητα των εμφυτευμάτων και των υπερκατασκευών και διευκολύνει τη συντήρηση και τυχόν επιδιορθώσεις ή διαχείριση επιπλοκών.

16ο
ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟ
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
Οδοντιατρικοί Σύλλογοι:
Αχαΐας, Αγρινίου, Αιτωλοακαρνανίας, Αργολίδας, Αρκαδίας, Ηλείας, Κορινθίας, Λακωνίας, Μεσσηνίας

24-26 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016
ΣΥΝΕΔΡΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ

Πρόεδρος Οργανωτικής Επιτροπής
Μουτούσης Γεώργιος, Πρόεδρος Οδοντιατρικού Συλλόγου Αχαΐας

Συντονιστής Επιστημονικής Επιτροπής
Λιανός Κωνσταντίνος

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

Υπηρεσία τυπώματος με το λογότυπό σας

Η υπηρεσία τυπώματος της PLAC CONTROL προσφέρει προϊόντα στοματικής υγιεινής για την προσωπική σας επαγγελματική προώθηση. Η χρήση του λογότυπου είναι μια καταπληκτική ευκαιρία για marketing μέσα στα οδοντιατρεία.

TePe Supreme™ — Τιμή μονάδος 1,00 euro

TePe Nova
x-soft / soft / medium — Τιμή μονάδος 0,79 euro

TePe Classic™
x-soft / soft — Τιμή μονάδος 0,59 euro

TePe Select™
x-soft / soft / medium — Τιμή μονάδος 0,59 euro

TePe Select™ Compact (Kid)
x-soft / soft / medium — Τιμή μονάδος 0,59 euro

TePe Mini™
x-soft — Τιμή μονάδος 0,59 euro

TePe Implant Care™ — Τιμή μονάδος 1,00 euro

TePe Implant/ Orthodontic Brush — Τιμή μονάδος 0,85 euro

TePe Special Care™ — Τιμή μονάδος 1,00 euro

TePe Compact Tuft™ — Τιμή μονάδος 1,00 euro

TePe Interspace™ — Τιμή μονάδος 2,90 euro

TePe Gentle Care™
xx-soft — Τιμή μονάδος 0,79 euro

TePe Οδοντ/τσα Οδοντοστοιχιών — Τιμή μονάδος 0,60 euro

Made in Sweden

1. Με μελάνι

Η νέα υπηρεσία δίνει τη δυνατότητα να τυπωθεί το όνομά σας, το logo ή το μήνυμά σας σε όποια οδοντόβουρτσα επιθυμείτε.
Το τύπωμα γίνεται με ένα **χρώμα - μπλε σκούρο.** Μπορείτε να βάλετε το σήμα και τα στοιχεία σας σε 1, 2 ή 3 σειρές

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Δρ. Ιωάννης Παππάς www.pappasdent.gr

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Δρ. Αθανάσιος Παπαδιαμάντης

ή απλά μόνο τα στοιχεία σας.

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Δρ. Ιωάννης Παππάς www.pappasdent.gr

ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ
ΑΜΑΛΙΑ ΒΑΛΙΑΝΟΥ
Τσιμισκή 25, Θεσσαλονίκη, Τηλ. 2310 204 445

2. Με χρυσή ταινία

Η υπηρεσία παρέχει επίσης τη δυνατότητα τυπώματος του ονόματος κάποιων πληροφοριών σε χρυσό. Τα στοιχεία πρέπει να είναι σε μια σειρά και γραμμένα με μια απλή γραμματοσειρά. **Οι οδοντόβουρτσες στις οποίες τυπώνεται το χρυσό είναι:** TePe Classic™, Select™, Select™ Compact (Kid), Mini™, Implant Care™, Implant/Orthodontic Brush, Special Care™, Compact Tuft™, Interspace™, Gentle Care™ και Οδοντοστοιχιών PR.

Δρ. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΔΗΜΟΥ 210 [illegible] 287
Δρ. ΜΑΡΙΑ ΛΕΧΟΥ 210 [illegible] 125
SMILE ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ 210 [illegible] 42 001

Παραγγελίες

Η παραγγελία σας μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες οδοντόβουρτσες. Η κάθε μια έχει minimum ποσότητα τεμαχίων και η τιμή διαμορφώνεται ανάλογα. Οι περισσότερες οδοντόβουρτσες διατίθενται σε διάφορα χρώματα.

1. Οδοντόβουρτσες με κυλινδρική λαβή όπως Tepe Supreme™ και TePe Nova έχουν **minimum παραγγελία 120 τεμάχια με δυνατότητα ανάμιξης.**
2. Οδοντόβουρτσες με πλατιά λαβή TePe Classic™, Select™, Select™ Compact και Mini™ **minimum παραγγελία 150 τεμάχια με δυνατότητα ανάμιξης.**
3. Ειδικές οδοντόβουρτσες με πλατιά λαβή **με δυνατότητα ανάμιξης** για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία.

Για μεγάλες ποσότητες ισχύουν χαμηλότερες τιμές.

Θήκη Ταξιδίου για Μεσοδόντια Βουρτσάκια

Minimum ποσότητα 100 τεμ. — Τιμή μονάδος 0,90 euro

Καπάκι/λαβή για Μεσοδόντια Βουρτσάκια

Minimum ποσότητα 250 τεμ. — Τιμή μονάδος 0,35 euro

Για πληροφορίες επικοινωνήστε με την εταιρία.

Στις παραπάνω τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται ο Φ.Π.Α.

PlacControl®
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

ΤΗΛ. **800 11 75222** (ΧΩΡΙΣ ΧΡΕΩΣΗ ΑΠΟ ΣΤΑΘΕΡΟ)
ΤΗΛ. 210 93 14 004, Αθήνα - 23920 73732 Θεσ/νίκη
www.placcontrol.gr e-mail: info@placcontrol.gr

Biodentine™
Αναγέννηση ακρορριζίου

Dr Rita Cauwels, Prof. Dr Luc Martens
Τμήμα Παιδοδοντίας – UZGent

Τα ατελώς ανεπτυγμένα δόντια, εξαιτίας του ανοιχτού ακρορριζίου, αιματώνονται πολύ καλά και εμφανίζουν μια ιδιαιτέρως ενδιαφέρουσα δομή των ιστών στο επίπεδο του ακρορριζίου στο στάδιο της ανάπτυξής του, όπου επιτρέπει την αναγέννηση ως αντίδραση της καταστροφής του ιστού. Η καταστροφή του ιστού μπορεί να προκύψει ως επακόλουθο βαθιάς τερηδόνας ή ως αποτέλεσμα τραυματισμού. Όταν συμβεί πολφική νέκρωση, το καλύτερο πιθανό σενάριο είναι να προκληθεί αναγέννηση ακρορριζίου, η οποία αν επιτύχει θα δώσει φυσιολογικό μήκος ρίζας και καλά σχηματισμένη οδοντίνη ρίζας. Σε λιγότερο ευνοϊκές περιστάσεις, ακρορριζεκτομή επιτυγχάνεται όπου μόνο ένα ακρορριζικό τμήμα παρατηρείται και προκύπτει μια κοντή ρίζα, με λεπτά και εύθρυπτα τοιχώματα οδοντίνης (Chueh & Huang, 2006).

Εισαγωγή

Δύο τύποι κυττάρων είναι αναγκαίοι για τη φυσιολογική ανάπτυξη των ριζών, οι οδοντοβλάστες και τα επιθηλιακά κύτταρα του Hertwig για το επιθηλιακό κάλυμμα της ρίζας. Αυτοί οι δύο τύποι βρίσκονται σε αφθονία στην ακρορριζική ζώνη των ατελώς ανεπτυγμένων δοντιών και είναι σημαντικά ανθεκτικοί στην καταστροφή, ακόμη και σε παρουσία φλεγμονής. (Huang et col., 2008; Youssef, 1988). Για να διατηρηθούν αυτά τα κύτταρα, είναι σημαντικό να θεραπεύονται όσο το δυνατό συντηρητικά, οπότε η αναγέννηση του ακρορριζίου ενθαρρύνεται. Εννοείται ότι τα πάντα εξαρτώνται από τη διάρκεια της μόλυνσης, την παρουσία του μικροοργανισμού, τη φυσική αντίσταση του ασθενή και το μέγεθος του ανοικτού ακρορριζίου (Chueh & Huang, 2006).

Αρκετά συχνά, όταν πολφική νέκρωση βρίσκεται στα ατελώς ανεπτυγμένα δόντια, μέρος του πολφού παραμένει. Τμήμα του υπολειπόμενου ζωτικού πολφικού ιστού μπορεί να αφαιρεθεί ώστε η ρίζα μπορεί να συνεχίσει την ανάπτυξή της με τη βοήθεια της επέμβασης αναγέννησης του ακρορριζίου. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της περίπτωσης αυτής δεν έχουν ολοκληρωτικά καθοριστεί αλλά βιβλιογραφικά υπάρχουν πολλές απόψεις για το θέμα αυτό (Bose et col., 2009; Chueh & Huang, 2006; Jung & col., 2008; Iwaya et col., 2008; Banchs & Trope, 2004; Huang et col., 2008).

Για να εργαστούμε όσο πιο συντηρητικά γίνεται, η χρήση των ενδοδοντικών εργαλείων αποφεύγεται. Τα εργαλεία αντικαθίστανται από άφθονους διακλυσμούς με NaOCl για να απομακρυνθεί ο νεκρωτικός ιστός, ακολουθεί ο τελικός διακλυσμός με φυσιολογικό ορό. Μερικοί συγγραφείς συνιστούν την εφαρμογή προσωρινής αντιβακτηριακής επικάλυψης, όπως πάστας υδροξειδίου του ασβεστίου αρχικά για μερικές ημέρες (Iwaya & col., 2008; Bose et col., 2009). Άλλοι αποφεύγουν τη χρήση πάστας υδροξειδίου του ασβεστίου ως προσωρινό υλικό επικάλυψης για να μην καταστρέψει τους υπολειπόμενους ζωντανούς ιστούς με το χαρακτηριστικά υψηλό pH του υδροξειδίου του ασβεστίου (Banchs & Trope, 2004).Οι απόψεις γι'αυτό το θέμα διίστανται. Στο Ghent, προτιμάται κυρίως μια σύντομη θεραπεία (1 εβδομάδας) με το υδροξείδιο του ασβεστίου. Όταν η προσωρινή επικάλυψη έχει τοποθετηθεί, ο ριζικός σωλήνας ξεπλένεται με τον ίδιο τρόπο και στη δεύτερη συνεδρία και στεγνώνεται με ανενεργούς κώνους χάρτου. Στην περίπτωση των ευρέως ανοικτών ριζικών σωλήνων, κόκκινος ζωντανός ιστός μπορεί μερικές φορές να είναι ορατός στο βάθος. Αγγίζοντας τον με κώνο χάρτου, ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί δυσχέρεια, ακόμη και υπό τοπική αναισθησία. Αυτό ολοφάνερα αποκαλύπτει την παρουσία ζωντανού ιστού. Όταν τα υπολείμματα του ζωντανού ιστού βρίσκονται σε βαθύτερο επίπεδο, αισθανόμαστε ελαστική αντίσταση όταν εισάγουμε τον κώνο χάρτου ή τον κώνο γουταπέρκας (Jung et col., 2008). Αφού τα υπολείμματα βρίσκονται σε στεγνό ριζικό σωλήνα, η πυριτική κονία του τριασβεστίου όπως το Biodentine™ τοποθετείται σε άμεση επαφή με το ζωντανό πολφικό ιστό. Αν επιθυμούμε το Biodentine™ μπορεί επίσης να τοποθετηθεί μέχρι τη μύλη του δοντιού ως προσωρινή αποκατάσταση.

Η ακόλουθη αναφορά παρουσιάζει την εφαρμογή του Biodentine™ σε επαφή με το υπολειπόμενο τμήμα του ζωτικού πολφού με σκοπό να επιτευχθεί η αναγέννηση του ακρορριζίου.

Κλινικό περιστατικό

Ένα κορίτσι 10 ετών προσήλθε με οδοντικό τραύμα και εκγόμφωση του πλαγίου και κεντρικού τομέα 12 και 11. Λόγω της αυξημένης κινητικότητας, τα δύο δόντια επανατοποθετήθηκαν και σταθεροποιήθηκαν με ελαστική ταινία ακινητοποίησης για 3 εβδομάδες ***(Εικ. 1α,β)***. Κατά τη διάρκεια επανελέγχου, ακτινολογικές και κλινικές δοκιμασίες διεξήχθησαν για να διαγνωστεί πιθανή πολφική νέκρωση. Και τα δύο δόντια αντέδρασαν αρνητικά σε ερεθίσματα κρύου, αλλά δεν έδειξαν άλλα σημεία νέκρωσης. Ακόμα και τα δύο δόντια είχαν ανοιχτό ακρορρίζιο. Όμως τρεις μήνες μετά τον τραυματισμό, σημειώθηκε καθολική νέκρωση του 11 και η ασθενής δεν αισθάνθηκε πόνο. Αποφασίστηκε να γίνει διάνοιξη του ριζικού σωλήνα. Έξι μήνες μετά τον τραυματισμό, επίσης βρέθηκε αρχόμενη νέκρωση του

Εικ.1: Η ακτινογραφία μετά τον τραυματισμό δείχνει εκγόμφωση του 11 και 12 δοντιου (α) και μετά την επανατοποθέτησή τους και την ακινητοποίησή τους (β).

12, το δόντι αντιδρούσε ακόμη αρνητικά στο κρύο ερέθισμα και επίσης είχε ένα εμφανές καφετί-γκρι χρώμα υπερώια.

Όμως η ασθενής δεν ανέφερε πόνο. Κατά την ενδοδοντική διάνοιξη και μετά το διακλυσμό βρέθηκε νέκρωση στο μυλικό τριτημόριο. Ο

Εικ.2: Ακτινογραφία του 12 δοντιού μετά την εφαρμογή του Biodentine™ στο μυλικό τριτημόριο του ριζικού σωλήνα (βέλος), 6 μήνες μετά τον τραυματισμό. Φαίνεται ολοκάθαρα το ανοικτό ακρορρίζιο.

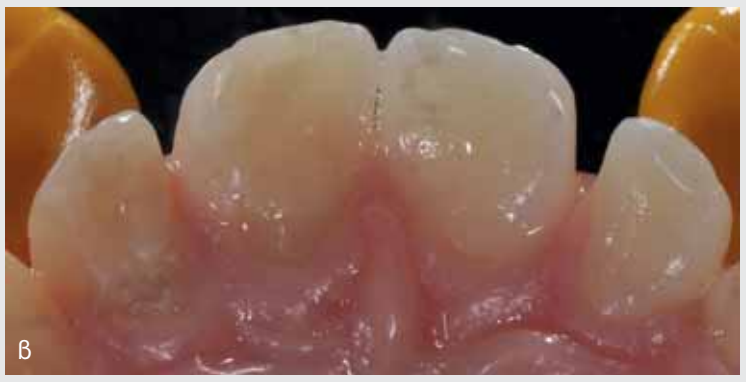
ζωντανός ιστός ήταν κλινικά εμφανής και ήταν ευαίσθητος σε επαφή, παρά την ύπαρξη τοπικής αναισθησίας. Αφού στεγνώσαμε το μυλικό τμήμα του ριζικού σωλήνα με ένα ανενεργό κώνο χάρτου, το Biodentine™ τοποθετήθηκε στην ίδια συνεδρία σε επαφή με τον υπολειπόμενο ζωντανό πολφικό ιστό ***(Εικ.2)***. Η ***εικόνα 3*** δείχνει την ακτινογραφία ελέγχου της μερικής ενδοδοντικής θεραπείας του 12. Το δόντι τώρα δείχνει μια ελαφρά ευαισθησία στο κρύο. Η ασθενής δεν αναφέρει τον ελάχιστο πόνο ή οποιαδήποτε αδιαθεσία.

Κατά τη διάρκεια επανελέγχου στους 9 μήνες, το δόντι 12 παρουσίασε εμφανή ευαισθησία στο κρύο. Επίσης υπήρχαν ακτινολογικά ευρήματα μιας συνεχιζόμενης ανάπτυξης ***(Εικ.4)***. Κλινικά δεν υπήρχαν κάποια παράπονα μέχρι τότε και από αισθητικής άποψης δεν έχει παρατηρηθεί κάποιος αποχρωματισμός των θεραπευμένων δοντιών ***(Εικ.5 α, β)***.

Συμπέρασμα

Η περίπτωση αυτή θεραπεύτηκε συντηρητικά με σκοπό τη διατήρηση της ζωτικότητας των

υπολειμμάτων του πολφού όσο το περισσότερο δυνατόν και για να δώσει τη μέγιστη ευκαιρία για αναγέννηση του ακρορριζίου. Το θεραπευμένο δόντι έφτασε στην πλήρη ανάπτυξή του αυξάνοντας το μήκος της ρίζας και κλείνοντας φυσιολογικά το ακρορρίζιο. Αυτή η πιθανή πρόσφατη τεχνική θεραπείας πραγματοποιήθηκε μόνο χάρη στο Biodentine™ πυριτική κονία τριασβεστίου.



Εικ.5 α,β: Κλινική κάτοψη του 11 και 12 δοντιού προστομιακά (α) και υπερώια (β). Δεν σημειώθηκαν επιπλοκές ενώ παρατηρείται η παρουσία του Biodentine™ στο μυλικό τμήμα του 12 δοντιού.

Βιβλιογραφία

1. Banchs F, Trope M. Revascularization of immature permanent teeth with apical periodontitis: new treatment protocol? J Endod 2004;30:196 -200.
2. Bose R, Nummikoski P, Hargreaves K. A retrospective evaluation of radiographic outcomes in immature teeth with necrotic root canal systems treated with regenerative endodontic procedures. J Endod 2009;35: 1343-1349.
3. Chueh L-H, Huang G T-J. Immature teeth with periradicular periodontitis or abscess undergoing apexogenesis: a paradigm shift. J Endod 2006;32:1205-1213.
4. Huang G T-J, Sonoyama W, Liu Y, Liu H, Wang S, Shi S. The hidden treasure in apical papilla: the potential role in pulp/dentin regeneration and bioroot engineering. J Endod 2008;34:645-651.
5. Iwaya SI, Ikawa M, Kubota M. Revascularization of an immature permanent tooth with apical periodontitis and sinus tract. Dent Traumatol 2001;17:185-187.
6. Jung I-J, Lee S-J, Hargreaves KM. Biologically based treatment of immature permanent teeth with pulpal necrosis: a case series. J Endod 2008;34:876-887.
7. Yousef Saad A. Calcium hydroxide and apexogenesis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988;66:499-501. Zanini M, Sautier JM, Berdal A, Simon S. Biodentine™ Induces Immortalized Murine Pulp Cell differentiation into Odontoblast-like cells and Stimulates Biomineralization. JOE 2012: 38:9-1220-1226

Εικ.3: Ακτινογραφία του 12 δοντιού μετά από 3 μήνες επανελέγχου. Η συνεχής ανάπτυξη είναι ορατή. Τώρα το 12 δόντι αντιδρά ελαφρά σε δοκιμασία κρύου.

Εικ.4: Ακτινογραφία του 12 δοντιού μετά από 6 μήνες επανελέγχου δείχνει συνεχή αναγέννηση του ακρορριζίου. Η δοκιμασία του κρύου στο 12 δόντι παραμένει θετική.

Η στήλη της ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας σε συνεργασία με το «Οδοντιατρικό Βήμα» εγκαινιάζει μια νέα, μόνιμη στήλη όπου σε κάθε τεύχος μέλη της Εταιρίας θα παρουσιάζουν Στοματολογικές περιπτώσεις που συναντά καθημερινά ο Οδοντίατρος στο ιατρείο του. Η παρουσίαση θα συμπεριλαμβάνει ένα σύντομο ιστορικό του ασθενή, την κλινική περιγραφή και φωτογραφία, διαφορική διάγνωση, διάγνωση και θεραπεία.
Στόχος είναι να γίνουν πιο οικεία τα νοσήματα του στόματος στον σύγχρονο Οδοντίατρο και να εξοικειωθεί με τη διαγνωστική μεθοδολογία που οδηγεί σε πρώϊμη και σωστή διάγνωση καθώς και στοχευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Επιπλέον η στήλη δίνει και βήμα επικοινωνίας των συναδέλφων με την Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας για συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων.

Η Πρόεδρος
Ελεάνα Στουφή

Ο Αντιπρόεδρος
Γιώργος Λάσκαρης

Λευκές βλάβες στη γλώσσα

Ιστορικό

Ασθενής 67 χρονών προσήλθε για διάσπαρτες λευκές βλάβες στο στόμα που παρουσιάστηκαν εδώ και τρείς μέρες μετά τη λήψη ενός ευρέος φάσματος αντιβιοτικού για θεραπεία χρόνιας λοίμωξης σε έδαφος χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). Η ασθενής παραπονείται για δυσκολία στη κατάποση μαζί με κάψιμο στη γλώσσα, στην υπερώα και στο φάρυγγα που χειροτερεύει με τη λήψη σκληρών και ερεθιστικών τροφών. Η κλινική εξέταση έδειξε πολλαπλές, διάσπαρτες, λευκωπές κρεμώδεις βλάβες εσωτερικά στα χείλη, τα πλάγια χείλη γλώσσας , τη μαλακή υπερώα και στο στοματοφάρυγγα. Οι βλάβες εύκολα αποκολλώνται με τριβή και δεν συνοδεύονται από φυσαλίδες ή ελκώσεις στο στόμα ή στο δέρμα ενώ τραχηλική λεμφαδενίτιδα δεν διαπιστώθηκε.
Η ασθενής πάσχει από χρόνια υπέρταση και αποφρακτική πνευμονοπάθεια, όψιμο σακχαρώδη διαβήτη και παίρνει: α) κορτικοστεροειδή σε χάπια και εισπνοές για τη χρόνια πνευμονοπάθεια β) μετφορμίνη (Glucophage) για ρύθμιση του σακχάρου και γ) ιρβεστατάνη (Aprovel, 75 mg/μέρα) για την υπέρταση.
Είναι χρόνια καπνίστρια (> 25 τσιγάρα ημερησίως) και σπάνια πότης (<1 ποτήρι κρασί/εβδομάδα).

Ποια είναι η πιθανή κλινική διάγνωση;
- Ομαλός λειχήνας
- Λευκοπλακία
- Ψευδομεμβρανώδης καντιντίαση
- Λευκός σπογγώδης σπίλος
- Συφιλιδικές πλάκες

Απάντηση

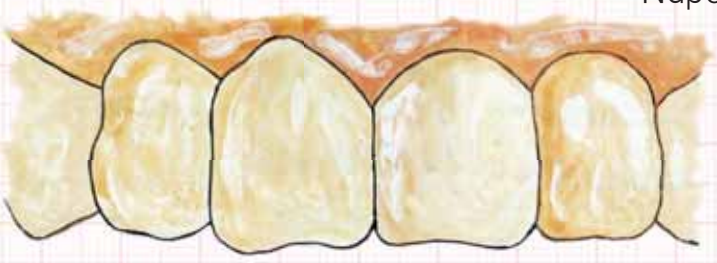
Η ασθενής μας πάσχει από ψευδομεμβρανώδη καντιντίαση.
Είναι μια οξεία μορφή μονιλίασης από Candida Albicans , εμφανίζεται συχνά σε άτομα, όπως η ασθενής μας, που κάνουν χρήση αντιβιοτικών ή κορτικοστεροειδών. Χαρακτηρίζεται κλινικά, από πολλαπλές λευκές βλάβες που αποκολλώνται εύκολα με τριβή και αφήνουν ερυθρότητα, χωρίς έντονη συμπτωματολογία ή τοπική λεμφαδενίτιδα.
Το γεγονός ότι οι λευκές βλάβες της ασθενούς μας εύκολα απομακρύνονται αποκλείει τη πιθανότητα να είναι εκδηλώσεις ομαλού λειχήνα, λευκοπλακίας ή λευκού σπογγώδη σπίλου. Η μεγάλη ηλικία της ασθενούς και η αποκλειστική εντόπιση των βλαβών μόνο στο στόμα δεν ταιριάζει με το λευκό σπογγώδη σπίλο μια συγγενή δερματοπάθεια που οφείλεται σε μετάλλαξη στα γονίδια κερατίνης 4 ή 13 και εμφανίζεται από τη παιδική ηλικία με χρονιές, λευκές βλάβες όχι μόνο στο στόμα αλλά και στον οισοφάγο, λάρυγγα, πρωκτό και γεννητικά όργανα.
Οι βλάβες στον ομαλό λειχήνα είναι χρόνιες, και πολλές φορές σχηματίζουν δίκτυο ή συνυπάρχουν με άλλες βλάβες όπως διαβρώσεις - ελκώσεις στο στόμα ή δέρμα και χαρακτηριστικά δεν αποκολλώνται.
Στη λευκοπλακία οι βλάβες δεν αποκολλώνται, συνήθως είναι μεμονωμένες και εντοπίζονται σε περιοχές άμεσης έκθεσης στον καπνό όπως είναι στο έδαφος στόματος, γλώσσα, παρειές.
Οι συφιλιδικές πλάκες εμφανίζονται στο δεύτερο στάδιο σύφιλης και χαρακτηριστικά συνοδεύονται από λεμφαδενίτιδα.
Η ασθενή μας άρχισε αντι-μυκητιασική θεραπεία με λήψη φλουκοναζόλης 100 mg (1 κάψουλα την ήμερα) για 2 εβδομάδες και σε συνεννόηση με το Πνευμονολόγο της έγινε χρήση σπρέι που δεν περιέχουν κορτικοστεροειδή. Πλήρης εξαφάνιση των βλαβών διαπιστώθηκε μετά το τέλος της πρώτης εβδομάδας.

Για επικοινωνία:

Δημήτρης Μαλάμος
Στοματολόγος DDS, MSc, PhD, Dip.O.M
Διπλωματούχος Ευρωπαϊκής Εταιρείας Στοματολογίας
e-mail: dim.malamos@gmail.com
Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας: www.gaom.gr

Πολλοί κατασκευάζουν δόντια... λίγοι όμως έχουν φαντασία, καλλιτεχνική ευαισθησία και μεράκι!

• Οδοντοστοιχίες • Μεταλλοκεραμική • Ζιρκονία
• Εμφυτεύματα • Ορθοδοντικά μηχανήματα
• Νάρθηκες



Εργαστήριο Γενικής Προσθετικής
Κισκήρας Παναγιώτης Καποδιστρίου 42, Αθήνα, τηλ.: 210 52 39 250, email: tkiskiras@outlook.com

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

metroDENT Χ. Πάντος - Ι. Σιακαβάρας Ο.Ε.
• Πατησίων 21 / 104 32 Αθήνα / τηλ: 210 52 35 981

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

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Φυσική μίμηση της ροζ αισθητικής

Ολοκληρώνοντας μια βάση οδοντοστοιχίας με το σύστημα IvoBase

Carsten Fischer, Frankfurt on the Main/Γερμανία

Ακόμα και σε σύνθετα προσθετικά περιστατικά, οι ασθενείς επιθυμούν οι οδοντοστοιχίες τους να επαναφέρουν στο στοματογναθικό σύστημα όχι μόνο τις βασικές λειτουργίες (φώνηση, μάσηση, γεύση), αλλά και να δείχνουν φυσικές. Οι οδοντοστοιχίες δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην αισθητική εμφάνιση του ασθενή. Ο αισθητικός σχεδιασμός των μαλακών ιστών αντανακλά αυτή τη φιλοσοφία.

Το σύστημα κατασκευής βάσεων οδοντοστοιχιών IvoBase® προσφέρει μια αποτελεσματική μέθοδο για την επαναπόδοση εξατομικευμένων αισθητικών μαλακών ιστών. Οι απαιτήσεις του ασθενή μπορούν να καλυφθούν ιδανικά με έναν αισθητικό σχεδιασμό και τον συνδυασμό τριών υλικών – υλικό βάσεων IvoBase, εργαστηριακή φωτοπολυμεριζόμενη ρητίνη SR Nexco® (εξατομίκευση) και κατάλληλα σχεδιασμένα δόντια οδοντοστοιχιών.

Σύστημα IvoBase

Το σύστημα IvoBase βασίζεται σε πλήρως αυτοματοποιημένη διαδικασία έγχυσης και πολυμερισμού. Όλα τα στοιχεία (μούφλα, κάψουλες, εξάρτημα έγχυσης κλπ) συντονίζονται μεταξύ τους. Η χημική συστολή της ρητίνης αντισταθμίζεται κατά τη διάρκεια του πολυμερισμού, λόγω της θερμικής διαχείρισης στο μούφλο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ογκομετρική συστολή να αποφεύγεται με τη συνεχή τροφοδοσία επιπλέον υλικού κατά τη διάρκεια της διαδικασίας πολυμερισμού, ώστε να δημιουργηθεί μια βάση με υψηλή ακρίβεια εφαρμογής και εξαιρετική επιφανειακή υφή. Χημικά, τα υλικά βάσεων οδοντοστοιχιών IvoBase ανήκουν στην κατηγορία των αυτο-πολυμεριζόμενων πολυμερών, αλλά προσφέρουν τα ποιοτικά πλεονεκτήματα των εν θερμώ πολυμεριζόμενων πολυμερών. Επειδή η διαδικασία αυτο-πολυμερισμού του IvoBase ξεκινά σε αρχική θερμοκρασία 40˚C, η θερμική συστολή είναι μειωμένη σε σύγκριση με την αντίστοιχη των συμβατικών εν θερμώ πολυμεριζόμενων πολυμερών. Το μονομερές και το πολυμερές διατίθενται σε προδοσολογημένες κάψουλες, ώστε να εξασφαλίζεται βέλτιστη αναλογία ανάμιξης και να περιορίζεται η άμεση επαφή του δέρματος με το μονομερές. Το σύστημα IvoBase δίνει βάσεις οδοντοστοιχιών με φυσική ροζ αισθητική και προσομοιάζει πιστά τις οπτικές ιδιότητες των φυσικών ούλων. Χρωματικοί χαρακτηρισμοί μπορούν να γίνουν εύκολα στις βάσεις των οδοντοστοιχιών καλύπτοντας τις ιδιαίτερες προσδοκίες των ασθενών.

Παρουσίαση περιστατικού

Μια μερικά νωδή άνω γνάθος έπρεπε να αποκατασταθεί με μια οδοντοστοιχία χωρίς υπερώα και τηλεσκοπικές στεφάνες. Οι εσωτερικές (πρωτεύοντα τμήματα) στεφάνες ζιρκονίας για τα δόντια #13, 14, 15 και 23, 24, 25 ήταν επενδεδυμένες με ηλεκτροδιαμορφωμένες καλύπτρες (δευτερεύοντα τμήματα) συνδεδεμένα στην τριτογενή δομή, που ήταν κατασκευασμένη από βασικό κράμα. Οι ηλεκτροδιαμορφωμένες καλύπτρες προσκολήθηκαν στη δομή του βασικού κράματος μέσα στο στόμα, ώστε να εξασφαλιστεί εφαρμογή χωρίς τάσεις. Η σύνταξη των δοντιών έγινε σύμφωνα με τις συμβατικές προσθετικές αρχές, ενώ λάβαμε υπόψη μας τις στατικές και λειτουργικές απαιτήσεις και τις ιδιαίτερες προσδοκίες του ασθενή. Η θέση των δοντιών, η γραμμή του χαμόγελου, η φώνηση και άλλα κριτήρια ελέγχθηκαν στη φάση της αισθητικής δοκιμής ***(Εικ. 1)*** πριν από την κατασκευή της μόνιμης οδοντοστοιχίας. Τα τμήματα των τεχνητών ούλων με τη «φυσική» εμφάνιση είχαν δημιουργηθεί στη φάση του κερώματος και οι περιοχές των μαλακών ιστών εξατομικεύτηκαν με μικρές, αλλά αποτελεσματικές πινελιές ***(Εικ. 2 και 3).***

> Το σύστημα έγχυσης εξασφαλίζει μια καθαρή, ασφαλή, άμεση και υψηλής ακρίβειας μέθοδο εργασίας.

Εικ. 1: Αισθητική δοκιμή του κερώματος.

Εικ. 2 και 3: Το κέρωμα μετά την επιτυχή διαμόρφωση των τμημάτων των μαλακών ιστών.

Εργαστηριακή διαδικασία

Αφού ο οδοντίατρος και ο ασθενής ενέκριναν το κέρωμα, η οδοντοστοιχία ήταν έτοιμη να κατασκευαστεί από ακρυλικό. Για να ολοκληρώσουμε αυτό το στάδιο χρησιμοποιήσαμε το σύστημα βάσεων οδοντοστοιχιών IvoBase, το οποίο μας επέτρεψε να μεταφέρουμε το κέρωμα στην τελική αποκατάσταση, χωρίς να χάσουμε τις λεπτομέρειες.

Επένδυση και απομάκρυνση με βρασμό

Και τα δύο μισά τμήματα του μούφλου ήταν πανομοιότυπα. Πριν από την επένδυση του εκμαγείου, τοποθετήσαμε το καπάκι του μούφλου, με το εξάρτημα εξασφάλισης πρόσβασης και το φίλτρο κεριού στο ένα από τα δύο μισά. Μετά την εφαρμογή ενός λεπτού στρώματος βαζελίνης στις εσωτερικές επιφάνειες των μούφλων που προετοιμάστηκαν, εμβαπτίσαμε την εγκιβωτισμένη με κερί οδοντοστοιχία σε νερό και την απομονώσαμε με υγρό διαχωριστικό γύψου – γύψου. Το εκμαγείο ήταν πλέον έτοιμο να επενδυθεί με γύψο; μια οδοντιατρική γύψος τύπου III ενδείκνυται για τον σκοπό αυτό. Φροντίσαμε να τοποθετήσουμε το εκμαγείο στο κέντρο του μούφλου και να διασφαλίσουμε ότι ο χώρος ανάμεσα στο πρόσθιο όριο του εκμαγείου και το μούφλο ήταν περίπου 10 χιλ. Για να δημιουργήσουμε μια επίπεδη επιφάνεια ανάμεσα στο όριο του εκμαγείου και στο άκρο του μούφλου, απομακρύναμε όλες τις περίσσειες γύψου όσο ήταν ακόμα μαλακές. Η επιφάνεια της γύψου θα πρέπει να είναι στο ίδιο επίπεδο με το σημείο πρόσβασης, ώστε να αποτρέψουμε τον θρυμματισμό της γύψου στα επόμενα στάδια εργασίας.

Μετά την πήξη της γύψου, αντικαταστήσαμε το μισό εξάρτημα εξασφάλισης πρόσβασης με το αντίστοιχο γεμάτο και τοποθετήσαμε το προκατασκευασμένο κέρινο εξάρτημα έγχυσης. Επειδή στο συγκεκριμένο περιστατικό κατασκευάσαμε οδοντοστοιχία χωρίς βάση στην υπερώα, οι αγωγοί τοποθετήθηκαν στην απόφυση της άνω γνάθου. Βεβαιωθήκαμε ότι οι αγωγοί είχαν συνέχεια σε όλη την περιοχή της βάσης. Στη συνέχεια, συνδέσαμε αγωγούς απαερίωσης, στην πρόσθια περιοχή του μούφλου, για την απαγωγή του αέρα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας έγχυσης. Τα στοιχεία αυτά είναι επίσης προκατασκευασμένα και συνδέονται εύκολα στη βάση της οδοντοστοιχίας. Σημαντικό: οι αγωγοί απαερίωσης δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με το περίβλημα του μούφλου. Ακολούθως, καλύψαμε τα δόντια και τις περιοχές των ούλων με σιλικόνη προσθήκης μέσης ρευστότητας (σιλικόνη τύπου A με σκληρότητα shore 65) και κάναμε εγκοπές πριν πήξει το υλικό, ώστε να αυξήσουμε τη συγκράτηση και να ασφαλίσουμε τη σιλικόνη στη γύψο. Δεν τοποθετήθηκε σιλικόνη στις μασητικές επιφάνειες και στο εξάρτημα εξασφάλισης πρόσβασης. Μετά την εφαρμογή διαχωριστικού στις επιφάνειες της γύψου, τοποθετήσαμε το καπάκι του μούφλου και κλειδώσαμε τα δύο μισά με την ασφάλεια. Αμέσως μετά, πληρώσαμε το μούφλο με οδοντιατρική γύψο (τύπου III) με τη βοήθεια ενός δονητή γύψου, ώστε να αποφύγουμε φυσαλίδες αέρα. Η περίσσεια της γύψου απομακρύνθηκε, με αποτέλεσμα να παραμείνει μια επίπεδη επιφάνεια ανάμεσα στη γύψο και στο καπάκι του μούφλου. Μετά την πήξη της γύψου, το μούφλο ζεστάθηκε σε υδατόλουτρο 90˚C και στη συνέχεια τα δύο μισά διαχωρίστηκαν. Το κερί είχε μαλακώσει και ήταν εύκολο να αφαιρεθεί σε μεγάλα κομμάτια. Μετά την απομάκρυνση του εξαρτήματος εξασφάλισης πρόσβασης, το εκμαγείο και τα δόντια υπέστησαν βρασμό σε καθαρό νερό, ώστε να αφαιρεθούν πλήρως όλα τα υπολείμματα κεριού.

Εικ. 4: Τα δόντια προετοιμάστηκαν και τα τμήματα της γύψου απομονώθηκαν.

Εικ. 5: Το μη πολυμερισμένο στρώμα της αδιαφάνειας απομακρύνθηκε και ο σκελετός επανατοποθετήθηκε στα τηλεσκόπια.

Εικ. 6: Το μούφλο και το μείγμα του IvoBase τοποθετήθηκαν στο σύστημα έγχυσης και το πρόγραμμα ξεκίνησε.

Μεταφορά σε ακρυλικό

Οι βάσεις των καθαρών δοντιών αδροποιήθηκαν και δημιουργήθηκαν μηχανικά συγκρατήματα με μικρή στρογγυλή φρέζα. Στη συνέχεια, τα δόντια επανατοποθετήθηκαν στο κλειδί σιλικόνης και έγινε εφαρμογή λεπτού στρώματος διαχωριστικού υγρού στις γύψινες επιφάνειες των δύο μισών του κρύου μούφλου ***(Εικ. 4)***. Πριν την ένωση των δύο μισών του μούφλου, καλύψαμε τον σκελετό από βασικό κράμα με αδιαφάνεια. Για τον σκοπό αυτό, χρησιμοποιήσαμε ροζ αδιαφάνεια για τις περιοχές των ούλων και αδιαφάνεια σε χρώμα δοντιού για τις περιοχές κάτω από τα τηλεσκοπικά δόντια. Τα υλικά αυτά εφαρμόστηκαν σε δύο στρώματα, αρχικά βασικό και στη συνέχεια καλυπτικό στρώμα. Αφού προετοιμάστηκε, ο σκελετός τοποθετήθηκε στο εκμαγείο και σταθεροποιήθηκε με κερί ***(Εικ. 5)***. Τα εξαρτήματα του συστήματος συναρμολογήθηκαν μαζί με τα δύο μισά του μούφλου.

Τα υλικά των βάσεων των οδοντοστοιχιών είναι διαθέσιμα σε επτά αποχρώσεις. Για το συγκεκριμένο περιστατικό επιλέξαμε IvoBase High Impact σε απόχρωση 34-V. Απομακρύναμε τον περιέκτη του μονομερούς από την προδοσολογημένη κάψουλα και αναμίξαμε το υγρό και τη σκόνη, δημιουργώντας ένα ομοιογενές μείγμα. Με λίγες εύκολες κινήσεις συνδέσαμε την κάψουλα με το μούφλο και τα τοποθετήσαμε στο σύστημα έγχυσης, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή. Στη συνέχεια, επιλέξαμε το κατάλληλο πρόγραμμα και ξεκίνησε η διαδικασία έγχυσης ***(Εικ. 6)***. Η διαδικασία ήταν πλήρως αυτοματοποιημένη και με την πρόσθετη λειτουργία RMR, χρειάστηκαν 65 λεπτά για να ολοκληρωθεί. Η λειτουργία RMR μειώνει επιπλέον το ήδη χαμηλό ποσοστό υπολειπόμενου μονομερούς, σε λιγότερο από 1%. Η χημική συστολή αντισταθμίζεται πλήρως, αφού η διαδικασία έγχυσης και πολυμερισμού ταιριάζουν απολύτως με το υλικό. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, αφαιρέσαμε το μούφλο και το ψύξαμε σε νερό. Η αποχωμάτωση έγινε σε οδοντιατρική πρέσα. Το σύστημα IvoBase περιλαμβάνει βοήθημα αποχωμάτωσης, ώστε να διευκολύνεται η διαδικασία. Μετά την αποσυναρμολόγηση των δύο μισών του μούφλου, αφαιρέσαμε προσεκτικά την οδοντοστοιχία από τη γύψο και διαχωρίσαμε την κάψουλα με τη βοήθεια δίσκου χωρίσματος ***(Εικ. 7)***. Όλες οι περιοχές με το κερί αποδόθηκαν πιστά στο ακρυλικό.

Ολοκλήρωση της οδοντοστοιχίας

Στο σημείο αυτό, δώσαμε όλη μας την προσοχή στην ολοκλήρωση της οδοντοστοιχίας. Το πλεονέκτημα χρήσης του συγκεκριμένου συστήματος έγινε περισσότερο εμφανές σε αυτό το στάδιο, αφού δεν χρειάστηκαν διορθώσεις. Η τελική δομή και η υφή της επιφάνειας του κέρινου προτύπου αποδόθηκαν στο ακρυλικό, χωρίς απώλεια των λεπτομερειών. Με λίγα γρήγορα βήματα, η βάση της οδοντοστοιχίας ήταν έτοιμη για τελικό χαρακτηρισμό ***(Εικ. 8)***. Με το υλικό SR Nexco, τα τεχνητά ούλα μπορούν να αποκτήσουν ένα εξατομικευμένο άγγιγμα και φυσικούς χαρακτηρισμούς, ώστε να καλύπτουν τις προσδοκίες του ασθενή. Το SR Nexco συμπληρώνει ιδανικά το σύστημα υλικών βάσεων οδοντοστοιχιών IvoBase (απόχρωση 34 V) ***(Εικ. 9)***.

Εφαρμόσαμε φωτοπολυμεριζόμενο παράγοντα προετοιμασίας (SR Connect) στην επιφάνεια του ακρυλικού, ώστε να δημιουργήσουμε μια συγκολλητική επιφάνεια που θα επέτρεπε την εφαρμογή εξατομικευμένων χρωματικών χαρακτηρισμών ***(Εικ. 10 και 11)***. Στη συνέχεια, επικεντρωθήκαμε στη δημιουργία μικρών λεπτομερειών, προκειμένου να αποδώσουμε ένα φυσικό φαινόμενο βάθους. Εξατομικεύσαμε τις προστομιακές περιοχές και δημιουργήσαμε λεπτά τριχοειδή στην παρειακή επιφάνεια με τη χρήση ποικιλίας διαφορετικών αποχρώσεων. Τα βασικά ανατομικά χαρακτηριστικά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον χαρακτηρισμό των τμημάτων των μαλακών ιστών, ώστε να επιτυγχάνεται ένα φυσικό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, τα κερατινοποιημένα ούλα έχουν ένα ελαφρύ ροζ χρώμα, επειδή κυκλοφορεί μέσα σε αυτά λιγότερο αίμα. Αντίθετα, οι ουλοβλεννογόνιες περιοχές εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη αιματική τροφοδοσία και είναι διάσπαρτες από λεπτά αιμοφόρα αγγεία. Τέτοιες λεπτομέρειες ήταν εύκολο να αναπαραχθούν με τη σειρά προϊόντων SR Nexco. Η υφή των τρισδιάστατων οστικών προεξοχών και το ουλικό περίγραμμα είχαν ήδη δημιουργηθεί στο κερί και μεταφέρθηκαν στο ακρυλικό, χωρίς απώλεια των λεπτομερειών με τη χρήση του συστήματος IvoBase. Τα υλικά ούλων SR Nexco και οι τεχνικές μας δεξιότητες μας επέτρεψαν να εξατομικεύσουμε τα προσθετικά ούλα, με εφαρμογή υλικών διαφορετικών αποχρώσεων, με στοχευμένο τρόπο, ώστε να επιτύχουμε ένα φυσικό τελικό αποτέλεσμα ***(Εικ. 12 και 13)***.

Πριν από τον τελικό φωτοπολυμερισμό, καλύψαμε ολόκληρη την επιφάνεια με ζελέ γλυκερίνης για την προστασία από το οξυγόνο (SR Gel), ώστε να αποτρέψουμε τη δημιουργία στοιβάδας αναστολής πολυμερισμού. Μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας τελικού πολυμερισμού, γυαλίσαμε την επιφάνεια. Η χρήση βούρτσας από τρίχα κατσίκας, υφάσματος και πάστας στίλβωσης Universal Polishing Paste έδωσαν μια εξαιρετικά λεία και στιλπνή επιφάνεια, χωρίς απώλεια της επιφανειακής υφής ή των χρωματικών χαρακτηριστικών.

Εικ. 7: Προσεκτική αποχωμάτωση, μετά την ολοκλήρωση της πλήρους αυτοματοποιημένης διαδικασίας πολυμερισμού.

Εικ. 8: Η ολοκλήρωση απαιτεί μόνο λίγα βήματα, αφού το κέρινο ομοίωμα μετατρέπεται σε ακρυλική βάση, χωρίς απώλεια των λεπτομερειών.

Εικ. 9: Ο φωτοπολυμερισμός της ρητίνης SR Nexco μπορεί να συνδυαστεί με το σύστημα IvoBase για τον χαρακτηρισμό των βάσεων των οδοντοστοιχιών.

Εικ. 10: Ένα λεπτό στρώμα συγκολλητικού παράγοντα εφαρμόζεται στα τμήματα των τεχνητών ούλων.....

Εικ. 11: ... αφήνεται να δράσει και πολυμερίζεται με φως.

Εικ. 12: Χαρακτηρισμός: λεπτή στίξη και τριχοειδή αιμοφόρα αγγεία ενισχύουν τη φυσική εμφάνιση των τμημάτων των τεχνητών ούλων.

Εικ. 13: Τα υλικά χαρακτηρισμών SR Nexco μπορούν να εφαρμοστούν με σπόγγο μιας χρήσεως.

Εικ. 14: Η αποκατάσταση εναρμονίζεται στο πρόσωπο του ασθενή και ικανοποιεί τις αισθητικές του προσδοκίες.

Εικ. 15: Επιτυχημένο παιχνίδι μεταξύ φωτός, σκιάς και χρώματος. Η επιφανειακή υφή που διαμορφώθηκε στο κερί, μεταφέρθηκε με ακρίβεια στο ακρυλικό, χωρίς απώλεια των λεπτομερειών, με τη βοήθεια του συστήματος IvoBase. Οι δυναμικές οπτικές ιδιότητες που επιτύχαμε εξασφαλίζουν μια φυσική εμφάνιση στα τεχνητά ούλα.

Αποτέλεσμα

Η ροζ αισθητική, που μοιάζει με τους υγιείς μαλακούς ιστούς είναι το αποτέλεσμα αυτής της προσέγγισης. Μικρές λεπτομέρειες της υφής – όπως λεπτή στίξη, ελαφρώς τονισμένες οστικές προεξοχές ή παρυφή των ελεύθερων ούλων – δίνουν στα τεχνητά ούλα μια φυσική εμφάνιση. Το υλικό βάσεων οδοντοστοιχιών IvoBase εναρμονίζεται όμορφα με τη ρητίνη SR Nexco και τα δύο αυτά υλικά μαζί δημιουργούν φυσικές αντανακλάσεις του φωτός και μια δυναμική αλληλεπίδραση χρωμάτων. Η συμπαγής και λεία επιφάνεια δεν είναι μόνο αισθητικά ευχάριστη, αλλά παρέχει και βέλτιστες συνθήκες για υγιεινή των οδοντοστοιχιών ***(Εικ. 14 και 15)***.

Συμπέρασμα

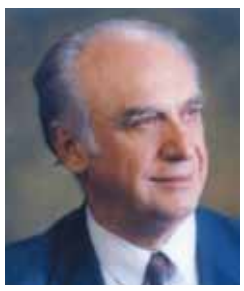
Η διαδικασία έγχυσης IvoBase αποτελεί μια απλή μέθοδο για τη μετατροπή κερωμένων βάσεων οδοντοστοιχιών σε υψηλής ποιότητας PMMA. Τα κέρινα ομοιώματα μπορούν να μεταφερθούν σε κλίμακα 1:1. Η συστολή πολυμερισμού αντισταθμίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό, ελαχιστοποιώντας έτσι την προσπάθεια του οδοντοτεχνίτη. Τα τμήματα των μαλακών ιστών μπορούν να εξατομικευτούν, ώστε να καλύψουν τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του ασθενή και να εξασφαλίσουν οδοντοστοιχίες με φυσική ροζ αισθητική.

Λεπτομέρειες επικοινωνίας:

Carsten Fischer
sirius ceramics
Lyoner Strasse 44-48
60528 Frankfurt on the Main
Germany
info@sirius-ceramics.com

ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΔΙΚΤΑΤΟΡΙΑΣ

Μια γεύση από την Ακαδημαϊκή ζωή στην 7ετία 1967-1974



Φώτης Ι. Μήτσης
Ομότιμος Καθηγητής
και πρώην Πρύτανης
του Πανεπιστημίου Αθηνών

Με αφορμή την 42η επέτειο του Πολυτεχνείου, το «ΟΒ» παρουσιάζει μια σταχυολόγηση αποσπασμάτων από το βιβλίο «Αναδρομές και Μνήμες. Από το Οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής»* του Ομότιμου Καθηγητή Οδοντιατρικής και πρώην Πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών, Φώτη Ι. Μήτση, μέσα από τα οποία ο αναγνώστης θα έχει τη δυνατότητα να μάθει για τις παρεμβάσεις, τις προκλήσεις και τις δυσκολίες με τις οποίες βρέθηκαν αντιμέτωπα τα Πανεπιστήμια και οι Σχολές κατά τη ζοφερή επταετία της δικτατορίας.

Επιμέλεια κειμένου
Ηλιάνα Γιαννούλη δημοσιογράφος

Όπως θα φανεί μέσα από τις γραμμές που ακολουθούν η Χούντα κατόρθωσε να καλλιεργήσει τον φόβο με όσα μέσα διέθετε. Οι άλλοτε «ναοί της ελεύθερης σκέψης», τα πανεπιστήμια είχαν διαβρωθεί τόσο ως προς τον τρόπο διοίκησής τους όσο και ως προς την ικανότητά τους να εμπνέουν ιδανικά και αξίες στους νέους επιστήμονες.

Τα ιδρύματα και οι Καθηγητές τους δέχονταν τη μία μετά την άλλη, τις επεμβάσεις του καθεστώτος: κρίσεις, διαθεσιμότητες, απολύσεις και διορισμοί καθηγητών, με κριτήρια που δεν υπαγορεύονταν από την καθιερωμένη διαδικασία, αλλά υπάκουαν στις προσωπικές σκοπιμότητες του Δικτάτορα συνέθεταν μια πραγματικότητα που όχι μόνο παρεμπόδιζε την αποδοτική λειτουργία των πανεπιστημίων της χώρας, αλλά αντανακλούσε και το «όραμα» της παιδείας που ενέπνεε τους θιασώτες του δικτατορικού καθεστώτος.

Ο Φώτης Μήτσης, έκτακτος Καθηγητής τότε, θυμάται το πώς επηρέασε το δικτατορικό καθεστώς την λειτουργία των Πανεπιστημίων:

«Η επταετής δικτατορία έπληξε τον τόπο, τα Πανεπιστήμια και φυσικά και την Οδοντιατρική. Την έπληξε καίρια στα πρώτα κιόλας βήματα της ανεξαρτησίας της, με το κλίμα φοβίας, αναξιοπιστίας και κρίσης των αξιών που καλλιέργησε.

Η επταετία της δικτατορίας υπήρξε σελίδα μελανή για τα Πανεπιστήμια. Ο περιορισμός των ελευθεριών, η αστυνόμευση και η καταπάτηση της αυτοτέλειας του Πανεπιστημίου, η παρουσία Κυβερνητικού Επιτρόπου-στρατηγού στη διοίκηση των ΑΕΙ, η σύσταση και λειτουργία Συμβουλίου Νομιμοφροσύνης στα Πανεπιστήμια, καθώς κι ο απροκάλυπτος και χωρίς όρια παρεμβατισμός και ο διωγμός των δασκάλων και φοιτητών, απετέλεσαν θεσμούς για τη λειτουργία των Πανεπιστημίων. Θεσμούς που έπνιξαν κάθε δημοκρατική εκδήλωση και φίμωσαν κάθε έννοια ακαδημαϊκής ελευθερίας, ελεύθερης έκφρασης και διακίνησης ιδεών».

Η δικτατορία ανάμεσα σε όλα τα δεινά που έφερε, υποβάθμισε ακόμη περισσότερο το επίπεδο της αξιοκρατίας και θέσπισε ως πρωταρχικό κριτήριο ανέλιξης την υποταγή σ' αυτήν και τους θεσμούς της. Έτσι, ένας αχαλίνωτος διωγμός αναπτύχθηκε μέσα στις ίδιες τις τάξεις του Πανεπιστημιακού κόσμου, με στόχο τους ανεπιθύμητους και τους ανυπότακτους. Δάσκαλοι συμπεριφέρονταν ακατονόμαστα στην προσπάθειά τους να ανταγωνιστούν, να εξελιχθούν ή να προαχθούν, καταπατώντας τις αρχές και τα όρια που προσφέρει η ευγενής άμιλλα.

«Η τοποθέτηση και μόνο Κυβερνητικού Επιτρόπου στα ΑΕΙ και η παρουσία του στις συνεδρίες των Σχολών, υπήρξε καταλυτική. Ήταν το «μάτι» της δικτατορίας ανάμεσά μας και ένας τρόπος ελέγχου και συνεχούς παρακολούθησης και καταπίεσης. Η αιτιολόγηση του θεσμού ότι δήθεν ήταν προστατευτικός, για τον περιορισμό και την πάταξη της αυθαιρεσίας και την τήρηση της νομιμότητος, δεν ήταν αρκετή για την καθιέρωση ενός τέτοιου θεσμού, που κατέλυσε κάθε έννοια αυτοτέλειας και ελευθερίας.

Σ' όλες τις συνεδριάσεις του Συμβουλίου των Καθηγητών, που ήταν τότε το όργανο διοίκησης της Σχολής είχε το δικαίωμα να είναι παρών και ο στρατηγός- Κυβερνητικός Επίτροπος. Και ευτυχώς που ήταν στρατηγός, γιατί- όπως έλεγαν- ο Δικτάτορας είχε απειλήσει ότι «θα στείλει δεκανέα». Τόση ήταν η εκτίμηση και ο σεβασμός του για τα Πανεπιστήμια. Οι αντιλήψεις μας ήταν εκ διαμέτρου αντίθετες με εκείνες του Κυβερνητικού Επιτρόπου, αν και φυσικά δεν έλειπαν κι εκείνοι που δεν ήθελαν σε καμία περίπτωση να τον δυσαρεστήσουν. Τα χρόνια ήταν σκληρά για όλους, περισσότερο όμως για εκείνους που πίστευαν, ότι κάποιοι καλύτεροι δρόμοι υπάρχουν έξω από τη δικτατορία και ότι η γνώση και η διδασκαλία συμπορεύονται με την Ελευθερία».

Μέσα όμως στο ζοφερό κλίμα εκείνης της εποχής, υπήρξαν και κάποιες σημαντικές κατακτήσεις για την Οδοντιατρική, όπως ήταν η ψήφιση του Νόμου 706/70 για την ανεξαρτητοποίηση της Σχολής και η εγκατάστασή της στο νέο κτίριο, στο Γουδή. Αλλά και κάτι άλλο σημαντικό συνέπεσε στα χρόνια της δικτατορίας για την Οδοντιατρική. Επήλθε η ανανέωση των Καθηγητών, όπου πλέον η τρίτη γενιά διαδέχθηκε τη δεύτερη. Έτσι με ένα νέο πνεύμα και καινούργιες ιδέες θεσπίστηκε ένα εκσυγχρονισμένο πρόγραμμα σπουδών και εν γένει βελτιώθηκε η όλη οργάνωση της Σχολής.

«Κι αν η περίοδος εκείνη 1967-74 δεν συνέπιπτε με τη δικτατορία η αναβάθμιση της Οδοντιατρικής θα ήταν πολύ καλύτερη. Εμποδίστηκε, γιατί το γενικό κλίμα δεν ευνοούσε την Πανεπιστημιακή άνθιση. Πολλοί νέοι που ήθελαν να μείνουν στο Πανεπιστήμιο για να προσφέρουν δεν είχαν κανένα κίνητρο. Οι Πανεπιστημιακές Σχολές δεν ήταν φυτώρια που θα μπορούσαν να αναπτύξουν και να βγάλουν νέους επιστήμονες, σωστούς, με ιδέες δημοκρατικές και ορθό προσανατολισμό».

Στα χρόνια της δικτατορίας, μερίδα του ελληνικού κόσμου «είχε βρει ένα επάγγελμα με μέλλον, αυτό του χαφιέ». Δυστυχώς, και τα Πανεπιστήμια, λειτουργώντας ως μικρογραφία της κοινωνίας δεν κατάφεραν να μείνουν αλώβητα από αυτό το φαινόμενο και έτσι μέσα στους κόλπους των ιδρυμάτων «ήκμασαν» οι καταδότες. Τα αποσπάσματα που ακολουθούν είναι ενδεικτικά του κλίματος της εποχής:

«…Αντίθετα, μέσα σ' αυτό το κλίμα ανώμαλης ανάπτυξης και χωρίς καμιά αξιοκρατία, οι ευνοούμενοι της δικτατορίας, οι καιροσκόποι και οι άνθρωποι που φανερά ή κρυφά ανεβοκατέβαιναν τα σκαλοπάτια της Ασφάλειας και των άλλων υπηρεσιών πληροφοριών (ΓΔΕΑ, ΚΥΠ, κ.α), έβρισκαν ευκολότερα στέγη για διορισμό και αναρρίχηση». Αλλά και σε εκείνους από τους φοιτητές που προσέφεραν τις υπηρεσίες τους στο καθεστώς, αφιλοκερδώς ή όχι, η προαγωγή ήταν εύκολη, τη στιγμή που συνάδελφοί τους «αντιφρονούντες» σέρνονταν στα μπουντρούμια της ΕΣΑ.

Η Σχολή μας, που είχε μεταφερθεί στο Γουδή, ήταν επαρκώς στελεχωμένη από ασφαλίτες και καταδότες. Ασφαλίτες που είχαν επίσημα ενθρονιστεί στο θυρωρείο του κτιρίου και περιφέρονταν στους διαδρόμους και τους εκπαιδευτικούς χώρους, για να παρακολουθούν την κάθε κίνηση και καταδότες, δυστυχώς ανάμεσα στους φοιτητές και το προσωπικό.

Η διάβρωση είχε προχωρήσει βαθιά. Ο ασφαλίτης μπορούσε να παρέμβει σε κάθε μας ενέργεια. Από τις παρουσίες των φοιτητών στα αμφιθέατρα μέχρι τα αποτελέσματα των εξετάσεων».

Το «μάντρωμα» των φοιτητών στα αμφιθέατρα και τις υποχρεωτικές παρουσίες που επέβαλαν, τις θεωρούσαν μέτρο «προστασίας» της δικτατορίας. Ποιες ήταν οι εντολές για τον έλεγχο της κατάστασης, φαίνεται και από τα όσα αναγράφονται στη συνέχεια.

Στα πρακτικά της 7/12/70, ο Κυβερνητικός Επίτροπος, ο οποίος επισκεπτόταν πολύ συχνά την Οδοντιατρική Σχολή, γιατί ενδιαφερόταν για ορισμένες εκλογές, είπε χαρακτηριστικά:

«Θα πρέπει ο φοιτητής να εφοδιασθεί δι' ειδικής καρτέλας εις ην θα αναγράφεται λεπτομερώς πώς θα κινείται καθ' εβδομάδα, έτσι ώστε να μην επέρχεται σύγχυσις».

Μ' αυτόν τον τρόπο παρακολούθησης πίστευαν ότι θα ελέγχουν και θα δαμάσουν τη φοιτητική νεολαία.

«Η κρίση των αξιών δοκιμάστηκε σε όλα τα επίπεδα. Δεν είναι λίγοι οι Πανεπιστημιακοί δάσκαλοι που, υποταγμένοι στη θέληση του Δικτάτορα και των κάθε λογής δικτατορίσκων, αναμασούσαν τα συνθήματα που «μας σερβίριζαν» με έγγραφα και εγκυκλίους, για να τα μεταφέρουμε στα αμφιθέατρα. Υμνούσαν τη «μεγάλη Εθνική επέτειο της 21ης Απριλίου 1967» κι ακόμα τη θλιβερή εκείνη επέτειο της 4ης Δεκεμβρίου 1944, που αποτελεί μελανή σελίδα για τη νεώτερη ιστορία μας».

Να πώς ένας σημαίνων Πανεπιστημιακός δάσκαλος έπλεκε ύμνους στη δικτατορία, σε επίσημο Εορτασμό Εθνικής Επετείου:

«…η 28η Οκτωβρίου του 1940 εγέννησε τας πρώτας χρυσάς ελπίδας εις την αγωνιζόνενην ανθρωπότητα. Η 21η Απριλίου του 1967 δημιουργεί την πρώτην εν τω ελευθέρω κόσμω ζοφοφθόρον δύναμιν, δεικνύουσα εις αυτόν την μόνην προς αποτροπήν νέων δεινών οδόν…».

Και δυστυχώς λόγοι, όπως ο παραπάνω δεν ήταν η εξαίρεση. Και άλλοι έψαχναν ευκαιρίες για να υμνήσουν τη Δικτατορία, όπως φαίνεται από τα λόγια που ακολουθούν και έχουν λεχθεί από Πανεπιστημιακό δάσκαλο στους φοιτητές με την ευκαιρία κάποιων εγκαινίων στα πρώτα χρόνια της Δικτατορίας.

«Πότε και πού άλλοτε αγαπητοί φοιτηταί, εγένετο παρόμοιον παράδειγμα στοργής και αγάπης, αφειδούς προσφοράς μέσων παιδείας προς την σπουδάζουσα νεότητα; Πότε άλλη Κυβέρνησις επύργωσε μέχρι των άστρων την στοργή και την αγάπην προς τους νέους της χώρας της; Η Ιστορία, η οποία μένει κατάπληκτος προ του φωτός του εκπορευομένου κατά τας ημέρας ταύτας από την μικράν αυτήν γωνίαν της γης, εις το στοργικόν τούτο Κυβερνητικόν ενδιαφέρον κατά κύριον λόγον θα αναζητήσει και θα ανεύρη τα αίτια τόσης εκθαμβωτικής φωτοβολίας …».

Κι αυτά ακούγονταν την ίδια ώρα που από τα αμφιθέατρα εξαφανίζονταν φοιτητές και οδηγούνταν στα βασανιστήρια της ΕΣΑ.

«Ένα δυναμικό μέρος από τους φοιτητές που είχαν στο μεταξύ ευαισθητοποιηθεί, που έλαβαν μέρος στο αντιδικτατορικό κίνημα και βρέθηκαν διωγμένοι μετά τα γεγονότα του Πολυτεχνείου, δεν είχαν κανένα κίνητρο και καμιά ενθάρρυνση για να επιδοθούν επιστημονικά. Η δυναμικότητα, ο ενθουσιασμός και οι δραστηριότητές τους είχαν στραφεί σε άλλου είδους αγώνες, για εκδημοκρατισμό και ελευθερίες. Ένα ισχυρό φοιτητικό κίνημα αναπτύχθηκε στην Οδοντιατρική, που περιέλαβε ένα μεγάλο μέρος φοιτητών, με προοδευτικές ιδέες και καλά μυαλά, που θα μπορούσαν- αν είχαν αυτοί ή ένα μέρος από αυτούς ασχοληθεί με την επιστήμη- να την στελεχώσουν επάξια».

> Επιδίωξη των συνταγματαρχών για τα Πανεπιστήμια ήταν να μεταβληθούν σε στρατόπεδα για τους εισερχόμενους και «μάντρες» για τους σπουδαστές και τους εργαζόμενους. Έτσι πίστευαν ότι θα χαλιναγωγήσουν την ελληνική νεολαία (...).
> Η επταετής δικτατορία έπληξε τον τόπο, τα Πανεπιστήμια και φυσικά και την Οδοντιατρική. Την έπληξε καίρια στα πρώτα κιόλας βήματα της ανεξαρτησίας της, με το κλίμα φοβίας, αναξιοπιστίας και κρίσης των αξιών που καλλιέργησε.

Ερανισμός πληροφοριών από τα Πρακτικά της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, περιόδου 1968-1974

Από την αναδίφηση των πρακτικών της Σχολής από τις διάφορες συνεδρίες των ετών 1967 - '68 μέχρι και το 1973 -'74, αλλά και από το όσα ακούστηκαν και δεν γράφτηκαν μέσα σ' αυτές, θα μπορούσε ο αναγνώστης να αποκτήσει μια καλύτερη εικόνα τόσο για ν' αντιληφθεί το κλίμα της εποχής, όσο και για να παρακολουθήσει τις παρεμβάσεις της Δικτατορίας στις λειτουργίες των Σχολών.

Θα μπορούσαμε πολλά να αφηγηθούμε από την περίοδο εκείνη. Ωστόσο, επιλεκτικά θα αναφερθούμε σε κάποια περιστατικά που στηρίζονται σε γραπτά κείμενα (από τα Πρακτικά της Σχολής) και τα οποία περιγράφουν την απροσχημάτιστη ανάμιξη του καθεστώτος στη λειτουργία των Πανεπιστημίων.

Από την πρώτη κιόλας ακαδημαϊκή χρονιά μετά τη δικτατορία, από το Σεπτέμβριο του 1967-68, άρχισαν οι παρεμβάσεις του Δικτάτορα πρωθυπουργού, ο οποίος συγχρόνως κατείχε και το Υπουργείο Παιδείας. Επίσημα, με Συντακτικές πράξεις όπως εκείνες των ΙΑ , ΙΕ , ΙΖ και με Διατάγματα κι ανεπίσημα, με απροκάλυπτη ενεργό ανάμιξη σε πολλές άλλες περιπτώσεις.

Ήταν Δεκέμβρης του 1967, όταν ακόμη το νομικό καθεστώς δεν είχε αλλάξει με τις Συντακτικές Πράξεις και τα Διατάγματα της Δικτατορίας. Πρόεδρος στην Οδοντιατρική Σχολή ήταν ο Καθηγητής Ευ. Παπαντωνίου και Πρύτανης του Πανεπιστημίου Αθηνών ο Καθηγητής Νομικής, Γ. Ράμ-

μος. Η Οδοντιατρική Σχολή ακόμη στεγαζόταν στην οδό Χαλκονδύλη. Τον Πρόεδρο επισκέφθηκαν στο γραφείο του δύο αξιωματικοί, οι οποίοι ανέφεραν ότι κατέθεσαν αίτηση επανεξέτασης αποτυχούσας σε μάθημα πτυχίου φοιτητρίας, συνοδευομένη με πιστοποιητικό ψυχιάτρου-νευρολόγου. Το ζητούμενο θεωρήθηκε από τον Πρόεδρο και εν συνεχεία από τον Πρύτανη παράνομο, διότι τα αποτελέσματα είχαν σταλεί ήδη στην Γραμματεία και είχαν ανακοινωθεί. Αδίστακτος, ο δικτάτορας επέμεινε. Έτσι ακολούθησε μετά την άρνηση του εγγράφου, εντολή του υπουργού Παιδείας με θέμα: *«Επανεξέτασις φοιτητρίας εις εν μάθημα»*, με την παράκληση να εξετασθεί μετά πάσης ευμενείας. Ο Σύλλογος των Καθηγητών της Σχολής με την συμπαράσταση του Πρυτάνεως δεν υπέκυψε και εδήλωσεν ότι *«ειλικρινώς λυπείται διότι εκ της κειμένης Νομοθεσίας δεν δύναται να αποφασίσει την επανεξέτασίν της»*.

Τον Απρίλιο του 1968 με υπουργική απόφαση (892/1968) ανακοινώθηκε από την κυβέρνηση ο κατάλογος των απολυθέντων καθηγητών *«δι' ανάρμοστον ήθος ή διδακτική και επιστημονική ανεπάρκεια»*, πράξη που αποτέλεσε βαρύ πλήγμα για την αυτοτέλεια του Πανεπιστημίου.

Παράλληλα, απεστάλη εγκύκλιος (133/6-2-68) από τον Πρόεδρο της κυβερνήσεως *«περί του καθήκοντος του πνευματικού κόσμου προς συνδρομήν εις την προσπάθειαν εθνικής αναγεννήσεως»*.

Τον Ιούλιο του 1970 με βάση τη Συντακτική Πράξη γίνεται κρίση για προαγωγή στην Οδοντιατρική Σχολή, όλων (τεσσάρων) έκτακτων καθηγητών σε τακτικούς, εκ των οποίων διορίζονται οι τρεις και εξαιρείται ένας (ο Φώτης Μήτσης) χωρίς κανένα αιτιολογικό. Παρέμεινε στη θέση του έκτακτου καθηγητή μέχρι το 1973, οπότε εξελέγη για δεύτερη φορά τακτικός καθηγητής μετά από προκήρυξη της έδρας και διορίσθηκε το 1973.

Το 1971, παρά την αντίθετη γνώμη των Σχολών (τότε παραιτήθηκε ο Πρύτανης κ. Αλεξόπουλος για τον παρεμβατισμό) επεβλήθη στις Σχολές εκλογή επίκουρων καθηγητών, κατά παράβαση της ακαδημαϊκής ελευθερίας και αυτοτέλειας.

Το 1972-73 ξέσπασε έντονη διαμάχη στο Σύλλογο των Καθηγητών της Οδοντιατρικής Σχολής με τον νέο Κυβερνητικό Επίτροπο-στρατηγό για τον παρεμβατισμό του. Επρόκειτο για την αναπλήρωση κενής έδρας μετά την αποχώρηση καθηγητή. Έγιναν τρεις συνεδρίες (16/10, 26/10 και 24/11 του 1972) με έντονες τις παρεμβάσεις του Κυβερνητικού Επιτρόπου, ο οποίος σκανδαλωδώς επέμενε υπέρ υποψηφίου της προτίμησής του, χρησιμοποιώντας παραδείγματα από τον Στρατό για να πείσει τον Σύλλογο Καθηγητών για τα κριτήρια που ακολουθούσαν στο στρατό προκειμένου για προαγωγή.

«Η Σχολή κατά πλειοψηφία απεφάσισε σύμφωνα με τα δικά της κριτήρια κι έκανε αυτό που θεωρούσε καλύτερο για τη Σχολή με μια πράξη (θα έλεγα) γενναιότητας κι αξιοπρέπειας, έναντι της αυθαιρεσίας και του παρεμβατισμού (…) Αδίστακτος ο εκπρόσωπος της δικτατορίας δεν κρατά ούτε τα προσχήματα προκειμένου να εξυπηρετήσει προστατευόμενους. Αλλά και άξιοι επαίνου οι πανεπιστημιακοί δάσκαλοι, γιατί δεν υπέκυψαν και κρατήθηκαν στο ύψος των περιστάσεων».

Ο παρεμβατισμός που εισέβαλε ακάθεκτος από τα μικροθέματα μέχρι τα γενικά μεγάλα προβλήματα του Πανεπιστημίου, θεσμοθετήθηκε επίσημα με *«τις Συντακτικές Πράξεις ΙΑ, ΙΕ και ΙΖ»*, οι οποίες ρύθμιζαν όλα τα Πανεπιστημιακά θέματα και τις διαδικασίες σύμφωνα με το πνεύμα και τη θεώρηση της δικτατορίας. Οι εγκύκλιοι και τα έγγραφα άρχισαν να κατακλύζουν τις Σχολές.

Με αυτές περιόρισαν και το όριο της ηλικίας των καθηγητών από τα 70 στα 67 χρόνια. Οι γνώμες και διαμαρτυρίες των Σχολών και ιδιαίτερα της Νομικής (Συν. 17/1/68), για τους νέους θεσμούς που καθιέρωνε η Δικτατορία αποτελούσαν για τους δικτάτορες *«φωνήν βοώντος εν τη ερήμω»*.

Επιδίωξη των συνταγματαρχών για τα Πανεπιστήμια ήταν να μεταβληθούν σε στρατόπεδα για τους εισερχόμενους και «μάντρες» για τους σπουδαστές και τους εργαζόμενους.

Έτσι πίστευαν ότι θα χαλιναγωγήσουν την ελληνική νεολαία (…).

Τον Φεβρουάριο του 1973, ξέσπασε το φοιτητικό κίνημα στη Νομική Σχολή, που ήταν το προμήνυμα του Νοεμβρίου του 1973 στο Πολυτεχνείο.

Οργισμένος, ο δικτάτορας αμέσως μετά τη φοιτητική εξέγερση της Νομικής Σχολής κάλεσε τις Συγκλήτους και τις Πρυτανικές αρχές των ΑΕΙ της χώρας στην αίθουσα της Βουλής και παρουσία όλου του Υπουργικού Συμβουλίου έκραξε:

«Εθεώρησα σκόπιμον να έχωμεν την σημερινήν συνάντησιν προκειμένου να τοποθετηθώμεν ενώπιος ενωπίω και εκτιμώντες εκατέρωθεν τας θέσεις και τας ευθύνας μας να αντιμετωπίσωμεν εκείθεν το καθήκον μας …».

Και το καθήκον του δασκάλου κατά τον δικτάτορα ήταν να *«παταχθούν οσοιδήποτε και οποιοιδήποτε φοιτηταί επιχειρήσουν να ορθώσουν το ανάστημά των προ των διδασκάλων των …»*.

Την απάντηση την πήρε λίγους μήνες αργότερα, τον Νοέμβριο του 1973, από τους ίδιους τους φοιτητές στο Πολυτεχνείο.

Η νέα ακαδημαϊκή χρονιά 1973-74 είναι χρονιά σημαντικών γεγονότων άλλα και εξελίξεων στην χώρα, την Οδοντιατρική και τα Πανεπιστήμια, η οποία σημαδεύτηκε από την αποκατάσταση της δημοκρατίας.

Η επέτειος του Πολυτεχνείου στην Οδοντιατρική

Η 17η του Νοέμβρη έχει καθιερωθεί από τα ΑΕΙ, άλλα και από τη Βουλή των Ελλήνων αργία για τα Πανεπιστήμια και μέρα εορτασμού και απότισης φόρου τιμής για τους αγώνες της γενιάς του Πολυτεχνείου, που πρόταξε με ηρωισμό τα γυμνά της στήθη στα τανκς και τα πολυβόλα των συνταγματαρχών, σε μια εποχή που όλα τά 'σκιαζε η φοβέρα.

Το 1975-76, ως Κοσμήτορας της Οδοντιατρικής Σχολής ο Φώτης Μήτσης προσκλήθηκε ν' απευθύνει χαιρετισμό στην επέτειο του Πολυτεχνείου. Σ' ένα αμφιθέατρο γεμάτο από φοιτητές με σφρίγος, ενθουσιασμό και αγωνιστικότητα, ανταποκρινόμενος στην πρόσκληση αυτή μίλησε με λόγια, που εξέφραζαν το πνεύμα και το κλίμα της εποχής, όπως το έζησαν διδάσκοντες και διδασκόμενοι κι όπως αποτυπώθηκαν στο βιβλίο του *«Αναδρομές και Μνήμες. Από το Οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής» (σελ.462-463).*

Η σύντομη αυτή ιστορική αναδρομή στα σκοτεινά χρόνια της Δικτατορίας, μέσα από πραγματικά γεγονότα και περιστατικά περιγράφει με τον πιο εύγλωττο τρόπο τις ταραχώδεις μέρες που βίωσε η ακαδημαϊκή ζωή του τόπου. Σε μια εποχή τρομοκρατίας και λογοκρισίας, υπήρξαν και λαμπρές εξαιρέσεις. Καθηγητές- Δάσκαλοι που δεν δέχτηκαν να θυσιάσουν τις αξίες και τα ιδανικά τους και φοιτητές-αγωνιστές που διεκδίκησαν μέχρι θανάτου το δικαίωμά τους σε έναν ελεύθερο και καλύτερο κόσμο. Η ηρωική στάση του φοιτητικού κινήματος παραμένει ένα διαχρονικό έμβλημα αγώνα και αντίστασης σε κάθε προσπάθεια φίμωσης της δημοκρατίας και των ατομικών ελευθεριών, που αξίζει να θυμόμαστε και να τιμούμε, συνεχίζοντας το παράδειγμά του με νέους αγώνες.

** Μήτσης Φ. (1993) «Στα χρόνια της Δικτατορίας: Μια γεύση από την Ακαδημαϊκή ζωή στην 7ετία 1971- 1974», Αναδρομές και Μνήμες. Από το Οδοιπορικό της Ελληνικής Οδοντιατρικής», Αθήνα, σελ. 445-464.*

«Διαδραστική ανάλυση του σχεδίου θεραπείας σύνθετων περιστατικών»

Ηρακλής Γούσιας
Επίκουρος Καθηγητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Christian Βλαχογιάννης
Περιοδοντολόγος, Απόφοιτος Οδοντιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου J.W. Goethe Φρανγκφούρτης Γερμανίας (2004)

Η Εταιρία Σύγχρονης Οδοντιατρικής (ΕΣΟ) έχει καταρτίσει και για το 2015-2016 ένα πλούσιο πρόγραμμα επιστημονικών εκδηλώσεων πάνω σε ζητήματα αιχμής. Το «ΟΒ» έχει την τιμή και την χαρά να φιλοξενεί τον Επίκουρο Καθηγητή Προσθετικής ΕΚΠΑ, κ. **Ηρακλή Γούσια** και τον Περιοδοντολόγο και Συνεργάτη της Μεταπτυχιακής Κλινικής Περιοδοντολογίας του ΕΚΠΑ, κ. **Christian Βλαχογιάννη,** σε μια συζήτηση που φιλοδοξεί να μας δώσει το στίγμα της ημερίδας της ΕΣΟ με τίτλο «Διαδραστική ανάλυση του σχεδίου θεραπείας σύνθετων περιστατικών».

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Ποια είναι η θεματολογία της συγκεκριμένης ημερίδας;

Η. Γούσιας: Η συγκεκριμένη ημερίδα έχει τίτλο «Διαδραστική ανάλυση του σχεδίου θεραπείας σύνθετων περιστατικών» και αφορά στη διάγνωση και εν συνεχεία τη διαμόρφωση και την εκτέλεση του σχεδίου θεραπείας. Θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε το θέμα μέσα από τέσσερα επιστημονικά πεδία. Από τη μεριά της Περιοδοντολογίας, από την οπτική γωνία της Οδοντικής Χειρουργικής και της Προσθετικής (επανορθωτική οδοντιατρική) και από την οπτική γωνία της Ενδοδοντίας. Επομένως, τέσσερις ειδικότητες, από τέσσερις σκοπιές, θα προσπαθήσουν να δώσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα του ζητήματος. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να αναφερθώ και στην ομάδα των συναδέλφων που θα αναλύσουν το θέμα, ο καθένας από τη σκοπιά της ειδικότητάς του, στον Περιοδοντολόγο και Συνεργάτη της Μεταπτυχιακής Κλινικής Περιοδοντολογίας του ΕΚΠΑ, κ.Christian Βλαχογιάννη, στον Ενδοδοντιστή κ. Αντώνη Λαμπρόπουλο και στην κ.Μαρία Αναγνώστου, Λέκτορα Οδοντικής Χειρουργικής του ΕΚΠΑ και που από κοινού πιστεύω ότι θα θέσουμε τα θεμέλια μιας ενδιαφέρουσας συζήτησης.

Ποια είναι τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσουμε για την εκπόνηση του σχεδίου θεραπείας;

Η. Γούσιας: Για την εκπόνηση ενός σχεδίου θεραπείας χρειάζονται δύο διαφορετικά πράγματα. Χρειάζεται πρώτον, συλλογή στοιχείων και όταν λέμε συλλογή στοιχείων, εννοούμε ακτινογραφίες, ιατρικό, οδοντιατρικό ιστορικό, εξωστοματική εξέταση, ενδοστοματική εξέταση, εκμαγεία μελέτης, ένα διαγνωστικό κέρωμα, φωτογραφίες, συζήτηση, μια κοινωνικο-οικονομική εκτίμηση του προφίλ του ασθενούς που μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα από την κουβέντα με τον ασθενή. Με λίγα λόγια, να δούμε αν ταιριάζουμε σε αυτόν τον «γάμο» που πρόκειται να γίνει. Κι αυτό είναι το απλό μέρος της διαδικασίας. Η συλλογή στοιχείων είναι κάτι που μπορεί να κάνει και ένας τεταρτοετής φοιτητής.

Η συλλογή όλων αυτών των στοιχείων και η επεξεργασία τους εν συνεχεία θα οδηγήσει στη διάγνωση κι εδώ αρχίζουν τα πράγματα λίγο και δυσκολεύουν. Από τη διάγνωση που βασίζεται σε συγκεκριμένα κλινικά δεδομένα και σε συλλογή στοιχείων έως την τελική κατάρτιση του σχεδίου θεραπείας υπάρχει πολύ μεγάλη απόσταση, η κάλυψη της οποίας απαιτεί διάκριση, κλινική εμπειρία, επιστημονικό κριτήριο. Το σχέδιο θεραπείας είναι μια δύσκολη νοητική διεργασία. Πρέπει να επιλεγούν και να ιεραρχηθούν οι τεχνικές που θα οδηγήσουν στο καλύτερο αποτέλεσμα. Με λίγα λόγια, είναι ένας δύσκολος νοητικός μηχανισμός, ο οποίος πρέπει να βασίζεται σε τεκμηρίωση και όχι στην λογική του «το έκανα στο ιατρείο και δουλεύει». Το τι κάνει κάποιος στο ιατρείο του ή σαν case report είναι δυστυχώς-από τη σκοπιά της βιβλιογραφικής τεκμηρίωσης- στον πάτο της πυραμίδας. Δηλαδή, το ότι «το έκανα στο οδοντιατρείο και πέτυχε», δεν λέει τίποτα. Για να νομιμοποιηθούμε να κάνουμε κάτι και να το προτείνουμε στον ασθενή πρέπει να μας ανάψει «πράσινο φως» από τη βιβλιογραφική τεκμηρίωση ή την συστηματική ανασκόπηση ή τις στοιχειοθετημένες κλινικές μελέτες (RCTs), όπως λέγονται, ή τις προοπτικές και αναδρομικές μελέτες. Αυτά έχουν αξία και αυτά θα μας δώσουν το «πράσινο φως» στο πώς προχωράμε και τι κάνουμε.

Τι μπορεί να πάει στραβά στο σχέδιο θεραπείας; Ποια είναι τα πιθανά «κακά» σενάρια για τα οποία πρέπει να είναι ενήμερος εκ των προτέρων ο ασθενής;

C. Βλαχογιάννης: Καταρχάς, επειδή πρόκειται για μια συνεργασία μεταξύ ιατρού και ασθενούς, πρώτα απ' όλα πρέπει να είμαστε σίγουροι για τις προσδοκίες του ασθενούς. Αν στις προσδοκίες δεν υπάρχει σύγκλιση, τότε αυτομάτως η διαδικασία εκπόνησης του σχεδίου θεραπείας ξεκινά με πολύ άσχημες προοπτικές. Κατά δεύτερον βιολογικά πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι έχουμε επιλέξει τη θεραπεία που ανταποκρίνεται με τον καλύτερο τρόπο στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς, γιατί ιατρικά ποτέ δεν μπορούμε να είμαστε 100% σίγουροι, όταν έχουμε να κάνουμε με ιστούς και με έναν ζωντανό οργανισμό. Οπότε και στην προκειμένη περίπτωση πρέπει πάντα, σε κάθε μας βήμα, να ξέρουμε βάσει τεκμηρίωσης τι μπορεί να πάει στραβά και αφού ξέρουμε τα ποσοστά πιθανών κινδύνων ή δυσκολιών του κάθε βήματος, τι μπορεί δηλαδή να πάει στραβά σε κάθε στάδιο, να έχουμε και μια εναλλακτική λύση, ώστε να μπορέσουμε σε κάθε περίπτωση να πετύχουμε τις προσδοκίες του κάθε ασθενούς.

Στις εποχές που διανύουμε και που χαρακτηρίζονται από έντονη οικονομική δυσπραγία το σχέδιο θεραπείας προσαρμόζεται στα οικονομικά δεδομένα κάθε ασθενούς;

C. Βλαχογιάννης: Δυστυχώς σήμερα η ιατρική και τα οικονομικά έχουν έρθει τόσο κοντά και δυστυχώς ως ιατροί καλούμαστε να μπορέσουμε να ασκήσουμε την ιατρική στη βάση δυσμενέστερων οικονομικών δεδομένων, απ' ότι ίσως παλαιότερα, αλλά πάντα πρέπει να υπάρχει ένα σωστό επίπεδο περίθαλψης, ανεξάρτητα από τα οικονομικά κάθε ασθενούς. Πιστεύω ότι σε πολλές περιπτώσεις, μπορούμε να δώσουμε στον ασθενή ένα επίπεδο περίθαλψης που να εκπληρώνει και το ένα και το άλλο στοιχείο.

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

Η.Γούσιας: Επειδή η ημερίδα θα είναι διαδραστική, το όφελος θα είναι ότι μπορούμε σε ένα χαλαρό, διαδραστικό περιβάλλον, με την συμμετοχή των συναδέλφων να πυροδοτηθεί μια πολύ ενδιαφέρουσα συζήτηση. Όσοι συνάδελφοι παρακολουθήσουν την ημερίδα θα μπορούν να συμμετάσχουν στο διάλογο «ψηφίζοντας» τα σχέδια θεραπείας που θα προταθούν από τους ομιλητές, επιλέγοντας ανάμεσα στο Α, το Β ή το Γ, στο πλαίσιο μια ζωντανής συζήτησης που θα στηρίζεται στις αρχές της επιστημονικής τεκμηρίωσης.

C. Βλαχογιάννης: Και ίσως θα μπορούσαμε να πούμε ότι βάσει τεκμηρίωσης εμείς σε αυτό το σεμινάριο θα χτίσουμε μαζί με τους ακροατές το σχέδιο θεραπείας, οπότε θα κάνουμε και μια άσκηση πάνω στην τεκμηρίωση, λαμβάνοντας υπόψη μας όλες τις απόψεις μεταξύ των ειδικοτήτων, αφού στη συζήτηση συμμετέχουν εκπρόσωποι και των τεσσάρων ειδικοτήτων.

*** Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί το Σάββατο, 6 Φεβρουαρίου 2016 στο ξενοδοχείο Crowne Plaza (Μιχαλακοπούλου 50, Αθήνα). Περισσότερες πληροφορίες για τους τρόπους συμμετοχής μπορείτε να βρείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.eso.gr.**

ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Η δημόσια οδοντιατρική φροντίδα και ο ρόλος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Οι βασικοί πυλώνες παροχής πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής φροντίδας στους Έλληνες πολίτες στην παρούσα φάση είναι 1) ο δημόσιος τομέας: τα οδοντιατρικά τμήματα των μονάδων υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (μονάδες πρώην κλάδων υγείας ασφαλιστικών ταμείων και κέντρων υγείας Ε.Σ.Υ.) που παρέχουν οδοντιατρική περίθαλψη με βάση τους εσωτερικούς κανονισμούς λειτουργίας τους χωρίς επιβάρυνση 2) ο ιδιωτικός τομέας: τα ιδιωτικά οδοντιατρεία με πλήρη κάλυψη της δαπάνης από τον πολίτη.

Η δημόσια οδοντιατρική δαπάνη την τελευταία πενταετία είναι εξαιρετικά μικρή περίπου το 1,5% της συνολικής δημόσιας δαπάνης για την υγεία ενώ αποτελεί το χαμηλότερο αναλογικά ποσοστό μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Ουσιαστικά η πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα που παρέχεται από το δημόσιο σύστημα υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) στην παρούσα φάση υπολειτουργεί, χωρίς κεντρικό σχεδιασμό, χωρίς στόχους και υποδομές και ως εκ τούτου παραμένει ανεπαρκής και αναποτελεσματική.

Η οδοντιατρική δαπάνη στην πλειοψηφία της είναι ιδιωτική κυρίως με την μορφή των άμεσων πληρωμών. Η ιδιωτική οδοντιατρική δαπάνη των πολιτών κυμαίνεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα (περίπου 1 δις ετησίως) και αποτελεί περίπου το 25% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης υγείας των νοικοκυριών και περίπου το 45% της συνολικής εξω-νοσοκομειακής δαπάνης τους, ενώ παρουσιάζει συνεχή πτωτική τάση τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης. Με δεδομένη την μείωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, το κόστος της ιδιωτικής οδοντιατρικής φροντίδας δημιουργεί ουσιαστικό φραγμό στην πρόσβαση των πολιτών στα ιδιωτικά οδοντιατρεία.

Η οδοντιατρική περίθαλψη ουσιαστικά είναι υποβαθμισμένη με αποτέλεσμα οι οδοντιατρικές ανάγκες του ελληνικού πληθυσμού που παραμένουν ακάλυπτες να βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα αλλά και να αυξάνονται με ανησυχητικούς ρυθμούς. Το Υπουργείο Υγείας ως φορέας κεντρικού σχεδιασμού πολιτικών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό πρέπει άμεσα να αναλάβει πρωτοβουλία σχετικά με:

1) Την χάραξη συγκεκριμένης πολιτικής στοματικής υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση

2) Τον επανακαθορισμό της πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής περίθαλψης που παρέχεται από το δημόσιο σύστημα υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) αξιοποιώντας αποτελεσματικά τους υπάρχοντες ανθρώπινους και υλικοτεχνικούς πόρους για την κάλυψη του γενικού πληθυσμού αλλά και των ευαίσθητων και ειδικών ομάδων του πληθυσμού που παραμένουν περισσότερο εκτεθειμένοι στις οδοντιατρικές νόσους

3) Την ένταξη της οδοντιατρικής περίθαλψης σε σαφές πλαίσιο αποζημίωσης μέσω της υπογραφής συμβάσεων μεταξύ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των οδοντιάτρων που θα διασφαλίζουν όλες εκείνες τις αναγκαίες και απαραίτητες οδοντιατρικές υπηρεσίες για τον ασφαλισμένο που δεν θα καλύπτονται από το υπάρχον δημόσιο σύστημα (Π.Ε.Δ.Υ.)

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μπορεί και πρέπει να λειτουργήσει ως ένας σύγχρονος αγοραστής υγείας και εκμεταλλευόμενος την ισχυρή διαπραγματευτική του θέση να προσφέρει στον ασφαλισμένο σύγχρονες οδοντιατρικές υπηρεσίες υγείας στο μικρότερο δυνατό κόστος.

Ήδη το Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με απόφαση του έχει εγκρίνει νέο οδοντιατρικό τιμολόγιο με κλιμακωτή συμμετοχή του ασφαλισμένου ανάλογα με την οδοντιατρική παροχή και αναλυτικό πλαίσιο των οδοντιατρικών πράξεων που θα καλύπτει. Επίσης είναι προς οριστικοποίηση διαμορφωμένο σχέδιο σύμβασης.

Είναι επείγουσα ανάγκη λοιπόν η οδοντιατρική κοινότητα να πιέσει το Υπουργείο Υγείας, να ζητήσει εκ νέου διαβούλευση και σε συνεργασία με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. να εφαρμοσθεί σε σύντομο χρονικό διάστημα σχέδιο συνολικής αναδιάρθρωσης της οδοντιατρικής περίθαλψης μέσω του επανασχεδιασμού της δημόσιας οδοντιατρικής φροντίδας και μέσω συμβάσεων με ιδιωτικά οδοντιατρεία αμοιβαία επωφελών για τον ασφαλισμένο και για τον οδοντίατρο.

Δημήτρης Ι. Καλύβας
Οδοντίατρος, MSc

20ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Ενδοδοντίας
Μια επιστημονική εκδήλωση διεθνών προδιαγραφών

Το 20ο Πανελλήνιο Συμπόσιο της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας (ΕΕΕ) πραγματοποιήθηκε από τις 28 έως 29 Νοεμβρίου 2015 στο ξενοδοχείο «Royal Olympic» στην Αθήνα, αφήνοντας στους συνέδρους τις καλύτερες εντυπώσεις. Με κεντρικό τίτλο **«Ενδοδοντία: Παλαιά Επιστήμη-Νέοι Ορίζοντες»**, το Ετήσιο Συμπόσιο της ΕΕΕ, που αποτελεί πλέον θεσμό επιμόρφωσης για τους οδοντιάτρους, επέλεξε να ασχοληθεί φέτος με την εφαρμοσμένη κλινική πράξη και ιδιαίτερα την επίδραση των νέων δεδομένων στην ήδη τεκμηριωμένη και ευρέως αποδεκτή γνώση. Για άλλη μια φορά, η ΕΕΕ με θεματολογία αιχμής που συνδυάζει την θεωρητική με την πρακτική κατάρτιση, απέδειξε ότι ακόμα και σε χαλεπούς καιρούς μπορούν να διοργανώνονται επιστημονικές εκδηλώσεις υψηλού επιπέδου. Τα εύσημα για το φετινό απόλυτα επιτυχημένο επιστημονικό πρόγραμμα ανήκουν στον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής, τον Επίκουρο Καθηγητή Ενδοδοντολογίας, **Νίκο Κερεζούδη**, καθώς και στα υπόλοιπα μέλη, για την άρτια διοργάνωση του συμποσίου.

Οι προσκεκλημένοι ομιλητές τόσο από την Ελλάδα όσο και από το εξωτερικό ανέπτυξαν με κριτική διάθεση κλινικά θέματα, ενώ παρουσίασαν νέες τεχνικές και εργαλεία που βοηθούν σημαντικά το έργο του οδοντιάτρου. Μάλιστα, το γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους ομιλητές συνδυάζουν την κλινική με την ερευνητική δραστηριότητα, έπαιξε καταλυτικό ρόλο στο να παρουσιαστούν στο κοινό πραγματικά ενδιαφέροντα και καινούρια δεδομένα Η θεωρητική ανάπτυξη των θεμάτων συμπληρώθηκε από επιτραπέζιες επιδείξεις από πληθώρα σύγχρονων τεχνολογιών που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της μοντέρνας ενδοδοντικής θεραπείας. Η ΕΕΕ δεν παρέλειψε να δώσει το βήμα και στους νεότερους οδοντιάτρους, οι οποίοι παρουσίασαν ενδιαφέροντα κλινικά περιστατικά.

Πλήθος συνέδρων τίμησαν με την παρουσία τους τη διοργάνωση, η οποία κατά κοινή ομολογία άφησε τις καλύτερες εντυπώσεις.

Κατά γενική ομολογία, η επιστημονική θεματολογία κέρδισε το ενδιαφέρον των συνέδρων, οι οποίοι έδωσαν δυναμικό παρών καθ' όλη τη διάρκεια του συνεδρίου, γεμίζοντας ασφυκτικά τις συνεδριακές αίθουσες. Η απήχηση του συνεδρίου φάνηκε και από την ενεργό συμμετοχή των συμμετεχόντων, οι οποίοι με τις παρεμβάσεις τους στη συζήτηση των θεμάτων που παρουσιάστηκαν έδωσαν άλλη πνοή στο Συνέδριο.

Στη σκιά του Γ. Σίσκου η τελετή έναρξης

Την επίσημη έναρξη του Συμποσίου κήρυξε η πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, κ. **Αικατερίνη Καραγιάννη**, ενώ χαιρετισμό απηύθυνε και ο κ. **Αθανάσιος Ζορμπάς**, ο οποίος εκπροσώπησε τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Αττικής.

Η τελετή έναρξης σφραγίστηκε από την ομιλία του Επίκουρου Καθηγητή Οδοντιατρικής, κ. **Φοίβου Προύντζου** στη μνήμη του Γιώργου Σίσκου. Η ομιλία με τίτλο **«Το ξεπροβόδισμα ενός φίλου. Γιώργος Σίσκος: Ο επιστήμονας και μαχητής»** πραγματοποιήθηκε σε κλίμα συγκίνησης, καθώς στο ακροατήριο βρισκόταν και η οικογένεια του εκλιπόντος. Στο σημείο αυτό αξίζει να παραθέσουμε μερικά από τα σημεία μιας ομιλίας που περιγράφει μέσα από γεγονότα, το ήθος και την πορεία ενός ανθρώπου που αναμφισβήτητα ανήκε στη στόφα των Μεγάλων Δασκάλων και Οραματιστών.

«Θα έχετε ίσως ακούσει να λένε ότι το ποτάμι όσο πλατύτερο είναι τόσο λιγότερο θόρυβο κάνουν τα νερά του. Με την έννοια αυτή στη ζωή έρχονται στιγμές που η σιωπή γίνεται πιο εύγλωττη όταν η γλώσσα δυσκολεύεται να πει τα ανείπωτα. Μια τέτοια οδυνηρή στιγμή που

άφησε άναυδο τον Οδοντιατρικό κόσμο και ο απόηχός της κάνει μελαγχολική την ατμόσφαιρα της σημερινής εκδήλωσης ήταν ο πρόωρος θάνατος του συναδέλφου μας Γιώργου Σίσκου», ανέφερε στην αρχή της ομιλίας του ο κ. Προύντζος.

«…Ο Γιώργος με δική του φιλοσοφία αγάπησε το χώρο, υπηρέτησε με πείσμα το γνωστικό του αντικείμενο και δεν μεταφυτεύτηκε σε όμορα χώματα για προσφορότερη βλάστηση.

Δε χρειάστηκε "προθάλαμο" στο γραφείο του για να διογκώσει το κύρος του. Η πόρτα του ήταν ανοιχτή και δεν έγινε στους φοιτητές αγαπητός μοιράζοντας απλόχερα βαθμούς.

"Ένας ανθρώπινος άνθρωπος", χωρίς το δασκαλίστικο συνοφρυωμένο ύφος της αυθεντίας κέρδιζε τη συμπάθειά τους. Τους κατακτούσε η καταδεκτικότητά του και πάσχιζε να δημιουργεί γύρω του ένα φυτώριο νέων με επιστημονική επάρκεια, αλλά και βούληση ελεύθερη για αναζητήσεις πέρα από τον κόσμο της γνωστικής τους "γυάλας"», θα πει για εκείνον ο Καθηγητής Φ. Προύντζος περιγράφοντας τη σχέση που είχε αναπτύξει με τους φοιτητές του.

Πολυσχιδής και αεικίνητη προσωπικότητα ο Γ. Σίσκος δεν διέπρεψε μόνο στην Ενδοδοντία, αλλά παρουσίασε έντονη πολιτική δράση, δείχνοντας έμπρακτο ενδιαφέρον για τα κοινά και την πνευματική ζωή του τόπου. *«Αξεπέραστος σε αντοχές ξανοίχτηκε και σε νερά απλησίαστα για μας τους άλλους. Δε λογάριασε αν ήταν ήρεμα ή ορμητικά, διάφανα ή θολά με υπόγειες διαδρομές και ρεύματα αθέατα. Είχε βαλθεί να τα διασχίσει κολυμπώντας με αναπνευστήρα την αυτοπεποίθησή του».*

«…Ο Σίσκος δεν αρκέστηκε να βλέπει όσα του έδειχναν ακούγοντας όσα του λένε. Δεν υπήρξε αμέτοχος θεατής. Δίνοντας το αγωνιστικό του παρών σε κάθε προσκλητήριο υπήρξε πολεμιστής. Πολέμησε και πολεμήθηκε», ανέφερε στην ομιλία του ο κ. Προύντζος και μοιράστηκε με το κοινό γεγονότα από μια ταραγμένη εποχή για τα πανεπιστημιακά πράγματα. *«…Υψηλόβαθμες ακαδημαϊκές επωμίδες με θεσμικό ανάστημα δυσανάλογα ψηλότερο του φυσικού τους, χρέωσαν το μπάχαλο εκείνης της εποχής στους Διόσκουρους - Προύντζο και Σίσκο ζητώντας επίμονα την προσκόμιση της κεφαλής τους». «…Οι Διόσκουροι δεν ήταν "μπαχαλάκηδες" που αστόχαστα είχαν ονειρευτεί Ροβεσπιέροι.*

Γνώριζαν καλά ότι το καλάμι παραμένει επικίνδυνο άτι για τον αναβάτη του και είχαν διδαχθεί ότι ο Ίκαρος έκαψε τα φτερά του πλησιάζοντας όσο δεν έπρεπε τον ήλιο. Κράταγαν αποστάσεις. Έχοντας όμως την τιμή ο ένας Πρόεδρος ο άλλος Γραμματέας να εκπροσωπούν τον "φορέα διδασκόντων" δεν είχαν ξεχάσει ότι ο Προμηθέας για να χαρίσει τη φωτιά στους ανθρώπους έπρεπε να την πάρει από τους θεούς "αψηφώντας" την θέληση του Δία.

Χωρίς να λειτουργούν συντεχνιακά, με ενδοπανεπιστημιακούς αγώνες προάσπιζαν θεσμικές θέσεις του χώρου που τους είχε εκλέξει αψηφώντας την θέληση του εκάστοτε "Δία" που ασκούσε εξουσία».

Αναφερόμενος στο «μικρόκοσμο» των Πανεπιστημίων, ο κ. Προύντζος μίλησε για τα κυκλώματα και συντεχνίες που ακμάζουν στους ακαδημαϊκούς κύκλους, υπογραμμίζοντας το πόσο δύσκολο είναι να αντιτάξει κανείς τις προσωπικές του αντιρρήσεις υπό τον φόβο του ακαδημαϊκού αφανισμού. Ωστόσο, ο Γ. Σίσκος ακολούθησε τη δική του φωτεινή πορεία:

«Και δυστυχώς όποιος αποφασίζει μέσα σε έναν τέτοιο "κόσμο" να πορευτεί "απόκοσμα", βαφτίζεται αιρετικός, θεωρείται αποσυνάγωγος, αντιμετωπίζεται σαν παρέμβλητος και πολλές φορές απ όσους κρατάνε στα χέρια τους την ακαδημαϊκή του μοίρα κρίνεται "ανεπαρκής" για εξέλιξη.

Για να επιβιώσει χρειάζεται χαρακτήρα με αρχές σφυρηλατημένες σε αμόνια αυταπάρνησης.

Ο Γιώργος είχε αυτά τα χαρακτηριστικά. Η πανεπιστημιακή σταδιοδρομία και γι αυτόν ήταν όνειρο ζωής που το έβλεπε όμως ξύπνιος.

Είμαι σε θέση να γνωρίζω ότι από το παρασκήνιο που δεν έφτανε στην σκηνή δεχόταν νουθεσίες να αποστασιοποιηθεί από συντροφικότητες "βαρίδια" στην "εξέλιξή" του.

Ήταν ανθρώπινο να ταλαντευτεί η αλήθεια είναι όμως ότι δεν ξέχασε την όρθια στάση. Δεν γονάτισε. Δεν υιοθέτησε πρακτικές που για δεκαετίες είχε αντιπαλέψει. Δεν αρνήθηκε την ιδεολογική του ταυτότητα. Δεν αποκήρυξε φίλους. Δεν γοητεύθηκε από τις Σειρήνες του "μικρόκοσμου".

Παρέμενε γοητευμένος από το όραμα ενός δικού του αριστερού κόσμου με πανανθρώπινες αξίες που ήταν να 'ρθει, αλλά μέχρι που έκλεισε ειρηνικά τα μάτια του δεν είχε φτάσει.

Κι έτσι γι' αυτόν ήταν ίσως καλύτερα: Έφυγε γελαστός με την προσμονή του ερχομού του, σ' αντίθεση με μας που ακολουθούμε με την απογοήτευση του γελασμένου».

Ο ομιλητής επέλεξε να κλείσει την ελεγειακή του αναφορά στο πρόσωπο του Γιώργου Σίσκου με τα λόγια που ο τελευταίος είχε αποχαιρετήσει τον κοινό τους φίλο, Γιάννη Καρκατζούλη: *«Να 'σαι καλά εκεί που αναπαύεται η ψυχή σου. Σε ευχαριστούμε, όλοι για όλα»* και πρόσθεσε *«Ακριβέ μας φίλε αισθανόμαστε τυχεροί που σε γνωρίσαμε και νοιώθουμε ορφανεμένοι που σε χάσαμε τόσο νωρίς…».*

Στα φωτογραφικά στιγμιότυπα διακρίνουμε τον Επίκ. Καθηγητή και Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής κ. Ν. Κερεζούδη(1), τον Αναπλ. Καθηγητή κ. Μ. Χαμπάζ(2), την Αναπλ. Καθηγήτρια και Πρόεδρο της ΕΕΕ κα Μ. Γεωργοπούλου μαζί με τον κ. Γ. Δεχουνιώτη(3). Το πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα του Συμποσίου περιελάμβανε και πρακτικά σεμινάρια πάνω στις τελευταίες εξελίξεις στην κλινική άσκηση της ενδοδοντίας(4).

Με μια συγκινητική ομιλία για τον Γ. Σίσκο, ο Επίκ. Καθηγητής Φ. Προύντζος «σφράγισε» την τελετή έναρξης του Συμποσίου.

Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία

Επιστημονική επιμέλεια - Μετάφραση:

Μαρία Γεωργοπούλου Αναπληρώτρια Καθηγήτρα ΕΚΠΑ
Αλέξανδρος Προύντζος DDS, MSc Ενδοδοντίας

Αυτό το βιβλίο βοηθά τους επαγγελματίες της στοματικής υγείας να περιηγηθούν με επιτυχία σε κάθε στάδιο της ενδοδοντικής επαναθεραπείας ξεκινώντας από την κατανόηση των ενδείξεων για την επανάληψη της θεραπείας και φτάνοντας στην βέλτιστη επανέμφραξη του ριζικού σωλήνα. Έχοντας την υπογραφή μιας ομάδας έμπειρων ειδικών, αυτό το εξαιρετικό βιβλίο διερευνά τις διάφορες επιλογές και προσεγγίσεις επαναθεραπείας και βασίζεται σε στοιχεία από τη βιβλιογραφία και την εμπειρία από την κλινική πράξη για να κάνει συστάσεις για τα πιο προβλέψιμα πρωτόκολλα και τεχνικές.
Οι συγγραφείς αναλύουν τις παραμέτρους για την αρχική επιτυχία στην ενδοδοντική θεραπεία και παρουσιάζουν τα νέα υλικά και εργαλεία, καθώς και τα τεχνολογικά μέσα που είναι διαθέσιμα για την επανάληψη της ενδοδοντικής θεραπείας. Καλύπτουν τη διαχείριση των επιπλοκών κατά την πρώτη θεραπεία, με έμφαση στη σωστή εκ νέου πρόσβαση στους ριζικούς σωλήνες, ακόμη και όταν αυτοί είναι ενασβεστιωμένοι.

Κυκλοφόρησε από τις εκδόσεις «Quintessence» το 2014

ΣΕΛΙΔΕΣ: 334, ΤΙΜΗ: €150

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

Τιμώντας Έναν Μεγάλο Δάσκαλο

Ο Σύνδεσμος Επιστημόνων Ηπειρωτών τίμησε τον Φ. Μήτση για την πολύχρονη προσφορά του

Σε έντονο συγκινησιακό κλίμα πραγματοποιήθηκε η εκδήλωση του Συνδέσμου Επιστημόνων Ηπειρωτών προς τιμήν του Ομότιμου Καθηγητή Οδοντιατρικής και Πρώην Πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Φώτη Μήτση, η οποία έλαβε χώρα στις 7 Οκτωβρίου 2015 στο Αμφιθέατρο «Ιωάννης Δρακόπουλος» του Πανεπιστημίου Αθηνών. Για τον πρώην Πρύτανη μίλησαν ο πρόεδρος του ΔΣ του Συνδέσμου Επιστημόνων Ηπειρωτών, κ. **Δημήτρης Κάκκαβος** και η κ. **Ανθούλα Διαμάντη-Κηπιώτη**, Επίτιμη Πρόεδρος της ΕΠΕ.

Η κ. Κηπιώτη με έντονη συναισθηματική φόρτιση αναφέρθηκε σε ολόκληρη τη διαδρομή του αγαπημένου της Δασκάλου, από τα δύσκολα μαθητικά χρόνια και τα χρόνια της Αντίστασης μέχρι την καταξίωση του στην Οδοντιατρική και την ανάληψη των ηνίων της Οδοντιατρικής Σχολής σε ταραγμένες κοινωνικά και πολιτικά περιόδους. Ιδιαίτερη μνεία έκανε η κ. Κηπιώτη στα χρόνια της Πρυτανείας του κ. Μήτση που αναμφισβήτητα αποτέλεσαν ορόσημο και αποφασιστική προσφορά για ολόκληρο τον Οδοντιατρικό κλάδο, θυμίζοντας στο ακροατήριο τα λόγια του αείμνηστου Αιμίλιου Δημητριάδη: *«Στο πρόσωπο του δικαιώθηκαν οι πολύχρονοι αγώνες μιας τάξης. Η Πρυτανική Τήβενος δεν αγκάλιασε τότε μόνον τον Μήτση, αλλά ολόκληρη την Οδοντιατρική».*

Αυτό όμως που επέβαλε τον Φώτη Μήτση στον επιστημονικό χώρο είναι «ότι γεννήθηκε δάσκαλος» όπως χαρακτηριστικά επεσήμανε στην ομιλία της η κ. Κηπιώτη: *«Τους Δασκάλους όμως δεν τους "παράγουν" τα πανεπιστήμια. Όσα πτυχία και να κατακτήσει κανείς, ακόμα και να διδαχθεί και να εκπαιδευτεί σε ειδικά μαθήματα διδακτικής μεθοδολογίας, λίγα θα του αποδώσουν εάν δεν έχει κατ' αρχήν το μεράκι, το "τσιβί" που λέμε στην Ήπειρο, να μεταδώσει οπωσδήποτε αυτά που κατέχει και εάν δευτερευόντως, δεν έχει τα πρότυπα».* Και όπως θα επισημάνει στη συνέχεια της ομιλίας της, στο ερώτημα «αν ο Μήτσης τα είχε όλα αυτά», η απάντηση είναι καταφατική.

Από τις πιο συγκινητικές στιγμές της βραδιάς ήταν η απονομή τιμητικής πλακέτας στον κ. Μήτση από τον Πρόεδρο του ΔΣ του Συνδέσμου Επιστημόνων Ηπειρωτών για την μακρόχρονη προσφορά του.

Μια εκδήλωση λιτή και όμως τόσο πλούσια σε συναισθήματα που κατόρθωσε μέσα από τους λόγους και των δύο ομιλητών να σκιαγραφήσει με το καλύτερο τρόπο την προσωπικότητα ενός εξαιρετικού επιστήμονα και ακαδημαϊκού, μα πάνω απ' όλα το ήθος και τις αξίες ενός αληθινά «Μεγάλου Δασκάλου» που εξακολουθεί μέχρι και σήμερα να εμπνέει τους νέους επιστήμονες.

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση
www.odvima.gr

«Οδοντιατρικά Lasers – Νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις» Επιστημονική Ημερίδα από τον ΟΣΚ

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας διοργανώνει επιστημονική ημερίδα το **Σάββατο, 23 Ιανουαρίου 2016,** στις 9:30 π.μ. στο συνεδριακό κέντρο του ξενοδοχείου **«Sikyon Coast» στο Ξυλόκαστρο Κορινθίας,** με θέμα «Οδοντιατρικά Lasers – Νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις».

Οι συσκευές laser ως προϊόν της αλματώδους εξέλιξης της τεχνολογίας τα τελευταία 50 χρόνια, εφαρμόζονται σε ολοένα και περισσότερους τομείς της Ιατρικής και της Οδοντιατρικής Επιστήμης. Στην επιστημονική αυτή εκδήλωση, εκτός από την ανάλυση των βασικών αρχών φυσικής και ασφάλειας που διέπουν τη λειτουργία των συσκευών laser, θα γίνει παρουσίαση κλινικών περιστατικών εφαρμογής τους σε διαφορετικά νοσήματα του στόματος, με έμφαση στην καταλληλότητα και τις ιδιαιτερότητες κάθε συσκευής laser που επιλέγεται.

Αναλυτικά το πρόγραμμα της ημερίδας διαρθρώνεται ως εξής:

Συντονίστρια Επιστημονικού Προγράμματος
Κλεοπάτρα Νακοπούλου, Πρόεδρος HELSOLA

09:30-09:45. Προσέλευση-Εγγραφές
09:45-10:00. Προσφωνήσεις-Χαιρετισμοί
10:00-10:30. Βασικές αρχές φυσικής και ασφάλειας κατά την χρήση των lasers στην Οδοντιατρική. **Κωνσταντίνος Βαλαμβάνος,** *DDS,PhD, Δ/ντης ΕΣΥ Γ.Ν.Α «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»*
10:30-11:00. Χειρουργική σκληρών και μαλακών ιστών με Erbium laser. **Κλεοπάτρα Νακοπούλου,** *DDS, MSc, PhD, Περιοδοντολόγος*
11:00-11:30. Εφαρμογές των lasers μαλακών ιστών στην καθημερινή Οδοντιατρική πράξη. **Μαριάννα Χαλά,** *DDS, MSc (laser)*
11:30-11:45. Συζήτηση
11:45-12:30. Διάλειμμα
12:30-13:00. Η χρήση των lasers σε παιδιά και εφήβους. **Κωνσταντίνος Αραποστάθης,** *DDS,PhD, Επικ. Καθηγητής Παιδοδοντίας ΑΠΘ*
13:30-14:00. Η χρήση των lasers στην Περιοδοντολογία. **Ειρήνη Γεωργίου,** *DDS, MSc, Περιοδοντολόγος*
14:00-14:30. Εφαρμογές των θεραπευτικών lasers στην Οδοντιατρική. **Ελένη Γαρτζούνη,** *DDS, MSc,(EMDOLA)*
14:30-15:00. Συζήτηση

Η συμμετοχή στην Ημερίδα είναι δωρεάν. Θα χορηγηθούν πιστοποιητικά παρακολούθησης.

Πανελλήνιο Συνέδριο της ITI

Ομιλίες που «εντυπωσίασαν» σε μια άρτια επιστημονικά και οργανωτικά εκδήλωση

Τις καλύτερες εντυπώσεις άφησε το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο της ITI που πραγματοποιήθηκε στο συνεδριακό κέντρο «ΔΑΪΣ» από τις 9 έως και 10 Οκτωβρίου 2015 με κεντρικό θέμα «Γνώση, ακρίβεια και επιτυχία στην Εμφυτευματολογία». Οι εγνωσμένου κύρους προσκεκλημένοι ομιλητές οι οποίοι αναφέρθηκαν σε ζητήματα αιχμής από κοινού με τον άρτιο χειρισμό των οργανωτικών ζητημάτων του συνεδρίου έθεσαν τα θεμέλια μιας επιστημονικής εκδήλωσης που δεν είχε τίποτα να ζηλέψει από τα αντίστοιχα συνέδρια του εξωτερικού. Εξάλλου, η ITI είναι πλέον ξακουστή παγκοσμίως για την ποιότητα των επιστημονικών εκδηλώσεων που διοργανώνει και κυρίως για το υψηλό επίπεδο των ομιλητών και των παρουσιάσεων, προδιαγραφές που τηρούνται σε όλα ανεξαιρέτως τα συνέδριά της, καθώς η εταιρεία στοχεύει στην παγκόσμια συμμετοχή των οδοντιάτρων στις εκδηλώσεις της.

Οι κ.κ. S. Chen, H.G. Gallucci, W. Polido κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

Γράφει ο **Χρήστος Κωνσταντινίδης**
Οδοντίατρος - M.Sc (Προσθετ.)

1η ημέρα

Ο **S. Chen** αναφέρθηκε στο πάντοτε επίκαιρο θέμα της αναγέννησης των περιοδοντικών ιστών στα φυσικά δόντια. Η GTR είναι αποτελεσματική ακόμη και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις «καταδικασμένων» δοντιών. Σε μελέτες (Cortellini et al., 2011) φαίνεται ότι η πρόγνωση γενικά στην GTR περιοδοντικών δοντιών φθάνει το 92% με ποσοστό επιπλοκών το 12%. Αν το κριτήριο μας είναι η επιβίωση και όχι η απόλυτη επιτυχία, δηλαδή η απουσία νόσου και συμπτωμάτων, τότε η GTR δίνει λύσεις σε περιοδοντικά δόντια, έτσι ώστε να μη δημιουργηθεί η ανάγκη αποκατάστασης με εμφυτεύματα. Οι Zitzman et al. (2009) παρουσιάζουν αντίστοιχα concept και στο θέμα επιτυχημένη και αποδεκτή RCT (ενδοδοντική θεραπεία) δείχνοντας αποτελέσματα διατήρησης δοντιών με προβληματική RCT, σε ποσοστό 86,5% έως και 10 χρόνια, αν και σε πολλά περιστατικά οι θεραπείες απέχουν από το ιδεώδες και έχουν προβλήματα. Οι Pjetursson et al. (2014) έδειξαν ότι τα εμφυτεύματα παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό και βαρύτητα βιολογικών επιπλοκών σε σχέση με τα δόντια. Γενικά, όταν τα εμφυτεύματα αρχίσουν να έχουν βιολογικές επιπλοκές παρουσιάζουν πολύ δυσμενέστερη πορεία σε σχέση με τα αντίστοιχα προβληματικά (ενδο ή περιο) δόντια.

Συμπερασματικά, είναι σκόπιμο να καθυστερούμε με κάθε τρόπο, επενδύοντας στη διατήρηση των φυσικών δοντιών, την εμφυτευματική θεραπεία γιατί είναι ριψοκίνδυνο να θεωρούμε ότι μια εμφυτευματική αποκατάσταση θα διαρκέσει για πάντα. Η εξαγωγή θα πρέπει να είναι πάντοτε η τελευταία λύση. Σύμφωνα με τους Kayser et al. (1981) η ανάγκη για εμφυτεύματα μπορεί να αναβληθεί μια και σε πολλούς ασθενείς είναι λειτουργικά υγιής ο βραχύτερος φραγμός.

Ο **G. Gallucci** μίλησε για τις εμφυτευματικές αποκαταστάσεις. Για τους πιο πολλούς οδοντιάτρους που ζουν να τιμούν την κλινική πράξη ο Gallucci πρότεινε κριτήρια επιτυχίας, ώστε να μπορούμε να αυτο-αξιολογούμαστε. Τα κριτήρια αν και σίγουρα περιλαμβάνουν κάποιες θεμελιώδεις αρχές, βάσει των οποίων μια θεραπεία θεωρείται τέλεια, μπορεί να επηρεάζονται από διάφορες παραμέτρους και σε κάποιο βαθμό και από τις προσδοκίες και τους περιορισμούς του ασθενούς. Ο ομιλητής, αν και πανεπιστημιακός, λατρεύει την κλινική ενασχόληση στο ιατρείο του και τονίζει ότι στο ιατρείο μας, στην προσθετική, ο τεχνίτης είναι από τους βασικότερους παράγοντες επιτυχίας της προσθετικής αποκατάστασης. Αν η αξιολόγηση από εμάς και τους ασθενείς της προσθετικής αποκατάστασης μας, δεν ξεπερνά το 50% των κριτηρίων επιτυχίας, τότε έχουμε πρόβλημα. Γενικά, επειδή η αξιολόγηση συχνά μεταβάλλεται, ιδίως από τους ασθενείς, θα πρέπει πάντα να τοποθετούμε τις προσωρινές προσωρινά, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα τροποποίησης, αν ο ασθενής μας αλλάξει γνώμη.

Ο **W. Polido** συνέχισε με θέμα την σταθερότητα των περιεμφυτευματικών ιστών. Η σταθερότητα των μαλακών ιστών σχετίζεται με το οστούν και ιδίως με το παρειακό πέταλο. Έτσι, σε λεπτό παρειακό (συνήθως τα πρόσθια έχουν <0,6m), συνιστάται (Araujo et al., 2011) η διατήρηση του μετεξακτικού φατνίου με τοποθέτηση μοσχεύματος και εμφύτευση σε δεύτερη φάση. Η τέλεια εφαρμογή, η σταθερότητα του abutment (συνιστά την κωνική σύνδεση) και το platform switch συμβάλλουν στην σταθερότητα των περιεμφυτευματικών ιστών. Όμως για την τοποθέτηση του platform switch είναι απαραίτητο το ύψος, ειδάλλως θα έχουμε περιεμφυτευματίτιδα λόγω overhangs. Σε περιπτώσεις λοιπόν, έλλειψης ύψους είναι σκόπιμο να τοποθετούμε τα εμφυτεύματα ακρορριζικότερα. Σε περιπτώσεις που το οστούν είναι περιο-

Στην διάρκεια του συνεδρίου είχαμε την ευκαιρία να θέσουμε παράλληλα κάποιες ερωτήσεις -προβληματισμούς στον Επερχόμενο Πρόεδρο της ITI, τον Dr Stephen Chen, αλλά και στον Dr H.G. Gallucci για να διαπιστώσουμε ότι υπάρχουν ριζικά διαφορετικές απόψεις ανάμεσα σε δύο σημαντικούς επιστήμονες που ανήκουν στην ίδια επιστημονική ομάδα και θεωρητικά έχουν τις ίδιες επιστημονικές αρχές...

Ποια είναι τα κριτήρια επιλογής ενός εμφυτευματικού συστήματος: Τι πιστεύετε σχετικά με τα generics;

S. Chen: Πιστεύω ότι το σύστημα του εμφυτεύματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφυτευματική αποκατάσταση. Τα τρία καλύτερα συστήματα είναι τα Dentsply, Straumann και Nobel. Γενικά, στα εμφυτεύματα οι επιφάνειες διαφέρουν αναφορικά με την επεξεργασία. Επίσης, διαφέρει και η γεωμετρία του εμφυτεύματος. «Γενόσημες» (αντίγραφα-generic) για λόγους marketing εισάγουν δήθεν νεωτερικά σχήματα και μορφολογία στα εμφυτεύματα, που όμως δεν είναι αποτέλεσμα μελέτης. Το R&D δυστυχώς υπάρχει μόνο στις πρωτοκλασάτες εταιρείες με συνέπεια τα προβλήματα που ενσκήπτουν στις άλλες να εκρήγνυνται στα χέρια των χρηστών οδοντιάτρων και ασθενών. Από την άλλη πλευρά, δεν είναι και ηθικά σωστή η αντιγραφή πρωτοκλασάτων συστημάτων από άλλες εταιρείες που αβίαστα χρησιμοποιούν το αποτέλεσμα σκληρής και παρατεταμένης έρευνας, και μάλιστα το τελικό αποτέλεσμα συχνά είναι μέτριο και κακέκτυπο του αυθεντικού.

H.G. Gallucci: Όλα τα συστήματα εμφυτευμάτων σήμερα ενσωματώνονται. Άρα, η επιλογή πρέπει να γίνεται ανάλογα με την εμπειρία μας σε ένα σύστημα. Γενικά σκόπιμο είναι να μην ανακατεύουμε συστήματα εμφυτευμάτων. Οι μόνες παράμετροι που θα πρέπει να μας απασχολούν όταν επιλέγουμε κάποιο σύστημα είναι η ύπαρξη internal connection και κάποια επιστημονική τεκμηρίωση. Δεν είμαι αντίθετος στα generic (αντίγραφα) συστήματα μια και οι σημερινές τεχνικές παραγωγής μπορούν και δίδουν μεγάλη ακρίβεια. Η χρήση αντίγραφων εξαρτημάτων δεν είναι πρόβλημα και σήμερα με τα CAD/CAM μπορεί να έχουμε τέλεια εφαρμογή χωρίς ανάγκη χρήσης των γνήσιων εξαρτημάτων. Όλες οι επιφάνειες τελικά μετά από 3 μήνες αναφορικά με την οστεοενσωμάτωση δεν έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά.

Ο κ. Χρήστος Κωνσταντινίδης με τον Dr Stephen Chen, κατά τη διάρκεια της πολύ ενδιαφέρουσας συζήτησής τους.

Ποιο είναι το καλύτερο σχέδιο θεραπείας; Ακίνητη προσθετική αποκατάσταση με πολλαπλά εμφυτεύματα ή κινητή με λίγα εμφυτεύματα;

S. Chen: Ακόμα και για τους ηλικιωμένους συνιστώ την ακίνητη, γιατί πιστεύω ότι έχουν δικαίωμα στην ποιότητα της ζωής. Βέβαια προσπαθώ να λιγοστέψω τον αριθμό των εμφυτευμάτων μια και δέχονται μικρότερες δυνάμεις.

H.G. Gallucci: Είμαι συντηρητικός με τα εμφυτεύματα, και προσπαθώ να παρέχω θεραπευτικά σχέδια ανάλογα με τον ασθενή. Δεν υπάρχει μια τεχνική για όλους. Πρώτα βλέπω τον τελικό στόχο και μετά αποφασίζω πώς θα τον επιτύχω ανάλογα με τις παραμέτρους του ασθενούς. Σε ηλικιωμένους ασθενείς συχνά προτιμώ τις κινητές επιεμφυτευματικές αποκαταστάσεις γιατί μπορούν οι ασθενείς να έχουν καλύτερη και ευκολότερη στοματική υγιεινή.

Στην αρχή η εμφυτευματική τοποθέτηση ήταν οστεοκαθοδηγούμενη, στη συνέχεια «προσθετικά καθοδηγούμενη». Σήμερα ποια είναι η τρέχουσα τάση;

S. Chen: Πιστεύω ότι αφότου η τοποθέτηση έγινε «προσθετικά καθοδηγούμενη», έγινε βίωμα των οδοντιάτρων. Σήμερα με όπλο την GBR οι οδοντίατροι τοποθετούν τα εμφυτεύματα ακολουθώντας το πρωτόκολλο της «προσθετικά καθοδηγούμενης» τοποθέτησης ακόμη και στις κινητές εργασίες.

H.G. Gallucci: Σήμερα πιστεύω ότι είμαστε στην «patient driven», δηλαδή καθοδηγούμενη από τις παραμέτρους του ασθενούς τοποθέτηση εμφυτευμάτων.

Καθώς πρόσφατα εισήχθησαν στην αγορά εμφυτεύματα με νέο σχήμα αυχένα (V3, Profile) θεωρείτε ότι έχουμε φτάσει σε ένα σημείο, όπου ο κυλινδρικός αυχένας των εμφυτευμάτων θα αντικατασταθεί από ένα σχήμα που θα προσομοιάζει περισσότερο στο σχήμα του φυσικού δοντιού;

S. Chen: Προσωπικά δεν χρησιμοποιώ τα συγκεκριμένα, αλλά ακόμη και τα tapered σπάνια τα χρησιμοποιώ γιατί είναι «technique sensitive» και χρήζουν απόλυτης εφαρμογής φρεατίου – εμφυτεύματος.

H.G. Gallucci: Τα εμφυτεύματα πρέπει να είναι συμμετρικά, γιατί σε περίπτωση λανθασμένης τοποθέτησης αυτά τα «έξυπνα» εμφυτεύματα μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα. Τα εμφυτεύματα πρέπει να είναι απλά και όχι κατάλληλα μόνο για τα χέρια υπερεξειδικευμένων.

Ποιο είναι το ιδεώδες για την GBR, το αυτογενές οστικό μόσχευμα, το αλλομόσχευμα ή το ξενομόσχευμα;

S. Chen: Το ξενομόσχευμα και ιδιαίτερα το αυτομόσχευμα δίνει πολύ καλά αποτελέσματα.

H.G. Gallucci: Είμαι υπέρ της συντηρητικής παρέμβασης. Αν πρόκειται όμως για GBR προτιμώ αυτομόσχευμα και μάλιστα block.

Δύο ομιλητές, δύο διαφορετικοί κόσμοι... Υπάρχει άραγε μια λύση σε κάθε πρόβλημα και για πάντα; Η απάντηση είναι προφανώς όχι μια και τα πάντα ρεί, τα πάντα ερευνώνται, δοκιμάζονται και φυσικά εξελίσσονται... Η ικανότητα και η συνέπεια μας να λαμβάνουμε, να αξιολογούμε και να αφομοιώνουμε συνεχώς την νέα γνώση είναι το μόνο που είναι σταθερό. Έτσι, εξελίσσουμε την προσέγγιση μας στους ασθενείς μας ...αναλυτική σκέψη, επιλογή των επιμέρους σύγχρονων, τεκμηριωμένων βέλτιστων λύσεων, χωρίς δογματισμό και τέλος σύνθεση τους για δημιουργία της ιδεώδους αποκατάστασης για τον ασθενή μας.

ρισμένων διαστάσεων ενδείκνυται η χρήση εμφυτευμάτων μικρής διαμέτρου, μειώνοντας έτσι την ανάγκη GBR. Πιστεύω ότι γενικά η τάση σήμερα είναι τα εμφυτεύματα μικρότερης διαμέτρου με σκοπό την διατήρηση μεγαλύτερου πάχους οστού. Το CBCT είναι πλέον το «χρυσό» εργαλείο και για την εμφυτευματολογία, συνιστάται μάλιστα η χρήση πλαστικού παρειοκατόχου με ικανή απομάκρυνση των παρειών κατά τη λήψη, γιατί παρέχεται ευκρινέστερη εικόνα του παρειακού πετάλου. Όταν το CBCT δείχνει παρειακό <2m συνιστάται να αποφεύγουμε την άμεση εμφύτευση.

Ο **S.Chen** αναφέρθηκε στον ιδεώδη χρόνο εμφύτευσης που απ' ότι φαίνεται το κεντρικό νόημα είναι ασφάλεια, σιγουριά και επάρκεια σε οστούν. Η άμεση εμφύτευση ενδείκνυται μόνον σε περιπτώσεις παχέος βιοτύπου και παρειακού πετάλου και είναι γενικά επικίνδυνη στην αισθητική ζώνη. Ο ομιλητής στις περισσότερες περιπτώσεις επιλέγει την παρέλευση 6 εβδομάδων ή 3 μηνών ανάλογα με το οστικό έλλειμμα που δημιουργείται μετά την εξαγωγή.

Ο **G. Gallucci** μίλησε για την αισθητική των επιεμφυτευματικών αποκαταστάσεων. Το προφίλ ανάδυσης στα εμφυτεύματα σχετίζεται με τους μαλακούς ιστούς και τα όμορα δόντια, όμως επηρεάζεται και από το βάθος του αυχένα του εμφυτεύματος. Σε μελέτη των Gallucci & Araujo (2011) φάνηκε ότι σε platform switching abutmemts το προφίλ ανάδυσης όσο πιο έντονο είναι τόσο λιγότερο οστούν υπάρχει σε επαφή και πάνω από τον αυχένα του εμφυτεύματος. Το προφίλ ανάδυσης διαμορφώνεται και οριστικοποιείται με την μεταβατική προσωρινή και μεταφέρεται στο αποτύπωμα ψηφιακά ή με αποτύπωσή του με τον άξονα αποτύπωσης και ακρυλικό ή PVS.

2η ημέρα

Ο **Gallucci** το Σάββατο αναφέρθηκε σε επιπλοκές των προσθετικών εργασιών. Αυτές συμβαίνουν συνήθως μετά την τοποθέτηση και συνίστανται σε σπασίματα πορσελάνης, ιδιαίτερα όταν ο σκελετός είναι από ζιρκονία. Ιδιαίτερα στις περιπτώσεις άμεσης φόρτισης το ποσοστό αποτυχίας αυξάνεται με βασική αιτία την υφίζηση των περιεμφυτευματικών ιστών. Σκόπιμο λοιπόν, είναι η υποκατάσταση της άμεσης προσωρινής προσθετικής εργασίας με προσθετική πάνω σε mini implants, αποφεύγοντας έτσι την άμεση αποκατάσταση των εμφυτευμάτων. Για άσκηση μικρότερων δυνάμεων και συνεπώς ελαχιστοποίηση των καταγμάτων, αλλά και του μήκους των στεφανών σκόπιμο είναι να μειώνουμε την κάθετη διάσταση.

Ο **Dr. Polido** μίλησε για την αποκατάσταση σε ελλειμματική ακρολοφία στην οπίσθια περιοχή της κάτω γνάθου. Λάθη στην οπίσθια περιοχή κατά την προσπάθεια τοποθέτησης σε ελλειμματική ακρολοφία μπορεί να καταλήξουν σε τραύμα ή καταστροφή του ν φατνιακού. Η πλέον τυπική και δύσκολη έλλειψη είναι σε κάθετη διάσταση. Ως γνωστόν, η GBR σε αυτή την περίπτωση γίνεται με onlay graft (92%) με διατατική οστεογένεση, με Ti ενισχυμένες μεμβράνες, μετατόπιση του κάτω φατνιακού (95% παραμένουν νευρολογικές διαταραχές). Σε πολλές αντίξοες περιπτώσεις τα κοντά εμφυτεύματα δίνουν λύση. Η χρήση PDGF ή BMP-2 εδώ και χρόνια δίνει κάποιες ελπίδες, υπάρχει όμως πάντα ο κίνδυνος ογκογένεσης. Τα κοντά εμφυτεύματα (4mm) κατά τον ομιλητή δεν έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην πρόγνωση σε σχέση με τα 6mm και 8,5 mm. Η αναλογία μύλης/εμφυτεύματος από τα 52 papers φαίνεται ότι δεν επιδρά αρνητικά στην πρόγνωση της εμφυτευματικής αποκατάστασης. Για αύξηση του BIC (bone to implant contact) οι εταιρείες έχουν αυξήσει το βήμα της σπείρας (ώστε να έχουμε μεγαλύτερη επιφάνεια Ti).

Ο **S. Chen** συνέχισε με θέμα τη βελτίωση της πρόγνωσης. Παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν το αποτέλεσμα είναι: 1) ο ασθενής α) το κάπνισμα τετραπλασιάζει τον κίνδυνο περιεμφυτευματίτιδας (CH. Mayfield, 2008), β) η στοματική υγιεινή-η κακή υγιεινή δεκατετραπλασιάζει τον κίνδυνο της περιεμφυτευματίτιδας (Rocuzzo et al, 2010), γ) η ύπαρξη χρόνιας περιοδοντίτιδας αυξάνει 4 φορές τον κίνδυνο περιεμφυτευματίτιδας, 2) ο κλινικός, 3) το σχέδιο θεραπείας, 4) η επιλογή των βιοϋλικών, 5) η ύπαρξη ενεργών περιοδοντικών θυλάκων >6 mm καθώς και το τραύμα σύγκλεισης, 6) ο βιότυπος (περιοχή, πάχος μαλθακών ιστών).

Στο φωτογραφικό στιγμιότυπο διακρίνονται οι συντελεστές της επιτυχημένης διοργάνωσης. Από αριστερά οι κ.κ. Αλέξανδρος Κοσμάς, German Gallucci, Νικήτας Συκαράς, Σοφοκλής Βογιατζής, Stephen Chen, Δημήτρης Νικολιδάκης, Waldemar Polido και Γιώργος Βήλος.

Το Σάββατο τελείωσε με παρουσίαση και συζήτηση περιστατικών. Η ITI ιδρύθηκε το 1988 από τους A.Schroeder και F.Straumann με σκοπό την έρευνα, την προώθηση των γνώσεων και την χρηματοδότηση ερευνητικών υποτροφιών. Από τότε δεν σταμάτησε να διοργανώνει επιτυχημένα συνέδρια σε όλες τις χώρες του κόσμου, όπως το φετινό, πολύ επιτυχημένο συνέδριο της ITI Ελλάδας και Κύπρου που αποτυπώνει με τον καλύτερο τρόπο την δυναμική της εταιρείας. Το έντονο ενδιαφέρον των 200 και πλέον συνέδρων που τίμησαν με την παρουσία τους την διοργάνωση αντανακλά την εξαιρετική επιλογή των θεμάτων, για την οποία αξίζουν θερμά συγχαρητήρια τόσο στον κ. Νικήτα Συκαρά, Πρόεδρο του Τμήματος της ITI Ελλάδας και Κύπρου όσο και στον Υπεύθυνο Εκπαίδευσης του Ελληνικού Τμήματος της ITI, κ. Γιώργο Βήλο καθώς την εταιρεία Denco Dental AEBE για τον οργανωτικά άρτιο χαρακτήρα της εκδήλωσης.

Σε μια «ζεστή» εκδήλωση πραγματοποιήθηκε η παρουσίαση του βιβλίου «Αντίδωρο Ιστορίας» του Δ. Μαυραειδόπουλου

Όταν ο E. Katz έγραφε το περίφημο βιβλίο «Two step flow» εισήγαγε τον ευρηματικό όρο opinion leader για να περιγράψει τις δυναμικές και ξεχωριστές προσωπικότητες της κοινωνίας. Ο R.K. Merton μάλιστα σε κάποιους ιδιαίτερους opinion leaders δίδει τον όρο πολυμορφικός γιατί καταφέρνουν να επηρεάζουν την κοινωνία δίνοντας νέες αρχές, ιδέες και νεοτερισμούς σε περισσότερους τομείς. Αναμφίβολα το μοντέλο αυτό ανθρώπου είναι σε κάποιον βαθμό και ο Δ. Μαυραειδόπουλος. Πρωτοπόρος στην 10ετία του '90 κατάφερε να περάσει το μήνυμα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα εμφυτεύματα σπάζοντας τα στεγανά των ειδικοτήτων και της επιστημονικής ακαμψίας. Τα χρόνια πέρασαν και ο Δημήτρης πήγε ένα σκαλί πιο πάνω. Τώρα προσπάθησε να κάνει τον οδοντίατρο κοινωνό της γνώσης, χωρίς στεγανά και όρια.

Έτσι, η παρουσίαση του βιβλίου του Δημήτρη Μαυραειδόπουλου την Κυριακή 1/11/15 με τίτλο «Αντίδωρο Ιστορίας» στο Ίδρυμα Εικαστικών Τεχνών και Μουσικής Β.&Μ. Θεοχαράκη, είχε μία ξεχωριστή σημασία. Στην εκδήλωση το «παρών» έδωσαν εκπρόσωποι από όλο το φάσμα της οδοντιατρικής, οι οποίοι τίμησαν με την παρουσία τους τον συγγραφέα και εξέφρασαν την στήριξή τους στις συγγραφικές του προσπάθειες.

Το βιβλίο που διατίθεται από τις εκδόσεις «Μένανδρος» αποτελεί μια προσπάθεια αποτύπωσης και καταγραφής της διαδρομής που μας οδήγησε στο σήμερα, προσκαλώντας τον αναγνώστη σε ένα ταξίδι αναζήτησης του ελληνισμού, μέσα από την προσωπική ιστορία του καθενός μας, αλλά και μέσα από την ιστορία, τον πολιτισμό, τη θρησκεία.

Όσοι γνωρίζουν τον Δημήτρη Μαυραειδόπουλο ξέρουν ότι πρόκειται για έναν άνθρωπο με αρχές και ήθος, που υπηρέτησε και υπηρετεί τον οδοντιατρικό κλάδο με αγωνιστικότητα και πνεύμα προσφοράς. Το «Αντίδωρο Ιστορίας» ξεδιπλώνει και το συγγραφικό ήθος του γράφοντος, ο οποίος αν και διακατέχεται από την κριτική ματιά και την οξυδέρκεια πνεύματος της διανόησης, υιοθετεί γλώσσα λιτή και οικεία, που αρμόζει σε πεζογράφους που εξιστορούν δικά τους βιώματα. Ισορροπώντας ανάμεσα στην αναλυτική και συνθετική σκέψη, την ιστορική τεκμηρίωση και την αφηγηματική πλοκή, ο Δημήτρης Μαυραειδόπουλος αναφέρεται στα κακώς κείμενα και τις παθογένειες του πολιτικού συστήματος και του ελληνικού κοινωνικού σχηματισμού, χωρίς να φοβάται να εκθέσει και να εκτεθεί.

Όπως επεσήμανε ο Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών και Πρόεδρος του Ομίλου Λογοτεχνών-Καλλιτεχνών Οδοντιάτρων Ελλάδας, κ. Γεράσιμος Δουβίτσας, ο οποίος μίλησε για το Αντίδωρο Ιστορίας «*Η έκδοση αυτού του βιβλίου, σε μια εποχή ιδιαίτερα δύσκολη, ιδιαίτερα απαισιόδοξη, μεμψίμοιρη, επιθετική, σε μια εποχή ασταθή μέχρι και επικίνδυνη, δείχνει ότι σ' αυτό τον τόπο, υπάρχει μνήμη, υπάρχει παράδοση, υπάρχουν σημεία αναφοράς και μέτρα αξιών που τα υπηρετούν άνθρωποι σαν τον Δημήτρη Μαυραειδόπουλο*».

Το βιβλίο προλόγισε επίσης ο κ. Κώστας Στραγαλινός, αρχιτέκτων-μηχανικός, τέως αντιπρόεδρος και γραμματέας του Συλλόγου προς Διάδοσιν της Εθνικής Μουσικής «Σίμων Καρράς», ενώ τον συντονισμό της συζήτησης ανέλαβε ο δικηγόρος Λάμπρος Μάκκας.

Μετά το πέρας της εκδήλωσης, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να ανταλλάξουν απόψεις για το βιβλίο στη δεξίωση που ακολούθησε.

Τα έσοδα του βιβλίου θα δωριστούν στον Όμιλο Λογοτεχνών – Καλλιτεχνών Οδοντιάτρων Ελλάδος και στον σύλλογο της γενέτειράς του κ. Μαυραειδόπουλου, Ψάρι Αρκαδίας.

Στιγμιότυπο από την εκδήλωση παρουσίασης του βιβλίου. Από αριστερά διακρίνονται: Ο συγγραφέας Δ. Μαυραειδόπουλος, ο κ. Κ. Στραγαλινός κι ο κ. Γ. Δουβίτσας, οι οποίοι προλόγισαν το βιβλίο, και ο κ. Λ. Μάκκας, συντονιστής της συζήτησης.

Ο κ. Δημήτρης Μαυραειδόπουλος, εγκάρδιος και χαμογελαστός όπως πάντα, συνομίλησε με το κοινό και άκουσε με προσοχή τα σχόλια και τις εντυπώσεις του. Στην εκδήλωση συμμετείχαν εκπρόσωποι από όλο το φάσμα της οδοντιατρικής, οι οποίοι τον τίμησαν με την παρουσία τους.

Ένα ακόμη επιτυχημένο study club από το Ινστιτούτο ΜΕΡΙΜΝΑ

Γράφει ο **Χρήστος Κωνσταντινίδης**
Οδοντίατρος - M.Sc (Προσθετ.)

Στα τελευταία χρόνια αυτό που χαρακτηρίζει την επιστήμη μας είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η εκούσια συμμετοχή όλων μας με αποτέλεσμα την ενημέρωσή μας σε πολλά γνωστικά αντικείμενα και τη συνεχή βελτίωση μας. Πάροχοι έχουν δημιουργηθεί πολλοί, δίνοντάς μας τη δυνατότητα επιλογής.

Ένας από τους πλέον αναγνωρισμένους παρόχους συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι το Ινστιτούτο Μέριμνα. Το Ινστιτούτο Μέριμνα μετά από 10 χρόνια συνεπούς πρωταγωνιστικής παρουσίας στο χώρο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης πέτυχε να πιστοποιηθεί από τον Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π. και να εισέλθει στο προαύλιο του άβατου της ιδιωτικής εκπαίδευσης.

Το Ινστιτούτο έλαβε το 2015 την πιστοποίηση συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης αποκτώντας την δυνατότητα χορήγησης πιστοποιημένων certificates παρακολούθησης. Με βασικό συντελεστή τον Ν. Νάκα και συμμετοχή αναγνωρισμένων Πανεπιστημίων όπως το NYC και το Eastman, διοργανώνει σεμινάρια, συνέδρια και κύκλους ολοκληρωμένης εκπαίδευσης σε διάφορα γνωστικά αντικείμενα (πιστοποιημένες δομές) με αναγνωρισμένους επιστήμονες από όλο τον κόσμο, ώστε να δημιουργήσει ένα πόλο γνώσης με εξωστρέφεια και σκέψη «out of the box» σε σχέση με τα στερεότυπα.

Στο πλαίσιο του προγράμματος εμφυτευματολογίας διοργανώθηκε στις 18/10/2015 study club με ομιλητές τον **Γ. Ρωμανό**, στο οποίο είχαμε την τιμή να παραβρεθούμε προσκεκλημένοι του Ινστιτούτου. Το θέμα ήταν: *«Περιεμφυτευματίτιδα και εναλλακτικά σχέδια θεραπείας για υψηλή μακροπρόθεσμη επιτυχία»*.

Ο Γ. Ρωμανός έβαλε προς συζήτηση περιστατικά εμφυτευμάτων με οστική απώλεια. Στη συζήτηση τόνισε ότι η τραυματική σύγκλειση δεν δημιουργεί οστική απώλεια. Η χειρουργική τεχνική έχει μεγάλη σημασία στην τελική υγεία και πρόγνωση του εμφυτεύματος. Η ταχύτητα είναι ένα πλεονέκτημα στη χειρουργική τεχνική.

Γενικά στα εμφυτεύματα, η ύπαρξη κερατινοποιημένων ούλων βελτιώνει την πρόγνωση. Αντίστοιχα αβαθές προστόμιο ευνοεί την φατνιολυσία παρειακά. Πάνω σε αυτά τα θεραπευτικά πρωτόκολλα ο ομιλητής έδειξε τις ενδεδειγμένες χειρουργικές λύσεις. Καλύψεις υφιζήσεων σε εμφυτεύματα είναι προβλέψιμες σε ποσοστό 100% με ελεύθερο ουλικό μόσχευμα.

Η σύνδεση εμφυτεύματος abutment είναι θεμελιώδους σημασίας έτσι ώστε τα εξωτερικού εξαγώνου σήμερα θεωρούνται ξεπερασμένα.

Το platform switching δημιουργεί καλύτερο (από πλευράς ελέγχου μικροβίων) περιβάλλον. Γενικά, τα εμφυτεύματα με περιεμφυτευματίτιδα θα πρέπει να θεραπεύονται το ταχύτερο δυνατόν, για να μπορεί να αποφευχθεί η εξέλιξη της μικροβιακής λοίμωξης. Τεχνικές απολύμανσης της επιφάνειας του εμφυτεύματος είναι η αμμοβολή, η σοδοβολή (Singh et al., 1993), το κιτρικό οξύ σε συνδυασμό με σοδοβολή (Jovanovic et al., 1992), η χλωροξεδίνη (Wetzel et al 1999), το διοδικό laser 905 nm (Haas et al, 1999), το CO_2 laser (Deppe et al, 2001) και η φωτοδυναμική θεραπεία.

Σε βαριά περιστατικά περιεμφυτευματίτιδας, το εμφύτευμα αφαιρείται και γίνεται με GBR. Για θεραπεία με laser απαγορεύεται το Nd: YAG και ενδείκνυνται τα Er,Cr:YSGG και σαν δεύτερη επιλογή τα CO_+ και diode (980 nm).

Συμπερασματικά, για την πρόληψη περιεμφυτευματίτιδας είναι σημαντική η διατήρηση της παρυφής της ακρολοφίας, η αποφυγή της φλεγμονής και η σταθερότητα των μαλακών ιστών.

Το ενδιαφέρον των συμμετεχόντων ήταν εντυπωσιακό, αποδεικνύοντας την προσεγμένη θεματολογία του προγράμματος και την επιτυχημένη διοργάνωσή του.

Στις 21 και 22/11/2015 διοργανώθηκε το course ενδοδοντίας, με τους κ.κ. **Δανδάκη Χρήστο, Κωδωνά Κωνσταντίνο, Σώρο Κωνσταντίνο** και τον γράφοντα **Χρήστο Κωνσταντινίδη** με πολύ ενδιαφέρουσα ομιλία με θέμα: *«Τεχνικές διάγνωσης σύνθετων ενδοδοντικών προβλημάτων με CBCT»*.

Το course κάλυψε όλους τους βασικούς τομείς της ενδοδοντίας όπως βιολογία και παθολογία του πολφού και των ρ.σ., διάγνωση και οργάνωση σχεδίου θεραπείας. Έγινε ανάλυση όλων των σταδίων και των χρησιμοποιούμενων υλικών και εργαλείων. Φυσικά έγινε εκπαίδευση στα περιστροφικά συστήματα και την ενδοδοντική έμφραξη. Δόθηκε δυνατότητα εξοικείωσης με το CBCT για την διάγνωση καταγμάτων, εξωτερικών απορροφήσεων, άτυπων και ενασβεστιωμένων ρ.σ.

Στις δυο αυτές ημέρες οι 30 εκπαιδευόμενοι είχαν την δυνατότητα να εφαρμόσουν αυτά που έμαθαν σε δόντια και να εξοικειωθούν με δύο περιστροφικά συστήματα, το Hyflex και το Hero.

Έντονο το ενδιαφέρον για το βραβείο IPS e.max Smile

Μέχρι σήμερα, 250 συμμετέχοντες έχουν εγγραφεί για να λάβουν μέρος στον διεθνή διαγωνισμό και από τις πέντε ηπείρους, για το βραβείο IPS e.max Smile Award 2016. Ο διαγωνισμός, ο οποίος ξεκίνησε τον Οκτώβριο, εισέρχεται τώρα σε μια αποφασιστική φάση. Όλες οι συμμετοχές πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί έως τις 28 Φεβρουαρίου.

Μόνο οι ομάδες που αποτελούνται από οδοντίατρο και οδοντοτεχνίτη έχουν το δικαίωμα να διαγωνιστούν. Οι ομάδες μπορούν να κάνουν την εγγραφή τους στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.ipsemax.com/smileaward, όπου θα παραλάβουν τους κωδικούς σύνδεσής τους. Οι ομάδες πρέπει να υποβάλουν μια εργασία για την οποία έχουν συνεργαστεί. Η αποκατάσταση θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον έξι τεμάχια. Το περιστατικό πρέπει να τεκμηριώνεται πλήρως από την αρχή μέχρι το τέλος με φωτογραφίες και βίντεο. Αυτό θα επιτρέψει στην ομάδα εμπειρογνωμόνων να αποκτήσει μια ρεαλιστική συνολική εντύπωση της εργασίας.

Η Ivoclar Vivadent ανυπομονεί για την ανακοίνωση των νικητών του Βραβείου IPS e.max Smile Award 2016.

Αξιολόγηση από επιτροπή εμπειρογνωμόνων

Μια επιτροπή διεθνώς αναγνωρισμένων κριτών θα αξιολογήσει όλες τις συμμετοχές σε σχέση με τα αισθητικά τους χαρακτηριστικά τους, την πολυπλοκότητα και την καταλληλότητά τους για το περιστατικό που παρουσιάζεται. Η επιτροπή θα επιλέξει τους νικητές. Τα βραβεία θα απονεμηθούν στις 10 Ιουνίου 2016 στην Μαδρίτη, στην Ισπανία, την παραμονή του Διεθνούς Συνεδρίου Εμπειρογνωμόνων που διοργανώνεται από την Ivoclar Vivadent.

Τα μέλη της κριτικής επιτροπής είναι ενθουσιασμένα με το έργο τους. Οι διεθνώς καταξιωμένοι ειδικοί της οδοντιατρικής θεωρούν τιμή τους να κρίνουν τις συμμετοχές. Έχουν δεσμευτεί ως προς το έργο τους και ενθαρρύνουν όλους τους επαγγελματίες της οδοντιατρικής να λάβουν μέρος.

Διεθνής αναγνώριση

Για να κρίνουν τις συμμετοχές από όλες τις ηπείρους δίκαια, οι τρεις καλύτερες ομάδες από τις ακόλουθες τέσσερις περιοχές θα επιλεγούν για το βραβείο IPS e.max Smile Award 2016:

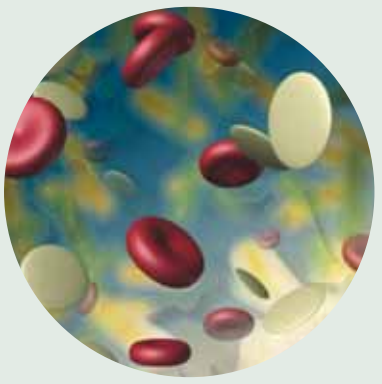
- Ευρώπη - Μέση Ανατολή - Αφρική
- Βόρεια Αμερική - Ειρηνικός
- Λατινική Αμερική
- Ασία

Το έργο των νικητών θα παρουσιαστεί σε ένα ευρύ κοινό μέσω της προβολής του στα social media, σε εμπορικές εκθέσεις και άλλες εκδηλώσεις και σε επαγγελματικά περιοδικά.

Το IPS e.max® είναι σήμα κατατεθέν της Ivoclar Vivadent AG.

Επιστημονική Ημερίδα ΝΕΓΡΙΝ ΙΝ ΝΤΕΝΤΑΛ

ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΑΤΑ



Η εταιρεία ΝΕΓΡΙΝ ΙΝ Dental διοργανώνει επιστημονική ημερίδα με θέμα:
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΑΤΑ: «Σύγχρονη Προσέγγιση - πολλαπλές εφαρμογές»
Ομιλητής: **Δρ. Τριανταφύλλου Ιωάννης**
Ώρες : 10:00 - 13:30
Στόχος της ημερίδας είναι η παρουσίαση καινοτόμων μεθόδων προερχόμενων από τον τομέα της σύγχρονης βιολογίας και η εφαρμογή τους στην οδοντιατρική.
Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί την **Κυριακή 7 Φεβρουαρίου 2016**
στο ξενοδοχείο STRATOS VASSILIKOS, Μιχαλακοπούλου 114 στην Αθήνα.
Κόστος συμμετοχής:
Επιλογή α': ΔΩΡΕΑΝ
Επιλογή β': Με συμμετοχή 25 ευρώ, δώρο ένα 4bone Tape και ένα 4bone Plug αξίας 36 ευρώ.
Αριθμός συμμετεχόντων περιορισμένος. Θα τηρηθεί αυστηρά σειρά προτεραιότητας.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / ΠΡΟΕΓΓΡΑΦΕΣ: *ΝΕΓΡΙΝ ΙΝ Dental, Τηλ. 210 7711605, Φαξ. 210 7754065, Email: info@negrin.gr, www.negrin.gr*

Οδοντοτεχνικό Εργαστήριο Γονατίδης Αναστάσιος
www.dental-designs.net @: a.gonatidis@gmail.com
Τηλ.: 210 77 99 483

Ολοκεραμικά IPS e.max Press

Η αποτύπωση τής φύσης.

1. Προτέρα κατάσταση (α).

2. Προτέρα κατάσταση (β).

3. Διαγνωστικό κέρωμα

4. Ολοκεραμική αποκατάσταση

Οι πορσελάνες **IPS e.max Press** προσφέρουν ύψιστη αισθητική με το φαινόμενο «χαμαιλεοντισμού», που επιτρέπει στις αποκαταστάσεις να εναρμονίζονται στο φυσικό φραγμό και εξαιρετική αντοχή, χωρίς χρήση μετάλλου. Διαθέτουν βιοσυμβατό κεραμικό σκελετό από διπυριτικό λίθιο, προσφέροντας την εφαρμογή, λειτουργικότητα και αντοχή που αναμένεται από τον ασθενή και τον Ιατρό.

Το εργαστήριό μας, με πολύχρονη εμπειρία και διακεκριμένους οδοντοτεχνίτες, εγγυάται την επίτευξη ενός άψογου αισθητικού και λειτουργικού αποτελέσματος.

Η οδοντιατρική κοινότητα «αγκαλιάζει» τις επιστημονικές δράσεις του ΟΣΚ

Ηχηρό ήταν «το παρών» των οδοντιάτρων στις επιστημονικές εκδηλώσεις που διοργάνωσε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας, οι οποίες ήταν αφιερωμένες στην παιδική και νεανική ηλικία.

Πιο συγκεκριμένα, ο ΟΣΚ διοργάνωσε το Σάββατο, 3 Οκτωβρίου 2015 σεμινάριο με θέμα ***«Προβλήματα της στοματικής κοιλότητας σε παιδιά και εφήβους»*** το οποίο πραγματοποιήθηκε στο συνεδριακό κέντρο του «Sikyon Coast Hotel & Resort» στη Συκιά Ξυλοκάστρου.

Οι συντελεστές του επιτυχημένου σεμιναρίου του ΟΣΚ. Από αριστερά διακρίνονται: Ο πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας, Σ. Δαμασκηνός, ο Αναπλ. Καθ. Στοματικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Δ. Καλύβας, ο Υφηγητής Παιδοδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Leeds, Ν. Λυγιδάκης, η Επίκ. Καθ. Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Ν. Θεολόγη – Λυγιδάκη, ο Καθ. Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, Ι. Α. Ιατρού, ο πρόεδρος του ΟΣΚ, Επ. Κατσούλας και ο Λέκτορας Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ, Σ. Βασιλόπουλος.

Μεγάλο ήταν το ενδιαφέρον των οδοντιάτρων για τη θεματολογία του σεμιναρίου, όπως φαίνεται και από την αθρόα προσέλευσή τους στο συνεδριακό κέντρο του «Sikyon Coast Hotel & Resort».

Όπως είναι γνωστό, η προσέγγιση του παιδιατρικού ασθενή διαφέρει από εκείνη των ενηλίκων, γι' αυτό και οι ασχολούμενοι με τους παιδιατρικούς ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν όλες αυτές τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την ευαίσθητη αυτή ομάδα ασθενών, ώστε να μπορεί να επιτυγχάνεται η σωστή αντιμετώπισή τους. Υπηρετώντας αυτόν τον στόχο, ο ΟΣΚ διοργάνωσε μια ημερίδα με πολύ ενδιαφέρουσα θεματολογία, την οποία παρουσίασε μια ομάδα διακεκριμένων επιστημόνων.

Την επιστημονική ευθύνη της ημερίδας είχε ο Καθηγητής Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) **Ι. Α. Ιατρού**, που ανέπτυξε και το θέμα των αγγειακών όγκων και δυσπλασιών του στόματος, των γνάθων και του προσώπου. Στο πρώτο μέρος πραγματοποιήθηκαν εισηγήσεις από τον Υφηγητή Παιδοδοντιατρικής του Πανεπιστημίου Leeds, **Ν. Λυγιδάκη** που ασχολήθηκε με την σύγχρονη αντιμετώπιση του τραύματος των δοντιών, από τον Λέκτορα Περιοδοντολογίας ΕΚΠΑ, **Σ. Βασιλόπουλο**, ο οποίος μίλησε για τα νοσήματα των ούλων και του περιοδοντίου, ενώ ο Επίκουρος Καθηγητής Στοματολογίας ΕΚΠΑ, **Κ. Τόσιος** ασχολήθηκε με τα νοσήματα του στόματος, πάντα με επικέντρωση στα παιδιά και τους εφήβους.

Στο δεύτερο μέρος η Επίκουρη Καθηγήτρια Στοματικής και Γναθοπροοωπικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, **Ν. Θεολόγη - Λυγιδάκη** παρουσίασε το θέμα της παθολογίας και της αντιμετώπισης προβλημάτων της πρόσθιας περιοχής των γνάθων.

Το πρόγραμμα της ημερίδας ολοκλήρωσε ο Αναπληρωτής Καθηγητής Στοματικής Χειρουργικής ΕΚΠΑ, **Δ. Καλύβας** που ασχολήθηκε με το πάντα επίκαιρο θέμα των εγκλείστων 3ων γομφίων στους εφήβους. Μετά το πέρας των εισηγήσεων υπήρξε επαρκής χρόνος για συζήτηση και διάλογο με το ακροατήριο.

Ο κ. Κατσούλας, εκτός από ένας δραστήριος Πρόεδρος που κατόρθωσε να καταστήσει τον ΟΣΚ πρότυπο Σύλλογο όσον αφορά στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, είναι και ένας άριστος οικοδεσπότης. Στα φωτογραφικά στιγμιότυπα διακρίνεται κατά την απονομή των τιμητικών διπλωμάτων στους ομιλητές της ημερίδας, τους κ.κ. Ιατρού(1), Αθανασίου(2), Χρούσο(3), Κάλφα(4) και Τσιγκουνάκη(5).

• Ο ΟΣΚ συνέχισε το πρόγραμμα επιτυχημένων επιστημονικών δράσεων διοργανώνοντας το Σάββατο, 21 Νοεμβρίου μια ακόμη ημερίδα με θέμα ***«Το παιδί, ο έφηβος, ο γιατρός και ο οδοντίατρος»***, η οποία πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο «ΑΛΚΥΩΝ» στο Βραχάτι.

Στο πρώτο μέρος της ημερίδας ο Καθηγητής Προληπτικής Οδοντιατρικής και Περιοδοντολογίας του Πανεπιστημίου ΑΠΘ, **Σ. Κάλφας** μίλησε για την ευαισθησία της οδοντίνης, μια επώδυνη κατάσταση που αντιμετωπίζουν πολλοί έφηβοι. Παράλληλα ανέπτυξε το θέμα των επιθετικών περιοδοντίτιδων που εμφανίζονται σε νεαρή ηλικία και αν δεν θεραπευθούν έγκαιρα μπορεί να καταλήξουν σε απώλειες δοντιών.

Ο παιδοδοντίατρος **Β. Τσιγκουνάκης** αναφέρθηκε σε κλινικά περιστατικά παιδιών που απαιτούν ιδιαίτερη αντιμετώπιση και τη συνεργασία του παιδοδοντίατρου με άλλες ειδικότητες της Οδοντιατρικής και της Ιατρικής.

Στο δεύτερο μέρος ο γνωστός Καθηγητής της Παιδιατρικής στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» Αθηνών κ. **Γ. Χρούσος** μίλησε για την ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου.

Στη συνέχεια, οι Καθηγητές Ορθοδοντικής, **Α. Αθανασίου** και Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, **Ι. Ιατρού** κάλυψαν συνολικά το θέμα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των ασυμμετριών του προσώπου.

Οι επιστημονικές εκδηλώσεις άφησαν τις καλύτερες εντυπώσεις και έτυχαν θερμής υποδοχής από τον οδοντιατρικό κόσμο, μεγαλώνοντας τον κατάλογο των επιτυχημένων επιστημονικών δράσεων του ΟΣΚ, ο οποίος έτσι κι αλλιώς μας έχει συνηθίσει σε επιστημονικές εκδηλώσεις άρτιας οργάνωσης και υψηλού ενδιαφέροντος.

Στοματική υγιεινή με μπλε φως

Στη διάλεξή του που πραγματοποιήθηκε στη Ρόδο στις 11 Οκτωβρίου κατά την διάρκεια των εργασιών του 35ου Πανελλήνιου Οδοντιατρικού Συνεδρίου, ο Δρ. **Νίκος Σούκος** Διευθύνων Επιστημονικός Σύμβουλος (Chief Science Officer) της νεοφυούς αμερικανικής εταιρείας PhotOral και καθηγητής Φυσικής και Βιολογίας στο πανεπιστήμιο Northeastern της Βοστώνης – παρουσίασε, για πρώτη φορά σε παγκόσμιο επίπεδο, μια πρωτότυπη ενδοστοματική φωτεινή συσκευή με αντιμικροβιακή δράση για την βελτίωση της στοματικής υγιεινής και την πρόληψη των περιοδοντικών νόσων και της κακοσμίας (χαλίτωση) του στόματος.

Η στοματική κοιλότητα αποικίζεται από περίπου 700 διαφορετικά «φιλικά» και «δυνητικά παθογόνα» είδη βακτηρίων. Η μακροχρόνια υγεία του στόματος εξαρτάται από την διατήρηση της ομοιοστασίας του οικοσυστήματος, δηλαδή μιας ευνοϊκής ισορροπίας μεταξύ της «φιλικής» και της «εχθρικής» μικροβιακής χλωρίδας. Το 2002, η ανακάλυψη καθώς και οι μετέπειτα έρευνες από τον Δρα Σούκο και τους συνεργάτες του στο εργαστήριο Εφαρμοσμένης Μοριακής Φωτοϊατρικής στο συνδεδεμένο με το πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ Ινστιτούτο Φορσάϊθ (Forsyth Institute) κατέδειξαν ότι αρκετά από τα «δυνητικά παθογόνα» βακτήρια του στόματος είναι φωτοευαίσθητα. Έτσι, μέσα από τη νεοφυή επιχείρηση PhotOral, ο Δρ. Σούκος οραματίστηκε τη δημιουργία μιας καινοτόμας ενδοστοματικής φωτεινής συσκευής με αντιμικροβιακή δράση. Αυτή η συσκευή θα χρησιμοποιείται δυο φορές τη μέρα για 1-2 λεπτά κάθε φορά και θα εκπέμπει φως στην μπλε περιοχή του ηλεκτρομαγνητικού φάσματος συγκεκριμένου μήκους κύματος και δοσιμετρίας για την εκλεκτική στόχευση και καταστολή δυνητικά παθογόνων μικροοργανισμών. Ο στόχος της διάλεξής του στο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο ήταν η παρουσίαση της επιστημονικής και επιχειρηματικής προσπάθειάς του τα τελευταία δεκατρία χρόνια.

• Ο καθηγητής Νίκος Σούκος είναι ερευνητής και εφευρέτης στοματολόγος που εργάζεται στο πεδίο της φωτοϊατρικής. Είναι απόφοιτος της Οδοντιατρικής Σχολής του Παν/μίου Αθηνών, κάτοχος διπλώματος Master στην Πειραματική Παθολογία του Στόματος από το Eastman Dental Institute του Παν/μίου του Λονδίνου και διδάκτωρ της Οδοντιατρικής Σχολής του Παν/μίου του Μονάχου στο πεδίο της Βιολογίας του Στόματος. Έχει εργαστεί ως ερευνητής για είκοσι χρόνια στην Ιατρική Σχολή του Παν/μίου Harvard και στο Ινστιτούτο Forsyth στη Βοστώνη. Είναι ο επιστημονικός ιδρυτής της εταιρείας PhotOral. Σήμερα, διδάσκει στα τμήματα Βιολογίας και Φυσικής του Παν/μίου Northeastern στη Βοστώνη και διευθύνει το επιστημονικό τμήμα της εταιρείας PhotOral.

Βράβευση επιτοίχιας ανακοίνωσης στο 35ο ΠΟΣ στη Ρόδο με θέμα «Επανόρθωση ιατρογενούς βλάβης σε αποκάλυψη εγκλείστων κυνοδόντων σε έφηβη»

Με μεγάλη επιτυχία παρουσιαστήκε στο 35ο ΠΟΣ στη Ρόδο ένα περιστατικό με έντονο κλινικό ενδιαφέρον, που αντιμετωπίσθηκε από τον κ. **Δαλαμπίρα Στυλιανό**, Αναπληρωτή Καθηγητή της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ και λοιπούς συνεργάτες. Πρόκειται για νεαρά ασθενή (ετών 14), που είχε μεταβεί σε οδοντιατρείο γειτονικής χώρας με σκοπό τη χειρουργική αποκάλυψη των αμφοτερόπλευρα υπερώιων έγκλειστων κυνοδόντων. Μετά την αποτυχημένη προσπάθεια αποκάλυψής τους, η ασθενής εμφάνισε ακατάσχετη αιμορραγία και διακομίσθηκε στο Γ.Ν. Κοζάνης. Αφού δέχθηκε τον πρώτο κύκλο βοηθειών, παραπέμφθηκε στο Γ.Ν. Παπανικολάου Θεσ/νίκης για την περαιτέρω εκτίμηση των προκληθέντων βλαβών σε εξειδικευμένο νοσοκομειακό περιβάλλον (Κλινική Σ.Γ.Π.Χ.).

Η ασθενής προσήλθε με μεγάλης έκτασης οστικό έλλειμμα στο προστόμιο αντίστοιχα στην περιοχή του 23, καθώς και με βλάβες στις ρίζες των παρακείμενων δοντιών, ιδιαίτερα του 24. Αποφασίσθηκε η τοποθέτηση αλλοπλαστικού μοσχεύματος και μεμβράνης κολλαγόνου, για την αποκατάσταση του οστικού ελλείμματος. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε επιτυχής χειρουργική αποκάλυψη των κυνοδόντων, καθώς και ορθοδοντική έλξη τους σε δεύτερο χρόνο για τη διευθέτηση τους στο φραγμό.

Η σπουδαιότητα της συγκεκριμένης εργασίας δεν περιορίζεται μόνο στην σωστή αντιμετώπιση των προκληθεισών βλαβών σε αυτή την ασθενή. Αποτελεί ένα από τα πολλά περιστατικά ιατρικής αδικοπραξίας που συνέβησαν σε ιδιωτικά ιατρεία εκτός συνόρων, τα οποία δεν φτάνουν στο φως της δημοσιότητας. Είναι ύψιστης σημασίας η οδοντιατρική και ιατρική κοινότητα να ενημερώσει τους πολίτες για τους κινδύνους που ελλοχεύουν όταν επιλέγουν φθηνές, αλλά αμφιβόλου ποιότητας οδοντιατρικές υπηρεσίες από μη εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό.

HERAEUS KULZER AWARDS 2015

Την Παρασκευή, 2 Οκτωβρίου 2015 πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη η εκδήλωση βράβευσης που αφορά στο διαγωνισμό HERAEUS KULZER AWARDS 2015.

Συμμετέχοντες ήταν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές των τμημάτων Οδοντικής Χειρουργικής των Πανεπιστημίων Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Το φετινό θέμα του διαγωνισμού ήταν «Περιστατικά αποκατάστασης εκτεταμένης IVης ομάδος», όπου χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά ρητίνες Charisma Diamond, Venus Color και συγκολλητικοί παράγοντες Gluma της εταιρείας Heraeus Kulzer. Η επιτροπή αξιολόγησης των περιστατικών είχε ιδιαίτερα αντίξοο έργο καθ' ότι το επίπεδο δυσκολίας των περιστατικών και του ανταγωνισμού ήταν εντυπωσιακά υψηλό.

Νικητής ήταν ο μεταπτυχιακός φοιτητής-οδοντίατρος κος **Σπαγόπουλος Δημήτριος** από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Αθήνας. Χορηγός του βραβείου για τρίτη συνεχή χρονιά ήταν η εταιρεία ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ, ενώ το βραβείο στον νικητή παρέδωσε ο κος Thomas Puntke, Director International Sales South East Europe - Project Manager Business Development Global της Heraeus Kulzer.

Ευχαριστούμε όλους τους συντελεστές που βοήθησαν στη διεξαγωγή του διαγωνισμού HERAEUS KULZER AWARDS 2015, καθώς και τους συμμετέχοντες μεταπτυχιακούς φοιτητές. Η προετοιμασία του διαγωνισμού για το 2016 ήδη ξεκίνησε καθιστώντας τα βραβεία HERAEUS KULZER AWARDS θεσμό στον οδοντιατρικό χώρο.

Σε συμφωνία η Ivoclar Vivadent και η H.C. Starck σχετικά με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας

Η Ivoclar Vivadent και η H.C. Starck Ceramics GmbH ανακοίνωσαν ότι έχουν καταλήξει σε μια συμφωνία παραχώρησης άδειας εκμετάλλευσης, η οποία καλύπτει τις οδοντιατρικές πλάκες από οξείδιο του ζιρκονίου και τις μεθόδους επεξεργασίας τους. Η συμφωνία παραχώρησης άδειας εκμετάλλευσης επιτρέπει στην H.C. Starck Ceramics GmbH να χρησιμοποιεί τα δικαιώματα που προστατεύονται από τις κατοχυρωμένες στις ΗΠΑ πατέντες με αριθμό 7.604.759 και 8.141.217 καθώς και διαφόρων συναφών ξένων διπλωμάτων ευρεσιτεχνίας που κατέχει η Ivoclar Vivadent. Με τη συμφωνία αυτή, οι δύο εταιρείες δεσμεύονται να παρέχουν στην αγορά καινοτόμα οδοντιατρικά προϊόντα από οξείδιο του ζιρκονίου με μοναδικά χαρακτηριστικά υλικού.

155η Επιστημονική Συνεδρία της ΕΟΕ: Μια συνεδρία αφιερωμένη στο μεγαλείο της κοινωνικής προσφοράς

«Εθελοντισμός και Οδοντιατρική» ήταν το θέμα της 155ης Επιστημονικής Συνεδρίας της Εταιρείας Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης (ΕΟΕ), η οποία πραγματοποιήθηκε την Τετάρτη, 11 Νοεμβρίου 2015, στην αίθουσα διαλέξεων της εταιρείας. Ομιλητής ήταν ένας άνθρωπος γνωστός για το υψηλό αίσθημα προσφοράς του προς το κοινωνικό σύνολο, ο Προσθετολόγος **Αλέξανδρος Γκρους**. Με λόγο σύντομο και περιεκτικό ο κ. Γκρους έδωσε μια ομιλία από καρδιάς που αποτέλεσε έμπνευση για όσους είχαν την τύχη να την παρακολουθήσουν από κοντά. Μέσα από φωτογραφικά στιγμιότυπα εθελοντικών δράσεων και τις προσωπικές του εμπειρίες ως εθελοντής, ο κ. Γκρους τεκμηρίωσε το κεντρικό μήνυμα της ομιλίας του *«δεν χρειάζεται να στείλετε χρήματα, πηγαίνετε και κάνετε κάτι με τα χέρια σας»*, αποδεικνύοντας πως το να χαρίσουμε περισσότερα υγιή χαμόγελα στους ανθρώπους γύρω μας είναι εφικτό, αρκεί να υπάρχει πραγματική θέληση.

Από τις πιο συγκινητικές στιγμές της βραδιάς, ήταν η βράβευση του κ. Γκρους από τον Πρόεδρο της Εταιρείας, Καθηγητή **Κώστα Τσιχλάκη,** για την πολύχρονη εθελοντική προσφορά του.

Το «παρών» στη συνεδρία έδωσαν ο Πρόεδρος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, κ. **Αθανάσιος Κατσίκης** και ο Πρόεδρος του ΟΣΑ, κ. **Αθανάσιος Υφαντής**, οι οποίο εξέφρασαν τη στήριξή τους σε κάθε προσπάθεια της ΕΟΕ που έχει χαρακτήρα κοινωνικής προσφοράς.

Η ημερίδα ολοκληρώθηκε με συζήτηση αναφορικά με τις δράσεις και τις πρωτοβουλίες που θα μπορούσε να αναλάβει η ΕΟΕ σε συνεργασία και με άλλους φορείς προκειμένου να προσφέρει ανακούφιση από τον στοματικό πόνο στις κοινωνικές ομάδες που το έχουν άμεση ανάγκη.

Το θέμα της συνεδρίας φαντάζει στους χαλεπούς καιρούς που διανύουμε πιο επίκαιρο από ποτέ και πραγματικά αξίζουν συγχαρητήρια τόσο στον ομιλητή όσο και στο Δ.Σ. και τα μέλη της Εταιρείας που εξακολουθούν να εμπνέονται από τα ιδανικά του εθελοντισμού και να προσπαθούν με τις δράσεις τους να στέκονται στο πλευρό όσων το έχουν ανάγκη.

CHOUKROUN PRF™ SYSTEM

Η ιδέα του CHOUKROUN PRF™ (ινώδους πλούσιου σε αιμοπετάλια) βασίζεται στη φυγοκέντρηση του ολικού αίματος απουσία αντιπηκτικών.

PRF DUO™ CHOUKROUN

Νέο – 2 «έξυπνα» πρωτόκολλα

Προηγμένο- PRF: CHOUKROUN A-PRF™
Ο θρόμβος του ινώδους περιέχει σε πλειοψηφία αιμοπετάλια και λευκά αιμοσφαίρια.

Ενέσιμο- PRF: CHOUKROUN i-PRF™
Το υγρό περιέχει σε πλειοψηφία αιμοπετάλια, λευκά αιμοσφαίρια και πολυάριθμα βλαστοκύτταρα. Το νέο πρωτόκολλο του i-PRF™. Αυτό το «SUPER PRF» μπορεί να εφαρμοστεί με δύο τρόπους:
- Να εγχυθεί στον ιστό, αυξάνοντας την αγγείωση και συμμετέχοντας στη δημιουργία νέου κολλαγόνου.
- Να εγχυθεί σε σωματίδια (βιοϋλικά): το οστικό μόσχευμα θα στερεοποιηθεί σε 1 λεπτό.

Ενδείξεις
- Χειρουργική στόματος
  - Εμφυτευματολογία
  - Οστικά μοσχεύματα
  - Ανόρθωση ιγμορείου
  - Χειρουργική μαλακών ιστών
  - Αποκατάσταση φατνίου
- Ορθοπεδική
- Αναγεννητική ιατρική
- Δερματολογία
- Αισθητική

A-PRF™ CHOUKROUN

i-PRF™ CHOUKROUN

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

Αναύγειες Λόγου και Τέχνης

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

ΠΟΙΗΤΙΚΑ ΡΕΥΜΑΤΑ 2

Τα ρεύματα της νεοελληνικής ποίησης που αναπτύχθηκαν, ακολουθώντας φυσικά τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά, από τον 18ο αιώνα και μέχρι στις μέρες μας, είναι:
Ο Νεοκλασικισμός (προηγούμενο τεύχος)
Ο Ρομαντισμός (προηγούμενο τεύχος)

Ο Παρνασσισμός

Λογοτεχνικό κίνημα που εμφανίστηκε στη Γαλλία, στα μέσα του 19ου αιώνα, ως αντίδραση στον ρομαντισμό. Από εκεί σιγά-σιγά θα εξαπλωθεί και σε άλλες χώρες και θα διατηρήσει την παρουσία του για τρεις περίπου δεκαετίες.
Με τον παρνασσισμό η ποίηση επανέρχεται σε μια ισορροπία, αποκτώντας χαρακτηριστικά νέο-κλασικισμού.
Τα βασικά χαρακτηριστικά του νέου αυτού κινήματος είναι:
Η πιστότητα, η ρεαλιστική αναπαράσταση, η απάθεια, η απουσία της υπερβολής συναισθημάτων, οι ακριβείς περιγραφές και η τελειότητα. Γενικότερα, ο παρνασσισμός ήταν ένα λογοτεχνικό κίνημα, που είχες ως πυρήνα του την πειθαρχία του συναισθήματος, την ακρίβεια της περιγραφής και την τελειότητα της μορφής.
Ο ελληνικός παρνασσισμός δεν έχει σκοπό να αποδώσει μεγάλο βαθμό απάθειας, αλλά λειτουργεί προσπαθώντας να εξισορροπήσει την τόσο έντονη διαφορά ανάμεσα στο ρομαντικό κίνημα και αυτό του παρνασσισμού. Δηλαδή στα πλαίσια του ελλαδικού χώρου και της νεοελληνικής λογοτεχνίας, ο παρνασσισμός εμφανίστηκε με ένα ύφος αντιτιθέμενο στο στόμφο και τη ρητορεία του αθηναϊκού ρομαντισμού. Έτσι δεν περνάει απαρατήρητο το γεγονός ότι διαθέτει στοιχεία που δεν αποσκοπούν στην επίτευξη υπερβολικής απάθειας, όπως συνέβαινε σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Γενικά στην Ελλάδα συναντάται ως μια ισορρόπηση ανάμεσα στον ξεφρενο συναισθηματισμό της προηγούμενης περιόδου του ρομαντισμού, και τις επιρροές της απόλυτης απάθειας που πρέσβευε το κίνημα αυτό στη Γαλλία.

Ο Αισθητισμός

Καλλιτεχνικό ρεύμα που εμφανίστηκε στα μέσα του 19ου αιώνα, με επίκεντρο την Αγγλία. Η λέξη αισθητισμός που εμφανίστηκε για πρώτη φορά κατά τον 19ο αιώνα, σήμαινε την αποκλειστική αφοσίωση στην ομορφιά και μάλιστα όπως αυτή βρίσκεται στην τέχνη και σε οτιδήποτε άλλο ελκυστικό στον κόσμο γύρο μας. Η αφοσίωση αυτή συνοδευόταν από την ισχυρή πεποίθηση για τη σπουδαιότητα της ομορφιάς σε σχέση και σε αντίθεση προς τις άλλες αξίες.
Πρώτη σημαντική εκδήλωση του ρεύματος αυτού ήταν η προσπάθεια των Άγγλων ζωγράφων Μιλέ, Χάντ και Ροσέτι να επαναφέρουν τις καθαρές μορφές και τις πιστές απομιμήσεις της φύσης. Το νέο αυτό ρεύμα ακολούθησαν πολλοί ποιητές, κριτικοί και ζωγράφοι, όπως ο Σουίμπουρν, ο Πάτερ, ο Όσκαρ Γουάιλντ κ.α. Στα τέλη της δεκαετίας του 1900 αυτή η σχολή έχασε την ισχύ της.

Μοντερνισμός

Στα τέλη του 19ου αιώνα εμφανίζεται στην Ευρώπη ένα νέο πνευματικό κίνημα, ο Μοντερνισμός, το οποίο έχει ως στόχο την ανανέωση σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, όπως η λογοτεχνία, η τέχνη γενικότερα, οι επιστήμες, αλλά και ο τρόπος ζωής των ανθρώπων. Μοντέρνο γενικό είναι το σύγχρονο, το καινοφανές, ενώ μοντέρνο ποίημα θεωρείται εκείνο που έχει ελεύθερο στίχο, καθημερινό λεξιλόγιο και υπαινικτικό περιεχόμενο.
Ο Μοντερνισμός αμφισβήτησε τις καθιερωμένες λογοτεχνικές συμβάσεις και έδειξε διάθεση πειραματισμού για νέες μορφές. Στην ποίηση ο μοντερνισμός εκδηλώνεται με την άρνηση των παραδοσιακών κανόνων, ο στίχος απελευθερώνεται από μετρικές ή άλλες δεσμεύσεις, ακόμα και από την γραμματική, το συντακτικό και τα σημεία στίξης. Το περίτεχνο ύφος υποχωρεί και ο λόγος αποκτά απλότητα, πυκνότητα, ελλειπτικότητα και συντομία.
Ο Μοντερνισμός έστρεψε την προσοχή του στις ρίζες της παράδοσης και έδωσε έμφαση στη συμβολική έκφραση των προσωπικών συγκινήσεων, στην ανανέωση της μορφής και στη δυναμική των λέξεων.

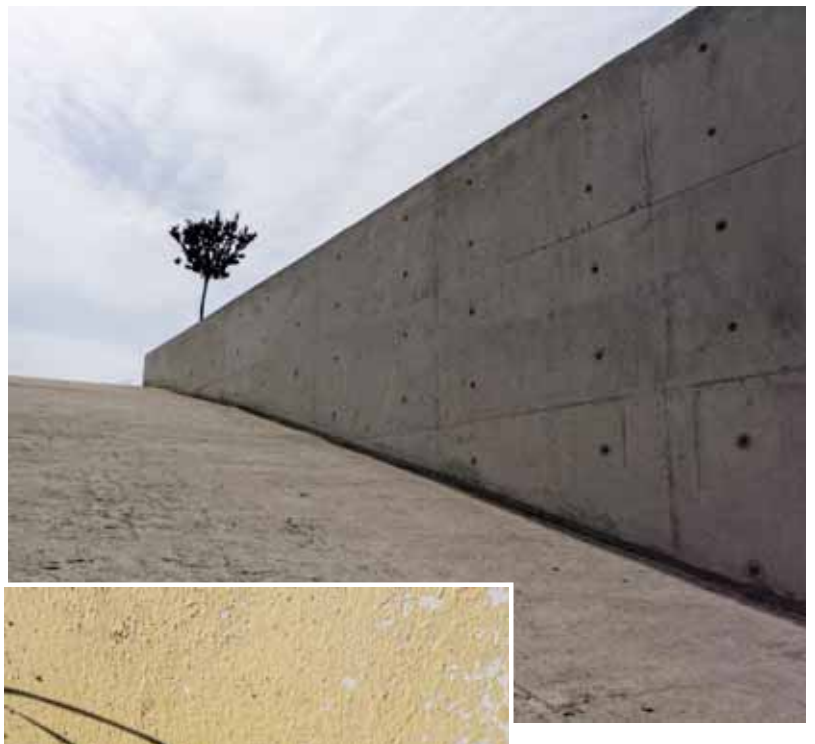
Σ' αυτό το τεύχος θα γνωρίσουμε δύο, ακόμα, μέλη του Ομίλου Οδοντιάτρων Λογοτεχνών Καλλιτεχνών, τον Γεράσιμο Τσέπα, που ασχολείται με τη φωτογραφία και την συνάδελφο Μαρία Αντωνιάδου, που ασχολείται με το κόσμημα.

Υπερρεαλισμός

Ο Υπερρεαλισμός υπήρξε φιλοσοφική, ποιητική και καλλιτεχνική κίνηση, που ως σκοπό είχε την υπέρβαση του πραγματικού κόσμου με την καταγραφή (στην ποίηση), ή την παράσταση (στην τέχνη) των υποσυνείδητων ενεργειών της ψυχής και των ονειρικών της εντυπώσεων, χωρίς την υπέρβαση της λογικής. Παράλληλα απέβλεπε και στην ανανέωση όλων των ηθικών αξιών, της φιλοσοφίας και της επιστήμης.
Ιδρυτής της κίνησης του υπερρεαλισμού υπήρξε ο Αντρέ Μπρετόν, γιατρός στο επάγγελμα, που ασχολήθηκε με την ψυχανάλυση. Το 1924 έδωσε στη δημοσιότητα την πρώτη διακήρυξη για τον υπερρεαλισμό, και αφού ρίζωσε στην Γαλλία, εξαπλώθηκε στη συνέχεια και στις άλλες χώρες. Η επίδρασή του ήταν κυρίως αισθητή στην ποίηση, τη ζωγραφική, τη γλυπτική, στη διακόσμηση, στη διαφήμιση και στον κινηματογράφο. Μόνο η μουσική και ο χορός δεν επηρεάστηκαν από τον υπερρεαλισμό. Σε αρκετές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, οι στόχοι του κινήματος αυτού, περιορίστηκαν μόνο στο χώρο της ποίησης και της τέχνης.
Όμως ο Μπρετόν, όπως και πολλοί άλλοι πρωτοπόροι των τεχνών και των γραμμάτων, επηρεάστηκαν από το Μαρξισμό και διεύρυναν τους στόχους του υπερρεαλισμού. Συνοψίζοντας τις αρχές και των δύο παραπάνω τάσεων, μπορούμε να πούμε ότι ο υπερρεαλισμός α) διακήρυξε την παντοδυναμία του ονείρου, του ενστίκτου και της επανάστασης, και β) στράφηκε ενάντια σε κάθε μορφή λογικής, ηθικής ή κοινωνικής τάξης.
Γενικά, ο υπερρεαλισμός υπήρξε το πιο σημαντικό καλλιτεχνικό κίνημα του μεσοπολέμου, που επηρέασε πολύ την νεότερη ποίηση. Ας σημειωθεί όμως ότι η νεότερη ποίηση δεν επηρεάστηκε μόνο από τον υπερρεαλισμό, αλλά και από το συμβολισμό Από τη γενιά του 30, που ανανέωσε την ελληνική ποίηση, ακραιφνείς υπερρεαλιστές ήταν ο Ανδρέας Εμπειρίκος και ο Νίκος Εγγονόπουλος. Από τον υπερρεαλισμό επηρεάστηκε επίσης και ο Οδυσσέας Ελύτης, σε αντίθεση από την ποίηση του Γιώργου Σεφέρη και άλλων ποιητών του μεσοπολέμου που δέχθηκαν την επίδραση του συμβολισμού, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η ποίησή τους δεν έχει επηρεαστεί από τον υπερρεαλιστικό τρόπο γραφής.

Μάκης Τσέπας

Ο Γεράσιμος Τσέπας γεννήθηκε στην Αθήνα το 1964 όπου ζει και εργάζεται. Είναι Διευθυντής Ανάπτυξης Ανατολικής Μεσογείου της βιομηχανίας οδοντιατρικών Ivoclar Vivadent. Σπούδασε διοίκηση επιχειρήσεων, επιχειρησιακή έρευνα και επιχειρησιακό στρατηγικό σχεδιασμό στην Αθήνα. Παρακολούθησε μαθήματα και σεμινάρια φωτογραφίας του Πλάτωνα Ριβέλλη με έμφαση στην αισθητική, την ιστορία και την κριτική. Είναι μέλος του «Φωτογραφικού Κύκλου» από το 1999.
Η εσωτερική του περιέργεια και το ζωηρό ενδιαφέρον του για όλα τριγύρω τον κατευθύνουν στις αναζητήσεις του. Με την φωτογραφία προσπαθεί να αποτυπώνει τα όνειρά του, τις μνήμες, τις αγωνίες του, τον κόσμο που τον περιβάλλει, όπως τον βλέπει και όπως τον παρατηρεί.
Φωτογραφίζει ανθρώπους και τοπία, πολλές φορές με χιούμορ. Προσπαθεί με αφετηρία την πραγματικότητα να κινείται από τον ρεαλισμό μέχρι το όνειρο με τρόπο αφηρημένο και υπαινικτικό. Προσπαθεί να μεταμορφώνει τον ορατό κόσμο σε φωτογραφική πραγματικότητα, αιχμαλωτίζοντας ένα κομμάτι του χρόνου με μια στιγμιαία περιγραφή.
Έχει παρουσιάσει τη δουλειά του στην Αθήνα σε ατομική έκθεση στον «Φωτοχώρο» (2001), στις εβδομαδιαίες παρουσιάσεις του Μουσείου Μπενάκη, και έχει συμμετάσχει σε ομαδικές εκθέσεις του «Φωτογραφικού Κύκλου» στην Ελλάδα (Αθήνα, Σύρο, Ζάκυνθο) και στην Ιταλία (Περούτζια).
Εδώ παρουσιάζονται 4 φώτο από την καλλιτεχνική του δραστηριότητα.



Μαρία Αντωνιάδου

Αποφοίτησε από την Οδοντιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ολοκλήρωσε το μεταπτυχιακό πρόγραμμα της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, στα «Οδοντιατρικά Βιοϋλικά» με παράλληλη εξειδίκευση στην Οδοντική Χειρουργική. Συνεργάστηκε με το Πανεπιστήμιο του Freiburg (Γερμανία), σε ερευνητικό και κλινικό επίπεδο στην κλινική του τομέα Περιοδοντολογίας/Προσθετικής. Αποτελεί μέλος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αθηνών και επιστημονικών εταιρειών του χώρου. Από το 2010 είναι Λέκτορας στο εργαστήριο της Οδοντικής Χειρουργικής της Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών. Αντικείμενο επιστημονικής έρευνας αποτελούν τα πολυμερή και λευκαντικά υλικά. Αντικείμενο καλλιτεχνικής έρευνας αποτελούν οι λίθοι, το κόσμημα και η μουσική. Έχει παρακολουθήσει σεμινάρια κατασκευής χειροποίητου κοσμήματος με έμφαση στη χρήση ανακυκλώσιμων υλικών και πολύτιμων λίθων. Έχει πάρει πτυχίο ακκορντεόν και παίζει ερασιτεχνικά σε μπάντες. Ενίοτε ζωγραφίζει ή παίρνει τα βουνά.

Εδώ παρουσιάζονται 8 φώτο από την καλλιτεχνική της δραστηριότητα.

CEM IMPLANT, BJM

Ειδική ρητινώδης κονία για την συγκόλληση προσθετικών εργασιών επί εμφυτευμάτων

Η CEM-IMPLANT είναι η μοναδική ρητινώδης κονία της οποίας η σύσταση εμπεριέχει ελαστικομερή στοιχεία, ώστε αφ' ενός να συγκολλά γερά τις προσθετικές εργασίες επί εμφυτευμάτων και αφ' ετέρου να δίνει την δυνατότητα της εύκολης απομάκρυνσής των.

Ένα από τα σημαντικά πλεονεκτήματα της είναι ότι χάρη στα ελαστικομερή στοιχεία που περιέχει απορροφά τις μασητικές πιέσεις προς στο εμφύτευμα.

Χαρακτηριστικά

– Εξαιρετική μακροχρόνια συγκόλληση
– Δυνατότητα απομάκρυνσης προσθετικής εργασίας εάν χρειαστεί
– Ακτινοσκιερή. Βελτιώνει την αφαίρεση περίσσειας

– Αυτοαναμιγνούμενη σύριγγα για ευκολία στον χειρισμό
– Άοσμη και χωρίς γεύση για μέγιστη ανεκτικότητα από τον ασθενή

Διατίθεται σε 2 συσκευασίες:

- Μια σύριγγα των 5ml με 10 ρύγχη μείξεως
- Δυο σύριγγες των 5ml με 20 ρύγχη μείξεως

Πληροφορίες:
ΝΕΓΡΙΝ ΙΝ ΝΤΕΝΤΑΛ - 210 7711605

Χειρουργικές φρέζες

Αμβλείς, ανοξείδωτες χειρουργικές φρέζες για περιοδοντική θεραπεία

Αυτές οι φρέζες απομακρύνουν τον κοκκιώδη ιστό αποτελεσματικά προσεγγίζοντας δυσπρόσιτες περιοχές, όπως περιοχές διχασμού των ριζών, ενδοοστικές αλλοιώσεις και περιοχές μεσοδοντίων. Επίσης απομακρύνουν σκληρές εναποθέσεις από τις ριζικές επιφάνειες χωρίς να είναι επιβλαβείς στο δόντι ή το οστό και γίνεται η απομάκρυνση του κοκκιώδους ιστού στο ακρορρίζιο κατά τη διάρκεια των ακρορριζεκτομών.

Πλεονεκτήματα

• Απομακρύνει ικανοποιητικά τον κοκκιώδη ιστό
• Απομακρύνει υπολείμματα από τις ριζικές επιφάνειες
• Απομακρύνει χρωστικές από τα δόντια
• Μειώνει σημαντικά το χρόνο εργασίας κατά τη συνεδρία.

Διατίθενται σε μήκη 010-014-018 και ως σετ.

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

CHOUKROUN PRF™ SYSTEM

Η ιδέα του CHOUKROUN PRF™ (ινώδους πλούσιου σε αιμοπετάλια) βασίζεται στη φυγοκέντρηση του ολικού αίματος απουσία αντιπηκτικών. Παράγει θρόμβο του ινώδους, ο οποίος περιέχει σε πλειοψηφία αιμοπετάλια και λευκά αιμοσφαίρια. Ο θρόμβος αυτός, που ονομάζεται Ινώδες Πλούσιο σε Αιμοπετάλια, απελευθερώνει αυξητικούς παράγοντες ή κυτοκίνες (VEGF, PDGF, TGF, Beta, θρομβοσπονδίνη) στο χειρουργικό πεδίο για να επιταχύνει την επούλωση των μαλακών ιστών και του οστού σε μεγάλο εύρος χειρουργικών εφαρμογών.

Ενδείξεις

• Χειρουργική στόματος
• Εμφυτευματολογία
• Οστικά μοσχεύματα
• Ανόρθωση ιγμορείου
• Χειρουργική μαλακών ιστών
• Αποκατάσταση φατνίου
• Ορθοπεδική
• Αναγεννητική ιατρική
• Δερματολογία
• Αισθητική

Ο ιατρός εύκολα και γρήγορα παράγει A-PRF™ ή i-PRF™ χωρίς την ανάγκη αντιπηκτικών. Οι in vivo κλινικές δοκιμές του A-PRF™ έδειξαν μια γρηγορότερη αγγείωση μετά από 2 εβδομάδες συγκριτικά με το κλασικό PRF™ (L-PRF™), ενώ τα κλινικά αποτελέσματα παρουσίασαν ικανοποιητικότερη επούλωση στους μαλακούς και στους σκληρούς ιστούς.

Το νέο πρωτόκολλο του i-PRF™. Αυτό το «SUPER PRF» μπορεί να εφαρμοστεί με δύο τρόπους:

• Να εγχυθεί στον ιστό, αυξάνοντας την αγγείωση και συμμετέχοντας στη δημιουργία νέου κολλαγόνου.
• Να εγχυθεί σε σωματίδια (βιοϋλικά): το οστικό μόσχευμα θα στερεοποιηθεί σε 1 λεπτό.

Τεκμηριωμένο κλινικά σύστημα από περισσότερες 300 επιστημονικές δημοσιεύσεις. Πληθώρα διαλέξεων, ομιλιών και πρακτικών μαθημάτων διεξάγονται σ' ολόκληρο τον κόσμο.

Διατίθεται το πλήρες σύστημα που περιλαμβάνει τη νέα συσκευή φυγοκέντρησης του αίματος, Μπολ, Μίνι δίσκος, Συλλέκτης αίματος, και εργαλεία όπως Ψαλίδι, Λαβίδα, Προστατευτικό εργαλείο, Συμπυκνωτήρας, Διπλό κοχλιάριο.

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

Tetric EvoCeram® Bulk Fill

Υψηλής απόδοσης σύνθετη ρητίνη οπισθίων

Η πιο αποδοτική σύνθετη ρητίνη οπισθίων

Τώρα και λεπτόρρευστη

Tetric EvoCeram® Bulk Fill
Διαμορφώσιμη

Tetric EvoFlow® Bulk Fill
Λεπτόρρευστη

Δείτε μόνοι σας:
www.ivoclarvivadent.com/bulkfill-en

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

Metrodent ΟΕ
• Πατησίων 21 / 104 32 Αθήνα / τηλ: 210 523 5981
www.metrodent.gr

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

sirona

MADE IN GERMANY

GLOBAL NUMBER 1

ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΕΡΧΕΤΑΙ Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΣΑΣ...
... ΚΑΙ Η ΚΡΙΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΙΑ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ ΣΑΣ!

Έφτασε το μηχάνημα που ξεπερνά κάθε προσδοκία!!

INTEGO

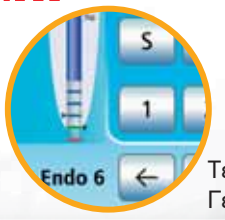
ΜΕ ΚΟΡΥΦΑΙΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ & ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

από €250 τον μήνα!

ΝΕΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

APOLLO DI

Η πιο ΣΥΓΧΡΟΝΗ προσέγγιση στην τεχνολογία CAD-CAM



Τεχνολογία + Γερμανική Ποιότητα

Έμφαση στην υγιεινή

ΡΩΤΗΣΤΕ ΜΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΣΠΑ

Δικό σας με €18.700!

Ένα ΒΗΜΑ στην ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

- Μικρή και ελαφριά κάμερα
- Οθόνη αφής υψηλής ανάλυσης
- Συνεργασία με όλα τα κοπτικά
- ΧΩΡΙΣ κόστος αναβαθμίσεων

Δείτε το ζωντανά σε ιατρείο!!

sirona INTEGO
Η δύναμη της ανανέωσης

Επισκευθείτε μας στην **Dental 2016**
8-10 ΑΠΡΙΛΙΟΥ | HELEXPO | MAROUSSI

DENTICA ΑΕ
ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΕΙΑ

www.dentica.gr

Αθήνα: Φειδιππίδου 32 & Τετραπόλεως, τηλ.: **210 7488 333**
Θεσσαλονίκη: Τέλογλου 7, τηλ.: **231096 0441** • Χανιά: Ακρωτηρίου 70, τηλ.: **28210 94637**

Service stations σε όλη την Ελλάδα

εγγύηση επιτυχίας!

The Dental Company

sirona