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 | ΜΑΡΤΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2016 | ΤΕΥΧΟΣ 109

16ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο 24-26 Ιουνίου 2016 στην Πάτρα

Το 16ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί από τις 24 έως και τις 26 Ιουνίου 2016 στο Συνεδριακό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πατρών, φιλοδοξώντας να αποτελέσει για μια ακόμη χρονιά σημείο αναφοράς στα περιφερειακά συνέδρια. Το «ΟΒ» έχει την τιμή και την χαρά να φιλοξενεί τον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής και Πρόεδρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αχαΐας, κ. **Γιώργο Μουτούση**, ο οποίος μοιράζεται μαζί μας τους στόχους της φετινής διοργάνωσης και τον Συντονιστή της Επιστημονικής Επιτροπής, κ. **Κωνσταντίνο Λιανό**, ο οποίος μας μιλά για τη θεματολογία και τη δομή του φετινού συνεδρίου.

Σελ. 28-29

Η ΕΟΕ γιορτάζει τα 70 χρόνια από την ίδρυσή της

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης συμπληρώνει φέτος 70 χρόνια λειτουργίας και προσφοράς στην Οδοντιατρική Επιστήμη. Το «ΟΒ» συνάντησε τον Πρόεδρο της ΕΟΕ, Καθηγητή **Κώστα Τσιχλάκη**, ο οποίος μας μίλησε για το επετειακό συνέδριο της ΕΟΕ με τίτλο «Η Πρόοδος στην Κλινική Οδοντιατρική», το οποίο θα πραγματοποιηθεί στις 14-15 Οκτωβρίου 2016 στην Αίγλη Ζαππείου, αλλά και για το πώς βλέπει τον ρόλο της ΕΟΕ στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οδοντιάτρων.

Σελ. 30

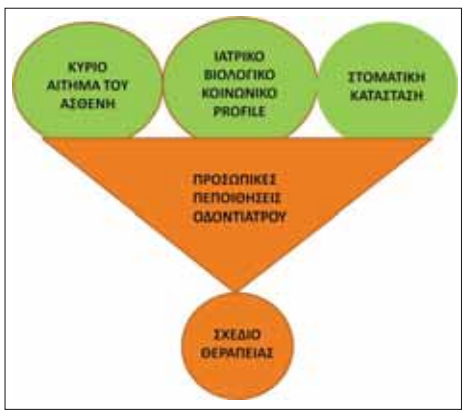
Η αιτιοπαθογενετική πολυμορφία του Στοματοπροσωπικού Πόνου και η σχέση του με τα κρανιοπροσωπικά άλγη και σύνδρομα

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Η πληθώρα της πληροφόρησης και της επιστημονικής τεκμηρίωσης στο αντικείμενο του πόνου και ειδικότερα του Στοματοπροσωπικού Πόνου, καθιστά πλέον επίπονη την προσπάθεια του κλινικού, η οποία αποβλέπει στην σωστή και έγκαιρη διάγνωση που θα οδηγήσει στην αιτιολογική θεραπεία του ασθενούς κατά περίπτωση. Στο σημερινό φύλλο, ο Καθηγητής Οδοντιατρικής, κ. **Βύρων Δρούκας** με τη συμβολή της κ. **Αικ. Λιναρδάκου** παρουσιάζει μια ενδιαφέρουσα ανασκόπηση πάνω στο ζήτημα του Στοματοπροσωπικού Πόνου. Το γενικό μέρος της ανασκόπησης αναφέρεται στον πόνο γενικά, στα είδη του πόνου στην αγωγή και στην παθοφυσιολογία του. Το ειδικό μέρος διαδράμει με συνοπτική τεκμηρίωση τις σημαντικότερες για το χώρο της φυσιολογίας και παθολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος παθήσεις και επώδυνες καταστάσεις τις οποίες πρέπει οπωσδήποτε ο κλινικός να έχει κατά νου.

Σελ. 4-8

Προσθετικές μεταμορφώσεις. Από την μερική στην επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία



Όχι σπάνια οι μερικές οδοντοστοιχίες έχουν χαρακτηρισθεί ως μεταβατικοί σταθμοί στην πορεία προς την ολική νωδότητα. Μια μεταβατικότητα βέβαια με κυμαινόμενη διάρκεια, δεδομένου ότι «επιβίωση» μιας τέτοιας κατασκευής εξαρτάται από ποικίλους και ενδεχομένως δυσδιάκριτους παράγοντες.

Στο σημερινό άρθρο, ο Αναπλ. Καθηγητής Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ, κ. **Ηρακλής Καρκαζής** παρουσιάζει ένα ακόμη περιστατικό μετάβασης από τη μερική στην επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία, με αφετηρία αυτή τη φορά μια οριακή νωδότητα με την παρουσία μόλις πέντε πρόσθιων και αμφιβόλου προγνώσεως δοντιών στην κάτω γνάθο.

Σελ. 9-10

«Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού»

Το «Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού» συμπληρώνει 15 χρόνια επιτυχημένης εφαρμογής, επεκτείνοντας τη δράση της αγωγής στοματικής υγείας με τη μέθοδο της βιωματικής μάθησης στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, 4-6 ετών. Στο σημερινό φύλλο έχουμε την τιμή και την χαρά να φιλοξενούμε τον Καθηγητή Παιδοδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, κ. **Κωνσταντίνο Ουλή** ο οποίος ως εμπνευστής και Επιστημονικός υπεύθυνος του Προγράμματος, μας εξηγεί την φιλοσοφία και τους πυλώνες πάνω στους οποίους έχει συγκροτηθεί το πρόγραμμα καθώς και τους στόχους που υπηρετεί, υπογραμμίζοντας παράλληλα τα τεράστια οφέλη από την εφαρμογή του για την Οδοντιατρική και το κοινό στο οποίο απευθύνεται.

Σελ. 18-19

Η στήλη της ΕΠΕ
Ευρωπαϊκή Ημέρα Περιοδοντολογίας
«Γερά Ούλα για Καλύτερη Ζωή»

Η Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία στην προσπάθειά της να ενισχύσει την επικοινωνία και την ενημέρωση του κλάδου για τα ζητήματα που απασχολούν την ειδικότητα, εγκαινιάζει μέσα από το παρόν φύλλο του «ΟΒ» την στήλη της ΕΠΕ. Το σημερινό πρώτο άρθρο της στήλης φέρει την υπογραφή του Προέδρου της ΕΠΕ, κ. **Πέτρου Δαμουλή** και είναι αφιερωμένο στην Ευρωπαϊκή Ημέρα Περιοδοντολογίας. Η ΕΠΕ θα συμμετάσχει δυναμικά στον εορτασμό της Ευρωπαϊκής Ημέρας Περιοδοντολογίας, η οποία έχει ως κεντρικό μήνυμα «Γερά Ούλα για Καλύτερη Ζωή», με δράσεις ενημέρωσης τόσο για το κοινό όσο και για την οδοντιατρική κοινότητα. Ιδιαίτερη ενημέρωση θα υπάρξει και στο **12ο Συμπόσιο Περιοδοντολογίας, την κορυφαία εκδήλωση της ΕΠΕ που θα λάβει χώρα στις 20-22 Μαΐου 2016 στη Αίγλη Ζαππείου** με ένα ιδιαίτερα πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα από διακεκριμένους ομιλητές.

Σελ.14-15

- **Επιλογή εμφυτευματικού στηρίγματος (abutment) για ακίνητη Αποκατάσταση**
  Των **Δημήτρη Ηλιόπουλου** Προσθετολόγου, **Μιχάλη Πάτρα** Προσθετολόγου ..... *Σελ. 12-13*
- **ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΣ: Προσβάλλει και το στόμα**
  Του **Γιώργου Λάσκαρη,** Αναπλ. Καθ. Στοματολογίας Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών ..... *Σελ. 20*
- **Ογκίδιο στα ούλα παιδιού**
  Της **Μαρίνας Αχτάρη** Οδοντιάτρου ..... *Σελ. 21*
- **BioRoot™ RCS, ένα νέο βιοϋλικό για τη μόνιμη έμφραξη των ριζικών σωλήνων**
  Των **Stephane Simon** DDS, MPhil, PhD, DSc, **Anne-Charlotte Flouriot** DDS ..... *Σελ. 16-17*
- **Τέλεια συνέργεια τεχνολογιών**
  Υλικά για την τεχνολογία CAD/CAM και μια νέα ρητινώδης κονία προσκόλλησης
  Των **Carlo Monaco**, DDS, MSc, PhD; **Καθηγητής Giovanni Zucchelli,** PhD, DDS **και Luigi De Stefano,** DT ..... *Σελ. 26-27*

Η εξέλιξη και η διασπορά του ανθρώπου μέσα από... τα δόντια του

Της **Ανθούλα Διαμάντη – Κηπιώτη**
Αναπλ. Καθηγήτριας Περιοδοντολογίας

Σελ. 22-25

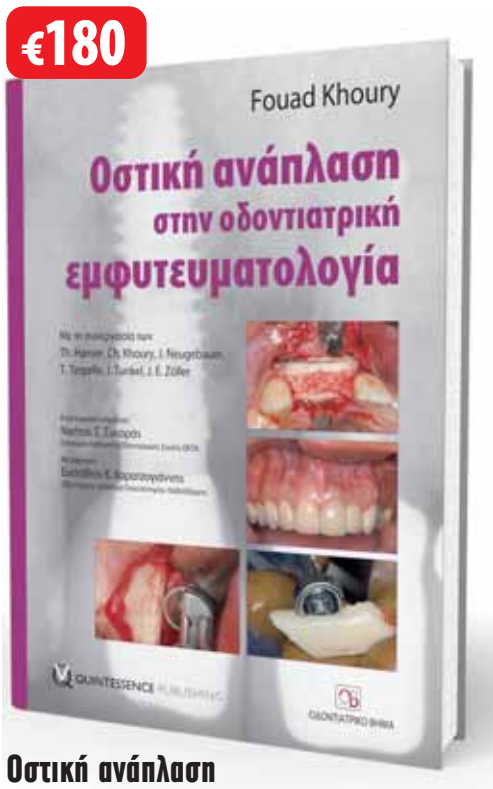
Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης

Τα ρεύματα στη Ζωγραφική

Του **Γεράσιμου Δουβίτσα**
Αναπλ. Καθηγητή ΕΚΠΑ

Σελ. 42-43

€180



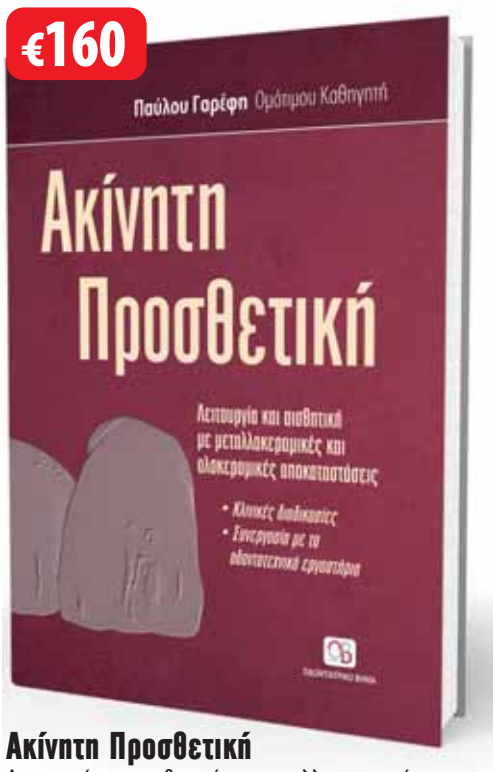
Οστική ανάπλαση στην οδοντιατρική εμφυτευματολογία

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

€160



Ακίνητη Προσθετική

Λειτουργία και αισθητική στις μεταλλοκεραμικές και ολοκεραμικές αποκαταστάσεις
• Κλινικές διαδικασίες
• Συνεργασία με το οδοντοτεχνικό εργαστήριο

Παύλος Γαρέφης
Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ

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

Επισκεφθείτε μας στο www.odvima.gr και γίνετε μέλη της μεγάλης διαδικτυακής κοινότητας του «Οδοντιατρικού Βήματος»!

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:
pressious arvanitidis A.E.B.E.
78ό χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών Λαμίας
Τηλ. 226 100 5100

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

Colgate®

COLGATE TOTAL®

ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ*
ΣΤΟ 100% ΤΩΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ
ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ[1]

- Οι απλές οδοντόκρεμες† προστατεύουν μόνο τους σκληρούς ιστούς, που αποτελούν το 20% του στόματος[2]
- Το υπόλοιπο 80% του στόματος περιλαμβάνει τη γλώσσα, τις παρειές και τα ούλα, που μπορεί να αποτελέσουν δεξαμενή βακτηρίων για τον επαναποικισμό της πλάκας.

ΓΙΑΤΙ ΝΑ ΣΥΜΒΙΒΑΣΤΕΙΤΕ ΜΕ ΤΟ 20%, ΟΤΑΝ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΕ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΑΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ 100% ΤΩΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ;

Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφθείτε την ιστοσελίδα *www.colgateprofessional.gr*

*Επιπρόσθετα της προστασίας από την τερηδόνα με το φθόριο, η Colgate Total® προσφέρει 12ωρη αντιβακτηριακή προστασία των δοντιών, της γλώσσας, των παρειών και των ούλων.
†Ορίζεται ως φθοριούχος οδοντόκρεμα χωρίς αντιβακτηριακό παράγοντα.

Βιβλιογραφία: 1. Fine DH, Sreenivasan PK, McKiernan M, et al. *J Clin Periodontol.* 2012;39:1056-1064.
2. Collins LMC, Dawes C. *J Dent Res.* 1987;66:1300-1302.

Η αιτιοπαθογενετική πολυμορφία του Στοματοπροσωπικού Πόνου και η σχέση του με τα κρανιοπροσωπικά άλγη και σύνδρομα

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Βύρων Δρούκας
Καθηγητής,
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Αικατερίνη Λιναρδάκου
Master Στοματοπροσωπικού Πόνου, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Β' Κύκλου Σπουδών

Η πληθώρα της πληροφόρησης και της επιστημονικής τεκμηρίωσης στο αντικείμενο του πόνου και ειδικότερα του Στοματοπροσωπικού Πόνου, καθιστά πλέον επίπονη την προσπάθεια του κλινικού η οποία αποβλέπει στην σωστή και έγκαιρη διάγνωση που θα οδηγήσει στην αιτιολογική θεραπεία του ασθενούς κατά περίπτωση.

Οι δυο τελευταίες ταξινομήσεις της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας (2004, 2013) προσέδωσαν μια ευρεία επέκταση και κατεύθυνση του Στοματοπροσωπικού Πόνου, προς μια ιδιαίτερα μεγάλη ομάδα ενδοκρανιακών και εξωκρανιακών βλαβών, παθήσεων, αλγών και συνδρόμων με τις οποίες εμπλέκεται, συνοδοιπορεί είτε αλληλοεπικαλύπτεται δημιουργώντας συχνά διαφοροδιαγνωστικά διλήμματα.

Το γενικό μέρος της ανασκόπησης αναφέρεται στον πόνο γενικά, στα είδη του πόνου στην αγωγή και στην παθοφυσιολογία του. Το ειδικό μέρος διαδράμει με συνοπτική τεκμηρίωση τις σημαντικότερες για το χώρο της φυσιολογίας και παθολογίας του Στοματογναθικού Συστήματος παθήσεις και επώδυνες καταστάσεις τις οποίες πρέπει οπωσδήποτε ο κλινικός να έχει κατά νου.

Έγινε επίσης προσπάθεια της κατά το δυνατόν ομαδοποίησης των παθήσεων για την καλύτερη χωροταξική γνωσιακή κατανόηση. Εξωκρανιακές και ενδοκρανιακές βλάβες και παθήσεις, μυϊκές διαταραχές, κρανιοπροσωπικά άλγη και σύνδρομα σχολιάζονται επί τη βάσει της τελευταίας ταξινόμησης της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας. Σημαντικότατο τμήμα της αποτελούν οι κεφαλαλγίες και ιδιαιτέρως η Κεφαλαλγία Τύπου Τάσεως σε ποσοστό άνω του 70%.

Αποτελώντας ήδη ένα ιδιαίτερα μεγάλο γνωσιακό κομμάτι εμπλεκόμενο με τις λειτουργικές διαταραχές του Στοματογναθικού Συστήματος δεν θα θιγεί στην παρούσα ανασκόπηση. Επίσης η σύνοψη των μυϊκών διαταραχών παραμένει ως έχει στα κλασικά συγγράμματα. Τέλος δεν ανασκοπούνται όλα τα αυτοάνοσα και φλεγμονώδη νοσήματα τα οποία πρωτογενώς ή δευτεροπαθώς εμπλέκονται με την Παθολογική Φυσιολογία του Στοματογναθικού Συστήματος.

Οι δυο αυτές εξαιρέσεις οφείλονται στον δεσμευτικό τίτλο της ανασκόπησης αναφερόμενο στην «αιτιοπαθογενετική πολυμορφία του Στοματοπροσωπικού Πόνου και της σχέσεως του με τα κρανιοπροσωπικά άλγη και σύνδρομα».

Και ασφαλώς κατά δεύτερο λόγο στην οικονομία του χώρου.

Γενικό Μέρος

Η λέξη πόνος προέρχεται από το αρχαίο ρήμα παινώ – παίνομαι που σημαίνει μοχθώ.

Ως ιατρικός όρος για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε από τον Ιπποκράτη, για την περιγραφή συμπτώματος νόσου.

Τον 4ο αιώνα π.χ. ο Επίκουρος έγραφε ότι: «όλα τα έμβια όντα από τη στιγμή της γεννήσεως τους απολαμβάνουν την ηδονή και αμύνονται στο πόνο από φυσικά αίτια».

Πάσχοντας ο ίδιος από επώδυνα νοσήματα του στομάχου και των νεφρών, είχε παρατηρήσει ότι η απουσία πόνου είναι η ουσία της ηδονής.

Έτερη πηγή αναφοράς του πόνου αποτελούν οι βραχογραφίες των σπηλαίων όπου απεικονίζονται καθημερινά φαινόμενα της ζωής, όπως ο τοκετός, ένας τραυματισμός ή ο θάνατος, να διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο[1].

«Παύροι εν πόνω πιστοί» αναφέρει ο Πίνδαρος (522-438 π.χ., αρχαίος λυρικός ποιητής), δηλαδή λίγοι μένουν πιστοί την ώρα του πόνου.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση Μελέτης του Πόνου (1986), ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης.

Ο πόνος είναι αίσθηση υποκειμενική και ως εκ τούτου μαθαίνει καθένας τη χρήση της λέξης σύμφωνα με τις δια βίου εμπειρίες του.

Η αξιολόγηση του πόνου δεν εξαρτάται μόνον από την διαγνωστική ικανότητα του ιατρού αλλά και από την περιγραφική σαφήνεια του ασθενούς. Οι τραυματισμοί της παιδικής ηλικίας είναι ίσως ο συνηθέστερος τρόπος εκμάθησης της αίσθησης του πόνου.

Το κάθε άτομο βιώνει και εκφράζει τον πόνο κατά διαφορετικό τρόπο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σήμερα ο πόνος χαρακτηρίζεται ως ίδια νόσος.

Οι χαρακτηρισμοί του πόνους ως:

Βύθιος, διαξιφιστικός, νύσσων, σφύζων, καυστικός κλπ είναι μερικοί για να διευκολύνεται η επικοινωνία και συνεννόηση μεταξύ ιατρού και ασθενούς[2,3].

Αναλόγως της διάρκειάς τους διακρίνεται σε οξύ και χρόνιο.

Η διάρκεια του πρώτου είναι περιορισμένη και υποχωρεί σε εύλογο χρονικό διάστημα που δεν ξεπερνά τους 3-6 μήνες. Η ένταση του είναι συνάρτηση της ιστικής βλάβης η οποία σταδιακά μειώνεται αιρομένων των αιτιών που την προκάλεσαν. Ο χρόνιος πόνος σχετίζεται με βραδέως εξελισσόμενες παθολογικές καταστάσεις. Χαρακτηριστικό του γνώρισμα είναι η μονιμότητα του προϊόντος του χρόνου.

Συνεπώς ο χρόνιος πόνος θεωρείται ασθένεια καλοήθης ή κακοήθης.

Η Ελληνική Εταιρεία πόνου[4] επί τη βάσει της παθοβιολογίας του διακρίνει τέσσερις κατηγορίες πόνου.

Α. Νευροπαθητικός
Β. Ψυχογενής
Γ. Αλγαισθητικός
Δ. Καρκινικός

Οι δυο τελευταίες κατηγορίες πόνου σχετίζονται με την ενεργοποίηση υποδοχέων που βρίσκονταν σε όλους τους ιστούς εκτός του ΚΝΣ και συνδέονται με περιφερική βλάβη των ιστών.

Νευροπαθητικός Πόνος

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain – I.A.S.P.), ως Νευροπαθητικός Πόνος, ορίζεται ο πόνος ο οποίος εκλύεται ή προκαλείται από πρωτοπαθή βλάβη ή δυσλειτουργία του ΚΝΣ ή του ΠΝΣ.

Ακολούθως εμπλέκονται και μετέχουν μη φυσιολογικοί μηχανισμοί της περιφέρειας και του κέντρου που μπορούν ή όχι να προκαλέσουν την έκλυση του πόνου.

Η πλούσια νεύρωση της στοματοπροσωπικής περιοχής από το τρίδυμο νεύρο, καθιστά δύσκολη έως επίπονη την προσπάθεια διακρίβωσης της προέλευσης του πόνου. Αν δηλαδή είναι κεντρική ή περιφερικής προέλευσης.

Ο Νευροπαθητικός Πόνος είναι συχνός σε ογκολογικούς ασθενείς εξ' αιτίας των άμεσων επιδράσεων του όγκου και της τοξικότητας των θεραπευτικών σχημάτων που εφαρμόζονται.

Αρκετές φορές συνυπάρχει με μια κακοήθη κατάσταση χωρίς να οφείλεται σε αυτήν. Ένα μικρό ποσοστό ογκολογικών ασθενών θα εμφανίσει Νευροπαθητικό πόνο.

Συνοδά κλινικά σημεία είναι το μούδιασμα και η παραισθησία[5]. Ο κεντρικός Νευροπαθητικός πόνος, δεν ανταποκρίνεται σε αποκλεισμό με τοπικά αναισθητικά. Άλλα στοιχεία που τον χαρακτηρίζουν είναι η Αλλοδυνία και η Υπεραλγησία.

Αλλοδυνία είναι η κατάσταση κατά την οποία ένα μη φυσιολογικά επώδυνο ερέθισμα προκαλεί επώδυνη αίσθηση, ενώ αντίθετα στην Υπεραλγησία ένα φυσιολογικά επώδυνο ερέθισμα προκαλεί εντονότερη επώδυνη αίσθηση[6].

Ο Αλγαισθητικός πόνος αποτελεί αναμενόμενη φυσιολογική απάντηση σε επώδυνο ερέθισμα οφειλόμενο σε βλάβη των περιφερειακών ιστών[7]. Διακρίνεται σε σωματικό και σπλαχνικό.

Ο σωματικός είναι το αποτέλεσμα επώδυνων και επιβλαβών ερεθισμάτων σε φυσιολογικές δομές και διακρίνεται σε επιφανειακό και σπλαχνικό. Ο επιφανειακός εμπλέκεται σε οξείες καταστάσεις. Είναι διαξιφιστικός και δεν παρουσιάζει διαγνωστικό πρόβλημα.

Ο σπλαχνικός προέρχεται από εν τω βάθει σωματικές δομές, ενώ ο χαρακτήρας του είναι βύθιος και πιεστικός. Συχνά είναι αντανακλαστικός και συνοδεύεται από αυτόνομα φαινόμενα π.χ. δάκρυα.

Η φυσιολογία της αλγαισθησίας συναποτελείται από μια πολύπλευρη αλληλεπίδραση των δομών του ΚΝΣ και του ΠΝΣ, η οποία εκτείνεται από το δέρμα, τα σπλάχνα και τους μυοσκελετικούς ιστούς, έως τον εγκεφαλικό φλοιό[8].

Αποτελείται από 4 στάδια.

1. Μετατροπή
2. Μεταβίβαση
3. Τροποποίηση
4. Αντίληψη

Μετατροπή καλείται η διαδικασία κατά την οποία τα επώδυνα ερεθίσματα μετατρέπονται σε ηλεκτρική δραστηριότητα στα άκρα των αισθητικών νευρώνων. Το αλγογόνο ερέθισμα μεταφέρεται μέσω κεντρομόλων ινών Αδ και C.

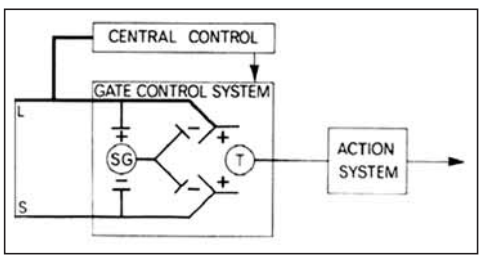
Οι Αδ είναι ταχείας αγωγιμότητος εμύελες ίνες διαμέτρου 1,05-5,0 μm. Μεταβιβάζουν την πληροφορία εντός 0,1 sec (οξύς πόνος).

Οι ίνες C βραδείας αγωγιμότητος αμύελες και πολύ λεπτές διαμέτρου 0,4 - 11 μm. Ο πόνος γίνεται αντιληπτός 1sec μετά το ερέθισμα (χρόνιος και αμβλύς πόνος).[9,10]

Μεταβίβαση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας οι ώσεις μεταφέρονται διαμέσου του αισθητικού νευρικού συστήματος. Η λειτουργία τους διεκπεραιώνεται με τη βοήθεια χημικών διαβιβαστών όπως η ουσία P και το γλουταμινικό οξύ.

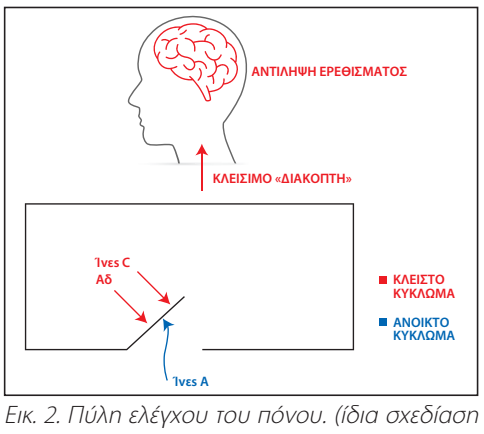
Τροποποίηση. Βασίζεται στη θεωρία της πύλης ελέγχου των Meltzack και Wall.

Σύμφωνα με αυτήν, το επώδυνο ερέθισμα για να φτάσει στον εγκέφαλο πρέπει να περάσει από μια «πύλη» η οποία βρίσκεται στην πηκτοματώδη ουσία του οπίσθιου κέρατος του νωτιαίου μυελού ***(Εικ. 1).***



Εικ. 1 . Πύλη ελέγχου του πόνου (από Meltzak R. And Wall P.D. Pain mechanism a new theory).

Ερέθισμα χαμηλής εντάσεως προκαλεί διέγερση των Αβ ινών και κλείσιμο της πύλης εισόδου. Αντιθέτως και εφ' όσον το ερέθισμα συνεχίζεται, έχουμε διέγερση των Αδ και C ινών, οπότε η πύλη ανοίγει και το επώδυνο ερέθισμα γίνεται αντιληπτό. Η πρακτική εφαρμογή της θεωρίας της πύλης εισόδου είναι ο βελονισμός και οι Διαδερματικές Ηλεκτρικές Νευρικές Διεγέρσεις (Transcultaneous Electrical Nerve Stimulation – T.E.N.S). Στόχος των παραπάνω διαδικασιών είναι η ενεργοποίηση των Αβ ινών ώστε να επιτευχθεί το κλείσιμο της πύλης εισόδου ***(Εικ. 2)***.



Εικ. 2. Πύλη ελέγχου του πόνου. (ίδια σχεδίαση Βουρλή Α., Χατζηχαλεπλή Χ., Δρούκας Β. Η ποικιλομορφία του στοματογναθικού πόνου σε ασθενείς με νεοπλασία.)

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:

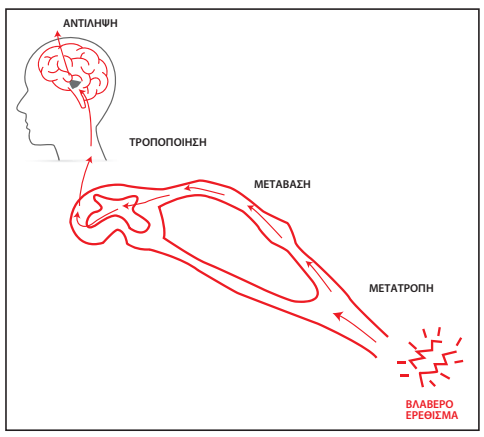
Dental Vision ΕΠΕ
- Μιχαλακοπούλου 125 / 115 27 Αθήνα / τηλ: 210 77 55 900 /
- Τσιμισκή 34 / 546 23 Θεσσαλονίκη / τηλ: 2310 253 800 / www.dentalvision.gr

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

Αντίληψη. Αποτελεί τελική διαδικασία ως αποτέλεσμα αλληλοεπίδρασης όλων των προηγούμενων με ψυχολογικούς παράγοντες αλλά και με τη μνήμη και τη συναισθηματική κατάσταση ***(Εικ. 3)***.



Εικ. 3. Η οδός μεταβίβασης του ερεθίσματος στον εγκέφαλο. (ίδια σχεδίαση Βουρλή Α., Χατζηχαλεπλή Χ., Δρούκας Β. Η ποικιλομορφία του στοματογναθικού πόνου σε ασθενείς με νεοπλασία.)

Περιφερικός Νευροπαθητικός Πόνος

Ο περιφερικός νευροπαθητικός στοματοπροσωπικός πόνος, χαρακτηρίζεται από πόνο μετρίας εντάσεως ή αίσθημα καύσου στην περιοχή προηγηθέντος τραυματισμού του νεύρου είτε ενδοστοματικά, είτε εξωστοματικά.

Η χρόνια μορφή του μπορεί να αναδειχθεί από ασήμαντο τραυματισμό. Σε στοματικό περιβάλλον είναι δύσκολο να συσχετισθεί ένα τυχαίο συμβάν με τον πόνο που ακολουθεί.

Αποτελεί πρόκληση για τον κλινικό η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του πόνου αυτής της μορφής. Μέσα από ένα προσεκτικά παρμένο ιστορικό διακριβώνεται η εξελικτική πορεία του πόνου.

Επιπροσθέτως ζητείται από τον ασθενή η κατά το δυνατόν ακριβέστερη περιγραφή του πόνου. Ο χαρακτήρας, η επέλευση, η διάρκεια, τα εκλυτικά αίτια και τα συνοδά συμπτώματα.

Ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Νευροπαθητικού πόνου είναι ο αποκλεισμός μετά από τοπική αναισθησία.

Σε αντίθεση ο κεντρικός Νευροπαθητικός πόνος δεν ανταποκρίνεται σε παρόμοια παρέμβαση, επειδή ο μηχανισμός γένεσης του πόνου τοποθετείται στο ΚΝΣ και δεν είναι αποτέλεσμα περιφερικής νευρικής δραστηριότητας.

Το 1988 ο Cline και συν.[12] αξιολογώντας το χρόνιο νευροπαθητικό πόνο ανταποκρινόμενο σε τοπικό αποκλεισμό, πρότειναν ότι οι νευρικές ίνες C παρέμειναν ευαισθητοποιημένες συνεχίζοντας να παράγουν αλγογόνες ουσίες αν και η τραυματική βλάβη είχε ήδη αποκατασταθεί.

Ο Field και συν.[13] στηριζόμενοι στην άποψη του Cline πρότειναν ένα παρόμοιο μηχανισμό για τον συνεχιζόμενο πόνο, σχετιζόμενο με μεθερπητική νευραλγία ενοχοποιώντας ερεθισμό των αλγοϋποδοχέων.

Χρόνιος Νευροπαθητικός Πόνος

Χαρακτηριστικό του γνώρισμα είναι η μη ανταπόκριση του σε αποκλεισμό με τοπικά αναισθητικά. Επιπροσθέτως συνυπάρχει αλλοδυνία ή πόνος όταν ένα μη αλγογόνο ερέθισμα όπως το πέρασμα με βαμβάκι κατά μήκος της επώδυνης περιοχής. Η αντίδραση αυτή οφείλεται στη μεσολάβηση κεντρικών αλλαγών οι οποίες προκαλούν ενεργοποίηση των υποδοχέων της N – μεθυλο – D – ασπαρτάμης, καθώς και νευροφυσιολογικών αλλαγών στις Α- βήτα νευρικές ίνες.

Υφίσταται επίσης εξεσημασμένη αντίδραση προσομοιάζουσα με τσίμπημα καρφίτσας, υποβοηθούμενη από τους βεβλαμένους αλγοϋποδοχείς. Η αντίδραση αυτή ονομάζεται υπεραλγησία.

Ψυχογενής Πόνος

Η διάγνωση του τίθεται εφ' όσον η κλινική εξέταση και οι παρακλινικές εξετάσεις αποκλείουν γενικότερες παθολογικές καταστάσεις.

Καρκινικός Πόνος

Είναι σύνθετος πόνος και περιλαμβάνει όλες τις προηγούμενες μορφές πόνου.

Προέρχεται είτε από το ίδιο νεόπλασμα (χημική φλεγμονή, πίεση νεύρου), είτε μπορεί να προέρχεται από απομακρυσμένες επιδράσεις του όγκου (νευροπάθεια), είτε ως θεραπευτικό αποτέλεσμα ακτινοβολίας ή χημειοθεραπείας.

Παθοφυσιολογία του Πόνου

Ο μηχανισμός γένεσης του πόνου σε γενικές γραμμές οφείλεται στον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων στο δέρμα και σε εσωτερικούς ιστούς όπως αρθρικές επιφάνειες, περιόστεο, περιτόναιο, υπεζωκότας, κάψα σπλάχνων, μήνιγγες και αγγεία.

Το αποτέλεσμα είναι η διέγερση των αισθητικών ινών του άλγους και η ενεργοποίηση μέσω συνάψεων των αισθητικών νευρώνων που μεταφέρουν με νευρικές ώσεις τις αλγεινές πληροφορίες στον εγκέφαλο ή στο νωτιαίο μυελό.

Οι αισθητικοί πυρήνες των εγκεφαλικών συζυγιών δέχονται πληροφορίες προερχόμενες από την κεφαλή, ενώ οι οπίσθιες και εν μέρει οι πρόσθιες ρίζες του νωτιαίου μυελού από το υπόλοιπο σώμα.

Η αίσθηση του άλγους μεταφέρεται από εξειδικευμένους χημιοϋποδοχείς οι οποίοι είναι ευαισθητοποιημένοι σε χημικές ουσίες οι οποίες εκκρίνονται μετά από βλάβη των ιστών (ισταμίνη, προσταγλαδίνες, πρωτεολυτικά, ένζυμα, ακετυλοχολίνη, βραδυκινίνη κλπ).[11]

Η μεταφορά του αλγογόνου ερεθίσματος επιτυγχάνεται μέσω κεντρομόλων ινών C και Αδ.

Οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις των δύο ειδών ινών εμφανίζουν διαφορετική κατανομή στα διάφορα όργανα. Τα σπλάχνα π.χ. διαθέτουν υποδοχείς μόνον για τις ίνες C, ενώ στο δέρμα υπάρχουν υποδοχείς και για τα δυο είδη ινών. Επίσης οι αισθητικές ίνες από τα διάφορα δερμοτόμια του σώματος καταλήγουν στο αντίστοιχο δερμοτόμιο. Η τοπογραφική κατανομή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τον εντοπισμό πιθανής νευρικής βλάβης.

Σημαντικό ρόλο στη μεταβίβαση και τροποποίηση των αλγεινών ερεθισμάτων στα οπίσθια κέρατα των νωτιαίου μυελού, διαδραματίζουν οι διάφορες νευροτροποποιητικές όπως η ουσία Ρ. Είναι ένα πολυπεπτίδιο το οποίο ερεθίζει τους νωτιαίους νευρώνες που είναι υπεύθυνοι για την μεταφορά του πόνου.

Η εξουδετέρωσή του προκαλεί αναλγησία. Υπάρχει επίσης ένα ενδογενές σύστημα αναλγησίας αποτελούμενο από ενδογενή οπιούχα τις ενδορφίνες όπως η β- ενδορφίνη και η εγκεφαλίνη.

Τα πεπτίδια αυτά συνδέονται με ειδικούς υποδοχείς που εδράζονται στο μεσεγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό, αναστέλλοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την μεταφορά του πόνου.[14]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στοματοπροσωπικός Πόνος

Μεταξύ των διαφόρων μορφών του πόνου που ανασκοπήθηκαν, εξέχουσα θέση κατέχει ο Στοματοπροσωπικός Πόνος (ΣΠ) τόσον από πλευράς συχνότητας, όσον και από πλευράς διαφορικής διάγνωσης.

Ο ΣΠ συχνότατα συνοδοιπορεί, εμπλέκεται, επικαλύπτει ή επικαλύπτεται από μια ευρεία ποικιλομορφία κρανιοπροσωπικών αλγών και συνδρόμων, αλλά και από ένα σημαντικό αριθμό γενικότερων παθολογικών καταστάσεων οι οποίες είτε πρωτογενώς, είτε δευτεροπαθώς εμπλέκονται στο Στοματογναθικό Σύστημα (ΣΣ) και την ευρύτερη περιοχή του.

Ο ΣΠ περιγράφεται ως εκπορευόμενος, είτε εντοπιζόμενος στην περιοχή του προσώπου.

Η αιτιολογία του είναι πολυποίκιλη. Μπορεί να είναι κεντρικός ή περιφερικός νευριτικός πόνος (ως νευριτικός, χαρακτηρίζεται ο πόνος που οφείλεται σε ερεθισμό των αισθητικών ινών ενός νεύρου κατά τη διαδρομή του πριν τον αισθητικό νευρώνα).[15] Μπορεί όμως να είναι ψυχογενής ή ιδιοπαθής. Μπορεί όμως και να προέρχεται από διάφορες ανατομικές περιοχές του εγκεφάλου. Συνηθέστερες αιτίες είναι τα δόντια, οι κροταφογναθικές διαρθρώσεις (ΚΓΔ), οι μασητήριοι μυς, η γλώσσα, οι σιελογόνοι αδένες και άλλα ανατομικά στοιχεία της ευρύτερης περιοχής.[16] Μέσα από ένα εμπειρικό κυρίως υπόβαθρο εδραιώθηκε η άποψη ότι η δυσλειτουργία των ΚΓΔ μπορεί να αποτελεί την άμεση αιτία του ΣΠ.

Η ενδελεχής αξιολόγηση των επιδημιολογικών ερευνών, διαπιστώνει σημαντικές δυσκολίες στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η δυσκολότερη από αυτές εντοπίζεται στην έλλειψη ξεκάθαρων κριτηρίων ως προς τους χρησιμοποιούμενους όρους.

Ορισμένοι συγγραφείς χρησιμοποιούν γενικόλογους όρους, ενώ άλλοι περισσότερο περιεκτικούς. Σε πολλές έρευνες οι συγγραφείς συγκεντρώνουν διαφορετικά συμπτώματα καθιστώντας αδύνατη την εμπεριστατωμένη ανάλυση των επιμέρους συμπτωμάτων.

Όταν το 1974 ο Helkimo[17] παρουσίασε τους δείκτες δυσλειτουργίας, ο πόνος στην περιοχή των ΚΓΔ ή στους μασητήριους μυς, ήταν μια από τις έξι μεταβλητές που συμπεριέλαβε στο δείκτη των υποκειμενικών συμπτωμάτων.

Άλλοι συγγραφείς ενώ χρησιμοποίησαν τον ίδιο δείκτη δυσλειτουργίας, συχνά χρησιμοποιούν τον όρο πόνος στο πρόσωπο και στη γνάθο ως μια παρόμοια μεταβλητή, σε πείσμα της διαπίστωσης ότι ο πόνος στο πρόσωπο και στη γνάθο είναι ένας πολύ ευρύτερος όρος από ότι ο πόνος στην ΚΓΔ ή των μασητήριων μυών.

Άλλη επίσης εμπλοκή που προέκυψε από την ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας είναι η σπανιότητα των πληροφοριών για το κατά πόσον η συχνότητα και η ένταση ενός συμπτώματος κρίνεται ως θετικό εύρημα.

Επίσης διάφοροι συγγραφείς αναφέρουν πόνο σε διαφορετικές επικαλυπτόμενες περιοχές.

Σε περισσότερες από 30 επιδημιολογικές έρευνες αφορώσες τη δυσλειτουργία των ΚΓΔ, μείον έναν μικρό αριθμό ερευνητών χρησιμοποιείται ο όρος ΣΠ καθιστώντας δυνατές τις συγκρίσεις. Όπως βλέπουμε στον πίνακα ***(Πίνακας 1)*** οι επικρατούσες τιμές του ΣΠ είναι με λίγες εξαιρέσεις χαμηλές στους διερευνηθέντες πληθυσμούς. Σε κλινικές έρευνες σε ασθενείς με δυσλειτουργία του ΣΣ, χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικοί όροι ή παρουσιάστηκαν ως δείκτες τα υποκειμενικά συμπτώματα.

Από αυτές τις έρευνες οι τιμές του ΣΠ που προέκυψαν χωρίς καμία εξαίρεση δείχνουν ότι το σύμπτωμα αυτό είναι πολύ πιο σύνηθες σε ασθενείς με δυσλειτουργία των ΚΓΔ σε σύγκριση με τα επιδημιολογικά δείγματα. ***(Πίνακας 2)***

Στην Οδοντιατρική βιβλιογραφία, αριθμός ερευνών απέδειξε ότι η θεραπεία του ΣΣ έχει θετική επίδραση στα δυσλειτουργικά συμπτώματα. Εν τούτοις οι ίδιες έρευνες παρουσιάζουν τα ίδια μειονεκτήματα αναφορικά με τους όρους και τα κριτήρια. Σε λίγες μακροχρόνιες εξετάσεις, διαπιστώθηκε ότι η εφαρμοσθείσα θεραπεία του ΣΣ ελάττωσε τον ΣΠ σημαντικά. ***(Πίνακας 3)***

Συμπερασματικά ο ΣΠ μπορεί να οφείλεται σε πολλές και διαφορετικές αιτίες.

Μια από αυτές είναι η δυσλειτουργία των ΚΓΔ. Η γνώση που διαθέτουμε σήμερα εν μέρει επιστημονική και εν μέρει εμπειρική, είναι ότι ο ΣΠ αποτελεί σύνηθες υποκειμενικό σύμπτωμα και ότι η θεραπεία του είναι αποτελεσματική σε πλείονες περιπτώσεις.

Είναι εν τούτοις σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι χρειαζόμαστε περισσότερη γνώση σχετικά με το είδος των πόνων αυτών που μπορούν να προέρχονται και από λειτουργικές διαταραχές του ΣΣ.

Στα κλασικά συγγράμματα των λειτουργικών διαταραχών των ΚΓΔ, γίνονται εκτενείς συζητήσεις για το κατά πόσον ο ΣΠ θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στον ευρύτερο χώρο των επώδυνων συνδρόμων που εστιάζονται στο κεφάλι, στο πρόσωπο και στην ευρύτερη περιοχή τους. Είναι επίσης τεκμηριωμένο ότι στην πλειονότητα τους όλα τα επώδυνα σύνδρομα εμπλέκονται με τις λειτουργικές διαταραχές των ΚΓΔ προκαλώντας διαφοροδιαγνωστικό κομφούζιο σε γιατρούς και οδοντιάτρους.

Συγγραφείς	Έτος	Αριθμός ατόμων	Ηλικία	Πόνος εντοπιζόμενος στο πρόσωπο ή και στη γνάθο
Helkimo	1974	321	15-65	12,8%
Solberg et al	1979	739	19-25	8,8%
Ingervall et al	1980	389	21-54	3,4%
Nilner& Lassing	1981	440	7-14	3,0%
Nilner	1981	309	15-18	4,0%
Szentpétery	1986	600	12-85	5,8%
Wänman & Agerberg	1986	285	17	2,5%
Agerberg & Bergenholtz	1989	1992	25	3,0%
			35	
			50	
			65	
Agerberg &Inkapööl	1990	637	18-65	20,6%
Schiffman et al	1990	269	22-25	5,0%
Könönen & Nyström	1993	131	14	1-6%
			35	
			50	
			65	

Πίνακας 1. Συχνότητα του Στοματοπροσωπικού Πόνου σε επιδημιολογικές μελέτες (Δρούκας Β. Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος, Επ. Εκδ. Γ. Παρισιάνου Αθήνα 2008)

Συγγραφείς	Έτος	Αριθμός ασθενών	Ηλικία	Πόνος εντοπιζόμενος στο πρόσωπο ή και στη γνάθο
Carlsson et al	1982	350	12-80	38%
Gelb & Bernstein	1983	200	10-80	32%
Cooper et al	1986	837	7-76	40%
Skeppar & Nilner	1993	99	4-19	40%

Πίνακας 2. Συχνότητα του Στοματοπροσωπικού Πόνου σε επιδημιολογικές μελέτες (Δρούκας Β. Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος, Επ. Εκδ. Γ. Παρισιάνου Αθήνα 2008)

Συγγραφείς	Έτος	Αριθμός ασθενών	Περίοδος παρακολούθησης	Πόνος εντοπιζόμενος στο πρόσωπο ή και στη γνάθο: Πριν τη θεραπεία	Πόνος εντοπιζόμενος στο πρόσωπο ή και στη γνάθο: Μετά τη θεραπεία
Agerberg & Carlsson	1974	104	3-5 χρόνια	63%	18%
Mejersjö & Carlsson	1983	208	7 χρόνια	69%	22%
Wedel & Carlsson	1986	148	4 χρόνια	32%	13%

Πίνακας 3. Μεταβολή του Στοματοπροσωπικού Πόνου μετά τη θεραπεία δυσλειτουργίας του Στοματογναθικού Συστήματος (Δρούκας Β. Λειτουργία και Δυσλειτουργία του Στοματογναθικού Συστήματος, Επ. Εκδ. Γ. Παρισιάνου Αθήνα 2008)

Μεσοδόντιος καθαρισμός

Πολλές επιλογές, ένας στόχος.
Υγιή δόντια - ούλα.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Η εταιρία PLAC CONTROL διοργανώνει διαγωνισμό για τους καταναλωτές όπου προβλέπεται μεταξύ των βραβείων να δοθούν

100 ΔΩΡΕΑΝ καθαρισμοί των δοντιών.

Οι τυχεροί που θα κερδίσουν τον καθαρισμό, θα έχουν τη δυνατότητα να επισκεφθούν τον οδοντίατρο της επιλογής τους και επιδεικνύοντας σ'αυτόν **την ειδική βεβαίωση με τη σφραγίδα** της εταιρίας PLAC CONTROL, θα μπορούν να κάνουν τον καθαρισμό αξίας 50,00 €. Ο οδοντίατρος θα πληρωθεί το ποσό αυτό από την εταιρία.

Ο οδοντίατρος θα πρέπει να επισυνάψει τη βεβαίωση μαζί με την απόδειξη παροχής υπηρεσιών και να τα δώσει στην PLAC CONTROL για να εξοφληθεί.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Πληροφορίες για τον διαγωνισμό μπορείτε να βρείτε **στο site: www.placcontrol.gr**

PlacControl®
Προϊόντα Στοματικής Υγιεινής

www.placcontrol.gr
e-mail: info@placcontrol.gr
ΤΗΛ. **800 11 75222**
(ΧΩΡΙΣ ΧΡΕΩΣΗ ΑΠΟ ΣΤΑΘΕΡΟ)

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Σας καλούμε την Παρασκευή 20 Μαΐου 2016, στην Αίγλη Ζαππείου στην Αθήνα, στην ειδική εκδήλωση με θέμα:

ΜΕΣΟΔΟΝΤΙΟΣ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ

Το πρόγραμμα θα έχει ως εξής:

17.00 - 17.30 Κεντρική ομιλία:
Μεσοδόντιος καθαρισμός Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον
Ομιλητής **Σωτήριος Κάλφας**,
Καθηγητής Οδοντιατρικής Σχολής Α.Π.Θ
(Εργαστήριο Προληπτικής Οδοντιατρικής, Περιοδοντολογίας και Βιολογίας Εμφυτευμάτων)
Πρόεδρος της Εταιρίας Προληπτικής Οδοντιατρικής Ελλάδος ΕΠΟΕ

17.30 - 18.00 **Παρουσίαση του νέου προϊόντος μεσοδοντίου καθαρισμού *Easy Pick* της εταιρίας *TePe***
Anna Nilveus Olofsson
DDS, Odont. Lic.
Manager Odontology and Scientific Affairs of TePe

ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ

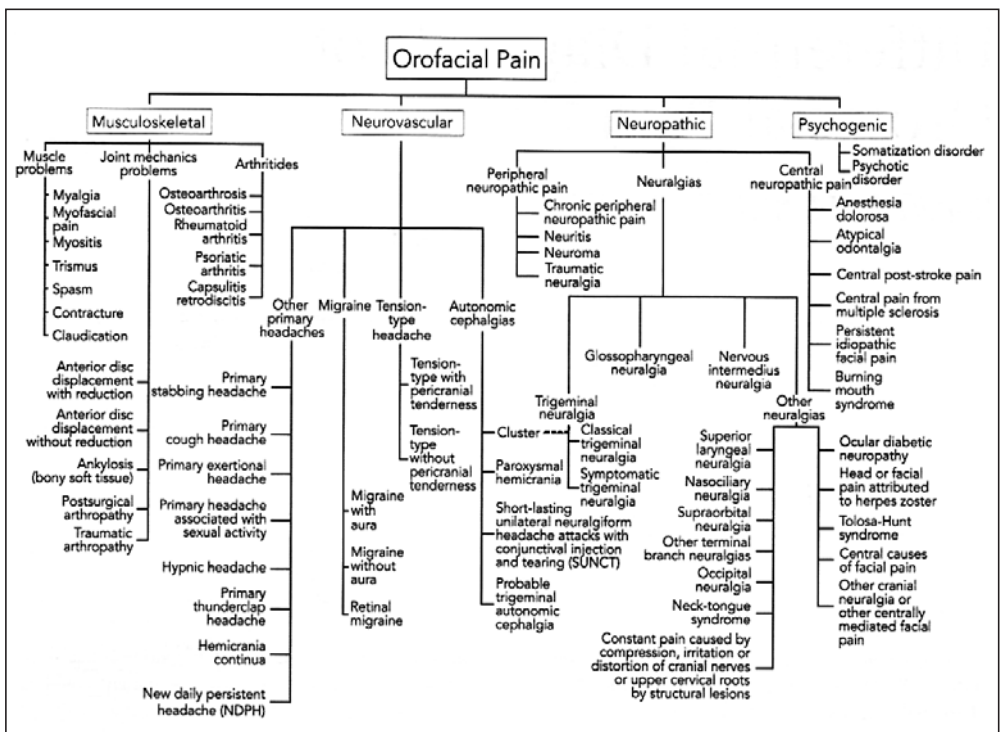
Από τις 18.00 - 19.30 θα ακολουθήσει δεξίωση

Οι παραπάνω ομιλίες είναι δορυφορικές εκδήλωσεις στα πλαίσια του 12ου Συμποσίου Περιοδοντολογίας της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρίας
www.periodontology.gr

Η εν λόγω διαπίστωση ενέτεινε την ανάγκη της επέκτασης των δυσλειτουργιών του ΣΣ και του ΣΠ ειδικότερα, σε χώρους οι οποίοι μέχρι πρότινος αποτελούσαν προνόμιο αποκλειστικής ενασχόλησης και νομής, του ιατρικού κόσμου.
Σχολιάσαμε ήδη ότι έως σήμερα δεν υφίσταται κοινώς αποδεκτή ταξινόμηση του ΣΠ, η οποία ως εκ τούτου καθιστά επίπονη της διαδικασία της διαφορικής διάγνωσης.
Το 1988 έγινε μια πρώτη προσπάθεια ταξινόμησης και κατηγοριοποίησης των κρανιοπροσωπικών αλγών και συνδρόμων. Ακολούθησαν άλλες δυο από τη Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας (HIS - International Headache Society), το 2004 και τέλος το 2013.
Σε γενικές γραμμές κωδικοποιούνται οι κεφαλαλγίες, ο νευροπαθητικός πόνος, οι νευραλγίες, οι κρανιογναθικές διαταραχές κλπ.
Η ταξινόμηση συνοδεύεται με τα διαγνωστικά κριτήρια της κάθε παθολογικής οντότητας ξεχωριστά, αποφεύγοντας τη χρήση περιγραφικών όρων όπως, συχνό, σύνηθες κλπ.
Μολονότι και οι τρεις ταξινομήσεις διακρίνονται για την υψηλής ποιότητας εξειδικευμένη περιγραφή των διαγνωστικών κριτηρίων, θα πρέπει να κατανοήσουμε ότι τα κριτήρια αποτελούν έναν κλινικό οδηγό και όχι μια αναφαίρετη πραγματικότητα.
Υπό αυτή την έννοια, ενυπάρχουν και άτυπες μορφές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η Κεφαλαλγία Τύπου Τάσεως και η ημικρανία, χωρίς η διαπίστωση αυτή να θέτει σε αμφισβήτηση την αξιοπιστία των κριτηρίων της HIS.[18]
Στον πίνακα που ακολουθεί ***(Πίνακας 4)***, παρατίθενται σχηματικά επώδυνες καταστάσεις οι οποίες εν δυνάμει εντοπίζονται ή αντανακλούν πόνο στην περιοχή του προσώπου, του κρανίου και του αυχένα και που επεκτείνονται πολύ μακρύτερα από τον πόνο που προέρχεται από τις ΚΓΔ ή τα δόντια.
Ο κλινικός πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει και να γνωρίζει τα χαρακτηριστικά κάθε πάθησης αποβλέποντας στη σωστή και έγκαιρη διαφορική διάγνωση.
Επίσης θα πρέπει να έχουμε κατά νου ότι ΣΠ παράγουν τόσον εξωκρανιακές όσον και ενδοκρανιακές φλεγμονές, ή εκφυλιστικές βλάβες οφειλόμενες σε αγγειακή συμπίεση αισθητικών νευρικών ινών.
Αυτές οι εν δυνάμει πηγές πόνου θα πρέπει να αποκλείονται ή όχι επί τη βάσει ενός προσεκτικά ληφθέντος ιστορικού επικεντρωμένου κυρίως στην μορφή και στα ποιοτικά χαρακτηριστικά του πόνου. Τις ενδεχόμενες προβολικές ζώνες, την έναρξη και τη διάρκεια του και όλους γενικά τους επιμέρους χαρακτήρες του.
Ομοίως απαιτείται ενδελεχής κλινική εξέταση και κατά περίπτωση διενέργεια των ενδεδειγμένων παρακλινικών εξετάσεων με τις σύγχρονες απεικονιστικές τεχνικές.
Ο πόνος που εκπορεύεται από βλάβες του ΚΝΣ χαρακτηρίζεται από αυξανόμενη ευαισθησία προϊόντος του χρόνου και συχνά οι ασθενείς τον περιγράφουν συνοδευόμενο από αίσθηση «μουδιάσματος» ή μυρμηκίασης ή αδυναμίας.
Αναφέρουμε στη συνέχεια μερικές χαρακτηριστικές περιπτώσεις πρόκλησης ΣΠ οφειλόμενες σε βλάβες του ΚΝΣ.

Ακουστικό Νευρίνωμα

Είναι ο πλέον συνήθης ενδοκρανιακός όγκος, κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα του οποίου είναι ο ΣΠ. Ο χαρακτήρας του προσομοιάζει με εκείνον της τριδυμικής νευραλγίας και συχνά ο ασθενής αναφέρει οδονταλγία της οποίας ο πόνος είναι οξύς, νύσσων ή σαν ηλεκτρικό ρεύμα. Κάποιες φορές η οδονταλγία είναι το μόνο σύμπτωμα. Συχνά επίσης το ακουστικό νευρίνωμα συνοδεύεται από ελάττωση της ακοής στην πάσχουσα πλευρά λόγω εμπλοκής και της όγδοης εγκεφαλικής συζυγίας.
Η εξέλιξη είναι βραδεία με αποτέλεσμα ο ασθενής να καθίσταται ανεκτικός στα επώδυνα επεισόδια για μεγάλο χρονικό διάστημα.
Συχνά επίσης οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζονται με ανεπιτυχείς και αδόκιμες οδοντιατρικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.
Σημαντική διαγνωστική βοήθεια παρέχει η μαγνητική MRI απεικόνιση της οπίσθιας περιοχής της κροταφικής γλήνης.



Πίνακας 4. Από τους Laskin D. Greene C, Hylander W.(TMDs Approach to Diagnosis and Treatment Quintessence Publishing Co, Inc 2006).

Ανευρύσματα και αγγειακές δυσμορφίες

Οι εν λόγω διαταραχές διαδράμοντας τις παρραρίνιες κοιλότητες, συμπιέζουν τον πρώτο και δεύτερο κλάδο του τριδύμου προκαλώντας πόνο στο άνω τριτημόριο του προσώπου (αίσθηση προσωπαλγίας) και κεφαλής.
Οι κεφαλαλγίες αυτής της μορφής, εξελίσσονται τάχιστα με τη μορφή «κεραυνού» προϊμιο ρήξης του ανευρύσματος.
Συνοδεύονται επίσης από διπλωπία λόγω πάρεσης του οφθαλμικού ή τροχειλιακού νεύρου, τα οποία επίσης διέρχονται μέσω των παραρρινίων κόλπων, και είναι δυνατόν να συμπιεστούν από την πίεση του ανευρύσματος ή από την ρήξη του αγγείου.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Συνήθως συνοδεύεται από μούδιασμα, μυρμηκίαση και πόνο στη στοματοπροσωπική περιοχή.
Ο πόνος και η μυρμηκίαση παραπέμπουν σε νευραλγία του τριδύμου, στην περίπτωση που οι περιοχές απομυελίνωσης εμπλέκουν τη ρίζα και την ευρύτερη περιοχή του τριδύμου.

Πόνος Οδοντικής αιτιολογίας

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο πόνος οδοντικής αιτιολογίας είναι εύκολα διαγνώσιμος από την κλινική εξέταση και την ακτινογραφική αξιολόγηση. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν περιπτώσεις όπου κλινικά δεν διαπιστώνεται οδοντική βλάβη, αλλά μετά την θεραπευτική παρέμβαση ο πόνος ιάται.
Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις περί του αντιθέτου. Δηλαδή ανάληψη οδοντιατρικής φροντίδας μη τεκμηριωμένης, με την ελπίδα της ανακούφισης του ασθενούς από τον πόνο, που όμως συνεχίζεται και μετά την εξαγωγή του δοντιού. Στον πόνο οδοντικής αιτιολογίας σημαντική θέση κατέχει το "σύνδρομο του σπασμένου δοντιού" "Cracked tooth syndrome".[19]
Περιγράφεται ως ατελές κάταγμα ζώντος δοντιού εντοπιζόμενου στην οδοντίνη και πιθανώς μέχρι τον πολφό.
Η φορά του κατάγματος είναι συνήθως κατακόρυφη. Η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας επικεντρώνεται στη διακρίβωση ή όχι του συνδρόμου παραβλέποντας το ενδεχόμενο ο πόνος να οφείλεται σε νευροπαθητική ή μυοσκελετική συνδρομή.[20,21-24]
Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι η πρόκληση πόνου κατά τη διάρκεια κυρίως της μάσησης σε συνδυασμό με ζεστά, κρύα ή χημικά ερεθίσματα.

Διαταραχή των Σιελογόνων αδένων

Ο πόνος οφείλεται κυρίως στην απόφραξη των αδένων και διαφοροδιαγνωστικά εμπλέκεται με πόνο οδοντικής αιτιολογίας, πόνο από τις ΚΓΔ ή και πόνο τριδυμικής νευραλγίας.
Ο πόνος εκλύεται κυρίως κατά την κατάποση αλλά και μετά την ψηλάφηση παρακείμενων ιστών. Προκειμένου για την παρωτίδα η έκλυση του πόνου συνδυάζεται με τη λήψη τροφής.
Ο χαρακτήρας του πόνου είναι οξύς.

Ρινοφαρυγγικές και Οροφαρυγγικές διαταραχές

Η ανάπτυξη όγκου στις ανωτέρω περιοχές συνήθως προκαλεί μεταβολή στην αίσθηση κατάποσης του ασθενούς.
Ο πόνος είναι συνακόλουθο αποτέλεσμα της πίεσης ή της έλξης των αισθητικών ινών της προσβεβλημένης περιοχής καθιστάμενος συνεχής, αν και σύντομα επεισόδια οξέος ή νύσσοντος πόνου δυνατόν να σχετίζονται με ερέθισμα του νεύρου. Επιπροσθέτως κινητικές νευρικές ίνες της πληγείσης περιοχής, τρωθείσης από τον όγκο, μπορεί να ερεθιστούν προκαλώντας πάρεση των εμπλεκομένων μυών της περιοχής. Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων δέον να γίνεται διεξοδικά και σε περίπτωση αμφιβολίας, η διάγνωση θα πρέπει να αξιολογείται και από ΩΡΛ εξέταση.

Διαταραχές των Παρραρινίων κόλπων

Η εισχώρηση κυρίως των προγομφίων της άνω γνάθου στο ιγμόρειο, κατά την οξεία διαδρομή της φλεγμονής, προκαλεί οδονταλγία στα δόντια της άνω γνάθου.
Η σχέση ρινικής συμφόρησης και οδονταλγίας είναι εύκολα διαγνώσιμη. Ο πόνος που εκλύεται μετά από πίεση στην περιοχή των ιγμορείων και σε συνδυασμό με τα ακτινογραφικά ευρήματα επιβεβαιώνει τη διάγνωση.
Η χρόνια ιγμορίτιδα συχνά ευθύνεται για προσωπαλγία. Όμως κατά γενική εκτίμηση και αποδοχή δεν αποτελεί επώδυνη διαταραχή. Οι πολύποδες της περιοχής συχνά συσχετίζονται είτε με αιμορραγία είτε με ρινόρροια. Μπορεί να προκαλέσουν πόνο εάν ερεθίζονται σε χρόνια βάση. Και πάλι παρόμοιοι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται από ΩΡΛ.

Οξεία Ωτίτις

Πόνος στις ΚΓΔ συχνά συγχέεται με φλεγμονές του μέσου ή έξω ωτός.
Η οξεία μέση ωτίτις οφειλόμενη σε ιογενή ή μικροβιακή λοίμωξη, συχνά συνοδεύεται από πυρετό. Ο ασθενής βιώνει αίσθημα πληρότητος και ελαττωμένη ακουστική αντίληψη στην πληγείσα πλευρά.
Λόγω της φλεγμονής προσβάλλεται ο λαβύρινθος με αποτέλεσμα ο ασθενής να έχει πρόβλημα ισορροπίας. Η εξέταση της τυμπανικής μεμβράνης αποκαλύπτει θαμπάδα και διόγκωση.
Εφ' όσον η κλινική εξέταση αποδειχθεί κατά φύση, ενδεχομένως ο πόνος να οφείλεται σε δυσλειτουργία του ΣΣ. Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με δυσλειτουργία των ΚΓΔ επισκέπτεται κατά πρώτον τον ΩΡΛ, ακριβώς επειδή τα επώδυνα συμπτώματα εντοπίζονται εμπρός ή μέσα στο αυτί, για να αποδειχθεί στη συνέχεια ότι δεν υφίσταται παθολογία τόσο στον έξω όσο και στο μέσον ους.

Χρόνια Μέση Ωτίτις

Εφ' όσον η οξεία μέση ωτίτις δεν υφεθεί, δυνατόν να μεταπέσει σε χρόνια μορφή όποτε στην περίπτωση αυτή ο πόνος εσφαλμένα δυνατόν να αποδοθεί σε διαταραχή της ΚΓΔ.

Βιβλιογραφία

1) Αργυρά Βαδαλούκα. Αντιμετώπιση οξέος και χρόνιου πόνου. Επ. Εκδ. Γ. Παρισιάνου Αθήνα.
2) Bonica JJ Anatomic and physiologic basis of nociception and pain. In: Bonica JJ (ed). The management of pain 2nd ed. Philadelphia Lea and Febiger, 1990, 28-94.
3) Μουντοκαλάκης Θ. Διαφορική Διάγνωση 3η Έκδοση. Επ. Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου Αθήνα 1999.
4) Ελληνική Εταιρεία Πόνου 2011.
5) Harison Εσωτερική Παθολογία 14η Έκδοση. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης, Δημοσθένης Μπούρος Επ. Εκδ. Γ. Παρισιάνου Αθήνα 2001.
6) Chalk Ch, Windebank AJ, Kimmel DW, Mc Manis PG. The distinctive clinical features of paraneoplastic sensory neuropathy. Can J Neurol Sci 1990, 19:346-351.
7) Riedel W, Neck G. Nociception pain and antinociception: Cur – rentcosepts Z. Rheumatol 2001, 60: 404.
8) Cline MA, Ochoa J, Torebjork HI. Chronic hyperalesia and skin warming coused by sensitized C nociceptors. Brain 1989, 112:621-647.
9) Fields HL, Rowbotham M, Baron R. Postherpetic neuralgia. Irritable nociceptors and deafferentation. Neurobiol Dis 1988, 5: 209-227.
10) Ιατρού Χ. Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο 2003
11) Meltzak R, Wall PD. Pain mechanisms : a new theory. Science, 1965, 150 :971-979.
12)Ταπτάς Ν, Μικρόπουλος Ε. Κεφαλαγίαι, Νευραλγίαι, Κρανιοπροσωπικά Άλγη. Αθήνα 1967.
13)Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. Thesis Goteborg 1979.
14) Headache Classification Subcommitte of the International Headache Sosiety. The Inernational classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2013, 33(9):629-808.
15) Μπτσικώστας Δ. Κεφαλαλγίες. Δεύτερη Έκδοση. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2004.
16) Laskin D. Greene C, Hylander W. TMDs Approach to Diagnosis and Treatment. Quintessence Publishing Co, Inc 2006.
17) Cameron C. Cracked tooth syndrome. J Am Dent Assoc 1964. 68:405-11.
18) Laskin DM. Etiology of the pain – dysfunction syndrome. J Am Dent Assoc 1969,79:147-53.
19) Le Reche LR, Von Korff MR. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. J Craniomadib Facial Oral Pain 1992, 6 :227-34.
20) Clark GT, Jou RW, Lee JJ. Jaw pain and stiffness level after repeated maximum voluntary clenching. J Dent Res 1989,68:69-71.
21) Bell WE. Temporomandibural Disorders classification, diagnosis, management 2nd ed. Publ Year Book Medical Chicago 1990.
22) Americal Academy of Craniomandibular Disorders. Craniomandibular disorders. Guidelines for the evaluation diagnosis and management. Publ Quintessence Co Inc Chicago 1990.
23) Ohrbach R, Stohler C?S. Current diagnostic systems. J Craniomandib Disord Facial Oral Pain 1992, 6:307-7.
24) Sahlin K, Eldstrom L, Sjoholm H, Hultman E. Effects of lastic acid accumulation and ATP decrease on muscle tension and relaxation. Am J Physiol 1981, 240:C121-C126.

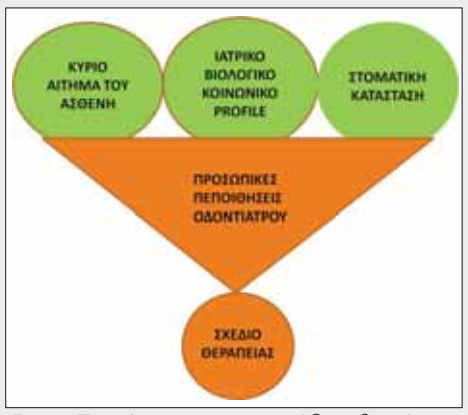
Προσθετικές μεταμορφώσεις. Από την μερική στην επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία

Ηρακλής Καρκαζής
Αναπληρωτής Καθηγητής
Κινητής Προσθετικής ΕΚΠΑ

Όχι σπάνια οι μερικές οδοντοστοιχίες έχουν χαρακτηρισθεί ως μεταβατικοί σταθμοί στην πορεία προς την ολική νωδότητα. Μια μεταβατικότητα βέβαια με κυμαινόμενη διάρκεια, δεδομένου ότι η «επιβίωση» μιας τέτοιας κατασκευής εξαρτάται από ποικίλους και ενδεχομένως δυσδιάκριτους παράγοντες. Ένας ευρύς σχολιασμός μιας πολυσύνθετης τέτοιας περίπτωσης παρουσιάστηκε στο πρώτο άρθρο της σειράς «Προσθετικές μεταμορφώσεις» (ΟΒ Μάρτιος – Απρίλιος 2015). Στο σημερινό άρθρο θα ασχοληθούμε ξανά με περιστατικό μετάβασης από τη μερική στην επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία, και αφετηρία αυτή τη φορά μια οριακή νωδότητα με την παρουσία μόλις πέντε πρόσθιων και αμφιβόλου προγνώσεως δοντιών στην κάτω γνάθο. Η περίπτωση προσφέρεται και πάλι για προβληματισμό και παραγωγική συζήτηση.

Περί του σχεδίου θεραπείας

Η διαμόρφωση ενός σχεδίου θεραπείας αποτελεί ένα modus vivendi στην αρχή οποιασδήποτε θεραπευτικής διαδικασίας. Θεωρητικά, τα σχέδια θεραπείας συνήθως δομούνται στη βάση : α) ενός κυρίαρχου αιτήματος – προβλήματος από την πλευρά του ασθενή, β) του ιατροβιολογικού του προφίλ γ) της κοινωνικής και οικονομικής του δυνατότητας δ) των τοπικών συνθηκών στην στοματική του κοιλότητα και δ) της επικρατούσας εμπειρικής μας άποψης για την ενδεικνυόμενη στην περίπτωση του προσθετική επιλογή. Είναι κοινό μυστικό όμως, ότι αυτό που καθορίζει το τι τελικά θα γίνει, είναι προϊόν μάλλον της εκπαιδευτικής φιλοσοφίας στην οποίαν έχουμε γαλουχηθεί και της πρακτικής στην οποίαν έχουμε εθιστεί, παρά μιας καθολικά τεκμηριωμένης αντίληψης, όπως για παράδειγμα ισχύει για κάποιο αντιβιοτικό που επιλέγεται από όλους, επειδή μετά από καλλιέργεια προκύπτει η αδιαμφισβήτητη αποτελεσματικότητά του σε συγκεκριμένες κατηγορίες μικροοργανισμών ***(Εικ. 1)***.

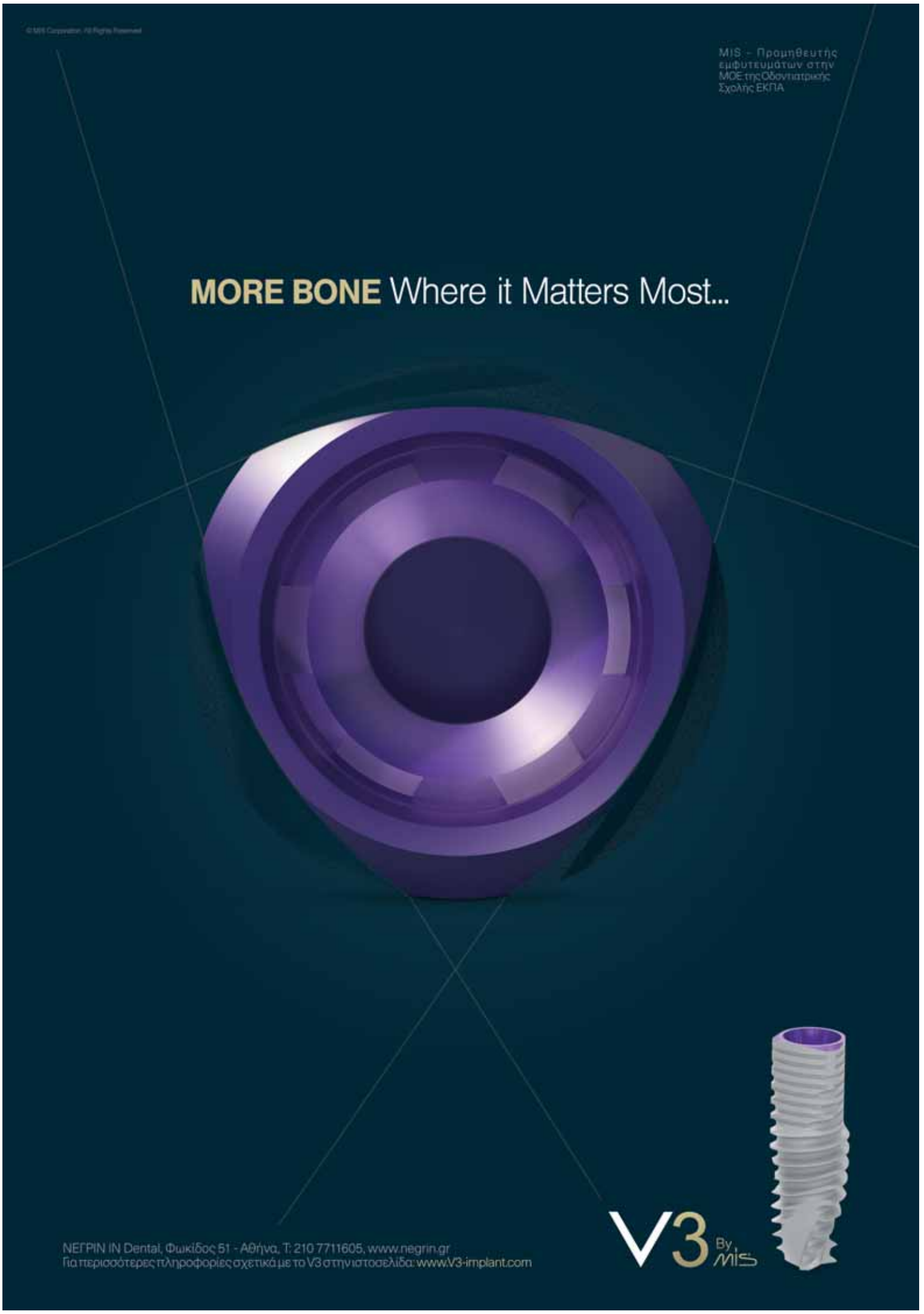


Εικ. 1. Παράμετροι που συνήθως βαρύνουν στη διαμόρφωση του σχεδίου θεραπείας.

Περιστατικό

Το περιστατικό που παρουσιάζουμε αφορά έναν υγιή και κοινωνικά δραστήριο ασθενή προχωρημένης μέσης ηλικίας, που προσέρχεται για την αντιμετώπιση της μερικής νωδότητας της κάτω γνάθου. Από την κλινική και ακτινολογική εξέταση διαπιστώνουμε την παρουσία πέντε προσθίων και αμφιβόλου προγνώσεως δοντιών (43-32) τα οποία συμμετείχαν στη στήριξη κάποιας κινητής προσθετικής εργασία που δεν χρησιμοποιείται και δεν παρουσιάζεται κατά την κλινική εξέταση ***(Εικ. 2,3)***. Το αί-

Εικ. 2. Κλινική εικόνα της κάτω γνάθου κατά την προσέλευση του ασθενή.



Εικ. 3. Ακτινογραφική εικόνα της κάτω γνάθου. Διακρίνεται η μεγάλη οστική απορρόφηση στην περιοχή του 33.

τημα του ασθενούς εμπεριέχει, ως συνήθως, δύο βασικές παραμέτρους. Ταχύτητα αποκατάστασης και οικονομία. Αποφασίζεται η σε πρώτη φάση κατασκευή μιας συμβατικής μερικής οδοντοστοιχίας με στηρίγματα τα δύο ανθεκτικότερα από τα πέντε εναπομείναντα δόντια και με μεσοπρόθεσμη προοπτική τη μετατροπή της σε ολική οδοντοστοιχία. Η ιδέα των εμφυτευμάτων συζητείται μεν ως λύση (κάτι που συνηθίζεται πλέον ευρέως), αλλά αναβάλλεται λόγω κόστους για μεταγενέστερο χρόνο.

Κλινικά και εργαστηριακά βήματα

Πρώτο κλινικό στάδιο η εξαγωγή των 41, 31, 32 η χειρουργική διευθέτηση της οστικής ακρολοφίας και παράλληλη προσπάθεια οστικής ανάπλασης του ελλείμματος στη θέση 33, ώστε να αποτελέσει προσφερόμενη περιοχή σε μια ενδεχόμενη μελλοντική τοποθέτηση εμφυτευμάτων ***(Εικ. 4)***. Ακολουθεί η κατασκευή μερικής οδοντοστοιχίας (με μορφολογία ολικής) και στηρίγματα τα 42, 43 τα οποία συγκολλώνται για καλύτερη αντιμετώπιση των μεταφερόμενων σε αυτά φορτίων ***(Εικ 5-7)***. Για τη συγκράτηση της μερικής οδοντοστοιχίας επιλέγονται άγκιστρα τύπου Roach λόγω της ελαστικότητας που παρουσιάζουν και των μικρότερων αναλογικά δυνάμεων που ασκούν στα δόντια στηρίγματα. Από την εξάρα των ακρυλικών δοντιών φυλάσσονται όσα δεν χρησιμοποιούνται, για να αξιοποιηθούν σε μεταγενέστερη μετατροπή της μερικής σε ολική οδοντοστοιχία ***(Εικ. 8)***. Μετά την κατάρρευση των δοντιών στηριγμάτων 42, 43, η μερική οδοντοστοιχία μετατρέπεται εύκολα σε ολική ***(Εικ. 9,10,11)***. Ο ασθενής βρίσκεται πλέον στην τρίτη ηλικία, παραμένει υγιής και αναζητά λύση με χρήση εμφυτευμάτων. Η τομογραφική διερεύνηση της κάτω γνάθου αποκαλύπτει τρεις θέσεις (34, 44, 31) για την τοποθέτηση αντίστοιχου αριθμού εμφυτευμάτων και μετατροπή της ολικής σε επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία ***(Εικ 12-22)***.

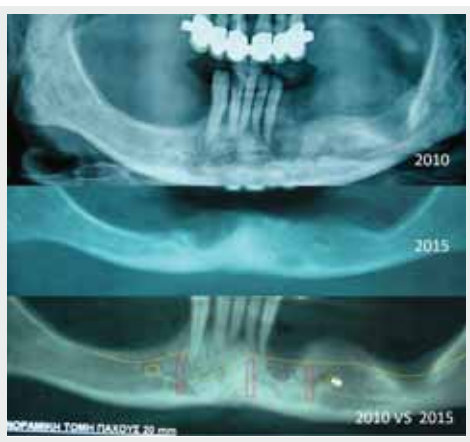
Εικ. 4. Κλινική εικόνα της κάτω γνάθου μετά την εξαγωγή των 41, 31, 32. Στο στάδιο αυτό έγινε και οστική ανάπλαση του ελλείμματος με αλλοπλαστικό οστικό υποκατάστατο σε συνδυασμό με αποπρωτεϊνομένο βόειο ανόργανο ξενομόσχευμα και μεμβράνη.

Εικ. 5. Ναρθηκοποίηση των δοντιών στηριγμάτων με ρητίνη. Για βελτίωση του αποτελέσματος μπορεί να εφαρμοσθεί γλωσσικά ταινία ναρθηκοποίησης υαλονημάτων.

Εικ. 6, 7. Η μερική οδοντοστοιχία με τα χαρακτηριστικά ολικής. Διακρίνονται τα δίδυμα άγκιστρα τύπου roach με τους συγκρατητικούς και αντιστηρικτικούς βραχίονες και τον κοινό μασητικό εφαπτήρα.

Εικ. 8. Από την εξάρα των ακρυλικών δοντιών φυλάσσονται όσα δεν χρησιμοποιούνται, για να αξιοποιηθούν σε μεταγενέστερη μετατροπή της μερικής σε ολική οδοντοστοιχία.

Εικ. 9,10,11. Μετά την αναμενόμενη κατάρρευση των δύο εναπομεινάντων δοντιών στηριγμάτων η μερική οδοντοστοιχία μετατρέπεται εύκολα σε ολική.



Εικ. 12. Πανοραμική ακτινογραφική αποτύπωση της κάτω γνάθου το 2010 και το 2015 και συγκριτική αλληλεπίθεση (2010 vs 2015) με σχεδιαστική απόδοση της θέσης των εμφυτευμάτων. Στην ακτινογραφία του 2015 είναι εμφανείς τόσο η αναδιαμόρφωση (remodeling) της κάτω γνάθου στην περιοχή της ανάπλασης όσο και η μεγάλη οστική απορρόφηση από την άλλη πλευρά.

Εικ. 13. Τα τρία εμφυτεύματα με τα διαβλεννογόνια κολοβώματα επούλωσης. Υγιείς περιεμφυτευματικοί ιστοί με ευνοϊκό ουλικό βιότυπο.

Εικ. 14,15,16. Προετοιμασία της υπάρχουσας ολικής οδοντοστοιχίας για την έδρασή της στα κολοβώματα επούλωσης (healing abutments). Η λεπτόρρευστη σιλικόνη χρησιμοποιείται σαν δείκτης εντοπισμού των θέσεων των κολοβωμάτων για την προετοιμασία ανάλογων υποδοχών και ευκολότερη έδραση της οδοντο- στοιχίας.

Εικ. 17. Στις κεφαλές των locators προσαρμόζονται τα θηλυκά τμήματα των συνδέσμων που θα λειτουργήσουν ως άξονες αποτύπωσης.

Εικ. 18. Η οδοντοστοιχία τροχίζεται εσωτερικά και λαμβάνεται pick up αποτύπωμα με τεχνική κλειστού στόματος, για τον έλεγχο της κάθετης διάστασης. Για τον αποτελεσματικότερο εγκλωβισμό των θηλυκών τμημάτων των συνδέσμων, προτιμώνται ελαστικομερή υλικά με μεγάλη τελική σκληρότητα (πχ impregum hard).

Σχόλια

Στο συγκεκριμένο περιστατικό η ενδεικνυόμενη επένθετη επιεμφυτευματική οδοντοστοιχία αναβάλλεται ως λύση, προκειμένου να ικανοποιηθεί η απαίτηση για μια γρήγορη θεραπεία, που παράλληλα να εναρμονίζεται με τις τρέχουσες οικονομικές δυνατότητες του ασθενούς.

Επί πλέον, η επί μακρό χρονικό διάστημα χρήση της μερικής οδοντοστοιχίας πριν την μετατροπή της σε ολική και ανάρτησή της στα εμφυτεύματα, παρέχει ικανοποιητικό χρόνο προσαρμογής, προσφέροντας ταυτόχρονα στον ασθενή τη δυνατότητα σύγκρισης των επιδόσεων της μερικής οδοντοστοιχίας με το τελικό και αισθητά βελτιωμένο αποτέλεσμα.

Στα αρνητικά καταχωρούνται η επακολουθήσασα οστική απώλεια στην περιοχή των εναπομεινάντων δοντιών 42, 43 και η αναλογικά μεγαλύτερη ηλικία κατά την οποία ο ασθενής θα δεχθεί τελικά την επιεμφυτευματική αποκατάσταση.

Εικ. 19,20. Η εσωτερική επιφάνεια της οδοντοστοιχίας μετά τη όπτηση. Για την ακριβέστερη εφαρμογή της εργασίας, το μεσαίο locator θα ενεργοποιηθεί ενδοστοματικά. Για τον λόγο αυτό διανοίγεται γλωσσικά οπή εκτόνωσης του πλεονάζοντος ακρυλικού.

Εικ. 21. Η εσωτερική επιφάνεια της οδοντοστοιχίας μετά την ενεργοποίηση και του τρίτου locator.

Εικ. 22. Η οδοντοστοιχία δεν εκτοπίζεται κατά την ήπια διάνοιξη του στόματος.

Βιβλιογραφία

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

Δημητρίου Π, Ζήσης Α, Πολυζώης Γ, Σταυράκης Γ. Κινητή Προσθετική. Μερικές Οδοντοστοιχίες. Μπονισέλ. Αθήνα 1996

Karkazis H, Lambadakis J, Tsichlakis K. Cephalometric evaluation of the changes in mandibular symphysis after 7 years of denture wearing. Gerodontology 1998 ; 2:44-48

Karkazis H. EMG activity of the masseter muscle in implant supported overdenture wearers during chewing of hard and soft food. Journal of Oral Rehabilitation 2002 29; 986–991

The McGill Consensus Statement on Overdentures. May 24-25, 2002. In Fein J. and Carlsson G. Implant Overdentures. Quintessence, 2003

Γιαννικάκης Σ, Καρκαζής Η. Προσθετική εμφυτευμάτων. Εργαστήριο. Μπονισέλ. Αθήνα 2007

Καρκαζής Η. Επένθετες επιεμφυτευματικές οδοντοστοιχίες στην κάτω γνάθο. Μια ιδεώδης εναλλακτική λύση για τον ηλικιωμένο ασθενή. Οδοντιατρικό Βήμα. Σεπτέμβριος-Οκτώβριος, 2012.

Όλες οι εικόνες προέρχονται από το αρχείο του συγγραφέα

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

ITI International Team for Implantology

Τα Study Clubs αποτελούν βασικό πυλώνα της φιλοσοφίας της ITI, που υποστηρίζει τη δημιουργία πυρήνων επιμόρφωσης για την ανταλλαγή τεκμηριωμένης γνώσης και τη διασπορά της κλινικής εμπειρίας, ενθαρρύνοντας ταυτόχρονα τη συναδελφική δικτύωση σε φιλικό και δημιουργικό περιβάλλον. Τα study clubs αποτελούν οργανωμένες ομάδες μελών της ITI, απαρτίζονται από 10-30 μέλη και οργανώνουν 3-4 συναντήσεις στη διάρκεια κάθε έτους. Στο πλαίσιο αυτών των συνατήσεων γίνεται ανάλυση και συζήτηση καθημερινών κλινικών περιστατικών, ανάπτυξη ειδικής θεματολογίας ή παρουσίαση νέων κλινικών τεχνικών και μεθόδων, σε συνθήκες λιγότερο επίσημες και τυποποιημένες. Έχουν διάρκεια 3-5 ωρών και δίνουν την ευκαιρία στα μέλη της ITI να γνωριστούν καλύτερα μεταξύ τους και μέσα σε ένα κλίμα άνετο και φιλικό να εκφράσουν ευκολότερα τις απορίες και τους προβληματισμούς τους, καθώς και να αναζητήσουν απαντήσεις και τοποθετήσεις μέσα από τη διαδραστική ομαδική συμμετοχή.
Στο τμήμα της ITI Ελλάδας & Κύπρου υπάρχουν 11 Study Clubs με εντόπιση ανάλογη της γεωγραφικής κατανομής των μελών του. Κάθε μέλος της ITI μπορεί να εγγραφεί σε ένα μόνο Study Club, αλλά να παρακολουθεί όλες τις συναντήσεις και των υπολοίπων Study Clubs, εφ' όσον το επιθυμεί. Η συμμετοχή στις συναντήσεις δεν έχει κανένα κόστος και αποτελεί παροχή και προνόμιο της ετήσιας συνδρομής. Η ποιότητα των συναντήσεων Study Clubs ακολουθεί τα πρότυπα όλων των εκδηλώσεων της ITI, με προσεκτική επιλογή των χώρων και των παροχών τους, για τη διαμόρφωση άνετων και ευχάριστων συνθηκών παρακολούθησης.
Για περισσότερες πληροφορίες http://www.iti.org/Study-Clubs ή http://www.iti.org/sites/greece/Home

Επιλογή εμφυτευματικού στηρίγματος (abutment) για ακίνητη αποκατάσταση

Δημήτρης Ηλιόπουλος
Προσθετολόγος, ITI Fellow and Registered Speaker

Μιχάλης Πάτρας
Προσθετολόγος, ITI Fellow and Registered Speaker

Στη σημερινή εποχή ο οδοντίατρος όλο και συχνότερα καλείται να αποκαταστήσει προσθετικά οδοντικά εμφυτεύματα με σκοπό την κατασκευή μιας ορθά σχεδιασμένης και μακροχρόνια επιτυχημένης ακίνητης προσθετικής αποκατάστασης. Για να επιτευχθεί όμως αυτό θα πρέπει να ληφθούν υπόψη αρκετοί παράγοντες, όπως:

- τοποθέτηση του εμφυτεύματος στην προσθετικά επιθυμητή θέση,
- λήψη αποτυπώματος με ακρίβεια,
- επιλογή ιδανικού επιεμφυτευματικού στηρίγματος (abutment),
- σωστός σχεδιασμός της υπερκατασκευής και ενδοστοματική δοκιμή της και
- τοποθέτηση/συγκόλληση της τελικής προσθετικής εργασίας

Σε αυτή την αλυσίδα ενεργειών, η ορθή επιλογή στηρίγματος αποτελεί σημαντικότατο κομμάτι της προσθετικής εργασίας, καθώς βοηθά στην ευκολία κατασκευής της και στην καλή σχέση της με τους βιολογικούς ιστούς. Δεδομένου λοιπόν ότι επηρεάζει την εφικτή συντήρησή της στο μέλλον, επομένως και την μακροβιότητα της αποκατάστασης, η επιλογή των προσθετικών εξαρτημάτων θα πρέπει να γίνεται από τον **οδοντίατρο** μετά την ανάρτηση των εκμαγείων εργασίας στον αρθρωτήρα.
Παρόλα αυτά, η σημασία της επιλογής του ιδανικού επιεμφυτευματικού στηρίγματος (abutment) συχνά παραβλέπεται, καθώς το προσθετικό εξάρτημα αφήνεται για λόγους ευκολίας να επιλεγεί από τον οδοντοτεχνίτη, ή γίνεται προσπάθεια να ολοκληρωθεί η προσθετική εργασία με ακατάλληλα εξαρτήματα, με στόχο τη μείωση του κόστους. Βέβαια η ορθή επιλογή ενός προσθετικού εξαρτήματος δεν είναι εύκολη υπόθεση και προϋποθέτει από τον οδοντίατρο άριστη γνώση του συστήματος εμφυτευμάτων που χρησιμοποιήθηκε και των εξαρτημάτων-επιλογών που προσφέρονται από τον κατασκευαστή, των ιδιομορφιών του κάθε συστήματος, αλλά και του οικονομικού κόστους της κάθε επιλογής.
Σε αυτή την εργασία θα επιχειρηθεί μια προσπάθεια απλοποίησης της διαδικασίας επιλογής προσθετικού εξαρτήματος, ομαδοποιώντας όπου είναι δυνατόν τους διάφορους τύπους που διατίθενται στο εμπόριο και τις περιπτώσεις όπου αυτοί χρησιμοποιούνται συχνότερα. Σκοπός της είναι να δημιουργηθεί ένας οδηγός επιλογής του κατάλληλου abutment, ανάλογα και με τον τύπο της κατασκευής που θα σχεδιαστεί.

Ταξινόμηση εμφυτευματικών στηριγμάτων

Τα επιεμφυτευματικά στηρίγματα - abutments μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες:

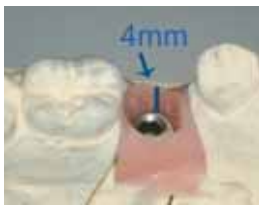
1. Απλά, ευθέα στηρίγματα (standard). Διατίθενται σε διάφορα ύψη διαβλεννογόνιου τμήματος (συνήθως από 0-8 mm ανάλογα με το ύψος των περιεμφυτευματικών ιστών). Υπάρχουν διαθέσιμα μεταλλικά και κεραμικά (εξ ολοκλήρου κεραμικά ή κεραμικά με μεταλλική βάση)
2. Γωνιώδη στηρίγματα (διατίθενται σε διάφορες κλίσεις 10˚, 15˚, 25˚)
3. Χυτεύσιμα (εξ ολοκλήρου πλαστικά) ή επιχυτεύσιμα (με προκατασκευασμένη μεταλλική βάση)
4. Υβριδικά (Συγκολλούμενα σε προκατασκευασμένη μεταλλική βάση)
5. CAD-CAM

Παράμετροι επιλογής εμφυτευματικών στηριγμάτων

Στην πλειονότητα των κλινικών περιστατικών **μη αισθητικής περιοχής**, μπορούν να χρησιμοποιηθούν απλά, ευθέα στηρίγματα (με ανάλογες διακυμάνσεις διαβλεννογόνιου τμήματος), αρκεί τα εμφυτεύματα να έχουν τοποθετηθεί στην **ορθή προσθετικά θέση**. Γενικά, προτιμώνται τα προκατασκευασμένα εξαρτήματα από τα εξατομικευμένα στηρίγματα (χυτεύσιμα ή CAD-CAM), γιατί προσφέρουν μεγάλη ακρίβεια εφαρμογής από τον κατασκευαστή και συμβατότητα υλικών. Επίσης, τα προκατασκευασμένα εξαρτήματα μπορούν εύκολα να τροποποιηθούν ανάλογα στο εργαστήριο, ώστε να ανταποκρίνονται πλήρως στις ανάγκες της εκάστοτε περίπτωσης.

Η θέση του αυχένα του εμφυτεύματος σε σχέση με την παρυφή των ελευθέρων ούλων εξαρτάται από τον τύπο του εμφυτεύματος και το πάχος των ιστών. Τα διαβλεννογόνια εμφυτεύματα (tissue level) έχουν συνήθως τον αυχένα τους και συνεπώς το όριο σύνδεσης προσθετικής εργασίας-εμφυτεύματος αρκετά επιφανειακά. Σε αυτές τις περιπτώσεις όπου το όριο της αποκατάστασης είναι εύκολα προσβάσιμο, μπορούμε να εφαρμόσουμε μια συγκολλούμενη εργασία σε στεφάνες ή μικρές γέφυρες 3 τεμαχίων. Αντίθετα, σε εμφυτεύματα τύπου bone level, που αποτελούν και την πλειοψηφία στην αγορά, η απόσταση του αυχένα του εμφυτεύματος από την παρυφή των ούλων μπορεί να έχει μεγάλες διακυμάνσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο οδοντίατρος θα πρέπει να αξιολογήσει και να λάβει υπόψη τη δυνατότητα αφαίρεσης της περίσσειας κονίας σε πιθανές υποουλικές κατασκευές.

Το ύψος των ιστών μπορεί να μετρηθεί στο εκμαγείο εργασίας και έτσι ανάλογα να επιλεγεί το είδος της εργασίας (κοχλιούμενη ή συγκολλούμενη) που θα κατασκευαστεί. Οι περισσότεροι κλινικοί μπορούν να διακρίνουν το βάθος των ιστών κατά την διάρκεια της τελικής αποτύπωσης, ανάλογα με το μήκος του τμήματος του άξονα αποτύπωσης που «χάνεται» στους ιστούς ή και του ύψους της βίδας επούλωσης. Στην περίπτωση συγκολλούμενης εργασίας όπου το βάθος του αυχένα του εμφυτεύματος είναι >2mm, θα πρέπει να επιλεγεί abutment με το ανάλογο ύψος διαβλεννογόνιου τμήματος. Για παράδειγμα, όταν το βάθος των ιστών είναι ~4mm, επιλέγουμε προκατασκευασμένο abutment ή κατασκευάζουμε εξατομικευμένο με διαβλεννογόνιο ύψος ~2-2.5mm, ώστε να έχουμε προσβάσιμο όριο συγκόλλησης σε βάθος 1.5 mm.



Σε αυτό το στάδιο επιλέγουμε και την κλίση των στηριγμάτων που θα χρησιμοποιηθούν. Εκτός από τα ευθέα στηρίγματα, συνήθως οι κατασκευάστριες εταιρείες προσφέρουν αρκετούς συνδυασμούς κλίσεων 10˚, 15˚, 20˚ ή 25˚ και διαβλεννογόνιων υψών, που μπορούν να ικανοποιήσουν τις περισσότερες προσθετικές απαιτήσεις. Αξίζει στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι κάποιες εταιρείες διαθέτουν ειδικό σετ με πλαστικά εξαρτήματα (planning kit) που προσομοιάζουν στα επιεμφυτευματικά στηρίγματα, με σκοπό την δοκιμαστική εφαρμογή τους επί του εκμαγείου εργασίας και την εξακρίβωση του διαβλεννογόνιου ύψους, της διαμέτρου και της κλίσης που απαιτείται.

Σε περίπτωση που εξαντλούνται οι δυνατότητες να βρεθεί ικανοποιητικό προκατασκευασμένο abutment με επιθυμητό διαβλεννογόνιο τμήμα και κλίση, η εναλλακτική επιλογή είναι να κατασκευασθεί εξατομικευμένο στήριγμα (custom abutment) με επιχύτευση ευγενούς μετάλλου ή κεραμικού (διπυριτικού λιθίου) σε προκατασκευασμένο εξάρτημα. Η επιλογή του εξαρτήματος επηρεάζει τον τρόπο χύτευσης και το κόστος της εργασίας. Εξαρτήματα με χρυσό προκατασκευασμένο τμήμα σύνδεσης (UCLA abutments) απαιτούν χύτευση με ευγενή μέταλλα υψηλής περιεκτικότητας σε χρυσό και αυξάνουν κατά πολύ το κόστος της κατασκευής, έχουν όμως την πιστότερη ακρίβεια εφαρμογής σε σχέση με τις άλλες μεθόδους.

Αντίθετα, όταν χρησιμοποιούνται εξ΄ ολοκλήρου πλαστικά χυτεύσιμα εξαρτήματα, το κόστος κατασκευής είναι σαφώς χαμηλότερο, αλλά παράλληλα μειώνεται δραματικά και η ακρίβεια εφαρμογής, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται συχνές αποκοχλιώσεις ή τυχόν προβλήματα στους περιεμφυτευματικούς ιστούς από την ύπαρξη κενού-microgap. Τα ίδια πλαστικά εξαρτήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για χύτευση Ti, με μειωμένη όμως πάλι ακρίβεια εφαρμογής και αρκετά προβλήματα χύτευσης (εσωτερικό πορώδες, οξείδωση επιφάνειας κτλ).

Τελευταία επιλογή για αποκλειστικά συγκολλούμενες αποκαταστάσεις παραμένει και ο επιλεκτικός τροχισμός-παρασκευή ειδικών κυλίνδρων Ti, ώστε αφαιρετικά να επιτευχθεί το επιθυμητό σχήμα επιεμφυτευματικού στηρίγματος. Η μέθοδος αυτή όμως είναι χρονοβόρα και έχει αντικατασταθεί από πιο σύγχρονες μεθόδους.

Είδη εμφυτευματικών στηριγμάτων/abutment

Στην αισθητική ζώνη υπάρχει η δυνατότητα θερμοσυμπίεσης κεραμικής μάζας τύπου «emax» πάνω σε προκατασκευασμένο μεταλλικό στήριγμα ή συμβατό abutment ζιρκονίας για επίτευξη μέγιστου αισθητικού αποτελέσματος. Στις πρόσθιες περιοχές προτιμάται η τοποθέτηση του ορίου της προσθετικής μας εργασίας σε μεγαλύτερο βάθος, ώστε να μην είναι διακριτό το γκριζάρισμα του αυχένα ή των εξαρτημάτων. Έτσι, εξαιτίας της δυσκολίας αφαίρεσης της πιθανής περίσσειας κονίας, η πρώτη επιλογή στην περιοχή αυτή είναι οι κοχλιούμενες αποκαταστάσεις.

Οι επιλογές σε αυτή την περίπτωση είναι:

- Χύτευση κεραμικού (pressure casting-lithium dissilicate) σε ειδικό μεταλλικό ή κεραμικό εξάρτημα
- Χρήση υβριδικού εξαρτήματος σαν βάση και επακόλουθη συγκόλληση ολοκεραμικής ή μεταλλοκεραμικής εργασίας (με οπή για κοχλίωση)
- Χρήση προκατασκευασμένου abutment (με κλίση ή χωρίς) για κοχλιούμενη αποκατάσταση με δεύτερη βίδα κοχλίωσης
- Χύτευση χρυσοκράματος σε UCLA abutment
- Χρήση πλαστικών εξαρτημάτων για χύτευση με βασικά κράματα

Στην περίπτωση που θα προτιμηθεί συγκολλούμενη εργασία, επιλέγονται προκατασκευασμένα abutments από ζιρκονία ή τιτάνιο, ανάλογου διαβλεννογόνιου ύψους και κλίσης. Προσθετικές εργασίες σε εμφυτεύματα που τοποθετήθηκαν λανθασμένα ή και εξ ανάγκης με μεγάλες κλίσεις, συχνά απαιτούν τη χρήση ειδικών εξαρτημάτων για αποκατάσταση που φέρουν την οπή κοχλίωσης υπερώια. Τα εξαρτήματα αυτά, πέραν της πρακτικής δυσκολίας χρήσης και συντήρησής τους, απαιτούν χύτευση με κράματα ευγενών μετάλλων, εκτοξεύοντας το ολικό κόστος κατασκευής.

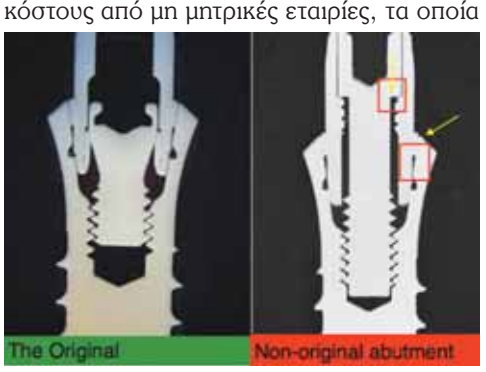
Εξαρτήματα υβριδικού τύπου

Τα τελευταία χρόνια, οι κατασκευάστριες εταιρίες αντιλήφθηκαν την ανάγκη της αγοράς για αντικατάσταση της πολυέξοδης χύτευσης με πολύτιμα κράματα, με κάτι πιο οικονομικό, που να μην στερείται ακρίβειας εφαρμογής και βιοσυμβατότητας. Έτσι, αρκετές από αυτές διαθέτουν σήμερα βιομηχανικά προκατασκευασμένες βάσεις τιτανίου που προσομοιάζουν με τα εξαρτήματα για κοχλιούμενες αποκαταστάσεις. Αυτές εφαρμόζουν πλήρως στα εμφυτεύματα και φέρουν στέλεχος διαμορφωμένο έτσι, ώστε να δεχτεί τη συγκόλληση της υπερκατασκευής με ρητινώδη κονία. Η επιεμφυτευματική στεφάνη μπορεί να κατασκευαστεί με συμβατικές μεθόδους ή με την τεχνολογία CAD/CAM.

Με αυτή την τεχνική το όριο της αποκατάστασης απέχει από το οστούν και επιπλέον η συγκόλληση γίνεται εκτός στόματος με ελεγχόμενες συνθήκες και τελική στίλβωση στο εργαστήριο. Η χρήση ενός τέτοιου εξαρτήματος Ti είναι προτιμότερη από ένα εξατομικευμένο χυτό Ni-Cr, γιατί το δεύτερο υστερεί σε βιοσυμβατότητα και σε εφαρμογή με τον αυχένα του εμφυτεύματος σε σχέση με το βιομηχανικά κατασκευασμένο εξάρτημα.

«Αντιγραφικά εξαρτήματα»- Copy abutments

Τα τελευταία χρόνια κυκλοφορούν αντίγραφα επιεμφυτευματικών στηριγμάτων χαμηλότερου κόστους από μη μητρικές εταιρίες, τα οποία προωθούνται ως πλήρως συμβατά με διάφορους τύπους εμφυτευμάτων. Αν και φαινομενικά τα στηρίγματα αυτά εφαρμόζουν πλήρως με τον αυχένα του εμφυτεύματος, το πρόβλημα παρουσιάζεται στην συμβατότητα της εσωτερικής σύνδεσης και της αντοχής των υλικών κατασκευής τους. Συνεπώς, τυχόν μακροχρόνια κόπωση και τα αποτελέσματα από την ύπαρξη μη συμβατών συνδέσεων δεν μπορούν να προβλεφθούν με ακρίβεια. Δεδομένου ότι κατά καιρούς έχουν παρατηρηθεί συχνότερες αποκοχλιώσεις και κυρίως θραύσεις βιδών, καλό θα είναι αυτές οι εναλλακτικές λύσεις να αντιμετωπίζονται από τον κλινικό με σκεπτικισμό.



Επίλογος

Σε κάθε επιεμφυτευματική αποκατάσταση η κατάλληλη επιλογή των απαιτούμενων προσθετικών εξαρτημάτων εναπόκειται σε μία σειρά από απαντήσεις σε ερωτήματα, όπως η θέση του αυχένα του εμφυτεύματος, η κλίση, η διάμετρος και το διαβλεννογόνιο ύψος που πρέπει να έχει το στήριγμα, αν θα κατασκευαστεί κοχλιούμενη ή συγκολλούμενη εργασία κλπ. Ο εκάστοτε κλινικός οφείλει να γνωρίζει τις δυνατότητες που του παρέχει το κάθε σύστημα εμφυτευμάτων και να επιλέγει με γνώμονα τις βιολογικές αρχές, τον ορθό σχεδιασμό και τη μακροβιότητα της αποκατάστασης και απώτερο στόχο το μέγιστο όφελος για τον ασθενή του.

Η σελίδα της ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

12 ΜΑΪΟΥ 2016: ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΗΜΕΡΑ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

«Γερά Ούλα για Καλύτερη Ζωή»

του **Δρ. Πέτρου Δαμουλή**
Προέδρου της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρείας

Η Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία συμμετέχει μαζί με τις υπόλοιπες 28 εθνικές Εταιρείες που απαρτίζουν την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Περιοδοντολογίας (European Federation of Periodontology – EFP) στον εορτασμό της Ευρωπαϊκής ημέρας Περιοδοντολογίας στις 12 Μαΐου 2016. Η EFP αποτελεί τον κύριο επιστημονικό φορέα γιά την Περιοδοντολογία στην Ευρώπη με περίπου 14.000 εξειδικευμένους περιοδοντολόγους, μέλη των 29 εθνικών Εταιρειών. Σκοπός της καθιέρωσης της Ευρωπαϊκής Ημέρας Περιοδοντολογίας είναι να γίνει ευρύτερα αντιληπτή η σημασία της υγείας των ούλων στη διατήρηση της γενικής υγείας και να ενημερωθεί η οδοντιατρική και ιατρική κοινότητα αλλά και το ευρύτερο κοινό για τη σημαντική συσχέτιση των νόσων του περιοδοντίου με γενικότερα προβλήματα υγείας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι καρδιαγγειακές νόσοι.

Το κεντρικό μήνυμα της Ημέρας και του εορτασμού είναι «Γερά Ούλα για Καλύτερη Ζωή» ("Healthy Gums for a Better Life"), υπενθυμίζοντας ότι το στόμα είναι η πύλη γιά το υπόλοιπο σώμα και υπογραμμίζοντας ότι η στοματική υγεία μπορεί να έχει καθοριστική σημασία γιά τη διατήρηση της γενικής υγείας αλλά και της σωματικής ευεξίας. Η υγεία των ούλων είναι αναπόσπαστο μέρος της στοματικής υγείας, αν και συχνά παραμελημένο.

Υπάρχει πλέον σήμερα ικανή επιστημονική τεκμηρίωση που δείχνει ότι η αποκατάσταση της περιοδοντικής υγείας μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στον γλυκαιμικό έλεγχο καθώς και στον περιορισμό των επιπλοκών της νόσου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

ΤΑΚΗΣ ΚΩΣΤΑΡΙΔΗΣ
Στην μνήμη του

Πριν από λίγες ημέρες αποχαιρετήσαμε ένα πολύ σημαντικό άνθρωπο. Ο Τάκης Κωσταρίδης έφυγε από την ζωή και φτώχυνε την ζωή όσων τον αγαπούσαν.

Είναι δύσκολο το εγχείρημα να αποχαιρετάς ανθρώπους που έχουν παίξει ρόλο στην ζωή σου, ανθρώπους που εξετίμησες και τελικά συνδέθηκες μαζί τους, σε μια κοντινή και κυρίως ποιοτική σχέση. Ο χαρακτηρισμός «ποιοτική σχέση» παρότι καθορίζεται και από τα δύο άτομα που συμμετέχουν, στην προκειμένη περίπτωση το βάρος του επιθετικού προσδιορισμού ανήκει αποκλειστικά στον μεγαλύτερο, τον πλέον έμπειρο, τον πλέον παιδευμένο.

Υποστηρίζω ότι ο Τάκης Κωσταρίδης ήταν ένας «ποιοτικός» άνθρωπος, όχι βεβαίως γιατί «οι νεκροί δεδικαίωνται», αλλά γιατί ακόμη και με την αυστηρότερη, εν ζωή, αξιολόγηση, ο αμερόληπτος κριτής θα του χάριζε τον τίτλο. Η ποιότητά του είχε τις ρίζες της στην πολύπλευρη παιδεία του που τον έκανε «άνθρωπο», στην υπομονή να καλλιεργεί αενάως τον εαυτό του, στην επιμονή να κάνει τον κόσμο καλύτερο, στην ευγένεια να επιτυγχάνει τους στόχους του χωρίς να ρίχνει άλλους απ' τη θέση τους, στην πίστη του στο «μαζί», στο σεβασμό της μοναδικότητας κάθε ατόμου.

Να γίνω λίγο πιο σαφής. Ο Τάκης αφού τελείωσε την Οδοντιατρική Σχολή στην Αθήνα, ταξίδεψε στις ΗΠΑ για να βελτιώσει τις γνώσεις του. Ήταν από τους πρώτους που εξειδικεύτηκε στην Περιοδοντολογία, σε εποχές που ακόμη και η ύπαρξή της ήταν σχεδόν άγνωστη. Γυρίζοντας προσέφερε τις υπηρεσίες του στο Οδοντιατρικό Τμήμα, οικοιοθελώς, ως άμισθος επιστημονικός συνεργάτης επί σειρά ετών.

Σημαντικό του γνώρισμα ήταν ότι ήθελε να χαρίσει τις γνώσεις του και αυτή του η προσφορά ήταν η πεμπτουσία της ανωτερότητας, της αγάπης και της αλληλεγγύης. Ήθελε να σου δίνει γνώση, να σου μεταλαμπαδεύσει τη φλόγα του για μάθηση, για να γίνεις καλύτερος, να σου δίνει συμβουλές, που πήγαζαν από τις εμπειρίες της ζωής του, με ανιδιοτέλεια και χωρίς εγωισμό. Σου έδινε χώρο να αναπτυχθείς, εμβαθύνοντας στις σκέψεις σου και αναγνωρίζοντας τα συναισθήματά σου. Δε σχολίαζε ποτέ με κίτρινη διάθεση, δεν έμπαινε στη διαδικασία δημιουργίας ίντριγκας, δεν αποζητούσε την επιβεβαίωση μέσω της μείωσης των άλλων.

Είχε αναπτυγμένο το κριτήριο της αισθητικής, ήταν καλαίσθητος, προσεγμένος, φινετσάτος. Απεχθάνονταν τη μετριότητα και διακρινόνταν για το χιούμορ του. Έκανε λογοπαίγνια, βάπτιζε με παρατσούκλια τους πάντες, πείραζε με σοβαροφάνεια τους σοβαροφανείς και παράλληλα εξέπεμπε κύρος, ήταν αξιοσέβαστος και στεκόταν πάντα στο ύψος των περιστάσεων.

Δεν θεωρούσε τον εαυτό του το επίκεντρο ούτε καν του δικού του κόσμου, γιατί αυτός ο δικός του κόσμος είχε τόσα πολλά που τον γοήτευαν και προσπαθούσε να τα διερευνήσει. Τα καταπληκτικά ταξίδια του σε όλα τα μήκη και τα πλάτη, η ικανότητά του να τα διασώζει φωτογραφίζοντας με επιμέλεια και γνώση, η ενασχόληση του με τα κοχύλια του που είχε ως αποτέλεσμα μια έξοχη συλλογή, η λατρεία των πετρωμάτων της γης και των απολιθωμάτων. Ο κόσμος του εμπλουτίστηκε με την διερεύνηση των αστερισμών και της Σελήνης και κατέληξε η αστρονομία να γίνει ένα ακόμη αγαπημένο χόμπι του. Τα τελευταία χρόνια τον είχε συνεπάρει επιπλέον η συστηματική μελέτη των αρχαίων Ελληνικών. Ανακάλυπτε συνεχώς ετυμολογικούς συσχετισμούς, λέξεις και νοήματα και παθιαζόταν. Αναρωτιόταν συχνά πώς είναι δυνατόν κάποιοι άνθρωποι να πλήττουν. «Δεν προλαβαίνω» έλεγε, «δεν μου φτάνει ο χρόνος, έχω τόσα πολλά να κάνω και να μάθω». Όλες, οι αναρίθμητες δραστηριότητές του, είχαν την ουσιαστική βοήθεια, τη στήριξη και την τρυφερή συμπαράσταση της συζύγου και της κόρης του. Ο μικρούλης εγγονός του ήταν το τελευταίο θαύμα της φύσης που λάτρεψε.

Η απώλεια ενός τόσο σύνθετου και παιδευμένου μυαλού είναι τεράστια. Η απώλεια ενός τόσο γλυκού ανθρώπου, είναι δυσαναπλήρωτη για την οικογένεια του, τους φίλους και τους συνεργάτες του. Θα τον θυμόμαστε με αγάπη.

Ανθούλα Διαμάντη-Κηπιώτη
Μάρτιος 2016

12ο ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Παρασκευή, 20 Μαΐου 2016

08.30 - 09.30 Εγγραφές
09.30 - 09.45 Τελετή Έναρξης
09.45 -10.30 Εφαρμογές της ψηφιακής τεχνολογίας στο Μουσείο της Ακρόπολης
Ομότιμος Καθηγητής ΑΠΘ **Δημήτριος Παντερμαλής**,
Πρόεδρος του Δ. Σ. του Μουσείου Ακροπόλεως
Συντονιστής: *Δρ. Πέτρος Δαμουλής*
10.30 -11.30 Αλληλεπίδραση γενετικής και μικροβιολογίας στην περιοδοντική θεραπεία. **B. Loos**
11.30 -12.00 Διάλειμμα καφέ
Συντονίστρια: *Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δήμητρα Σακελλάρη*
12.00-13.30 Εξατομικευμένη προσέγγιση στην Περιοδοντολογία: Κατηγοριοποίηση των ασθενών για ιδανικό σχέδιο θεραπείας. **W. Giannobile**
13.30-14.00 Συζήτηση
14.00-15.00 Ελαφρύ γεύμα
Συντονιστής: *Καθηγητής Ιωάννης Βρότσος*
15.00-16.30 Τα αποτελέσματα της περιοδοντικής θεραπείας από την σκοπιά των ασθενών. **F. Graziani**
16.30-17.00 Συζήτηση
17.00-18.00 Δορυφορική εκδήλωση – *Χορηγός Plac Control*
18.00-19.30 Δεξίωση – *Ευγενική χορηγία Plac Control*

Σάββατο, 21 Μαΐου 2016

08.30 - 09.30 Εγγραφές
Συντονιστής: *Καθηγητής Αντώνης Κωνσταντινίδης*
09.30-10.30 Περιοδοντική εμβιομηχανική γύρω από δόντια. **W. Giannobile**
10.30-11.30 Περιοδοντική εμβιομηχανική γύρω από εμφυτεύματα. **W. Giannobile**
11.45-12.15 Διάλειμμα καφέ
Συντονιστής: *Αναπληρωτής Καθηγητής Ιωάννης Βούρος*
12.00-13.30 Απλοποιημένες τεχνικές για περιοδοντική ανάπλαση. **L. Trombelli**
13.30-14.00 Συζήτηση
14.00-15.00 Ελαφρύ γεύμα
Συντονιστής: *Καθηγητής Φοίβος Μαδιανός*
15.00-16.30 Εξελιγμένες αναπλαστικές τεχνικές. **G. Rasperini**
16.30-17.10 Συζήτηση

Κυριακή, 22 Μαΐου 2016

Συντονιστής: Δρ. Ανδρέας Παράσχης
09.30-10.30 Ορθοδοντική και Περιοδοντολογία. **G. Rasperini**
10.30-11.30 Σχέδιο θεραπείας με εμφυτεύματα με βάση τις ανάγκες του ασθενή. **G. Pagni**
11.30-12.00 Διάλειμμα καφέ
Συντονιστής: *Χαράλαμπος Καλαϊτζάκης*
12.00-12.45 Κυτταρική θεραπεία για περιοδοντική και οστική ανάπλαση. **G. Pagni**
12.45-13.30 Καινοτόμες εφαρμογές μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων στη θεραπεία της περιοδοντίτιδας. **Δ. Απατζίδου και Α. Μπακοπούλου**
13.30-14.30 Συμπεράσματα – Πέρας Συμποσίου

Οκτώ στα δέκα άτομα άνω των 35 ετών παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα με τα ούλα τους. Η συχνότητα αλλά και η βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου αυξάνει με την ηλικία και επιβαρύνεται από εξωγενείς παράγοντες, με κυριότερο το κάπνισμα.

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η επιτυχής περιοδοντική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει δείκτες που έχουν σχέση με την καλή λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Σωστή προσωπική στοματική υγιεινή, ενημέρωση για τα συμπτώματα της περιοδοντικής νόσου και τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση πολλών συστηματικών διαταραχών ή νόσων αλλά και στον έλεγχό τους.

Η περιοδοντική νόσος είναι η πιο κοινή νόσος στον ευρωπαϊκό πληθυσμό. Οκτώ στα δέκα άτομα άνω των 35 ετών παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα με τα ούλα τους. Η συχνότητα αλλά και η βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου αυξάνει με την ηλικία και επιβαρύνεται από εξωγενείς παράγοντες, με κυριότερο το κάπνισμα. Δυστυχώς όμως, η περιοδοντική νόσος δεν παρουσιάζει πόνο ή άλλη ιδιαίτερη συμπτωματολογία στα αρχικά της στάδια, πλην της αιμορραγίας των ούλων.

Αποτέλεσμα αυτού είναι ο ασθενής να μην είναι ενήμερος για το πρόβλημα παρά όταν η νόσος βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια όπου τα ούλα υποχωρούν και παρουσιάζεται κινητικότητα των δοντιών.

Είναι επίσης σημαντικό να υπογραμμίσουμε ότι στους καπνιστές ακόμη και η αιμορραγία των ούλων είναι συχνά περιορισμένη παρά τη ταχύτερη εξέλιξη της νόσου. Η έγκαιρη διάγνωση της περιοδοντικής νόσου από τον οδοντίατρο είναι καθοριστικής σημασίας καθώς η πρόληψη και η αντιμετώπισή της είναι εύκολη και αποτελεσματική.

Ακόμη πιο σημαντικό είναι ότι μετά την αρχική θεραπεία είναι απόλυτα απαραίτητο ο ασθενής να επισκέπτεται τον οδοντίατρο ή τον περιοδοντολόγο ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να εξασφαλίζεται η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία συμμετέχει δυναμικά στον εορτασμό της Ευρωπαϊκής Ημέρας Περιοδοντολογίας με ενημέρωση των μελών της, της οδοντιατρικής και ιατρικής κοινότητας, αλλά και του ελληνικού κοινού, μέσω ανακοινώσεων στον Τύπο, στην ιστοσελίδα της καθώς και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Επιπλέον, θα γίνει ιδιαίτερη αναφορά και ενημέρωση στο 12ο Συμπόσιο Περιοδοντολογίας, την κορυφαία εκδήλωση της Εταιρείας μας που θα λάβει χώρα στις 20-22 Μαΐου 2016 στη Αίγλη Ζαππείου με ένα ιδιαίτερα πλούσιο επιστημονικό πρόγραμμα από διακεκριμένους ομιλητές.

Τέλος, η συσχέτιση περιοδοντικής και γενικής υγείας θα παρουσιασθεί εκτενώς στην ημερίδα που διοργανώνει η ΕΠΕ στις 3 Δεκεμβρίου στον Πειραϊκό Σύνδεσμο σε συνεργασία με τον Οδοντιατρικό Σύλλογο Πειραιά και με τη συμμετοχή αρκετών ιατρικών επιστημονικών εταιρειών.

Για περισσότερες πληροφορίες:
www.periodontology.gr
www.efp.org
www.youtube.com/watch?v=E-i18IOkzfE
www.efp.org/publications/perio-focus-greenpaper-v3.pdf

Το Δ.Σ. της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρείας, βρίσκεται στη δυσάρεστη θέση να σας πληροφορήσει για το θάνατο ενός διακεκριμένου μέλους της, του Παναγιώτη (Τάκη) Κωσταρίδη. Η οικογένειά του μας απέστειλε την παρακάτω ανακοίνωση, την οποία σας παραθέτουμε

Για το Δ. Σ.

Ο Γενικός Γραμματέας
Χαράλαμπος Καλαϊτζάκης

Ο Πρόεδρος
Δρ. Πέτρος Δαμουλής

Τον Παναγιώτη (Τάκη) Κωσταρίδη, Ιδρυτικό μέλος της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρείας και Πρόεδρο του Α΄ Διοικητικού Συμβουλίου της 8ης Οκτωβρίου 1982, αποχαιρέτησαν η οικογένειά του, οι συγγενείς και οι στενοί φίλοι του στις 30 Μαρτίου 2016.
Επιθυμία του εκλιπόντος, λόγω της ιδιαίτερης σχέσης του με την ΕΠΕ, ήταν να κατατεθούν τυχόν δωρεές υπέρ της Εταιρείας.
Στην μνήμη του η οικογένειά του κατέθεσε το ποσό των 500 ευρώ για τους σκοπούς της ΕΠΕ.

Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία
Alpha Bank IBAN GR97 0140 3490 14800 2002 003 228
Μνήμη Τάκη Κωσταρίδη

BioRoot™ RCS, ένα νέο βιοϋλικό για τη μόνιμη έμφραξη των ριζικών σωλήνων

Stephane Simon DDS, MPhil, PhD, DSc, Anne-Charlotte Flouriot DDS

Εισαγωγή

Λόγω της προόδου της επιστημονικής γνώσης, οι ενδοδοντικές θεραπείες μας προσφέρουν τώρα πια εξαιρετικά προβλέψιμα αποτελέσματα. Όμως τα αποτελέσματα αυτά, συνδέονται με το σεβασμό στον αριθμό των βημάτων που τώρα πια είναι ξεκάθαρα αναγνωρισμένα ως τα στοιχεία κλειδιά για την επιτυχία μιας ενδοδοντικής θεραπείας. Ιδιαιτέρως, η έμφραξη του ριζικού σωλήνα είναι ένα από αυτά. Για την κλινική εφαρμογή τους απαιτείται γνώση και επιμέλεια (Ray and Trope, 1995).

Αποστειρώνοντας και αποκτώντας ένα ριζικό σωλήνα καθαρό από μικρόβια, λόγω της απολύμανσης του, είναι μέχρι τώρα, αδύνατο να κατακτηθεί (Siqueira et al 1997). Εκτός από την απολύμανση, η έμφραξη του ριζικού σωλήνα είναι υπεύθυνη στο να παγιδεύσει τα υπολειπόμενα βακτήρια, να γεμίσει το χώρο που έχει απολυμανθεί και να τον εμφράξει οριστικά, με σκοπό να αποφευχθεί οποιαδήποτε μικροβιακή διείσδυση στην περιακρορριζική περιοχή.

Σύγχρονες τεχνικές για τη μόνιμη έμφραξη των ριζικών σωλήνων βασίζονται στη σχέση της γουταπέρκας (ο πυρήνας της έμφραξης) και του εμφρακτικού υλικού. Το τελευταίο λειτουργεί ως εμφρακτικό υλικό και, λόγω της ρευστότητάς του, είναι ικανό να απλωθεί σε οποιοδήποτε ελεύθερο χώρο, ιδιαιτέρως σ' εκείνους τους ριζικούς σωλήνες που δεν είναι αρκετά διευρυμένοι κατά τη διάρκεια της μηχανικής επεξεργασίας του ριζικού σωλήνα.

Ανάλογα με την τεχνική που χρησιμοποιεί ο κλινικός οδοντίατρος, η γουταπέρκα συμπυκνώνεται διαφορετικά: πλάγια, όταν χρησιμοποιεί την εν ψυχρώ πλάγια συμπύκνωση ή κάθετα, όταν χρησιμοποιεί την εν θερμώ κάθετη συμπύκνωση. Αυτές οι δύο τεχνικές δίνουν καλά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, εφόσον ο ριζικός σωλήνας εμφράσσεται στο μεγαλύτερο μέρος του με γουταπέρκα και με μικρή ποσότητα μόνιμου εμφρακτικού υλικού ριζικών σωλήνων. Η ποσότητα του τελευταίου θα πρέπει να είναι ελάχιστη, αφού αποσυντίθεται και μπορεί μακροπρόθεσμα να μας οδηγήσει στην μικροβιακή επιμόλυνση του ριζικού σωλήνα.

Η τεχνική του ενός κώνου, μια αρκετά παλαιότερη τεχνική, είναι ακόμα πολύ δημοφιλής στους οδοντιάτρους, γρήγορη και εύκολη στην εφαρμογή της. Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει τη τοποθέτηση ενός μόνου κώνου γουταπέρκας με μεγάλη ποσότητα κονίας, η οποία λειτουργεί ως εμφρακτικό υλικό. Δυστυχώς τα συνήθη εμφρακτικά υλικά του ριζικού σωλήνα διαλύονται πολύ εύκολα. Έτσι με την πάροδο του χρόνου, ο ριζικός σωλήνας επιμολύνεται ξανά από μικρόβια, οδηγώντας στην αποτυχία της θεραπείας και στη δημιουργία ακρορριζικής αλλοίωσης. Αν και είναι εύκολη η επίτευξη της θεραπείας αυτής, η τεχνική του ενός κώνου δεν συνιστάται για την έμφραξη των ριζικών σωλήνων (Beatty 1987, Pommel et Camps 2001).

Όμως η τεχνική του ενός κώνου μπορεί να εφαρμοστεί ξανά και να προσφέρει αξιόπιστα αποτελέσματα με τα νέα εισαγόμενα βιοϋλικά που βασίζονται στα βιοκεραμικά, τα οποία έχουν αναπτυχθεί τις τελευταίες δεκαετίες και εισαχθεί στην αγορά ως μόνιμα εμφρακτικά υλικά ριζικών σωλήνων.

Ιδιότητες των βιοκεραμικών υλικών

Τα Βιοκεραμικά υλικά έχουν ειδικά σχεδιαστεί για ιατρική και οδοντιατρική χρήση με το πρόθεμα «βιο» να αναφέρεται στη βιοσυμβατότητά τους. Στον τομέα της Ορθοπεδικής, τα βιοκεραμικά ένθετα χρησιμοποιούνται ως προσθετικές συσκευές, ενώ τα ενεργά και επαναπορροφήσιμα εφαρμόζονται στην ενδοδοντία.

Τα υλικά αυτά αποτελούνται από αλουμίνα, ζιρκόνιο, βιοενεργό ύαλο, υαλοκεραμικά, επικαλύψεις, σύνθετες ρητίνες, υδροξυαπατίτη, επαναπορροφήσιμο φωσφορικό ασβέστιο και υάλους ακτινοθεραπείας (Dubock 2000, Best et al 2008). Μεταξύ αυτών, τα υλικά που περιέχουν φωσφορικό ασβέστιο χρησιμοποιούνται για τη συμπλήρωση οστικών ελλειμμάτων. Τα πυριτικά ασβεστούχα και βιοσυσσωματώματα (για παράδειγμα το μίγμα τριοξειδίων μετάλλων (MTA)) εισήχθησαν για την ακρορριζική έμφραξη σε περιπτώσεις ακρορριζεκτομών και επίσης για τη μυλική/ριζική θεραπεία στις περιπτώσεις διατρήσεων (Trope and Debelian 2014, Koch and Brave 2009). Τρεις βασικοί τύποι βιοκεραμικών έχουν διακριθεί: 1) Τα βιο-ένθετα κεραμικά υψηλής αντοχής (αλουμίνα, ζιρκόνιο, και άνθρακας), 2) Τα βιοενεργά κεραμικά τα οποία σχηματίζουν άμεσους χημικούς δεσμούς με τα οστά ή τους μαλακούς ιστούς των ζωντανών οργανισμών (Βιοΰαλοι και υαλοκεραμικά) και 3) Τα βιοδιασπώμενα/διαλυτά/επαναπορροφήσιμα κεραμικά (κεραμικά που περιέχουν φωσφορικό ασβέστιο) τα οποία συμμετέχουν ενεργά στη μεταβολική διαδικασία του οργανισμού.

Σύμφωνα με τους κατασκευαστές, αυτά τα εμφρακτικά υλικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με κώνο γουταπέρκας χρησιμοποιώντας την τεχνική του ενός κώνου στην ενδοδοντική θεραπεία ή κατά την επανάληψή της (Koch and Brave 2009 part 3). Αυτά τα εμφρακτικά υλικά κυρίως αποτελούνται από πυριτικό τριασβέστιο, μονοβασικό φωσφορικό ασβέστιο, υδροξείδιο του ασβεστίου και οξείδιο του ζιρκονίου το οποίο προσομοιάζει τη σύνθεση του MTA (Tyagi et al., 2013). Η προαναμεμειγμενη μορφή τους διευκολύνει τη χρήση τους και δημιουργεί άριστες συνθήκες, γιατί ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος ετερογενούς ανάμιξης του υλικού κατά την προετοιμασία του (Yang and Lu, 2008).

Τα βιοκεραμικά έχουν δείξει σημαντικές ιδιότητες, όσο αφορά τη βιοσυμβατότητα και αντιμικροβιακή δράση με εξαιρετική βιοενεργή δράση, ικανά να προάγουν την ενασβεστίωση των περιακρορριζικών ιστών (Zhang et al., 2009, Zhang et al., 2010). Πραγματικά οι ειδικές φυσικοχημικές ιδιότητες των βιοκεραμικών είναι εκείνες που τα καθιστούν τόσο ενδιαφέροντα υλικά για τη χρήση τους στην ενδοδοντία. Αρχικά, λόγω του υδροφιλικού τους προφίλ, μπορούν να σταθεροποιούνται σε υγρό περιβάλλον, όπως η οδοντίνη, η οποία αποτελείται κατά 20% από νερό (Koch and Brave, 2010, part2). Επιπλέον λόγω της ικανότητάς τους στο υγρό περιβάλλον, το μειωμένο ιξώδες και η υψηλής ποιότητας έμφραξη υπάρχει στα βιοκεραμικά υλικά αν τα συγκρίνουμε με όλα τα συνήθη εμφρακτικά υλικά των ριζικών σωλήνων που κυκλοφορούν στην αγορά.

Εξειδικευμένες ιδιότητες και σύνθεση

Το BioRoot™ RCS είναι το καινούργιο μόνιμο εμφρακτικό υλικό ριζικών σωλήνων το οποίο βασίζεται στα υλικά του πυριτικού τριασβεστίου που φέρουν τα πλεονεκτήματα της Ενεργής Βιοπυριτικής Τεχνολογίας και του Biodentine™.

Το πρώτο παρέχει ιατρικό επίπεδο καθαρότητας και σε αντίθεση με τις κονίες τύπου Portland, εξασφαλίζει την καθαρότητα σε πυριτικό ασβέστιο δίχως την παρουσία αλουμίνας και θειϊκού ασβεστίου στη σύνθεσή του. Το BioRoot™ RCS είναι μόνιμο εμφρακτικό ριζικού σωλήνα με βάση μετάλλων, το οποίο χρησιμοποιεί το σύστημα πήξης του πυριτικού τριασβεστίου. Επιπρόσθετα το τμήμα της σκόνης του περιέχει οξείδιο ζιρκονίου ως βιοσυμβατό ακτινοσκιερό υλικό και υδροφιλικό βιοσυμβατό πολυμερές για τη βελτίωση της συγκόλλησης. Το τμήμα του υγρού περιέχει κυρίως νερό, χλωριούχο ασβέστιο ως τροποποιητή πήξης και παράγοντα μείωσης του νερού.

Το BioRoot™ RCS είναι βιοενεργό ενεργοποιώντας τη φυσιολογική διαδικασία και μεταλλοποίηση της δομής της οδοντίνης (Camps 2015, Dimitrova-Nakov 2015). Έτσι δημιουργεί ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την περιακρορριζική επούλωση και έχει βιοενεργές ιδιότητες, συμπεριλαμβανομένης της βιοσυμβατότητας (Reichl 2015), της δημιουργίας υδροξυαπατίτη, της μεταλλοποίησης της δομής της οδοντίνης, του αλκαλικού pH και εμφρακτικές ιδιότητες.

Το BioRoot™ RCS ενδείκνυται για τη μόνιμη έμφραξη των ριζικών σωλήνων σε συνδυασμό με τους κώνους γουταπέρκας και είναι κατάλληλο να χρησιμοποιηθεί με τη τεχνική του ενός κώνου ή της εν ψυχρώ πλάγιας συμπύκνωσης (Camilleri, 2015). Το BioRoot™ RCS σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί αναμιγνύοντας το τμήμα της σκόνης με το τμήμα του υγρού με μια απλή σπάτουλα: δεν χρειάζεται κάποια συσκευή ανάμιξης. Ο χρόνος εργασίας είναι περίπου 15 λεπτά και ο χρόνος πήξης είναι λιγότερο από 4 ώρες στο ριζικό σωλήνα. Επιπλέον το BioRoot™ RCS επιτυγχάνει μια ερμητική έμφραξη με την οδοντίνη και τον κώνο γουταπέρκας (Xuereb 2014) και έχει τη κατάλληλη ακτινοσκιερότητα. Η πάστα φέρει λεία σύνθεση με καλή ροή και την ιδανική συγκράτηση στα εργαλεία με σκοπό να επιτύχουμε την άριστη τοποθέτηση του υλικού στο ριζικό σωλήνα.

Εξαιτίας της χρήσης της Ενεργής Βιοπυριτικής Τεχνολογίας, η οποία δεν περιέχει μονομερή, δεν παρατηρείται συρρίκνωση του BioRoot™ RCS κατά τη διάρκεια της πήξης του επιτυγχάνοντας την ερμητική έμφραξη του ριζικού σωλήνα.

Αν και υπάρχει παρόμοια σύνθεση στο ιξώδες και στην υφή μ' ένα συνήθη εμφρακτικό υλικό, το BioRoot™ RCS θα πρέπει να θεωρείται ως ένα υλικό συγκόλλησης του ριζικού σωλήνα. Η προσαρμογή ενός κώνου γουταπέρκας χρησιμοποιείται ως το μέσο εφαρμογής για την απαραίτητη ροή του BioRoot™ RCS κατά την τοποθέτησή του στο ριζικό σωλήνα. Επίσης το BioRoot™ RCS προτείνεται για τη διευκόλυνση της απομάκρυνσης της ενδοδοντικής θεραπείας όταν απαιτείται η επανάληψη της.

Μια νέα αντίληψη για την έμφραξη των ριζικών σωλήνων

Για να επιτύχουμε τη κατάλληλη έμφραξη του ριζικού σωλήνα και να εμποδίσουμε οποιαδήποτε μικροβιακή επιμόλυνση ή διαρροή υγρών, οι κλινικοί οδοντίατροι έχουν διδαχθεί πάντα να συνδυάζουν ένα υλικό ως πυρήνα μ'ένα εμφρακτικό υλικό για να γεμίσουν το ριζικό σωλήνα. Μέχρι στιγμής, η γουταπέρκα είναι το πιο χρησιμοποιούμενο υλικό γιατί δεν απορροφάται και είναι βιολογικά ανεκτή από τους ιστούς. Δυστυχώς η γουταπέρκα δεν έχει ενδογενείς ιδιότητες συγκόλλησης με την οδοντίνη. Γι' αυτό, επειδή θέλουμε να εξασφαλίσουμε την ερμητική έμφραξη οριστικά του ριζικού σωλήνα, απαιτείται η χρήση του εμφρακτικού υλικού. Επίσης το τελευταίο χρησιμοποιείται και για να καλύψει τα κενά, γεμίζοντας τις ανατομικές ιδιομορφίες, ειδικά εκείνες που δεν μπορούν να διευρυνθούν με τη μηχανική επεξεργασία του ριζικού σωλήνα (π.χ. ισθμός, πλάγιοι ή παράπλευροι ριζικοί σωλήνες).

Εκτός αυτού τα εμφρακτικά υλικά των ριζικών σωλήνων υπόκεινται σε συρρίκνωση, αποδόμηση με την πάροδο του χρόνου και δεν έχουν καμιά χημική ικανότητα συγκόλλησης με την οδοντίνη. Το αποτέλεσμα είναι η χρήση μεγάλης ποσότητας υλικού ως πυρήνα με μια εξαιρετικά λεπτή επίστρωση εμφρακτικού υλικού για να βελτιωθεί η ποιότητα της έμφραξης.

Μεταξύ των τεχνικών έμφραξης των ριζικών σωλήνων, η εν ψυχρώ πλάγια και η εν θερμώ κάθετη συμπύκνωση είναι οι καλύτερες τεχνικές. Πραγματικά είναι και οι δύο ικανές στο να πιέζουν το εμφρακτικό υλικό στις περιοχές όπου δεν προσεγγίστηκαν από εργαλεία, όπου μπορεί να επιμένουν υπολείμματα μικροβίων. Όμως η πρώτη τεχνική αφήνει περίσσεια ψυχρού εμφρακτικού υλικού στο εσωτερικό των ριζικών ανωμαλιών (αντί να αφήνει γουταπέρκα) και η δεύτερη απαιτεί την εφαρμογή ενός συμπυκνωτή στα 4 mm από το ακρορρίζιο. Επιπλέον, με την εν θερμώ πλάγια συμπύκνωση, μια μεγάλη ποσότητα της μυλικής οδοντίνης θα πρέπει να απομακρυνθεί προκαλώντας ανησυχία μεταξύ των κλινικών οδοντιάτρων, αφού πιθανώς παρατηρείται εξασθένιση της δομής του δοντιού (Trope and Debelian 2014).

Επιπλέον οι τεχνικές αυτές είναι χρονοβόρες, πλήρως εξαρτημένες από τον οδοντίατρο και απαιτούν τη χρήση οπτικών βοηθημάτων για να εξασφαλιστούν οι καλύτερες πιθανότητες επιτυχίας. Όμως στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι από τους κλινικούς οδοντίατρους ακόμη χρησιμοποιούν την τεχνική του ενός κώνου, αφού γίνεται εύκολα και γρήγορα. Λόγω της εισαγωγής των εξαιρετικά λεπτών ενδοδοντικών εργαλείων Νικελίου Τιτανίου, διατίθενται στην αγορά τώρα πια κώνοι γουταπέρκας που ταιριάζουν σε στενές διαμέτρους και ακρορριζικά σύμφωνα με την τελευταία χρησιμοποιούμενη ρίνη του συγκεκριμένου συστήματος. Η ικανότητα της ακρορριζικής έμφραξης του ενός κώνου που τοποθετείται στον ριζικό σωλήνα επιτυγχάνεται σ' αυτή την περίπτωση στο ακρορριζικό τριτημόριο, λόγω της απόλυτης συμφωνίας της τελευταίας ρίνης και του σχεδιασμού του κώνου γουταπέρκας. Όμως, λόγω του μη-στρογγυλού σχήματος της διατομής του ριζικού σωλήνα στο μέσο και μυλικό τριτημόριο, ο κώνος δεν ταιριάζει απόλυτα σ' έναν ωοειδή ριζικό σωλήνα. Έτσι ο υπολειπόμενος χώρος γεμίζει με εμφρακτικό υλικό ή παραμένουν κενά (Angerame et al., 2012, Schafer et al., 2013, Somma et al., 2011). Μ' αυτά τα δεδομένα, η τεχνική του ενός κώνου δε θεωρείται αξιόπιστη αφού πραγματοποιείται μια ατελής έμφραξη.

Τα βιοκεραμικά εμφρακτικά υλικά μπορεί να θεωρηθούν ως μια ενδιαφέρουσα λύση για να γίνουν τα βήματα μιας ενδοδοντικής έμφραξης αξιόπιστα και εύκολα στην επίτευξή τους, πιθανώς αντικαθιστώντας τα εμφρακτικά υλικά οξειδίου ψευδαργύρου και ευγενόλης. Στο άρθρο αυτό θα παρουσιαστεί μια τρισδιάστατα ερμητική και μακρόχρονη έμφραξη κατά μήκος ολόκληρου του ριζικού σωλήνα δίχως τη χρήση κάποιας τεχνικής συμπίεσης. Χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με τον προσαρμοσμένο κώνο γουταπέρκας και χάρη την ικανότητα τους στην υγρασία και του ιξώδους τους, τα βιοκεραμικά υλικά μπορούν να εξαπλώνονται σ'όλες τις ιδιαιτερότητες του ριζικού σωλήνα και στις περιοχές όπου δεν προσέγγισαν τα εργαλεία. Επιπρόσθετα, οι συγκολλητικές τους ιδιότητες με την οδοντίνη και η μειωμένη ανάγκη τους για την υπερβολική απομάκρυνση του μυλικού ιστού βελτιώνει μελλοντικά την αντίσταση της ρίζας στα κατάγματα. Τελικά αυτή η νέα κατηγορία υλικών μπορεί να απλοποιήσει το στάδιο της έμφραξης των ριζικών σωλήνων, κάνοντάς την παραγωγική στα χέρια του κάθε κλινικού οδοντιάτρου, δίχως να απαιτεί κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση. Το σημαντικότερο είναι ότι αυτή η τεχνική θα μπορούσε να δώσει ισοδύναμα κλινικά αποτελέσματα, αν κι όχι καλύτερα, όταν συγκριθεί με τη χρυσή σταθερά. Στην πραγματικότητα μεταξύ τους, το BioRoot™ RCS είναι ένα από αυτά τα νέα βιοκεραμικά υλικά. Ο σκοπός του συγκεκριμένου άρθρου είναι να περιγράψει τις ιδιότητες και να εισάγει έναν νέο τρόπο αντιμετώπισης αυτού του βιοϋλικού, όχι απλώς ως ενός απλού εμφρακτικού υλικού, αλλά ως ενός αληθινού εμφρακτικού υλικού ριζικών σωλήνων. Αν αυτό το υλικό μπορεί να θεωρηθεί ως αξιόπιστο, εμείς μπορούμε να βοηθήσουμε στην πραγματικά θεμελιώδης αλλαγή της ενδοδοντικής θεραπείας.

Περιγραφή της τεχνικής και ένα κλινικό περιστατικό

Από κλινική άποψη, η διαδικασία είναι παρόμοια με την τεχνική του ενός κώνου. Όμως μερικές σημαντικές διαφορές επιβεβαιώνουν την αξιοπιστία του BioRoot™ RCS σε αυτή την τεχνική. Πραγματικά η τεχνική του ενός κώνου εμφράσσει μ'ένα μόνο κώνο. Αντιθέτως εδώ, ο κώνος χρησιμοποιείται ως ο μεταφορέας που τοποθετείται για να επιτρέψει την απομάκρυνση του υλικού σε περιπτώσεις επανάληψης της ενδοδοντικής θεραπείας. Φυσικά δεν θα πρέπει να θεωρείται ως ο πυρήνας της έμφραξης. Η έμφραξη του ριζικού σωλήνα γίνεται αποκλειστικά και μόνο από το BioRoot™ RCS.

Κλινικό Περιστατικό:

Μια νέκρωση πολφού έχει διαγνωστεί στο 36 δόντι ενός άρρεν ασθενή 47 ετών. ***(Εικ. 1)***

Εικ 1: Αρχική ακτινογραφία του 36 δοντιού ενός άντρα 47 ετών.

• Αφού διαμορφώθηκε το σχήμα του ριζικού σωλήνα και έγινε η απαραίτητη προετοιμασία λέπτυνσης, ο ριζικός σωλήνας απολυμάνθηκε με διακλυσμούς χρησιμοποιώντας 3% διάλυμα υποχλωριώδους νατρίου. Μια τελική πλύση με 17% EDTA και ένας τελικός διακλυσμός με υποχλωριώδες νάτριο γίνεται πριν την εφαρμογή του κώνου γουταπέρκας.

• Οι ριζικοί σωλήνες στεγνώνονται με κώνους χάρτου.

• Το BioRoot™ RCS αναμιγνύεται, σύμφωνα με τις οδηγίες του κατασκευαστή.

• Κάθε κώνος γουταπέρκας μπαίνει στο αναμεμιγμένο υλικό για να καλυφθεί ολόκληρη η επιφάνεια του κώνου. Μετά απαλά εισάγεται στο ριζικό σωλήνα μέχρι να φτάσει στο μήκος εργασίας.

• Ο κώνος κόβεται στην είσοδο του ριζικού σωλήνα μ' ένα ζεστό εργαλείο και συμπιέζεται ελαφρά μ' ένα εργαλείο συμπύκνωσης.

• Ο δεύτερος και ο τρίτος ριζικός σωλήνας εμφράσσεται με ανάλογο τρόπο ***(Εικ. 2)***.

• Ο ασθενής απευθύνεται σε γενικό οδοντίατρο

Εικ. 2: Τελική ακτινογραφία μετά την ολοκλήρωση της ενδοδοντικής θεραπείας. Οι ριζικοί σωλήνες επεξεργάστηκαν μηχανικά με WaveOne Gold (Dentsply-France), απολυμάνθηκαν με διάλυμα 3% υποχλωριώδους νατρίου και εμφράχθηκαν με BioRoot™ RCS, το οποίο τοποθετήθηκε με τη βοήθεια 6% εκλεπτυσμένου κώνου γουταπέρκας.

για την αποκατάσταση του δοντιού με ενδορριζικό άξονα, ανασύσταση μύλης και στεφάνη.

• Ο ασθενής καλείται για επανεξέταση σε 6, 12 και 24 μήνες μετά τη θεραπεία. Σημείωση: ο ασθενής θεραπεύτηκε υπό το πλαίσιο μιας τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής (δες παρακάτω), δικαιολογώντας τον 3 φορές επανέλεγχό του ***(Εικ. 3)***.

Εικ. 3: Ακτινογραφία επανελέγχου στους 24 μήνες.

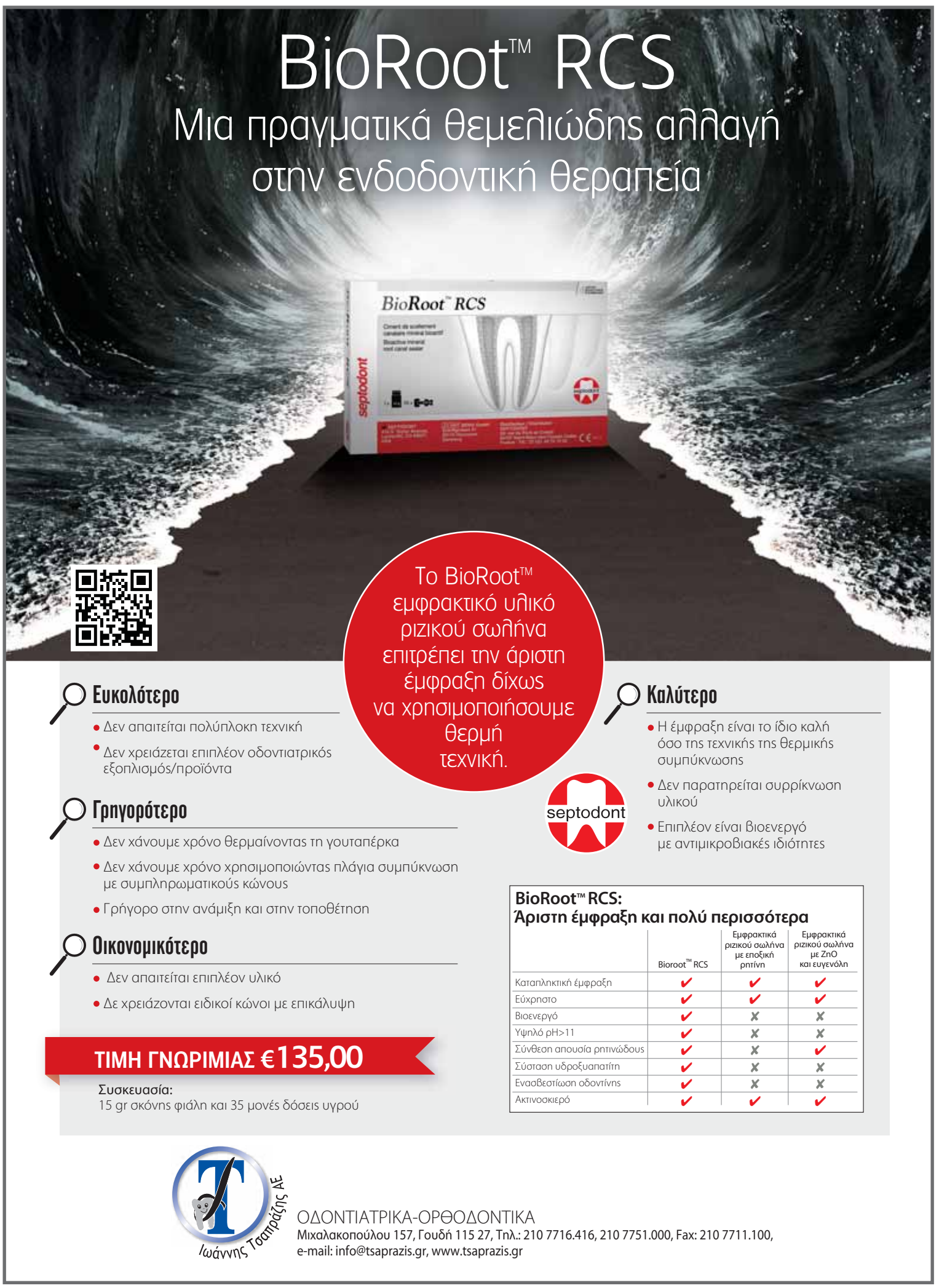
Στην ακτινογραφία του επανελέγχου του στους 24 μήνες, δεν υπήρχαν σημεία φλεγμονής του οστού. Αυτό το γεγονός συνδυάζεται με την απουσία πόνου ή ενόχλησης από τον ασθενή και ότι το δόντι του ήταν λειτουργικό. Γι' αυτό η θεραπεία θεωρείται πετυχημένη.

Αυτό το κλινικό περιστατικό είναι ένα από τα 22 κλινικά περιστατικά της τυχαίας κλινικής δοκιμής συγκρίνοντας την επιτυχία της ενδοδοντικής θεραπείας χρησιμοποιώντας την εν θερμώ κάθετη συμπύκνωση της γουταπέρκας σε σχέση με την εφαρμογή του BioRoot™ RCS που περιγράψαμε προηγουμένως. Οι επανέλεγχοι των 24 μηνών συνεχίζονται, μερικά από τα κλινικά περιστατικά δεν έχουν ακόμη ολοκληρωθεί. Ο αριθμός καταγραφής της τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής είναι NCT01728532 και το πλήρες πρωτόκολλο διατίθεται στο https://clinicaltrials.gov.

Τα αποτελέσματα ακόμη αναλύονται και είναι πολύ ενθαρρυντικά, ώστε μας επιτρέπουν να θεωρήσουμε αυτή τη τεχνική ικανοποιητικά αξιόπιστη για να περιγραφεί εδώ.

Συμπέρασμα

Η ενδοδοντία βρίσκεται συνεχώς υπό νέες εξελίξεις. Τα τελευταία 20 χρόνια, η έρευνα στα εργαλεία και η δημιουργία νέων είναι πολύ ενεργή. Πραγματικά, η απολύμανση και οι τεχνικές διακλυσμών αποτελούν τους δύο πιο εστιαζόμενους τομείς για έρευνα. Οι διαδικασίες μηχανικής διαμόρφωσης και η απολύμανση των ριζικών σωλήνων έχει σημαντικά απλοποιηθεί. Έτσι ο κάθε κλινικός οδοντίατρος ενδιαφέρεται τώρα πια για την ενδοδοντία αφού μπορεί να ολοκληρώσει κάθε εύκολη/μέτριας δυσκολίας ενδοδοντική θεραπεία με καλά αποτελέσματα δίχως κάποια δυσκολία. Η έμφραξη των ριζικών σωλήνων, το τελικό στάδιο της διαδικασίας, είναι συνήθως μια μεγαλύτερης δυσκολίας και χρονοβόρα διαδικασία. Όμως μ' αυτή τη νέα προσέγγιση της έμφραξης του ριζικού σωλήνα, τα όποια εμπόδια προσπερνιούνται. Λαμβάνοντας υπόψη τη ρευστότητα του BioRoot™ RCS ως εμφρακτικού υλικού και όχι απλώς ως μια κονία έμφραξης, αντιπροσωπεύεται η έννοια μιας πραγματικής θεμελιώδους αλλαγής της ενδοδοντικής θεραπείας. Τα αρχικά αποτελέσματα της τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής είναι πολύ ενθαρρυντικά. Περισσότερες κλινικές έρευνες είναι απαραίτητες για τη μελλοντική επιβεβαίωση αυτής της απλούστερης έμφραξης των ριζικών σωλήνων.



«Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού»

Κωνσταντίνος Ι. Ουλής
Καθηγητής, Διευθυντής Εργαστηρίου Παιδοδοντιατρικής Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Μέλος Δ.Σ. ΕΟΟ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Προγράμματος ΕΟΟ
cjoulis@paedoclinic,gr, cjoulis@dent.uoa.gr

Το «Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού» συμπληρώνει 15 χρόνια επιτυχημένης εφαρμογής, επεκτείνοντας τη δράση της αγωγής στοματικής υγείας με τη μέθοδο της βιωματικής μάθησης στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, 4-6 ετών. Στο σημερινό φύλλο έχουμε την τιμή και την χαρά να φιλοξενούμε τον Καθηγητή Παιδοδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, κ. **Κωνσταντίνο Ουλή** ο οποίος ως εμπνευστής και Επιστημονικός υπεύθυνος του Προγράμματος, μας εξηγεί την φιλοσοφία και τους πυλώνες πάνω στους οποίους έχει συγκροτηθεί το πρόγραμμα καθώς και τους στόχους που υπηρετεί, υπογραμμίζοντας παράλληλα τα τεράστια οφέλη από την εφαρμογή του για την Οδοντιατρική και το κοινό στο οποίο απευθύνεται.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Κε Ουλή, πότε ξεκίνησε η εφαρμογή του «Προγράμματος Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού» και ποιοι στόχοι έχουν επιτευχθεί μέχρι σήμερα;

Το «Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού» ξεκίνησε το 2001 και υλοποιείται ανελλιπώς τα τελευταία 15 χρόνια από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία με την συμβολή κάθε εθελοντή οδοντιάτρου σε όλη την Ελλάδα και με την χορηγία της Colgate. Αποτελεί ένα σύνολο μελετών, δραστηριοτήτων και εκδηλώσεων με σκοπό την προαγωγή της Στοματικής Υγείας των Ελλήνων. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα απαρτίζεται από τρεις πυλώνες: **1) την αγωγή στοματικής υγείας 2) την έρευνα, και 3) τον Μήνα Στοματικής Υγείας** που προσφέρουν μια ολοκληρωμένη πρόταση για την βελτίωση της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού στη βάση της ενημέρωσης, της έρευνας με σκοπό την άντληση στοιχείων για δημιουργία προτάσεων και την εμπέδωση της σημασίας της στοματικής υγείας στον πληθυσμό. Οι στόχοι του προγράμματος αξιολογούνται στο τέλος κάθε τριετίας διασφαλίζοντας τη συνεχή ανάπτυξή του.

1. Αγωγή Στοματικής Υγείας: Ο πρώτος πυλώνας του προγράμματος είναι η **Αγωγή Στοματικής Υγείας** που περιλαμβάνει: α) **τις δραστηριότητες αγωγής στοματικής υγείας για παιδιά** με την κλασική αγωγή **από εθελοντές οδοντιάτρους** σε σχολεία, β) την **αγωγή στοματικής υγείας με την μέθοδο της βιωματικής μάθησης από τους εκπαιδευτικούς στην τάξη σε παιδιά ηλικίας 9, 12 ετών** και γ) **την αγωγή στοματικής υγείας με τη βιωματική μάθηση στα Νηπιαγωγεία σε παιδιά 3-6 ετών.**

Οι νόσοι του στόματος όσον αφορά στη τερηδόνα και το περιοδόντιο είναι συμπεριφεριολογικά εξαρτώμενες και ο κόσμος έχει άγνοια βασικών και απλών πραγμάτων που θα του έλυνε τα προβλήματα. Τα προγράμματα αγωγής υγείας αποτελούν το κλειδί για την ανάπτυξη σωστών αντιλήψεων και συμπεριφορών του πληθυσμού αναφορικά με τη στοματική υγεία και η ανάγκη πληροφόρησης και εκπαίδευσης του κοινού με την χρήση του κατάλληλου ενημερωτικού και επιμορφωτικού υλικού για να είναι τα μηνύματα ενιαία είναι επιτακτική.

α) Κλασική Αγωγή: Σε αυτό το πλαίσιο διαμορφώθηκε από το 2001 με τον παραδοσιακό τρόπο το πρόγραμμα αγωγής υγείας, επιδιώκοντας να αποτελέσει ένα εργαλείο των Οδοντιατρικών Συλλόγων σε κάθε νομό της χώρας. Με επικεφαλής τους κατ΄ εξοχήν αρμόδιους για την Στοματική Υγεία, τους οδοντιάτρους, και την παράλληλη ενεργοποίηση και συμμετοχή όλων των κοινωνικών φορέων, κατέστη εφικτή η παρέμβαση επιμόρφωσης στη τοπική κοινωνία με την σχεδίαση και υλοποίηση μόνιμων δραστηριοτήτων.

Η Αγωγή Στοματικής Υγείας για παιδιά εφαρμόζεται κάθε χρόνο με επιτυχία από τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους της κάθε περιοχής. Εκπαιδευτικό υλικό με βιβλία, διαφάνειες και εκμαγεία, αποστέλλεται περιοδικά σε όλους τους Συλλόγους, ώστε να είναι άρτια εξοπλισμένοι στις παρουσιάσεις και τις ομιλίες τους. Από το 2001 έχουν εκπαιδευτεί περίπου **350.000** μαθητές και μαθήτριες σε όλη τη χώρα. Κατά το σχολικό έτος 2012-2013 ο αριθμός των συμμετεχόντων παιδιών έφτασε τα **25.000.**

β) Αγωγή Στοματικής Υγείας με τη μέθοδο της Βιωματικής Μάθησης: Από το 2010 ξεκίνησε και η αγωγή στοματικής υγείας με τη μέθοδο της βιωματικής μάθησης, ένα ολοκληρωμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην Α'θμια και τη Β'θμια εκπαίδευση, που υλοποιείται με τη συνεργασία εκπαιδευτικού και οδοντιάτρου. Η σύγχρονη αγωγή για την υγεία αξιοποιεί τις αρχές της βιωματικής ή ενεργητικής εκπαίδευσης, αφού **η ικανότητα του παιδιού να «φροντίζει συνολικά τον εαυτό του» δεν είναι κάτι που «μαθαίνεται» άμεσα, αλλά κάτι που κατακτά το παιδί σταδιακά μέσα από διαδικασίες που διευκολύνουν την ομαλή ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.** Μέχρι σήμερα έχουν συμμετάσχει **2.000 σχολικές μονάδες και περισσότεροι από 39.000 μαθητές.**

Μάλιστα, στο πλαίσιο του προγράμματος πραγματοποιήθηκε διαγωνισμός Αφίσας, με τίτλο «Λαμπερά Χαμόγελα, Φωτεινό Μέλλον», στον οποίο συμμετείχαν με τις δημιουργίες τους περισσότερα από 400 παιδιά από όλη την Ελλάδα. Σε ειδική εκδήλωση βραβεύθηκαν παιδιά από σχολεία της Χίου, της Αθήνας, της Κομοτηνής και της Θεσσαλονίκης για τη διάκρισή τους.

γ) Αγωγή στοματικής υγείας με βιωματική μάθηση στα Νηπιαγωγεία (Νέο Πρόγραμμα 2014-2016): Ανταποκρινόμενοι στις ανάγκες της κοινωνίας για εξέλιξη και κάλυψη όλων των ηλικιών των παιδιών, αποφασίστηκε η διεύρυνση της αγωγής στοματικής υγείας με τη βιωματική μάθηση και στην προσχολική ηλικία, δηλαδή στους παιδικούς σταθμούς και τα νηπιαγωγεία. Για το πρόγραμμα στα νηπιαγωγεία ακολουθούνται περίπου τα ίδια βήματα, με κάποιες διαφοροποιήσεις που επισημαίνονται στη συνέχεια. Παράλληλα με τη συνεργασία των τοπικών Οδοντιατρικών Συλλόγων σε όλη τη χώρα, στο νέο πρόγραμμα ξεκινάει και η συνεργασία με την Ελληνική Παιδοδοντική Εταιρεία, ώστε το δίκτυο των παιδοδοντιάτρων και οδοντιάτρων σε όλη την Ελλάδα να παρέχει στο πρόγραμμα την απαιτούμενη εξειδίκευση για την ηλικιακή ομάδα του νηπιαγωγείου.

2. Έρευνα: Εκτός από την Αγωγή Στοματικής Υγείας του πληθυσμού, η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία χρειαζόταν επιδημιολογικά και οικονομοτεχνικά στοιχεία, που μέχρι τότε δεν υπήρχαν, πάνω στα οποία θα μπορούσε να στηρίξει τις προτάσεις της για παρέμβαση από την Πολιτεία και το πρόγραμμα αυτό ήταν ευκαιρία να καλύψει και την ανάγκη αυτή. Οι ερευνητικές προσπάθειες είχαν τρείς κατευθύνσεις:

α) «Επιδημιολογική Κατάσταση της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού» (1η τριετία): Η κατεύθυνση αυτή, σχετίζεται με την καταγραφή της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού, ώστε ο **«Επιδημιολογικός Χάρτης Στοματικής Υγείας του Ελληνικού πληθυσμού»** να αποτελέσει την πρώτη συστηματική προσπάθεια καταγραφής των οδοντιατρικών προβλημάτων και των αναγκών περίθαλψης των κατοίκων της χώρας. Η δημιουργία του πρώτου Επιδημιολογικού Χάρτη της χώρας ολοκληρώθηκε με την εξέταση 6.000 εξετazόμενων ατόμων 5 αντιπροσωπευτικών ηλικιών (5,12,15, 35-45,65-75) σε 11 νομούς της χώρας, και πάνω στα στοιχεία αυτά το Υπουργείο Υγείας **δημιούργησε για πρώτη φορά την Εθνική πολιτική Στοματικής Υγείας για το Ελληνικό πληθυσμό (2010-2013).**

β) «Διερεύνηση των ανισοτήτων και της ικανοποίησης των χρηστών από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και σχέση της Στοματικής Υγείας με την ποιότητα ζωής των Ελλήνων» (2η τριετία): Ο «Επιδημιολογικός Χάρτης» της χώρας μπορούμε να πούμε ότι τροφοδότησε την επόμενη μεγάλη έρευνα στο πλαίσιο του προγράμματος, καθώς διαπιστώθηκε ότι παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές στο επίπεδο στοματικής υγείας του πληθυσμού ανάλογα με το κοινωνικο-οικονομικό του επίπεδο και τη γεωγραφική του θέση. Έτσι στόχος της επόμενης έρευνας ήταν η **«Διερεύνηση των ανισοτήτων και της ικανοποίησης των χρηστών από τις οδοντιατρικές υπηρεσίες και της σχέση της στοματικής υγείας με την ποιότητα ζωής των Ελλήνων»**, με στόχο τα αποτελέσματα της έρευνας να αποτελέσουν τη βάση οικοδόμησης μιας ολοκληρωμένης πολιτικής στοματικής υγείας, η οποία θα κατορθώσει να μειώσει τις ανισότητες όσον αφορά στην στοματική υγεία και την πρόσβαση στην οδοντιατρική περίθαλψη.

γ) Μέτρηση της επίδρασης της αγωγής υγείας με τη μέθοδο της βιωματικής μάθησης στη Στοματική Υγεία των παιδιών και των εφήβων» (3η τριετία): Η έρευνα αυτή παρείχε την επιστημονική επιβεβαίωση ότι η βιωματική μάθηση με την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των παιδιών βελτιώνει περισσότερο την στοματική τους υγιεινή, σε σχέση με τη συμβατική μέθοδο, ανοίγοντας τον δρόμο για την ανάπτυξη της συνεργασίας του οδοντιάτρου με τον εκπαιδευτικό, ο οποίος μπορεί να συμβάλλει τα μέγιστα στη βελτίωση της στοματικής υγείας των παιδιών με την εφαρμογή του προγράμματος βιωματικής μάθησης στην τάξη του σχολείου.

3. Τέλος, η τρίτη κατεύθυνση του προγράμματος είναι ο **Μήνας Στοματικής Υγείας** (Νοέμβριος κάθε έτους) που έχει καθιερωθεί από το 2001 και στο πλαίσιο του οποίου κάθε χρόνο πραγματοποιείται πλήθος εκπαιδευτικών εκδηλώσεων για ενήλικες και παιδιά, ενώ παράλληλα λαμβάνουν χώρα και ενέργειες δημοσιοποίησης του προγράμματος και των μηνυμάτων της Στοματικής Υγείας μέσα από τα Μ.Μ.Ε. και τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους.

Είναι ένα επιπλέον εργαλείο που δυστυχώς οι Σύλλογοι δεν επωφελήθηκαν όσο θα έπρεπε και δεν εκμεταλλεύονται τα οφέλη αυτών των δράσεων σε μόνιμη βάση κάθε χρόνο.

Η προβολή του Προγράμματος στο Πανελλήνιο Οδοντιατρικό Συνέδριο αποτελεί την κορύφωση της δημοσιοποίησης όλων των ετήσιων ενεργειών του προγράμματος. Πλέον, μπορούμε να πούμε ότι έχουμε κατορθώσει το πρόγραμμα να είναι ευρύτερα γνωστό σε μεγάλο μέρος του οδοντιατρικού κόσμου. Με την κοινή προσπάθεια και εντατικοποίηση των ενεργειών του προγράμματος, αναμένουμε ότι μέσα στην επόμενη τριετία θα επεκτείνουμε ακόμη περισσότερο την δυναμική του προγράμματος και τις δράσεις μας.

Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν στο να εντάξετε τη βιωματική μάθηση στην αγωγή στοματικής υγείας των παιδιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης;

Όπως σας προανέφερα, ένας από τους πυλώνες του Προγράμματος είναι η εκπόνηση ερευνών σχετικά με την εικόνα της στοματικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού, οι οποίες λειτουργούν ως κεντρικός άξονας πάνω στον οποίο αποφασίζονται και εφαρμόζονται στοχευμένα οι μελλοντικές μας δράσεις. Από τα αποτελέσματα της επιδημιολογικής έρευνας, διαπιστώσαμε ότι απαιτείται παρέμβαση στα παιδιά προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας, που δεν βουρτσίζουν τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα τα δόντια τους. Για τον λόγο αυτόν, αποφασίσαμε να επικεντρώσουμε την δράση μας σε παιδιά ηλικίας 9-12 και εφήβους ηλικίας 12-15 ετών, κάνοντας χρήση της μεθόδου της βιωματικής μάθησης.

Όλοι γνωρίζουμε τα οφέλη της βιωματικής μάθησης και το κατά πόσο ο εκπαιδευτικός μπορεί να επηρεάσει τα παιδιά στην υιοθέτηση σωστών προτύπων και συμπεριφορών, κατά περιπτώσεις ίσως και περισσότερο από τον γονιό. Παρ' όλα αυτά θέλαμε και με μετρήσιμα στοιχεία να διαπιστώσουμε την επίδραση της βιωματικής μάθησης, συγκεκριμένα στο κομμάτι της στοματικής υγείας. Έτσι αποφασίσαμε να διενεργήσουμε μια έρευνα με τίτλο **«Αγωγή Στοματικής Υγείας με Βιωματική Μάθηση σε παιδιά 9 και 12 ετών στο σχολείο»**, η οποία ολοκληρώθηκε σε δύο φάσεις: η πρώτη, πριν την έναρξη του Προγράμματος Ενημέρωσης για τη Στοματική Υγιεινή, και η δεύτερη φάση μετά την ολοκλήρωσή του – ύστερα από 6 και 18 μήνες.

Από τη μελέτη προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα: **1) Η βιωματική μάθηση βρέθηκε πιο αποτελεσματική από τη συμβατική όσον αφορά** α) στη βελτίωση της στοματικής υγιεινής των παι-

> Ψυχή του προγράμματος είναι οι εθελοντές οδοντίατροι, καθώς αναλαμβάνουν να μεταδώσουν το μήνυμα της σημασίας της καλής στοματικής υγείας και τις βέλτιστες πρακτικές στοματικής υγιεινής στο κοινωνικό σύνολο.

διών 9 ετών, έξι μήνες μετά το πρόγραμμα, β) στη βελτίωση της στάσης και συμπεριφοράς των παιδιών 12 ετών, έξι μήνες μετά το πρόγραμμα και γ) στη βελτίωση της στοματικής υγιεινής και στη μείωση της ουλίτιδας των παιδιών 12 ετών, 6 και 18 μήνες μετά το πρόγραμμα και **2) Η βιωματική μάθηση είναι πιο αποτελεσματική στους εφήβους.**
Θα πρέπει να σημειωθεί ότι για την εφαρμογή της βιωματικής μεθόδου στα σχολεία απαιτούνται συγκεκριμένες διαδικασίες που έχουν αναπτυχθεί καθ' όλα τα χρόνια εφαρμογής του προγράμματος και ακολουθούνται με ελάχιστες τροποποιήσεις ή επικαιροποιήσεις, όπου και όταν απαιτείται.

Πώς επιτυγχάνεται η ομαλή ροή και πώς διασφαλίζεται η επιτυχία του προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας;

Για την εφαρμογή του ολοκληρωμένου εκπαιδευτικού προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας διαμορφώθηκε ένας μηχανισμός που εξασφαλίζει: την οργάνωση και τον συντονισμό των συμμετεχόντων και των ενεργειών, συνεργασίες και υποστήριξη σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο και τέλος, επιστημονική επάρκεια σε θέματα εκπαιδευτικής διαδικασίας, αγωγή υγείας και στοματικής υγείας.
Η Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία με τον Επιστημονικό υπεύθυνο και τη στήριξη του ΔΣ σχεδιάζει και αποφασίζει, ενώ η εταιρεία CMT Προοπτική ΕΠΕ είναι υπεύθυνη για την οργάνωση των διαδικασιών και τη διαχείριση της δράσης. Ο Τοπικός Οδοντιατρικός Σύλλογος και οι Υπεύθυνοι Αγωγής Υγείας είναι υπεύθυνοι για τις συνεργασίες και τη διοργάνωση των λεπτομερειών σε τοπικό επίπεδο. Η Επιστημονική Επιτροπή της Βιωματικής μάθησης και ο Υπεύθυνος Προγράμματος έχουν την επιστημονική ευθύνη της δράσης. Με τη συνέχιση του προγράμματος, διαδικασίες όπως το εκπαιδευτικό υλικό παραμένουν και διαδικασίες όπως η ιστοσελίδα επικαιροποιούνται. Στην ιστοσελίδα του προγράμματος www.oral-health.gr υπάρχουν αναλυτικά τα στάδια εφαρμογής του προγράμματος αγωγής στοματικής υγείας με τη μέθοδο της βιωματικής μάθησης καθώς και το σχετικό εκπαιδευτικό υλικό που χρησιμοποιείται για την πραγμάτωση των συγκεκριμένων δράσεων.

Μιλήστε μας για την πρωτοβουλία σας να επεκταθεί το πρόγραμμα βιωματικής μάθησης και στα παιδιά προσχολικής ηλικίας;

Από τα τελευταία επιδημιολογικά στοιχεία έγινε φανερό ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στην τερηδόνα με τους σχετικούς δείκτες να εμφανίζουν κατακόρυφη αύξηση τα τελευταία χρόνια. Αποφασίστηκε λοιπόν να θέσουμε σε εφαρμογή μια δράση, η οποία θα είναι εστιασμένη στα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας.
Η δράση «Αγωγή Στοματικής Υγείας με τη μέθοδο της Βιωματικής Μάθησης για παιδιά 4-6 ετών», όπως ονομάζεται, εφαρμόστηκε αρχικά πιλοτικά στην Αττική με την συνεργασία του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής (ΟΣΑ) και στην συνέχεια στην υπόλοιπη Ελλάδα σε συνεργασία με τους κατά τόπους Συλλόγους και την Ελληνική Παιδοδοντική Εταιρεία.
Είμαι ιδιαίτερα ενθουσιασμένος με την θέρμη που οι εκπαιδευτικοί και οι εθελοντές παιδοδοντίατροι και οδοντίατροι αγκάλιασαν αυτή την νέα δράση κατά την εκδήλωση έναρξης του προγράμματος, η οποία έλαβε χώρα στις 27 Φεβρουαρίου 2016 στο ξενοδοχείο «Crowne Plaza».
Την ημερίδα παρακολούθησαν με αμείωτο ενδιαφέρον 80 εκπαιδευτικοί και 60 οδοντίατροι, οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν για το νέο πρόγραμμα αλλά και να λάβουν το απαραίτητο εκπαιδευτικό υλικό, ώστε να ξεκινήσουν την υλοποίηση από την τρέχουσα σχολική χρονιά. Οι εκπαιδευτικοί είχαν τη δυνατότητα να γνωρίσουν τους οδοντιάτρους και να ανταλλάξουν απόψεις, με στόχο μια σταθερή σχέση συνεργασίας.
Η εκπαίδευση των συμμετεχόντων συμπεριλάμβανε όχι μόνο τη εισαγωγή στις έννοιες της πρόληψης και της αγωγής στοματικής υγείας μέσα από βιωματικές μεθόδους, αλλά και πρακτικά παραδείγματα και προτάσεις με δραστηριότητες που θα βοηθήσουν τα παιδιά αλλά και τους γονείς στην

Στιγμιότυπο από την εκδήλωση για την έναρξη του Προγράμματος Αγωγής Στοματικής Υγείας με τη μέθοδο της βιωματικής μάθησης στην προσχολική ηλικία. Στο πάνελ διακρίνονται από αριστερά: Ο Πρόεδρος της Ελληνικής Παιδοδοντικής Εταιρείας, κ. Ν. Λυγιδάκης, ο Πρόεδρος του ΟΣΑ, κ. Αθ. Υφαντής, ο Πρόεδρος της Ε.Ο.Ο, κ. Αθ. Κατσίκης και ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του Προγράμματος, κ. Κ. Ουλής.

υιοθέτηση υγιών στάσεων και συμπεριφορών.
Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους Προέδρους και τα ΔΣ των Συλλόγων της χώρας που μαζί με τους εθελοντές οδοντιάτρους συμμετέχουν και στηρίζουν το πρόγραμμα. Στην ουσία αποτελούν την «ψυχή» του Προγράμματος, καθώς αναλαμβάνουν να μεταδώσουν το μήνυμα της σημασίας της καλής στοματικής υγείας και τις βέλτιστες πρακτικές στοματικής υγιεινής στο κοινωνικό σύνολο. Τα οφέλη αφορούν την Οδοντιατρική γενικότερα αλλά και τους ίδιους σε τοπικό επίπεδο και θα είναι μεγαλύτερα όσο μεγαλύτερη και σταθερή είναι η παρέμβασή τους. Το πρόγραμμα ξεκίνησε όταν οι Σύλλογοι διαμαρτυρόντουσαν ότι δεν έχουν ρόλο και εργαλεία να παρέμβουν στη κοινωνία. Τώρα τα έχουν, αρκεί να τα χρησιμοποιούν και μάλιστα γίνονται με κόστος ιδιωτικού φορέα και όχι κρατικά χρήματα. Ο καθένας έχει το ρόλο του σε αυτή τη προσπάθεια, οι εθελοντές σε τοπικό επίπεδο και εμείς σε κεντρικό. Οι τοπικοί Οδοντιατρικοί Σύλλογοι θα πρέπει να συνεχίσουν να στηρίζουν το πρόγραμμα, γιατί χωρίς τη δική τους συμβολή, το πρόγραμμα δεν θα μπορούσε να έχει επιτύχει όλα αυτά τα εντυπωσιακά αποτελέσματα.

Την ημερίδα παρακολούθησαν με αμείωτο ενδιαφέρον 75 εκπαιδευτικοί και 48 οδοντίατροι, οι οποίοι είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν για το πρόγραμμα και να λάβουν το απαραίτητο υλικό, ώστε να ξεκινήσει η υλοποίηση του προγράμματος από την τρέχουσα σχολική χρονιά.

Κύριε Ουλή, σας ευχαριστώ πολύ για αυτή την ενδιαφέρουσα συζήτηση.

Κι εγώ σας ευχαριστώ.

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

ΔΕΡΜΑΤΟΜΥΟΣΙΤΙΣ: Προσβάλλει και το στόμα

Η Δερματομυοσίτις είναι αυτοάνοσος νόσος του συνδετικού ιστού άγνωστης αιτιολογίας. Κλινικά διακρίνουμε 2 βασικές μορφές της νόσου, τη νεανική και των ενηλίκων. Σταθερό κλινικό εύρημα είναι η ποικιλοδερμία, με σταθερό ιώδες χρώμα. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται σχετικά σπάνια και μετά τις δερματικές και μυϊκές βλάβες. Σημαντικό εύρημα είναι ότι η νόσος των ενηλίκων συνοδεύεται με κακοήθειες σε ποσοστό 10-30%, ενώ η νεανική μορφή όχι.

Η δερματομυοσίτις είναι φλεγμονώδης νόσος των γραμμωτών μυών και του δέρματος. Ο όρος πολυμυοσίτις χρησιμοποιείται όταν δεν υπάρχει προσβολή του δέρματος. Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι γενετικοί και ανοσολογικοί παράγοντες (κυτταρικού και χυμικού τύπου), διαταραχές στην απόπτωση των κυττάρων, φάρμακα και ιοί συμμετέχουν στον παθογενετικό μηχανισμό της νόσου. Προσβάλλει πιο συχνά γυναίκες παρά άνδρες (σχέση 2:1), άνω των 40 χρόνων, και σπάνια παιδιά. Σε ποσοστό 10-30% η δερματομυοσίτις συνυπάρχει με κακοήθεις νεοπλασίες, κυρίως σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας, που μπορεί να προηγούνται ή να έπονται της νόσου. Οι πιο συχνές νεοπλασίες απαντούν στις ωοθήκες, στο κόλον, στο μαστό, στους πνεύμονες, στο πάγκρεας, αδενοκαρκινώματα γεννητικών οργάνων στις γυναίκες, μη-Hodgkin λέμφωμα.

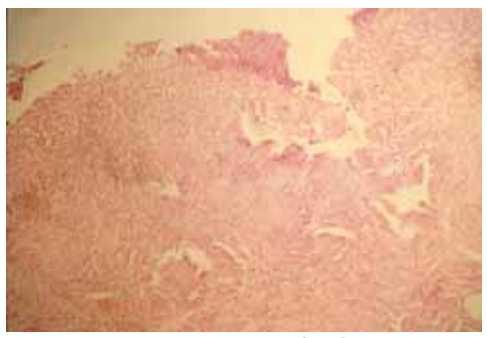
Κλινικά, τα πρώτα συμπτώματα είναι μυαλγίες, μυϊκή αδυναμία και καταβολή των δυνάμεων, που μερικές φορές συνοδεύονται από πυρετό. Το εξάνθημα του δέρματος, σε ποσοστό 30%, αποτελεί την πρώτη εκδήλωση και χαρακτηρίζεται από ποικιλοδερμία. Η ποικιλοδερμία περιλαμβάνει περιοχές με υπέρχρωση ή υπομελάνωση, ευρυαγγείες και ατροφία, με κυρίαρχο το ιώδες χρώμα που είναι χαρακτηριστικό της νόσου. Σταθερό διαγνωστικό σημείο είναι η εντόπιση των δερματικών βλαβών γύρω από τα μάτια, το λαιμό και τις εκτατικές επιφάνειες ***(Εικ. 1, 2).*** Όταν οι βλάβες εντοπίζονται στους αγκώνες, τα γόνατα και άλλες αρθρώσεις, ονομάζονται σημεία του Gottron. Ο βλεννογόνος του στόματος προσβάλλεται, σχετικά σπάνια, με ερυθρότητα, επώδυνο οίδημα ή και ελκώσεις, ιδιαίτερα στη γλώσσα, τη μαλακή υπερώα και τη σταφύλη, και την παρειά ***(Εικ. 3, 4).*** Η διάγνωση στηρίζεται σε κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια. Η διαφορική διάγνωση στο στόμα περιλαμβάνει τα νοσήματα που βρίσκονται ταξινομημένα στον ***Πίνακα 1.***

Εικ. 1: Τυπικές ερυθροϊώδεις βλάβες γύρω από τα μάτια.

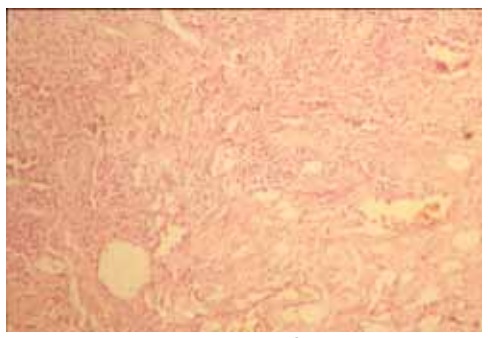
Εικ. 2: Ποικιλοδερμία στο δέρμα του λαιμού.

Εικ. 3: Έντονη ερυθρότητα και οίδημα στο κέντρο της υπερώας.

Εικ. 4: Διαβρώσεις του βλεννογόνου της παρειάς.



Εικ. 5: Ιστολογική εικόνα από βλάβη της παρειάς της προηγούμενης εικόνας. Παρατηρείται καταστροφή μεγάλου μέρους του επιθηλίου και υδροπική εκφύλιση των κυττάρων της βασικής στιβάδος και εναπόθεση ηωσινόφιλου υλικού.



Εικ. 6: Παρατηρείται εναπόθεση ηωσινόφιλου άμορφου υλικού στο χόριο και διεύρυνση των αγγείων.

Πίνακας 1
Διαφορική διάγνωση Δερματομυοσίτιδος

- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- Σαρκοείδωση
- Φαρμακευτική στοματίτις
- Διάφορες άτυπες ελκώσεις του στόματος

Ιστολογικά στο δέρμα παρατηρείται ατροφία της επιδερμίδας, κενοτοπιώδης εκφύλιση των κυττάρων της βασικής στιβάδας και καταστροφή της βασικής μεμβράνης ***(Εικ. 5).*** Στο χόριο παρατηρείται εναπόθεση βλεννίνης και ήπια κατά τόπους λεμφοκυτταρική διήθηση ***(Εικ. 6).*** Η ιστολογική εικόνα μυός εμφανίζει μυϊκή ατροφία, νέκρωση, μυϊκή αναγέννηση και υπερτροφία, καθώς και περιαγγειακή λεμφοκυτταρική διήθηση. Επιπλέον, διαγνωστική βοήθεια προσφέρουν ο έλεγχος στον ορό των μυϊκών ενζύμων (αλδολάση, κρεατινοφωσφοκινάση, τρανσαμινάσες, λακτάση, αφυδρογονάση, μυογλοβίνη κ.ά.) που εμφανίζονται σε υψηλούς τίτλους. Τέλος, το ηλεκτρομυογράφημα και η μαγνητική τομογραφία μυών είναι χρήσιμα εργαστηριακά βοηθήματα.

Η θεραπεία της δερματομυοσίτιδας είναι σύνθετο πρόβλημα αφού απαιτεί ακριβή εκτίμηση των δερματικών και μυϊκών βλαβών της νόσου. Φάρμακο πρώτης επιλογής είναι η πρεδνιζολόνη ή πρεδνιζόνη σε δοσολογία 1 mg/kg την ημέρα για 1-2 μήνες και στη συνέχεια μείωση και διακοπή σε διάστημα 1-2 ετών. Άλλα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι η αζαθειοπρίνη, η κυκλοφωσφαμίδη, ο μυκοφαινολικός εστέρας, το τακρόλιμους, η μεθοτρεξάτη, η θαλιδομίδη κ.ά. σε διάφορα θεραπευτικά σχήματα.

Συμπερασματικά, παρά το γεγονός ότι οι στοματικές βλάβες της δερματομυοσίτιδος είναι όχι συχνές και συνήθως όψιμες, η γνώση της ποικιλίας των βλαβών αποτελεί υποχρέωση για τον Στοματολόγο, αφού μπορεί να κληθεί για διαφορική διάγνωση μέσα στην ομάδα Παθολογίας που χειρίζεται τη νόσο.

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

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

Ογκίδιο στα ούλα παιδιού

Ιστορικό

Ασθενής 9 ετών προσήλθε για κλινική εκτίμηση βλάβης στην περιοχή των ουλών της άνω γνάθου
Από την κλινική εξέταση παρατηρήθηκε στα προστομιακά ούλα στην περιοχή 11-12 μισχωτός όγκος με πολλές λεπτές προεκβολές που προσέδιδαν ανθοκραμβοειδή επιφάνεια (αρχική εικόνα). Το ιατρικό ιστορικό του παιδιού ήταν ελεύθερο.

Η Διαφορική διάγνωση περιελάμβανε:
- Θήλωμα
- Οξυτενές κονδύλωμα
- Μυρμηκία
- Μυρμηκιώδες ξάνθωμα

Ποιά είναι η διαγνωσή σας;

Απάντηση

Αποφασίστηκε να γίνει χειρουργική αφαίρεση και το εξαιρεθέν υλικό εστάλη για ιστολογική εξέταση, από την οποία προέκυψε εικόνα συμβατή με Θήλωμα. Μερικές μέρες μετά την αφαίρεση ο βλεννογόνος των ούλων είναι φυσιολογικός (τελική εικόνα).

Αρχική

Τελική

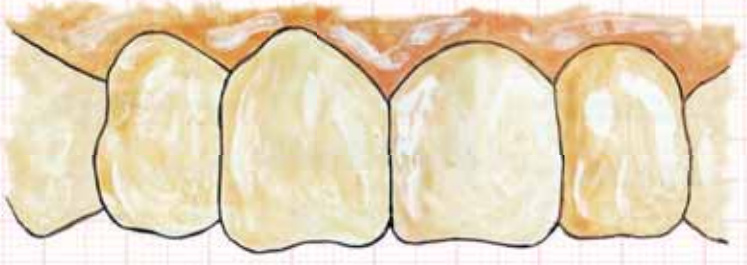
Το Θήλωμα είναι καλοήθης, όγκος του καλυπτικού επιθηλίου, άγνωστης αιτιολογίας, πιθανώς σχετίζεται παθογενετικά με υποτύπους των ιών HPV που προκαλούν τις δερματικές μυρμηκίες.
Στα παιδιά είναι σχετικά σπάνιο. Είναι αθώα βλάβη και η εξέλιξη είναι βραδεία. Συνήθως είναι ασυμπτωματικό και παρατηρείται από τυχαία εξέταση της στοματικής κοιλότητας. Ιστολογικά παρατηρείται υπερπλαστικό πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο με υπερορθοκεράτωση και κεντρικό λεπτό, τροφοφόρο ινοαγγειακό μίσχο. Συχνά στην ακανθωτή στιβάδα του επιθηλίου παρατηρούνται κοιλοκύτταρα, (μικροί πυκνωτικοί πυρήνες που περιβάλλονται από διαυγή ζώνη πρωτοπλάσματος) ενδεικτικά ιογενούς λοίμωξης. Η θεραπεία του είναι η χειρουργική αφαίρεση. Στη διαφορική διάγνωση του θηλώματος περιλαμβάνονται τα οξυτενή κονδυλώματα. Τα κονδυλώματα είναι συνήθως πολλαπλές βλάβες, κλινικά παρουσιάζουν εικόνα «κουνουπιδιού» καθώς φέρουν θηλώδεις προεκβολές (οι οποίες είναι κατά κανόνα κοντύτερες από τις αντίστοιχες στα θηλώματα) και έχουν τάση υποτροπής. Οφείλονται κυρίως στους ιούς HPV 6 και 11, και εισέρχονται στο στοματικό βλενογόννο με τη στοματογεννητική επαφή ή σπανιότερα με ενοφθαλμισμό. Η ιστολογική εικόνα χαρακτηρίζεται από υπερπαρα-κεράτωση, ακάνθωση, υπερπλασία με προσεκβολές των επιθηλιακών καταδύσεων και κυρίως παρουσία κοιλοκυττάρων. Στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται επίσης και οι κοινές μυρμηκίες που οφείλονται σε ιό HPV (κυρίως οι τύποι 1, 2, 4). Συνήθως εντοπίζονται στα δάκτυλα των χεριών σε παιδιά, από όπου μπορεί να αυτο-εμβολιαστούν στο βλεννογόνο του στόματος. Η κλινική και ιστολογική διάκριση των θηλωματων από τα οξυτενή κονδυλώματα και τις μυρμηκίες μπορεί να μας δυσκολέψει. Τέλος, η κλινική διαφορική διάγνωση θα μπορούσε να περιέχει και το μυρμηκιώδες ξάνθωμα, μια σπάνια καλοήθη βλάβη. Το μυρμηκιώδες ξάνθωμα μπορεί να εντοπίζεται στα ούλα και εμφανίζεται σαν άμισχος όγκος με ήπια θηλωματώδη επιφάνεια και χρώμα όμοιο με του φυσιολογικού βλεννογόνου ή ελαφρά ερυθροκίτρινο. Ιστολογικά παρατηρείται συγκέντρωση μεγάλων ιστιοκυττάρων που περιέχουν λιπίδια (ξανθωματικά κύτταρα) στο χόριο τα οποία δεν εκτείνονται πέραν από τις επιθηλιακές καταδύσεις. Το επιθήλιο είναι παχύ, με έντονη ακάνθωση,παρακεράτωση και διόγκωση των επιθηλιακών καταδύσεων.

Για επικοινωνία:

Μαρίνα Αχτάρη
Οδοντίατρος –MSc Σχολή ΔΥ.
Επιμελήτρια Β' Οδοντιατρικό τμήμα νοσοκομείο ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ
Μέλος Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας
Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας: www. gaom.gr, τηλ. 210-3626300

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

Η εξέλιξη και η διασπορά του ανθρώπου μέσα από... τα δόντια του

Ανθούλα Διαμάντη - Κηπιώτη
Αναπλ. Καθηγήτρια
Περιοδοντολογίας

Η ιστορία της συγγραφής αυτής είναι λίγο ιδιαίτερη. Ξεκινά από μια απορία, συγκίνηση και στη συνέχεια από το ισχυρό ενδιαφέρον που μου προκάλεσε, η τυχαία συνάντησή μου με ένα άρθρο, σε εφημερίδα του ημερήσιου Τύπου, γενικού ενδιαφέροντος. Το μάτι μου τράβηξε αρχικά η φωτογραφία νεογιλού δοντιού σε μεγέθυνση που βρισκόταν ακριβώς κάτω από τον ηχηρό τίτλο *«τα δόντια αλλάζουν την πορεία του κόσμου»*. Πριν διαβάσω το άρθρο είπα *«έλα τώρα!»*, υποθέτοντας ότι ο αρθρογράφος απλώς υπερέβαλλε για να προκαλέσει τον αναγνώστη, επιτυχώς, όπως προκάλεσε και εμένα. Μια μικρή έρευνα στη συνέχεια με άφησε κατάπληκτη, αφενός από το πλήθος των σημαντικών πληροφοριών που κερδήθηκαν με την ανακάλυψη δοντιών σε διάφορες περιοχές και αφετέρου από την εκπληκτική ομοιότητα των «αρχαίων» δοντιών, με τα σημερινά. Αναρωτήθηκα πως είναι δυνατόν «τα δόντια», όργανα του δικού μας επαγγελματικού ενδιαφέροντος, να μπορούν να τροποποιήσουν δεδομένες θεωρίες και στέρεες απόψεις, σε τόσο σημαντικά θέματα, άλλων επιστημών.

Προφανώς τα δόντια είναι πιο στέρεα από τις στέρεες και σίγουρες απόψεις, γιατί μπορούν να υπάρξουν, να διατηρηθούν και να πουν την ιστορία τους, των χιλιάδων ή και εκατομμυρίων χρόνων της ύπαρξής τους, μετά την εφήμερη λειτουργική ύπαρξή τους, μέσα στο στόμα των ανθρώπων. Θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς - συγγραφική αδεία- ότι τα δόντια τελικά έχουν δύο ζωές, μιά επίγεια και μια υπόγεια. Στην επίγεια ζωή τους, που διαχρονικά είναι αμελητέα, δουλεύουν δυναμικά, συνεισφέρουν στην ζωή, την μάσηση της τροφής, την φώνηση και συχνά στην άμυνα του ανθρώπου. Τρίβονται, σπάνε, τερηδονίζονται κουνιούνται και πέφτουν ή υφίστανται, κατά τους τελευταίους αιώνες, την παρέμβαση των οδοντιάτρων. Οι επαγγελματίες αυτοί της στοματικής υγείας έχουν βρει τρόπους να τα προστατεύουν από την φθορά, αλλά επίσης τα καθαρίζουν, τα τροχίζουν, τα ντύνουν και πολύ συχνά τα εξάγουν. Στην υπόγεια ζωή τους αντίθετα, όλα είναι στάσιμα και πιθανώς τα μόνα ερεθίσματα που δέχονται τα δόντια, είναι αυτά από τις γεωλογικές μεταβολές στην φύση. Παραμένουν στα σκοτάδια αμετάβλητα, όπως ήταν την στιγμή που «επιχωματώθηκαν» περιμένοντας ίσως κάποια ερευνητική αποστολή παλαιοανθρωπολόγων για να τα κάνει διάσημα.

Οφείλω να ενημερώσω ότι δεν έχω καμία σχέση, δηλαδή καμία βαθειά γνώση, σχετική με το αντικείμενο της παλαιοανθρωπολογίας, αυτής της σύνθετης και εν πολλοίς άγνωστης Επιστήμης, που είναι κλάδος της Παλαιοντολογίας. Γνωρίζω ότι ασχολείται με την εξέλιξη και την πορεία του ανθρώπου, πράγμα που σημαίνει ότι ενδιαφέρεται πρώτον για τους προγόνους μας και δεύτερον για το από πού, πώς και πότε ο άνθρωπος μετακινήθηκε και κατέκλυσε τον κόσμο ολόκληρο. Ενδιαφέροντα αλλά δύσκολα θέματα, σχεδόν απρόσιτα για τους αμύητους. Μερικές πληροφορίες από την Wikipedia, παρμένες επιλεκτικά, μεταποιημένες και προσαρμοσμένες για το ειδικό ενδιαφέρον της συγγραφής, θα είναι πιθανόν χρήσιμες σε όσους- σαν και εμένα- δεν έχουν επαφή με το αντικείμενο και επιπλέον δεν έχουν ξεχωρίσει απόλυτα στο μυαλό τους την πορεία και την εξέλιξη του ανθρώπου στη γη. Αποφάσισα να αναζητήσω επιπλέον πληροφορίες από ειδικά περιοδικά και από το διαδίκτυο. Τελικά κέρδισα πέρα από την απορία και την συγκίνηση ένα ενδιαφέρον ταξίδι, που το μοιράζομαι μαζί σας.

Ο Άνθρωπος (άνθρωπος ο σοφός), ο Homo sapiens sapiens, είναι το μόνο σωζόμενο υποείδος του Homo sapiens που αποτελεί το μόνο επιζόν μέλος του γένους Homo των Ανθρωποειδών, δηλαδή της υπεροικογένειας των μεγάλων πιθήκων. Η μελέτη της ανθρώπινης εξέλιξης περιλαμβάνει τόσο την πορεία εξέλιξης του γένους Homo, όσο και τη μελέτη άλλων Ανθρωπίδων και Ανθρωπίνων. Ως «σύγχρονος άνθρωπος» ορίζεται το είδος Homo sapiens, του οποίου το μόνο επιζόν υποείδος είναι γνωστό ως Homo sapiens sapiens. Ο Homo sapiens idaltu, το άλλο υποείδος Homo Sapiens έχει εκλείψει. Ο Homo neanderthalensis (Νεάντερταλ), ο οποίος αφανίστηκε 30.000 χρόνια πριν, θεωρείται από μερικούς ως το τρίτο υποείδος Homo Sapiens και ονομάζεται «Homo sapiens neanderthalensis». Σύμφωνα με γενετικές μελέτες ο Νεάντερταλ διαχωρίστικε από την εξελικτική πορεία του Homo sapiens περίπου 500.000 χρόνια πριν. Οι ανατομικά σύγχρονοι άνθρωποι εμφανίστηκαν στην Αφρική πριν περίπου 195.000 χρόνια, ενώ έρευνες υποστηρίζουν πως ο τελευταίος κοινός πρόγονος όλων των σύγχρονων ανθρώπων έζησε περίπου 200.000 χρόνια πριν.

Η εξελικτική ιστορία όλων των πρωτευόντων αρχίζει 65 εκατομμύρια χρόνια πριν, και αποτελεί μία από τις παλαιότερες εξελικτικές πορείες πλακουντοφόρων θηλαστικών Μοριακές μελέτες υποστηρίζουν πως ο τελευταίος κοινός πρόγονος μεταξύ ανθρώπων και μεγάλων πιθήκων έζησε περίπου 8 με 4 εκατομμύρια χρόνια πριν. Πρώτα οι γορίλες και στη συνέχεια οι χιμπαντζήδες διαχωρίστηκαν από την εξελικτική πορεία των ανθρώπων. Το ανθρώπινο DNA είναι 98,4% όμοιο με αυτό των πυγμαίων χιμπαντζήδων. Ο στενότερος επιζών συγγενής των ανθρώπων είναι οι γορίλες και οι χιμπαντζήδες.

Η πορεία του ανθρώπινου είδους

Από τότε που διαχωρίστηκε η εξελικτική πορεία του ανθρώπου από τους χιμπαντζήδες, η ανθρώπινη εξέλιξη χαρακτηρίζεται από πολλές σημαντικές μορφολογικές, εξελικτικές, φυσιολογικές και συμπεριφορικές αλλαγές. Η πρώτη σημαντική διαφορά είναι η ανάπτυξη της όρθιας στάσης η οποία επιφέρει και άλλες ανατομικές αλλαγές. Οι αρχαϊκοί άνθρωποι ανέπτυξαν έναν πολύ μεγαλύτερο εγκέφαλο, με μέγεθος περίπου διπλάσιο από αυτόν των χιμπαντζήδων και των γορίλων. Άλλες σημαντικές μορφολογικές αλλαγές αποτελούν η εξέλιξη της δύναμης και τις ακρίβειας στις κινήσεις των άκρων, το μικρότερο μασητικό σύστημα, η μείωση των κυνοδόντων, και η κάθοδος του λάρυγγα που έκανε δυνατή την ομιλία.

Πρόσφατα επιστήμονες στην Αιθιοπία, ξέθαψαν ένα κομμάτι γνάθου, το οποίο πιστεύουν ότι ανήκει σε έναν από τους πρώτους ανθρώπους. Το εύρημα χρονολογείται στα 2,8 εκατομμύρια χρόνια, δηλαδή άνηκε σε άτομο που έζησε 400.000 χρόνια πριν από το πότε πιστευόταν ότι εμφανίστηκε το είδος μας. Το απολίθωμα βρέθηκε στην περιοχή Ledi-Geraru από έναν Αιθίοπα φοιτητή, είναι κομμάτι του αριστερού μέρους της κάτω γνάθου και έχει πέντε δόντια. Ο τελευταίος γομφίος είναι μικρότερος από τους αντίστοιχους άλλων ανθρωπιδών που ζούσαν σε αυτή την περιοχή, εκείνη την εποχή και αυτό υποστηρίζεται ότι είναι ένα χαρακτηριστικό που διακρίνει τους ανθρώπους από τους πιο πρωτόγονους προγόνους μας.

Τα δόντια της απολιθωμένης γνάθου είναι μικρότερα από αυτά άλλων συγγενικών ειδών του ανθρώπου. Οι επικεφαλής της ερευνητικής ομάδας υποστήριξαν ότι η ανακάλυψη του απολιθώματος αυτού δίνει καθοριστικές πληροφορίες για τη πιο σημαντική μετάβαση στην ιστορία του ανθρώπου. Επίσης συνδέει το είδος μας με ένα εικονικό απολίθωμα ανθρωπίδα, την ηλικίας 3,2 εκ. χρόνων Λούσυ, που είχε βρεθεί σε κοντινή περιοχή το 1974. Η ομάδα υποστηρίζει ότι το είδος της Λούσυ, με την επιστημονική ονομασία Australopithecus afarensis μπορεί να εξελίχθηκε στους πρώτους προγόνους του ανθρώπου. Αλλά το αρχείο απολιθωμάτων από την εποχή που ζούσε η Λούσυ και οι συγγενείς της μέχρι την εμφάνιση του Homo erectus (που είναι άμεσος πρόγονος του ανθρώπου, με μεγάλο εγκέφαλο και ανθρώπινες αναλογίες σώματος), είναι σχετικά άδειο.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτή η νέα έρευνα μας ωθεί στο να επαναπροσδιορίσουμε τι καθορίζει αυτό που θεωρείται ως άνθρωπος. Το προηγούμενο παλαιότερο απολίθωμα που αποδίδεται στο γένος Homo ήταν μέρος άνω γνάθου που είχε βρεθεί στην περιοχή Hadar της Αιθιοπίας και χρονολογήθηκε στα 2,35 εκ. χρόνια πριν. Άρα η ανακάλυψη αυτή μεταφέρει την ανθρώπινη γενεαλογική ιστορία πίσω κατά 400.000 χρόνια, πολύ κοντά στον πιθανό πρόγονο του (που να μην ανήκει στο γένος Homo), δηλαδή το είδος της Λούσυ. Το νέο απολίθωμα από το Ledi είναι μια μίξη πρωτόγονων και ανεπτυγμένων χαρακτηριστικών και αντιπροσωπεύει ένα μεταβατικό στάδιο μεταξύ της Λούσυ και των μεταγενέστερων ανθρωπίνων ειδών.

Η σημασία της κλιματικής αλλαγής

Υποστηρίζεται ότι η χρονολόγηση του νέου ευρήματος θα βοηθήσει να απαντηθεί μια βασική ερώτηση στην ανθρώπινη εξέλιξη, τι έκανε τους πρωτόγονους προγόνους μας να κατέβουν από τα δένδρα και να φτιάξουν τα σπίτια τους στο έδαφος.

Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε στο Science, υποστηρίζεται ότι μπορεί να ευθύνεται η κλιματική αλλαγή για αυτό. Η ανάλυση απολιθωμένων φυτών της περιοχής δείχνει ότι κάποτε υπήρχε στο σημείο αυτό ένα δάσος με πλούσια βλάστηση, ενώ τώρα είναι ένα ξηρό λιβάδι. Καθώς υποχωρούσε το δάσος και τα δένδρα έδωσαν την θέση τους στο λιβάδι, τα αρχέγονα πρωτεύοντα βρήκαν έναν τρόπο να εκμεταλλευτούν το νέο περιβάλλον, αναπτύσσοντας μεγαλύτερο εγκέφαλο και στηριζόμενα όλο και λιγότερο στα μεγάλα σαγόνια και δόντια, αφού είχαν εργαλεία.

Η ανακάλυψη θεωρείται σημαντική γιατί πιθανώς υποδεικνύει ότι το νέο αυτό είδος αφορά στην πρώτη εμφάνιση κάποιων ανθρώπινων χαρακτηριστικών. Βέβαια τονίζεται ότι μισή γνάθος δεν είναι αρκετή για να μας πει πόσο κοντά στον άνθρωπο ήταν, άρα δεν μπορούμε να πούμε σίγουρα ότι ανήκει στην εξελικτική γραμμή που οδήγησε σε εμάς. Επί πλέον σημειώνεται ότι ότι η εμφάνιση ανθρωπομορφικών χαρακτήρων δεν ήταν αποκλειστικά στην Αιθιοπία. Τα ανθρωπομορφικά χαρακτηριστικά που είχε ο Australopithecus sediba στην Νότιο Αφρική, πριν από 1,95 εκ. χρόνια, πιθανότατα εμφανίστηκαν ανεξάρτητα από την εξελικτική γραμμή που οδήγησε στους ανθρώπους, στην Ανατολική Αφρική. Αυτό σημαίνει ότι πολλές παράλληλες διαφορετικές γραμμές «ανθρώπων» συνυπήρχαν στην Αφρική πριν από δυο εκατομύρια χρόνια, με μια μόνο να επιβιώνει και τελικά να εξελίσσεται στο δικό μας είδος, το Homo sapiens. Σαν να ήταν πείραμα της φύσης με διαφορετικές εκδοχές της ίδιας εξελικτικής πορείας μέχρι να επιτύχει μια από αυτές.

Η έρευνα αυτή, -υποστηρίζουν οι ειδικοί- μας αφήνει με μια ακόμα πιο περίπλοκη απ' ότι νομίζαμε εικόνα των πρώιμων ανθρωπιδών, και μας προκαλεί να ξανά ορίσουμε τι είναι αυτό που μας καθορίζει ως ανθρώπους. Καθοριζόμαστε από τα μικρά δόντια και γνάθους, από τον μεγάλο εγκέφαλό μας, από τα μακριά πόδια μας, ή από κάποιο συνδυασμό όλων αυτών.

Άλλοι συγγενείς

Από επιστήμονες του Πανεπιστήμιου του Γουΐτγουότερσραντ, στο Γιοχάνεσμπουργκ της Νότιας Αφρικής ανακοινώθηκε η ανακάλυψη ακόμη ενός συγγενή του σύγχρονου ανθρώπου. Στην ανακοίνωση της σημαντικής αυτής ανακάλυψης τον Σεπτέμβριο του 2015, συμμετείχαν επίσης η National Geographic Society και το Νοτιοαφρικανικό Τμήμα Επιστήμης και Τεχνολογίας - Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

Η ανακάλυψη περίπου 1.500 θραυσμάτων οστών από τουλάχιστον 15 διαφορετικούς σκελετούς βρεφών, παιδιών, ενηλίκων και ηλικιωμέ-

Tetric EvoCeram® Bulk Fill

Υψηλής απόδοσης σύνθετη ρητίνη οπισθίων

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

νων ατόμων είναι η μεγαλύτερη ποσότητα- από συγκεκριμένο είδος- που έχει βρεθεί ποτέ στην Αφρική. Τα ευρήματα που περιλαμβάνουν μέρη από σκελετούς -ανακαλύφθηκαν συνολικά 1.400 οστά και 140 δόντια-, μας δίνουν ενδείξεις για την ύπαρξη ενός νέου συγγενικού είδους του ανθρώπου, που έως τώρα δε γνωρίζαμε και ενδέχεται να αποτελεί τον άγνωστο πρόγονό μας. Τα απολιθώματα βρέθηκαν σε υπόγειο θάλαμο, που θυμίζει νεκροταφείο, κάτω από το σπήλαιο, στοιχείο που υποδεικνύει ότι το συγκεκριμένο είδος είχε ικανότητες συμβολικής σκέψης. Το εύρημα προκαλεί εντύπωση καθώς οι τελετουργίες ταφής έχουν αποδοθεί μόνο στο (πολύ μεταγενέστερο) ανθρώπινο είδος.

Οι επιστήμονες κάνουν λόγο για τον Homo naledi, ένα νέο είδος που ανήκει στο γένος Homo, όπου ανήκει και ο σύγχρονος άνθρωπος (Homo sapiens). Προς το παρόν δεν έχει γίνει χρονολόγηση των απολιθωμάτων, ωστόσο ο επικεφαλής της ερευνητικής ομάδας παλαιοανθρωπολόγος δήλωσε ότι, θα μπορούσε ο Homo naledi να είναι ένας από τους πρώτους του γένους Homo, δηλαδή να έχει ζήσει στην Αφρική πάνω από 3 εκατομμύρια χρόνια πριν και να αποτέλεσε τη «γέφυρα» ανάμεσα στα πιο πρωτόγονα δίποδα ανθρωποειδή και τα υπόλοιπα είδη του Homo. Ο Homo naledi δεν μοιάζει με τα άλλα πρωτόγονα ανθρώπινα είδη που έχουν βρεθεί στην Αφρική. Έχει μικροσκοπικό εγκέφαλο, περίπου στο μέγεθος του γορίλα και πρωτόγονη ανατομία λεκάνης και ώμων. Τοποθετείται ωστόσο στο ίδιο γένος με τον άνθρωπο εξαιτίας του εξελιγμένου σχήματος του κρανίου, των σχετικά μικρών δοντιών και των μακριών ποδιών και πελμάτων.

Ανακαλύπτοντας όλο και περισσότερα είδη, καταλαβαίνουμε ότι η φύση πειραματιζόταν ως προς την εξέλιξη του ανθρώπου, «δημιουργώντας» πολλά διαφορετικά είδη ανθρωπόμορφων πλασμάτων που έχουν παράλληλες ρίζες σε διαφορετικά σημεία της Αφρικής. Μόνο μια εξελικτική γραμμή τελικά επιβίωσε και κατέληξε στον σύγχρονο άνθρωπο.

Επιστήμονες στην περιοχή Αφάρ της Αιθιοπίας ανακάλυψαν ένα άλλο είδος προγόνου του ανθρώπου. Η ανακάλυψη, που περιπλέκει ακόμη περισσότερο το ανθρώπινο «οικογενειακό δέντρο», καθώς προσθέτει ένα ακόμη «κλαδί» σε αυτό, βασίζεται σε οστά γνάθου και δόντια, που χρονολογούνται προ 3,3 έως 3,5 εκατ. ετών. Το άγνωστο έως τώρα προανθρώπινο είδος, με χαρακτηριστικά ανθρώπου και πιθήκου, ονομάστηκε «Αυστραλοπίθηκος ντεϊρεμέντα», που στην τοπική διάλεκτο σημαίνει «στενός συγγενής». Υπήρξε συγγενής και γείτονας της διάσημης «Λούσι» (Αυστραλοπίθηκος αφαρένσις) και είχε ανακαλυφθεί σε απόσταση περίπου 35 χιλιομέτρων από την τοποθεσία της νέας ανακάλυψης. Οι ερευνητές, δήλωσαν ότι, με την ανακάλυψη αυτή, ενισχύεται η πεποίθηση πως συνυπήρχαν στην ίδια περιοχή, πολλά προανθρώπινα είδη άρα το πρώιμο στάδιο της ανθρώπινης εξέλιξης είναι σαφώς πιο περίπλοκο, από ότι πιστευόταν μέχρι σήμερα. Όταν μελλοντικά ανακαλυφθούν περισσότερα απολιθώματα, η καταγωγή του ανθρώπου θα φωτισθεί καλύτερα. Παλαιότερα, οι επιστήμονες πίστευαν ότι υπήρχε μόνο ένα προανθρώπινο είδος που ζούσε προ 3 έως 4 εκατ. ετών, όμως αυτή η εικόνα ανατρέπεται πλέον. Το αρχαιότερο είδος της ευρύτερης ανθρώπινης οικογένειας, του γένους Homo, εκτιμάται ότι έζησε πριν από περίπου 2,8 έως 3,2 εκατ. χρόνια, όταν εμφανίσθηκαν και τα αρχαιότερα λίθινα εργαλεία.

Κρανίο 1,8 εκατ. ετών μπερδεύει... την ιστορία της ανθρώπινης εξέλιξης

Στην τοποθεσία Ντμάνισι, στους πρόποδες του Καυκάσου, περίπου 100 χιλιόμετρα από την Τιφλίδα, έχει ανακαλυφθεί η μεγαλύτερη συλλογή καλοδιατηρημένων απολιθωμένων οστών στον κόσμο και έχουν εντοπιστεί τα αρχαιότερα ίχνη προγόνων του ανθρώπου εκτός της Αφρικής. Η ανακάλυψη στο Ντμάνισι ενός εντυπωσιακά καλοδιατηρημένου κρανίου ανθρωποειδούς ηλικίας 1,8 εκατομμυρίων ετών, έρχεται να αναταράξει τα, ούτως ή άλλως, πάντα ταραγμένα ύδατα της παλαιοανθρωπολογίας

Το αρκετά πιθηκόμορφο κρανίο -που ονομάστηκε επιστημονικά Homo erectus ergaster georgicus (επειδή θεωρείται μία τοπική γεωργιανή πρώιμη μορφή του Homo erectus)- ανακαλύφθηκε πριν από οκτώ χρόνια και από τότε οι επιστήμονες το συγκρίνουν με άλλα πρώιμα ευρήματα του γένους Homo που εμφανίστηκε στην Αφρική πριν από περίπου 2,4 εκατ. χρόνια.

Το εύρημα φαίνεται να καταρρίπτει την κυρίαρχη θεωρία ότι πριν από περίπου 2 εκατ. έτη στη Γη συνυπήρχαν αρκετά διαφορετικά είδη προγόνων μας. Τώρα, προβάλλει η εναλλακτική άποψη ότι τα διάφορα απολιθωμένα οστά και κρανία που έχουν βρεθεί όλα αυτά τα χρόνια στην Αφρική και στην Ασία, ανήκουν μάλλον στο ίδιο προανθρώπινο είδος, τον Homo erectus, που απλώς είχε διάφορες ανατομικές παραλλαγές. Πολλοί παλαιοντολόγοι τείνουν να δεχτούν ότι η ανακάλυψη αποτελεί ορόσημο για την κατανόηση των ριζών της ανθρώπινης εξέλιξης, αλλά αρκετοί άλλοι εμφανίζονται πολύ πιο επιφυλακτικοί και σκεπτικιστές.

Οι Γεωργιανοί, Ελβετοί, Ισραηλινοί και Αμερικανοί ερευνητές, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση ισχυρίζονται ότι ο Homo habilis, ο Homo rudolfensis και άλλα είδη αποτελούν όλοι «κλαδιά» μιας κοινής εξελικτικής κληρονομιάς, του Homo erectus, που κατέληξε στους σύγχρονους ανθρώπους.

Βασίζουν αυτό το συμπέρασμα στο ότι το κρανίο που ανακάλυψαν στο Ντμάνισι και είναι το πιο πλήρες κρανίο ανθρωποειδούς που έχει βρεθεί μέχρι σήμερα (το προηγούμενο ήταν το αφρικανικό «αγόρι της Τουρκάνα» ηλικίας 1,5 εκατ. ετών), συνδυάζει ανατομικά χαρακτηριστικά από τα παραπάνω επιμέρους προανθρώπινα είδη.

Η συγκριτική ανάλυση των κρανίων των ανθρωποπειδών αποκάλυψε αρκετές ομοιότητες μεταξύ τους, με αποτέλεσμα τα αφρικανικά κρανία και τα γεωργιανά (ανακαλύφθηκαν συνολικά πέντε παρεμφερή στο Ντμάνισι, αλλά μόνο ένα, το «κρανίο 5», ήταν τόσο πλήρες) να θεωρηθούν ότι ανήκουν στο ίδιο είδος προγόνων μας, στους Homo erectus. Οι τελευταίοι εμφανίστηκαν πριν από 1,8 εκατ. χρόνια και θεωρούνται οι πρώτοι με πιο σαφή ανθρώπινα χαρακτηριστικά και ικανότητες (έλεγχος φωτιάς και μαγείρεμα τροφής).

«Έχουμε πλέον τις καλύτερες ενδείξεις για το πώς ήταν πραγματικά ο πρώιμος Homo», δηλώνουν οι ερευνητές. Σύμφωνα με τη νέα θεωρία, οι προάνθρωποι του Ντμάνισι ήσαν Homo erectus που έφθασαν στη Γεωργία μεταναστεύοντας από την Αφρική, όπου μόλις λίγο πριν είχαν εμφανιστεί. Τα αρσενικά ήσαν αρκετά πιο μεγαλόσωμα από τα θηλυκά και είχαν μικρούς εγκεφάλους (περίπου το ένα τρίτο του σημερινού ανθρώπου), μεγάλα δόντια και πρωτόγονα άνω άκρα.

Άλλοι παλαιοανθρωπολόγοι πάντως, δεν έχουν πειστεί και επιμένουν ότι τουλάχιστον τρία διαφορετικά προανθρώπινα είδη συνυπήρξαν κάποτε στην Αφρική και ότι δεν είναι δυνατό όλα να θεωρηθούν παραλλαγές του Homo erectus.

Εξάλλου, αν και οι επιστήμονες που ανακάλυψαν τα ευρήματα του Ντμάνισι, υποστηρίζουν ότι καταρρίπτεται πλέον η θεωρία πως ένας αυστραλόπιθηκος (Australopithecus sentiba), που έζησε πριν από 1,9 εκατ. χρόνια στη Νότια Αφρική, ήταν άμεσος πρόγονος του ανθρώπου, ο παλαιοντολόγος που τον ανακάλυψε, δήλωσε ότι η νέα ανακάλυψη επουδενί δεν αποδεικνύει ότι η δική του θεωρία είναι λάθος.

Η ανακάλυψη μιας οδοντοστοιχίας στο Ισραήλ...

Ανθρώπινη οδοντοστοιχία, που χρονολογείται από 400.000 ετών ανακαλύφθηκε σε σπήλαιο κοντά στην ισραηλινή πόλη Ρος Χα' αγίν, αποτελεί το παλαιότερο τεκμήριο της εμφάνισης του σύγχρονου ανθρώπινου είδους και αποδεικνύει πως οι πρόγονοί μας έζησαν δύο φορές παλαιότερα απ' όσο υπολογιζόταν. Έως σήμερα, τα παλαιότερα ανθρώπινα λείψανα χρονολογούνται από 200.000 ετών και είχαν ανακαλυφθεί στην Αφρι-

κή, οδηγώντας τους ερευνητές να θεωρούν πως η «μαύρη ήπειρος» αποτελεί την κοιτίδα της εμφάνισης του Homo sapiens.

Το σπήλαιο ανακαλύφθηκε το 2000 κοντά στο Ρος Χα' αγίν, ανατολικά του Τελ Αβίβ και η οδοντοστοιχία που βρέθηκε υποβλήθηκε σε μορφολογική ανάλυση. Τα δόντια έχουν μεγάλες ομοιότητες με εκείνα του σύγχρονου ανθρώπου, όπως προκύπτει από τις εξετάσεις με ακτίνες Χ και αξονική τομογραφία. Επίσης έχουν ομοιότητες με τα στοιχεία του σύγχρονου ανθρώπου που είχαν βρεθεί σε διαφορετικές τοποθεσίες στο βόρειο Ισραήλ και είναι ηλικίας 100.000 ετών.

Σύμφωνα με τους ερευνητές η ανακάλυψη αυτή αναμένεται να κλονίσει την αντίληψη, που έως σήμερα συμμεριζόταν όλη η επιστημονική κοινότητα, πως ο σύγχρονος άνθρωπος ξεκίνησε από την Αφρική. Πρόσφατες ανακαλύψεις εξάλλου στην Ισπανία και την Κίνα αμφισβητούν επίσης αυτή την άποψη.

...και ενός τομέα στην Γαλλία

Γάλλοι νεαροί εθελοντές αρχαιολόγοι ανακάλυψαν στο Τοταβέλ, στη νοτιοδυτική Γαλλία, ένα δόντι που ανήκει σε έναν ενήλικα ο οποίος ζούσε πριν από 560.000 χρόνια. Ενα δόντι ενηλίκου -ένας τομέας- βρέθηκε κατά τις ανασκαφές σε ένα επίπεδο εδάφους που χρονολογείται μεταξύ 580.000 και 550.000 ετών. Πρόσφατα είχε ανακαλυφθεί ένα ακόμη δόντι, στην ίδια περιοχή που χρονολογείται στα 560.000 έτη. Η ανακάλυψη αυτή, που είχε περάσει σχεδόν απαρατήρητη, έρχεται να ενισχύσει την σημαντικότητα της πρόσφατης.

«Είναι μεγάλη ανακάλυψη γιατί υπάρχουν πολύ λίγα ανθρώπινα απολιθώματα εκείνης της περιόδου στην Ευρώπη» υποστηρίζουν οι ερευνητές. Είναι ένα κομμάτι του παζλ που έλειπε προκειμένου να δοθεί απάντηση στην κρίσιμη ερώτηση αν ο άνθρωπος του Νεάντερταλ, των 120.000 χρόνων, προέρχεται από μία μοναδική γραμμή;

Η τοποθεσία Τοταβέλ, ένα χωριό κοντά στο Περπινιάν, είναι ένα από τα πιο σημαντικά «κοιτάσματα» της προϊστορίας του κόσμου. Στην τοποθεσία αυτή–στην οποία διενεργούν ανασκαφές εδώ και 50 χρόνια, χιλιάδες εθελοντές από ολόκληρο τον κόσμο– έχουν ανακαλυφθεί ήδη περισσότερα από 140 υπολείμματα του σκελετού του «άνδρα του Τοταβέλ», ενός ανθρώπου πριν από τον Νεάντερταλ, που ζούσε πριν από 450.000 χρόνια.

Η φετινή και η περσινή ανακάλυψη έδωσε εξαιρετικά σημαντικά στοιχεία γιατί πλησιάζουμε στην καταγωγή του είδους, δήλωσαν οι ειδικοί που θα συμβάλλουν να ξεκαθαρίσει λίγο η συζήτηση που μαίνεται για τον Homo Heidelbergensis, τον πρόγονο του Νεάντερταλ. Μία πολύ σημαντική ερώτηση είναι αν ο Homo Heidelbergensis είναι μόνο Ευρωπαίος ή είναι επίσης Αφρικανός.

Το δόντι που ανακαλύφθηκε, ηλικίας 560.000 ετών, υπενθυμίζει αυτά που έχουμε ήδη για το είδος και χρονολογούνται πριν από 450.000 έτη. Στο Τοταβέλ, έχουμε μία ανθρώπινη παρουσία που φθάνει πιθανόν μέχρι τα 690.000 χρόνια, κάτι που ξεπερνά την αρχή του είδους, καθώς ο Homo Heidelbergensis χρονολογείται μεταξύ 600 και 650.000 ετών. Οι ειδικοί έχουν μία μόνο ανησυχία, γιατί το δόντι που βρέθηκε είναι ένας κάτω τομέας και θεωρούν ότι δεν είναι το πιο ισχυρό στοιχείο επειδή είναι δόντι με λίγα χαρακτηριστικά. Αν ήταν ένας προγόμφιος ή γομφίος, θα υπήρχαν περισσότερες πληροφορίες για το είδος, αναφέρουν.

Μήπως ο Homo Sapiens έφτασε στην Ασία πριν φτάσει στην Ευρώπη;

Κινέζοι παλαιοανθρωπολόγοι ανακάλυψαν στο σπήλαιο Φουγιάν στη νότια Κίνα, 47 απολιθώματα ανατομικά σύγχρονων δοντιών, που χρονολογούνται προ 80.000 έως 120.000 ετών. Η ανακάλυψη αμφισβητεί το κυρίαρχο μέχρι σήμερα «σενάριο» για το πότε συνέβη η «έξοδος» των Homo Sapiens από την Αφρική με κατεύθυνση προς την Ευρώπη και την Ασία.

Υποτίθεται ότι η μαζική αυτή μετανάστευση έγινε πολύ πιο πρόσφατα, πιθανώς πριν από 45.000 έως 50.000 χρόνια, συνεπώς ο «έμφρων άνθρωπος» δεν πρέπει να είχε φθάσει τόσο παλαιά στην Ασία. Η ανακάλυψη φαίνεται να δείχνει ότι ο αφρικανός Homo Sapiens έφθασε στην Ασία 30.000 έως 70.000 χρόνια νωρίτερα απ' ότι στη γειτονική Μεσόγειο, στη Μέση Ανατολή και στην Ευρώπη. Οι επιστήμονες, που

Με κίτρινο χρώμα εικονίζονται οι αρχικές μετακινήσεις και με γαλάζιο οι επόμενες.

Τα δόντια μοιάζουν τόσο... σημερινά.

έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό «Nature», δήλωσαν ότι τα εν λόγω δόντια, που προέρχονται από τουλάχιστον 13 ανθρώπους, αποτελούν την πιο πρώιμη ένδειξη σύγχρονων ανθρώπων οπουδήποτε εκτός της Αφρικής. «Η ανακάλυψη θα υποδείξει ότι η Ανατολική Ασία είναι μία από τις περιοχές-κλειδιά για την μελέτη της καταγωγής και εξέλιξης των σύγχρονων ανθρώπων», δήλωσαν.

Το ανθρώπινο είδος εκτιμάται ότι εμφανίσθηκε στην Αφρική πριν από περίπου 200.000 χρόνια- κατά την κλασική θεωρία- και μετά εξαπλώθηκε σταδιακά στον υπόλοιπο κόσμο. Εξήγηση για την πιθανή καθυστέρηση της εισόδου των πρώτων αφρικανών μεταναστών στην Ευρώπη είναι η μακρόχρονη -και εκφοβιστική- παρουσία των Νεάντερταλ στην τελευταία. Εναλλακτικά, μπορεί να τους αποθάρρυναν οι πάγοι που κατέκλυζαν τότε την Ευρώπη.

Δύο νεογιλά δόντια ξαναγράφουν την ιστορία του Ανθρώπου

Διεθνής μελέτη, που έχει επιπλέον και ελληνική συμμετοχή έρχεται να υποδείξει πότε ο σύγχρονος άνθρωπος πάτησε για πρώτη φορά το πόδι του στην Ευρώπη.

Παλαιοανθρωπολογοία και αρχαιολόγοι από τα Πανεπιστήμια της Βιέννης, της Οξφόρδης, του Τίμπινγκεν και διαφόρων άλλων Ινστιτούτων, συνεργάστηκαν και αποκάλυψαν, μέσω μελέτης που βασίστηκε σε προηγμένες απεικονιστικές μεθόδους, ότι οι πρώτοι σύγχρονοι άνθρωποι έφθασαν στην Ευρώπη νωρίτερα από ότι πιστευόταν ως σήμερα.

Τρισδιάστατη ψηφιακή απεικόνιση ενός από τα δύο νεογιλά δόντια (αριστερά). Το ίδιο δόντι σε φυσική εικόνα (δεξιά).

Η νέα αποκάλυψη που φωτίζει το παρελθόν μας, δημοσιεύθηκε στην επιθεώρηση «Nature» και στο επίκεντρό της βρίσκεται η Grotta del Cavallo, ένα προϊστορικό σπήλαιο που πρωτοεντοπίστηκε το 1960 στην Απουλία της Ιταλίας. Αποτελεί «θησαυρό» ευρημάτων για τους παλαιοντολόγους, αφού εκεί έχουν βρεθεί μεταξύ άλλων λίθινα εργαλεία, διακοσμητικά αντικείμενα και χρωστικές ουσίες.

Σε αυτή την πηγή της προϊστορίας μας οι ερευνητές είχαν εντοπίσει από το 1964 τα μόνα ανθρώπινα υπολείμματα που είχαν έρθει στο φως, δύο νεογιλά δόντια. Αυτά ταυτοποιήθηκαν αρχικά ως δόντια που ανήκαν σε Νεάντερταλ αν και η ταυτοποίηση εκείνη είχε πυροδοτήσει έντονες συζητήσεις και διαμάχες μεταξύ των ειδικών.

Η προηγμένη τεχνολογία επέτρεψε την εξαγωγή των ανατρεπτικών ευρημάτων. Οι απεικονιστικές μέθοδοι και η Εικονική Ανθρωπολογία άλλαξαν πλέον το τοπίο της ανάλυσης και της ταυτοποίησης απολιθωμάτων. Δεδομένου ότι τα δόντια μεταξύ σύγχρονου ανθρώπου και Νεάντερταλ δεν εμφανίζουν σημαντικές διαφορές στα εξωτερικά τους χαρακτηριστικά, τώρα χάρη στις νέες μελέτες, με την βοήθεια της τεχνολογικής εξέλιξης, φάνηκε ότι δεν είναι έτσι τα πράγματα. Από τις μετρήσεις που διεξήχθησαν τόσο στο πάχος της αδαμαντίνης των δοντιών όσο και στα μορφολογικά χαρακτηριστικά του περιγράμματος της δομής τους έδειξαν πέρα από κάθε αμφιβολία ότι τα δόντια ανήκαν σε παιδιά σύγχρονων ανθρώπων και όχι Νεάντερταλ.

Τα αρχαιότερα ανθρώπινα υπολείμματα

Ποιά είναι λοιπόν η νέα άποψη που διαμορφώνεται μέσω των ευρημάτων; Με βάση τις συγκρίσεις των δοντιών και τη ραδιοχρονολόγηση σε κοχύλια τα οποία εντοπίστηκαν στο ίδιο αρχαιολογικό στρώμα με τα δόντια, προέκυψε ότι ο σύγχρονος άνθρωπος έφθασε στην Ευρώπη πριν από 43.000 ως 45.000 χρόνια. Με βάση τα αρχαιολογικά δεδομένα που υπήρχαν ως σήμερα πιστευόταν ότι ο σύγχρονος άνθρωπος έφθασε στην Ευρώπη πριν από 40.000 χρόνια, αν και τα ελάχιστα σκελετικά υπολείμματα που είχαν ως σήμερα οι επιστήμονες στα χέρια τους χρονολογούνταν από τα 30.000 - 35.000 χρόνια.

Τα ευρήματα από την Grotta del Cavallo επιβεβαιώνονται και από εκείνα Βρετανών ερευνητών από το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης που μελέτησαν ένα τμήμα γνάθου που είχε βρεθεί στο Kents Cavern της πόλης Torquay το 1927. Οι ειδικοί προχώρησαν σε αναλυτική χρονολόγηση και είδαν ότι είναι ηλικίας 41.500 ως 44.200 ετών. Παράλληλα εξέτασαν τη δομή της καθώς και το σχήμα των δοντιών που έφερε και απέκλεισαν το ενδεχόμενο να ανήκει σε Νεάντερταλ, άρα ανήκει στον Homo sapiens.

Το συγκεκριμένο σπήλαιο αποδεικνύεται «θησαυρός» για τους παλαιοντολόγους.Τα ευρήματα της Grotta del Cavallo πάντως, με τη νέα χρονολόγηση, κερδίζουν αδιαμφισβήτητα τον τίτλο των αρχαιότερων υπολειμμάτων του Homo sapiens στην Ευρώπη. Μαρτυρούν επίσης τη σημασία της Νότιας Ευρώπης και κυρίως της Μεσογείου ως οδού διασποράς του σύγχρονου ανθρώπου στην ήπειρό μας. Οι μεσογειακές ακτές προφανώς αποτέλεσαν μια πολύ πρώιμη οδό διασποράς του σύγχρονου ανθρώπου προς ολόκληρη την Ευρώπη. Σε αυτό το πλαίσιο τοποθετείται και η Ελλάδα αφού φαίνεται ότι αποτελούσε σημαντική πύλη εισόδου».

Επίλογος χωρίς συμπεράσματα

Οι ανακαλύψεις ανθρώπινων στοιχείων στις διάφορες ανασκαφές δίνουν πολύτιμες πληροφορίες για το παρελθόν του ανθρώπου. Στο σημερινό μας οδοιπορικό απλώς παρακολουθήσαμε ίσως λίγο ερασιτεχνικά, λόγω απουσίας δομημένης γνώσης - τον άνθρωπο και τους στενούς συγγενείς του, σε ένα ιδιότυπο ταξίδι από τα βάθη της γης της Αφρικής, της Ασίας και της Ευρώπης, στα ερευνητικά εργαστήρια και τους σκοτεινούς θαλάμους. Η έρευνα έχει προχωρήσει αλλά ακόμη και στα σημαντικά ερωτήματα δεν υπάρχει ταύτιση απόψεων.

Είμαστε η εξέλιξη ενός κλάδου, υπήρχαν πολλοί που αναμείχθηκαν; Πότε μεταναστεύσαμε και με τι ρυθμό εξελιχθήκαμε; Η διεύρυνση των δυνατοτήτων της έρευνας, με εξελιγμένες τεχνικές τα τελευταία χρόνια, μεταβάλλει συνεχώς την γνώση μας ακόμη και για θεωρίες που πιστεύονταν απόλυτα στέρεες, με πιθανό αποτέλεσμα, σε κάποια χρόνια, τα στοιχεία που θα βρεθούν να ανατρέψουν και τις σημερινές απόψεις.

Εκείνο που φαίνεται ότι δεν ανατρέπεται παραμένοντας αμετάβλητο και διαχρονικό είναι η «πρώτη ύλη» δηλαδή τα δόντια τα οποία δίνουν σημαντικές πληροφορίες, δια μέσου των αιώνων.

Αντίθετα από την πληθώρα των προβλημάτων που εμφανίζουν στην επίγεια ζωή τους, η υπόγεια είναι σταθερή, αμετάβλητη και εκ του αποτελέσματος κρινόμενη, πολύ σημαντική. Εμείς, ως οδοντίατροι, ίσως ενδόμυχα ή υποσυνείδητα ή αρχέγονα ή νομοτελειακά πιθανόν να το γνωρίζαμε, γι' αυτό τους αφιερώσαμε την επαγγελματική φροντίδα μας.

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

Θερμοπλαστικά νέας γενιάς!

Το μέλλον στην τεχνολογία των πολυμερών θερμοπλαστικών είναι εδώ.

Χωρίς μέταλλα.
Ελαφρύ με φυσική εφαρμογή.
Κατάλληλο και για μόνιμες αποκαταστάσεις.
Αξεπέραστη υγιεινή τού στόματος.
Πλήρης απουσία τής συνήθους δυσοσμίας.

Οι φυσικοχημικές ιδιότητες των πολυμερών θερμοπλαστικών νέας γενιάς, εξασφαλίζουν βιοσυμβατότητητα, ελαστικότητα και υποαλλεργικές ιδιότητες. Καθώς δεν απαιτείται η χρήση μετάλλων, απουσιάζει πλήρως η συνήθης μεταλλική γεύση η οποία ενοχλεί τους ασθενείς, με ταυτόχρονη βολική, ελαφριά και φυσική εφαρμογή, η οποία γίνεται αμέσως ευχάριστα αντιληπτή.

Επιπλέον, η εξαιρετικά λεία επιφάνειά τους εμποδίζει την ανάπτυξη βακτηριδιακής πλάκας και, σε συνδυασμό με την ελάχιστη διαπερατότητα τους από τα διάφορα στοματικά υγρά, εμποδίζει την εμφάνιση δυσοσμίας τού στόματος.

Click Smile!

Ιδανικό για όσους φοβούνται τις ενέσεις και τον τροχό ή δεν διαθέτουν την οικονομική άνεση ή τον χρόνο για άλλες πολυδάπανες και χρονοβόρες λύσεις, το Click Smile προσφέρει τέλεια και μόνιμη αισθητική αποκατάσταση. Μπορεί να εφαρμοστεί όμως και ως μεταβατική λύση, μέχρι την υλοποίηση άλλων επιλογών σε δεύτερο χρόνο.

ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τέλεια συνέργεια τεχνολογιών

Υλικά για την τεχνολογία CAD/CAM και μια νέα ρητινώδης κονία προσκόλλησης

Carlo Monaco, DDS, MSc, PhD; Καθηγητής Giovanni Zucchelli, PhD, DDS, Bologna, και Luigi De Stefano, DT, Scafati/Ιταλία.

Μια πλατφόρμα που επιτρέπει την επίτευξη αισθητικού αποτελέσματος με ιδιαίτερη ευκολία, συνδυάζοντας την τεχνολογία CAD/CAM με ένα κεραμικό υψηλής αντοχής και μια σύγχρονη κονία προσκόλλησης.

Οι τεχνολογίες αιχμής και τα αντίστοιχα υλικά εξασφαλίζουν έναν γρήγορο δρόμο προς την επίτευξη άριστων αποτελεσμάτων. Με έναν προσεκτικό σχεδιασμό, το μέρος της θεραπείας που εκτελείται στο ιατρείο μπορεί να ολοκληρωθεί συχνά σε μια συνεδρία. Το ειδικό σύστημα ενδοστοματικής ψηφιακής αποτύπωσης εξαλείφει τον κίνδυνο παραμόρφωσης του αποτυπώματος και επιτρέπει την οπτικοποίηση των παρασκευών σε μορφή 3D. Η τρισδιάστατη απεικόνιση βοηθά τους ασθενείς να σχηματίσουν μια σαφή ιδέα για το τι ακριβώς μπορεί να επιτευχθεί με τη θεραπεία τους και αυξάνει την πιθανότητα να δώσουν αυτοί τη συγκατάθεσή τους. Τα πλεονεκτήματα αυτά ενισχύονται από τις ευνοϊκές μηχανικές ιδιότητες των σύγχρονων κεραμικών υλικών, όπως είναι το υαλοκεραμικό διπυριτικού λιθίου (LS2). Με λίγα λόγια, τα οφέλη της κατασκευής με τεχνική CAD/CAM περιλαμβάνουν μειωμένους χρόνους θεραπείας, υψηλή ακρίβεια των αποτυπωμάτων και ακρίβεια κατά την απεικόνιση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Στη μελέτη περίπτωσης που ακολουθεί περιγράφονται τα κλινικά στάδια που απαιτούνται για την κατασκευή μονήρων στεφανών σε πρόσθια δόντια, ώστε να επιτευχθεί άριστο λειτουργικά και αισθητικά αποτέλεσμα.

Προεγχειρητική εκτίμηση

Η ασθενής προσήλθε με πρόσθιες μεταλλοκεραμικές αποκαταστάσεις και επιθυμούμε βελτίωση της αισθητικής της εμφάνισης ***(Εικ. 1)***. Ο ακτινογραφικός έλεγχος έγινε με σειρά ενδοστοματικών ακτινογραφιών. Στη συνέχεια, εκτιμήθηκαν οι αισθητικές παράμετροι. Χρησιμοποιώντας το εργαλείο σχεδιασμού Digital Smile Design (DSD, Δρ. C. Coachman), οι επιθυμητές αλλαγές οπτικοποιήθηκαν στον υπολογιστή και συζητήθηκαν με την ασθενή. Η οπτικοποίηση είναι απαραίτητη σε κάθε αισθητική θεραπευτική διαδικασία, η οποία απαιτεί προετοιμασία του δοντιού, επειδή δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εξοικειωθεί με απλό τρόπο σε μεγάλες αλλαγές.

Μετά την έγκριση της ασθενούς για το σχέδιο θεραπείας, έγινε λήψη συμβατικού ενδοστοματικού αποτυπώματος (πολυ-βινυλσιλοξάνη) και διαγνωστικό κέρωμα. Η γραμμή των ούλων δεν διαφοροποιήθηκε σε αυτή τη φάση. Το διαγνωστικό κέρωμα χρησίμευσε ως κλειδί, προκειμένου να βοηθηθεί η ασθενής να αντιληφθεί την προοπτική της τρισδιάστατης μεταβολής του όγκου των προσθίων δοντιών και να κατασκευαστεί η προσωρινή αποκατάσταση. Μεταξύ άλλων, η κύρια ανησυχία της ασθενούς ήταν να βελτιωθεί το υπερβολικό μήκος των προσθίων δοντιών της, ώστε αυτά να εναρμονιστούν με τα υπόλοιπα δόντια και να μειωθεί η έντονη υπερώια καμπυλότητα.

Σχεδιασμός και προσωρινές

Οι πληροφορίες που συλλέξαμε με τη διαδικασία DSD και η δοκιμή των προσωρινών αναπλάσεων αποτέλεσαν τη βάση για τον τελικό θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι προσωρινές αναπλάσεις μεταφέρουν μια αποτύπωση ακριβείας των μορφολογικών αλλαγών που πρέπει να γίνουν στα δόντια. Κατά τη δοκιμή, οι κυνόδοντες είχαν μεγάλο μήκος σε σχέση με τη νέα εικόνα των κεντρικών και των πλαγίων τομέων ***(Εικ. 2)***. Προκειμένου να διορθωθεί αυτό, προτείναμε στην ασθενή να μειωθούν οι κυνόδοντες κατά 1 χιλ με την τοποθέτηση προσωρινής αποκατάστασης. Επιπλέον, η ασθενής ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα χειρουργικής παρέμβασης, ώστε να διορθωθεί η γραμμή των ούλων. Οι θεραπείες που απαιτούν αφαίρεση υγιούς οδοντικής ουσίας και/ή αλλαγή του προφίλ των μαλακών ιστών θα πρέπει να συνοδεύονται από λογισμικό οπτικοποίησης, όπως το πρόγραμμα Digital Smile Design, διότι οι αλλαγές αυτές δεν γίνονται ορατές με εκμαγεία ή προσωρινές αναπλάσεις.

Μετά την αφαίρεση των παλιών αποκαταστάσεων με φρέζα καρβιδίου ***(Εικ. 3)***, διαπιστώσαμε ότι τα στηρίγματα δεν ήταν σε καλή κατάσταση και ο #22 ήταν κατεστραμμένος λόγω τερηδονικής βλάβης. Ως εκ τούτου, ήταν απαραίτητη η ανασύσταση των κολοβωμάτων με συγκολλητικό παράγοντα και ρητίνη, πριν από την τοποθέτηση των προσωρινών αποκαταστάσεων από PMMA (πολυμεθακρυλικό μεθύλιο). Ο πρωταρχικός στόχος ήταν η αποφυγή περαιτέρω απώλειας οδοντικής ουσίας. Μετά την ολοκλήρωση της συντηρητικής θεραπείας, οι ανασυστάσεις υπέστησαν μικρό εκτροχισμό για να δημιουργηθούν όμοροι χώροι, ώστε οι μεσοδόντιες θηλές να πάρουν τη θέση τους στα μεσοδόντια διαστήματα ανάμεσα στις προσωρινές αποκαταστάσεις ***(Εικ. 4)***.

Χειρουργική παρέμβαση

Έγιναν χειρουργικές επιμηκύνσεις μύλης, ώστε να επιτύχουμε αρμονική γραμμή των ούλων. Μετά τη χειρουργική διευθέτηση των μαλακών περιοδοντικών ιστών, το οστό παρειακά-γλωσσικά μειώθηκε με διαμάντι και κοπτικό χειρός, με σκοπό να έχουμε κολόβωμα ύψους 5 χιλ από την κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας. Μετά το χειρουργείο, οι εκτεθειμένες επιφάνειες της ρίζας λειάνθηκαν με εργαλεία χειρός μέχρι την κορυφή της φατνιακής ακρολοφίας και έγινε παρασκευή των δοντιών. Εδώ, ο στόχος ήταν να τροποποιήσουμε το προφίλ ανάδυσης των δοντιών, ώστε να αναδύονται από τη φατνιακή ακρολοφία και ως αποτέλεσμα αυτού, να περιορίσουμε τη μυλική ανάπτυξη των μαλακών ιστών στις παρειακές και υπερώιες περιοχές. Τέλος, οι ουλικοί κρημνοί σταθεροποιήθηκαν επάνω στις παρειακές και υπερώιες επιφάνειες του φατνιακού οστού με τη χρήση απλής κάθετης στρωματοραφής (PGA 6/0) και αγκυρώθηκαν στο περιόστεο της παρειακής πλευράς. Μετά το χειρουργείο, τοποθετήθηκαν οι προσωρινές αποκαταστάσεις με κονία υδροξειδίου του ασβεστίου. Η ασθενής λόγω του χειρουργείου δεν ήταν σε θέση να καθαρίσει τις αντίστοιχες περιοχές. Έτσι, της δόθηκαν οδηγίες για χρήση στοματικού διαλύματος χλωρεξιδίνης 0,12%, για 1 λεπτό τρεις φορές την ημέρα.

Προσωρινές

Στην επόμενη συνεδρία, αφαιρέθηκαν τα ράμματα και έγινε λήψη αποτυπώματος, χωρίς τοποθέτηση νήματος απώθησης. Το αποτύπωμα αυτό χρησιμοποιήθηκε για την κατασκευή δεύτερης «σειράς» προσωρινών αποκαταστάσεων, οι οποίες είχαν τη δυνατότητα επανεφαρμογής. Τρεις εβδομάδες μετά το χειρουργείο έγιναν οι τελικές παρασκευές των δοντιών. Η γραμμή των ούλων χρησιμοποιήθηκε ως οδηγός για τον προσανατολισμό της αυχενικής περιοχής. Η πρώιμη τοποθέτηση των προσωρινών αποτέλεσε πλεονέκτημα για τη διαμόρφωση των μαλακών ιστών. Με την επιλογή αυτή, ήταν ευκολότερο να παρακολουθήσουμε την αναμενόμενη ανάκαμψη των μαλακών ιστών και το επιθυμητό αποτέλεσμα μπορούσε να επιτευχθεί με στοχευμένο τρόπο. Στους επόμενους πέντε με έξι μήνες, οι προσωρινές τροποποιούνταν, ώστε να επιτραπεί στις μεσοδόντιες θηλές να πάρουν το κατάλληλο σχήμα.

Καταγραφή ενδοστοματικών δεδομένων

Έξι μήνες μετά το χειρουργείο, οι μαλακοί ιστοί είχαν αποκτήσει ένα ιδανικό σχήμα ***(Εικ. 5)***. Επομένως, ήταν η ώρα να ξεκινήσουμε την τελική φάση της προσθετικής θεραπείας. Αρχικά, προγραμματίστηκε μια μόνο συνεδρία. Λόγω του ότι η ασθενής ήταν ικανοποιημένη με τη μορφολογία και τη λειτουργία των προσωρινών, οι αποκαταστάσεις από PMMA χρησιμοποιήθηκαν ως

Εικ. 1: Η ασθενής έφερε μεταλλοκεραμικές αποκαταστάσεις και επιθυμούσε τη βελτίωση της αισθητικής της εμφάνισης.

Εικ. 2: Οι προσωρινές αναπλάσεις κατασκευάστηκαν με βάση το κέρωμα και προσαρμόστηκαν στα δόντια της ασθενούς.

Εικ. 3: Τα προβληματικά στηρίγματα μετά την αφαίρεση των παλιών αποκαταστάσεων.

Εικ. 4: Τα στηρίγματα μετά την ανασύστασή τους με ρητίνη. Η εικόνα μετά το πέρας της πρώτης φάσης της μεταβατικής θεραπείας.

Εικ. 5: Δεύτερη φάση της μεταβατικής θεραπείας, μετά τη χειρουργική επιμήκυνση.

πρότυπο για τις μόνιμες στεφάνες. Έγινε λήψη δύο ψηφιακών αποτυπωμάτων. Στο πρώτο στάδιο, δημιουργήθηκε ένα ψηφιακό αρχείο των προσωρινών αποκαταστάσεων, το οποίο στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε ως πρότυπο ("biogeneric"). Στο δεύτερο στάδιο, έγινε λήψη αποτυπώματος των παρασκευασμένων δοντιών μετά από τοποθέτηση νήματος. Τόσο οι προσωρινές αποκαταστάσεις, όσο και τα παρασκευασμένα δόντια καλύφθηκαν με σκόνη σάρωσης, ώστε να διευκολυνθεί η οπτική καταγραφή των δεδομένων ***(Εικ. 6 έως 8)***. Μετά την ενδοστοματική σάρωση (CEREC® Bluecam, Sirona Dental Systems GmbH, Germany), τα δεδομένα εισήχθησαν στο λογισμικό CAD (CEREC Software V. 4.2) και ενσωματώθηκαν στον σχεδιασμό των αποκαταστάσεων. Οι παράμετροι που αφορούσαν στον χώρο του συγκολλητικού και της ρητινώδους κονίας ρυθμίστηκαν στα 30 και 20 μm αντίστοιχα και το ελάχιστο πάχος του κεραμικού κοπτικά ρυθμίστηκε στο 1,5 χιλ. Επιπροσθέτως, λήφθησαν ψηφιακές καταγραφές των ανταγωνιστών και της σύγκλεισης.

Υλικά

Οι ολοκεραμικές αποκαταστάσεις θα πρέπει να έχουν «φυσικές» οπτικές ιδιότητες και να προσφέρουν «φυσική» επιφανειακή υφή.

> Πολλοί κατασκευαστές έχουν αναπτύξει υλικά, τα οποία δύσκολα ξεχωρίζουν από τους ομόλογούς τους φυσικούς ιστούς δηλ. τα δόντια.

Ταυτόχρονα, με την πρόοδο της τεχνολογίας CAD/CAM, έχει βελτιωθεί και η διαδικασία παραγωγής των υλικών CAD/CAM. Αισθητικό αποτέλεσμα που προσομοιάζει εκείνο της φυσικής οδοντοφυίας μπορεί τώρα να επιτευχθεί εύκολα χάρη στον συνδυασμό των οπτικών ιδιοτήτων της «φυσικής αδαμαντίνης» των μπλοκς IPS e.max® CAD HT (υψηλή ημιδιαφάνεια) και της τεχνικής επιφανειακής χρωματικής τροποποίησης – δεν απαιτείται εξατομικευμένη διαστρωμάτωση. Τα μπλοκς υαλοκεραμικού διπυριτικού λιθίου (IPS e.max CAD HT C14/A2) ήταν το υλικό επιλογής για το συγκεκριμένο περιστατικό. Τα επεξεργαστήκαμε στη συσκευή φρεζαρίσματος CEREC (Sirona) χρησιμοποιώντας φρέζες Step bur 12 και Cylinder Pointed bur 12S ***(Εικ. 9)***.

Έδραση στεφάνης

Μετά την όπτηση κρυσταλλοποίησης, οι αποκαταστάσεις εδράστηκαν στα παρασκευασμένα δόντια και εκτιμήθηκε η ακρίβεια εφαρμογής. Έγιναν μικρές τροποποιήσεις του σχήματος και των συγκλεισιακών και όμορων σημείων επαφής ***(Εικ. 10)***. Τέλος, έγινε εξατομίκευση των στεφανών με τη χρήση τεχνικής επιφανειακού χρωματικού χαρακτηρισμού (IPS e.max Ceram Shades) ***[Εικ. 11]***. Για την έδραση των στεφανών επιλέχθηκε η ρητινώδης κονία διπλού πολυμερισμού Variolink® Esthetic DC. Το υλικό αυτό είναι διαθέσιμο σε αρκετές αποχρώσεις, ώστε να εξασφαλίζει ιδανική αισθητική ενσωμάτωση. Οι υδατοδιαλυτές πάστες γλυκερίνης παρέχουν πολύτιμη βοήθεια κατά την επιλογή του χρώματος της κονίας ***(Εικ. 12)***. Με τις πάστες αυτές, μπορεί να γίνει εξομοίωση του χρώματος των ολοκεραμικών αποκαταστάσεων πριν από τη μόνιμη συγκόλληση. Οι πάστες δοκιμής εμφανίζουν παρόμοιο χρώμα και ημιδιαφάνεια με τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά της μόνιμης κονίας μετά τον πολυμερισμό. Η σύσταση της πάστας δοκιμής είναι επίσης παρόμοια με εκείνη της κονίας συγκόλλησης. Στο συγκεκριμένο περιστατικό, κάθε φορά που η αποκατάσταση ελεγχόταν με έγχρωμη πάστα δοκιμής, μετρούσαμε το χρώμα με χρωματόμετρο (SpectroShade, MHT). Με τις πέντε διαφορετικές αποχρώσεις Light+, Light, Neutral, Warm και Warm+, η ημιδιαφάνεια μπορεί να τροποποιηθεί σε διαφορετικό ποσοστό, κυμαινόμενη από το φωτεινότερο/λευκό μέχρι το πιο σκούρο/κίτρινο και οι σκούρες αποχρώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μεταβάλλουν το επίπεδο αδιαφάνειας και ημιδιαφάνειας. Με ημιδιαφάνεια της τάξης του 10% και ένα σχετικά φωτεινό αποτέλεσμα, επιλέχθηκε τελικά η έκδοση "Light" για την τελική προσκόλληση. Οι στεφάνες εδράστηκαν την ίδια μέρα ***(Εικ. 13 και 14)***.

Εικ. 6: Ενδοστοματική ψηφιακή καταγραφή των προσωρινών αποκαταστάσεων.

Εικ. 7: Οι προσωρινές αποκαταστάσεις χρησιμοποιήθηκαν ως πρότυπο ("biogeneric").

Εικ. 8: Προετοιμασία της ψηφιακής σάρωσης των παρασκευασμένων δοντιών.

Εικ. 9: Οι στεφάνες σχεδιάστηκαν και φρεζαρίστηκαν από μπλοκς διπυριτικού λιθίου (IPS e.max CAD HT C14/A2).

Εικ. 10: Δοκιμή των φρεζαριστών στεφανών και προσαρμογή των όμορων σημείων επαφής.

Εικ. 11: Εξατομίκευση με τεχνική επιφανειακού χρωματικού χαρακτηρισμού.

Εικ. 12: Επιλογή της κατάλληλης απόχρωσης ρητινώδους κονίας προσκόλλησης (Variolink Esthetic DC) με τη βοήθεια υδατοδιαλυτών παστών δοκιμής, με βάση τη γλυκερίνη.

Εικ. 13: Τελική έδραση των στεφανών. Εφαρμόστηκε πάστα απομόνωσης του οξυγόνου, ώστε να αποφευχθεί ο σχηματισμός στοιβάδας αναστολής πολυμερισμού κατά τον φωτοπολυμερισμό (Liquid Strip).

Εικ. 14: Μόνιμα τοποθετημένες αποκαταστάσεις. Η ολοκλήρωση και η τοποθέτηση των αποκαταστάσεων έγινε σε μια μόνο συνεδρία.

Συμπέρασμα

Στο περιστατικό που παρουσιάζεται εδώ, ο συνδυασμός της τεχνολογίας CAD/CAM, το υαλοκεραμικό διπυριτικού λιθίου και η χρωματικά ισορροπημένη ρητινώδης κονία μας επέτρεψαν να χρησιμοποιήσουμε μια απλή και αποτελεσματική μέθοδο για την αποκατάσταση του χαμόγελου και της ελκυστικότητας της ασθενούς μας.

Λεπτομέρειες επικοινωνίας:

Carlo Monaco, DDS, MSc, PhD
Researcher, Assistant Professor
University of Bologna
Via S. Vitale 59
40125 Bologna
Italy
carlo.monaco2@unibo.it

Prof. Dr Giovanni Zucchelli, DDS, PhD
Associate Professor
Department of Oral Sciences
University of Bologna
Via S. Vitale 59
40125 Bologna
Italy
giovanni.zucchelli@unibo.it

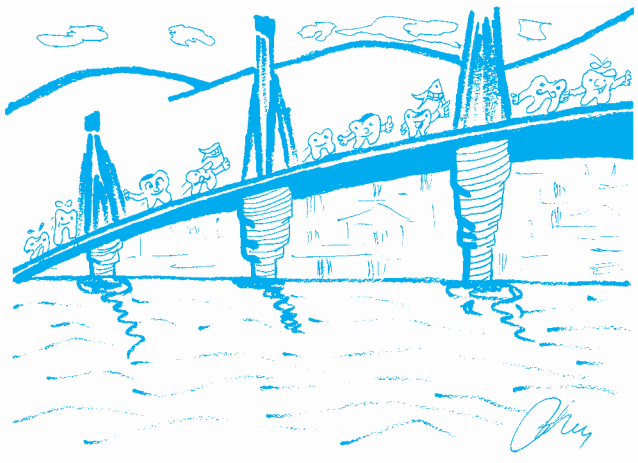
Luigi De Stefano, DT
Via Martiri D'Ungheria 132
84018 Scafati (SA)
Italy
info@luigidestefano.com

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση www.odvima.gr

16ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο

24-26 Ιουνίου 2016 στην Πάτρα

Το 16ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο θα πραγματοποιηθεί από τις 24 έως και τις 26 Ιουνίου 2016 στο **Συνεδριακό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πατρών,** φιλοδοξώντας να αποτελέσει για μια ακόμη χρονιά σημείο αναφοράς στα περιφερειακά συνέδρια. Το «ΟΒ» έχει την τιμή και την χαρά να φιλοξενεί τον Πρόεδρο της Οργανωτικής Επιτροπής και Πρόεδρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αχαΐας, κ. **Γιώργο Μουτούση**, ο οποίος μοιράζεται μαζί μας τους στόχους της φετινής διοργάνωσης, υπογραμμίζοντας τον σημαντικό ρόλο που μπορούν να παίξουν τα περιφερειακά συνέδρια στη δια βίου εκπαίδευση των οδοντιάτρων. Από την πλευρά του ο Συντονιστής της Επιστημονικής Επιτροπής, κ. **Κωνσταντίνος Λιανός**, μας μιλά για τη θεματολογία και τη δομή του φετινού συνεδρίου.



Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Γιώργος Μουτούσης

Κύριε Μουτούση, η διοργάνωση του φετινού συνεδρίου αποτέλεσε πρόκληση για εσάς;

Η διοργάνωση του φετινού συνεδρίου αποτέλεσε πράγματι μια πρόκληση όχι μόνο για μένα αλλά για όλους τους συλλόγους της Πελοποννήσου και της Αιτωλοακαρνανίας.

Κι αυτό γιατί μέσα από μια σειρά λανθασμένων χειρισμών και συνεννοήσεων για τους οποίους αναλαμβάνουμε πλήρως την ευθύνη που μας αναλογεί, οδηγηθήκαμε να διοργανώσουμε το 16ο Παμπελοποννησιακό στην Πάτρα με έναν χρόνο καθυστέρηση. Δράττοντας την ευκαιρία λοιπόν θέλω να ευχαριστήσω δημόσια τους Προέδρους και τα ΔΣ όλων των συν-διοργανωτών συλλόγων για την μεγάλη κατανόηση και συνεργασία που έδειξαν στον τομέα αυτό.

Αυτό εξάλλου είναι το Παμπελοποννησιακό Συνέδριο. Μια κορυφαία επιστημονική εκδήλωση που θεμελιώθηκε και χτίστηκε πάνω στη συνεχή συνεργασία και αλληλοβοήθεια των συλλόγων της Πελοποννήσου και της Αιτωλοακαρνανίας.

Ένας πρόσθετος λόγος που αποτέλεσε μία πρόκληση, ήταν ότι επιλέξαμε, όπως και στο προηγούμενο Παμπελοποννησιακό που έγινε στην Πάτρα, την επιστημονική επιτροπή να αποτελέσουν αποκλειστικά μέλη του συλλόγου μας, επιβεβαιώνοντας έτσι το υψηλό επιστημονικό δυναμικό που υπάρχει και εκτός Αθηνών και Θεσσαλονίκης.

Γιατί θεωρείτε ότι είναι σημαντικός ο θεσμός του Παμπελοποννησιακού Οδοντιατρικού Συνεδρίου; Τα περιφερειακά συνέδρια τι ρόλο παίζουν στη δια βίου εκπαίδευση των οδοντιάτρων;

Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις στην οδοντιατρική επιστήμη τρέχουν με φρενήρεις ρυθμούς.

Μαζί τους τρέχουν και οι απαιτήσεις των ασθενών μας, έστω και προσαρμοσμένες στα νέα οικονομικά δεδομένα της χώρας.

Ο ένας και μοναδικός τρόπος που μπορεί να διατηρηθεί updated και συγχωρείστε μου τον ξένο όρο, η καθημερινή οδοντιατρική πράξη, είναι η Συνεχής και δια Βίου Εκπαίδευση.

Επειδή όμως η εκπαίδευση αυτή δυστυχώς δεν έχει θεσμοθετηθεί από την Πολιτεία και επιβαρύνει αποκλειστικά και μόνο τον ετήσιο προϋπολογισμό του κάθε συναδέλφου, θεωρώ ότι πρέπει να προσφέρεται με το λιγότερο αναγκαίο κόστος, χωρίς κερδοσκοπικά κριτήρια και όσο το δυνατόν πιο κοντά στην έδρα εγκατάστασης του οδοντίατρου.

Τον διττό αυτό ρόλο έρχονται να τον παίξουν τα περιφερειακά συνέδρια που διοργανώνονται από τους οδοντιατρικούς συλλόγους και μια τέτοια κορυφαία εκδήλωση αποτελεί και το Παμπελοποννησιακό συνέδριο.

Θέλω εδώ να τονίσω ότι οι συνάδελφοι-μέλη των συλλόγων συν-διοργανωτών των Παμπελοποννησιακών Συνεδρίων, ξεπερνούν τους 1.000 και αφορούν σε μια πολύ μεγάλη γεωγραφική έκταση.

Ο συνδυασμός όλων των ανωτέρω αποδεικνύει τη σημαντικότητα του θεσμού.

Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα «μυστικά της επιτυχίας» μιας επιστημονικής διοργάνωσης;

Είναι σίγουρα αρκετά.

Θα ξεκινούσα με το επιστημονικό πρόγραμμα το οποίο οφείλει χωρίς να παραβλέπει τις πιο σύγχρονες εξελίξεις, να είναι προσαρμοσμένο στην καθημερινή κλινική πράξη ώστε η γνώση που προσφέρει να είναι άμεσα αξιοποιήσιμη από τον λαμβάνοντα.

Η ύπαρξη αρκετών και καλά σχεδιασμένων πρακτικών hands on θα έρθει να ενισχύσει καθοριστικά την ως άνω δράση.

Η ύπαρξη ομιλητών- εκπαιδευτών που συνδυάζουν τις γνώσεις με την μεταδοτικότητα αλλά και η διάθεσή τους να μοιραστούν «κρυμμένα μυστικά» από την εμπειρία τους είναι επίσης απαραίτητη.

Το καλά σχεδιασμένο ωρολόγιο πρόγραμμα και η πιστή τήρηση του όπως και ο σωστά κατανεμημένος απαραίτητος χρόνος των διαλειμμάτων. Η άρτια υλικοτεχνική υποδομή των παρουσιάσεων όπως και η λειτουργικότητα και η αισθητική του χώρου όπου αυτές πραγματοποιούνται. Η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη και μαζικότερη παρουσία εκθετών ώστε να μπορεί ο σύνεδρος άμεσα να δει και να δοκιμάσει ή να παραγγείλει υλικά για τα οποία μόλις άκουσε στις παρουσιάσεις. Η ύπαρξη ενός παράλληλου, μη επιστημονικού αυτή την φορά, προγράμματος που θα απασχολήσει δημιουργικά και ψυχαγωγικά όσους το επιθυμούν.

Κι όλα τα παραπάνω, σε μια τιμή, όπου η σχέση κόστους-οφέλους να είναι ξεκάθαρη υπέρ της δεύτερης συνιστώσας ή τουλάχιστον ισορροπημένη.

Είναι αδύνατον να γίνουν πράξη όλα τα ανωτέρω αν δεν υπάρχει εξ' αρχής όραμα και συνεργασία της οργανωτικής και επιστημονικής επιτροπής της διοργάνωσης.

Με την ευκαιρία της διοργάνωσης του Συνεδρίου στην πόλη της Πάτρας, θα θέλατε να μοιραστείτε μαζί μας τις «κρυμμένες ομορφιές» της πόλης σας που θα μπορούσαν να ανακαλύψουν οι σύνεδροι στο περιθώριο του Συνεδρίου;

Η Πάτρα είναι μια όμορφη και πολυ-επίπεδη πόλη. Χτισμένη αμφιθεατρικά σε τέτοιο σημείο ώστε να εξασφαλίζει σχεδόν πάντα ήπιο καιρό, είναι ιδανική για μεγάλες βόλτες με τα πόδια αφού οι γνωστές της καμάρες προστατεύουν από τον ήλιο και τη βροχή όποιον θέλει να περπατήσει στο εμπορικό της κέντρο.

Καταρχήν θα πρότεινα ανεπιφύλακτα στους συνέδρους να βρουν το χρόνο να απολαύσουν το υπέροχο ηλιοβασίλεμα της πόλης είτε από τον φάρο της, είτε από το δασύλλιο στην άνω πόλη.

Ένας περίπατος στο θαλάσσιο μέτωπο καθώς και στα στενά σοκάκια γύρω από τις σκάλες της Αγίου Νικολάου κάτω ακριβώς από τα τείχη του κάστρου, επιβάλλονται.

Ο περίπατος μπορεί να καταλήξει σε ένα από τα ουζερί που βρίσκονται στην άνω πόλη με θέα τον Πατραϊκό και την γέφυρα Ρίου-Αντιρρίου.

Σε όσους αρέσουν οι ιστορικές εκκλησιές θα πρότεινα να επισκεφθούν τον Άγιο Ανδρέα φυσικά, αλλά και τους ναούς της Παντάνασσας καθώς και του Παντοκράτορα στην Άνω Πόλη.

Η πλατεία Γεωργίου Α με το Δημοτικό Θέατρο φτιαγμένο από τον Τσίλλερ, η πλατεία Υψηλών Αλωνίων και η πλατεία Αγίου Γεωργίου με το Ρωμαϊκό Ωδείο αξίζουν επίσης της προσοχής.

Μία νυκτερινή βόλτα στον πεζόδρομο της Ρήγα Φεραίου καθώς και στους πεζόδρομους της Ηφαίστου και της Γεροκωστοπούλου θα σας γεμίσουν όμορφες εικόνες καθώς και όμορφες μυρωδιές από το πλήθος των μαγαζιών που δραστηριοποιούνται εκεί.

Ο πεζόδρομος της Τριών Ναυάρχων ακριβώς κάτω από τα Ψηλά Αλώνια αξίζει την επίσκεψη σας, όπως και ο Μώλος της Αγίου Νικολάου.

Όποιος θέλει να χρησιμοποιήσει αυτοκίνητο, μπορεί να επισκεφθεί την κοντινή περιοχή του Μονοδενδρίου για βραδινό φαγητό κυρίως ή την περιοχή του Ρίου για πιο έντονη νυκτερινή ζωή.

Τέλος μια επίσκεψη στο Αρχαιολογικό Μουσείο της πόλης καθώς και στον αρχαιολογικό χώρο της Βούντενης είναι εκ των ων ουκ άνευ για όσους γοητεύονται από αυτά.

> Μία από τις κορυφαίες εκδηλώσεις του θεσμού των περιφερειακών συνεδρίων, είναι το Παμπελοποννησιακό Συνέδριο, το οποίο παίζει σημαντικό ρόλο στην Συνεχή και δια Βίου Εκπαίδευση των οδοντιάτρων

Κωνσταντίνος Λιανός

Κύριε Λιανέ, από τις 24 έως και 26 Ιουνίου 2016 θα πραγματοποιηθεί στο Συνεδριακό Κέντρο του Πανεπιστημίου Πατρών το 16ο Παμπελοποννησιακό Οδοντιατρικό Συνέδριο. Μπορείτε να μας πείτε λίγα λόγια για τη φετινή διοργάνωση, ποια είναι τα βασικά θέματα που θα συζητηθούν στο πλαίσιο του Συνεδρίου;

Η θεματολογία του συνεδρίου είναι βασισμένη στην Επανορθωτική Οδοντιατρική και κυρίως στην κλινική της εφαρμογή. Όταν λέω Επανορθωτική Οδοντιατρική εκτός από την Οδοντική Χειρουργική και την Προσθετική συμπεριλαμβάνω την Περιοδοντολογία, την Ενδοδοντία αλλά και τα Εμφυτεύματα. Όλα τα παραπάνω πεδία είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένα στην καθημερινή άσκηση της γενικής οδοντιατρικής και είναι χωριστά μόνο για ακαδημαϊκούς-εκπαιδευτικούς λόγους. Η προσέγγιση του συνεδρίου είναι προσανατολισμένη στην συνολική θεώρηση και αντιμετώπιση της οδοντικής αποκαταστασης.

Αναλυτικότερα υπάρχει:

1. συνεδρία για την προσθετική αποκατάσταση των εμφυτευμάτων αλλά και συνεδρία για την αντιμετώπιση της ολικής νωδότητας με κλασικές ολικές οδοντοστοιχίες.
2. ομιλία για συγκολλούμενες αυχενικές αποκαταστάσεις, πρακτικό για αποκατάσταση προσθίων με ρητίνες αλλά και εκτεταμένη αναφορά στο πώς η συγκόλληση επηρεάζει την «κλασική» προσθετική. Το τελευταίο θέμα θα το αναπτύξει ιδιαίτερα εντυπωσιακά ο προσκεκλημένος Ιταλός συνάδελφος, ο Dr Allegri.
3. συνεδρία για την διεύρυνση της κλασικής περιοδοντικής θεραπείας αλλά και την περιοδοντική προσέγγιση της τοποθέτησης εμφυτευμάτων για βέλτιστα αισθητικά αποτελέσματα.
4. ενδοδοντική συνεδρία για καθημερινά περίπλοκα περιστατικά αλλά και για ένα από τα πιο δύσκολα θέματα αποκατάστασης: τα δόντια με αδιάπλαστο ακρορρίζιο.
5. παιδοδοντική συνεδρία με ενδιαφέρον που προεκτείνεται και στην γενική οδοντιατρική: αρχόμενες τερηδόνες και κάλυψη πολφού μονίμων δοντιών.

Πιο γενικές ομιλίες, πάντα με κλινικό προσανατολισμό, θα παρουσιάσουν την επίδραση του άγχους στην στοματική υγεία, τα αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα και την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.

Μπορείτε να μας πείτε συνοπτικά ποια θα είναι η δομή του Συνεδρίου;

Η δομή του συνεδρίου θα περιλαμβάνει: ένα κατευθυνόμενο μέρος που είναι και το κύριο μέρος του συνεδρίου με είκοσι εισηγήσεις και έξι πρακτικά σεμινάρια. Ένα δεύτερο μέρος με πολιτιστικό περιεχόμενο και ιστορικό προσανατολισμό και βέβαια ένα τρίτο μέρος με είκοσι τρεις ελεύθερες ανακοινώσεις και εννέα επιτοίχιες επιδείξεις.

Θα υπάρξει κάποια καινοτομία είτε από οργανωτικής πλευράς είτε από άποψης θεματολογίας;

Καινοτομία από άποψης θεματολογίας είναι η συνεδρία με τίτλο «Οικολογία και Οδοντιατρική» που θα αναλυθεί η περιβαλλοντική διάσταση της Οδοντιατρικής αλλά θα θιχθούν και τα θέματα της ρύπανσης και της κλιματικής αλλαγής ως γενικότερου και ζωτικού ενδιαφέροντος προβλήματα.

Από άποψης οργανωτικής έχει προβλεφθεί χρόνος για άνετη συζήτηση χωρίς το άγχος του χρονομέτρου, επαρκής χρόνος για διαλείμματα και επίσκεψη της έκθεσης των οδοντιατρικών υλικών και μηχανημάτων. Οι πρόεδροι των συνεδριών δεν θα έχουν απλώς τον ρόλο της ομαλής ροής του προγράμματος αλλά θα είναι πραγματικοί συντονιστές με παρεμβάσεις και ερωτήσεις που θα βοηθήσουν τους συνέδρους να διαμορφώσουν ουσιαστική και χρήσιμη άποψη για τα θέματα που θα παρουσιαστούν.

Επίσης από άποψης οργανωτικής έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πολιτιστική διάσταση της επίσκεψης και ξενάγησης στο αρχαιολογικό μουσείο μαζί με την ομιλία για την ιστορία της Πάτρας από την μυκηναϊκή περίοδο μέχρι και τον 19ο αιώνα. Πολύ ενδιαφέρουσα είναι και η Κυριακάτικη ξενάγηση στο θρησκευτικό, ιστορικό και αρχαιολογικό τμήμα της πόλης.

Θα μπορούσατε να μας πείτε λίγα λόγια για τους προσκεκλημένους ομιλητές του Συνεδρίου. Θα υπάρχουν και ομιλητές από το εξωτερικό;

Οι ομιλητές είναι η καρδιά αυτού του συνεδρίου και σε αυτούς θα οφείλεται η όποια επιτυχία του. Η οργανωτική και επιστημονική επιτροπή είναι ο μάνατζερ, ο φροντιστής και ο έφορος της ομάδας που αποτελείται από τους ομιλητές. Μοναδικός και υπαρξιακός σκοπός μας είναι να εξασφαλίσουμε τις καλύτερες συνθήκες για την ομάδα των ομιλητών προς όφελος των συνέδρων. Με αυτά κατά νου επιλέχθηκαν ομιλητές οι οποίοι είναι καταξιωμένοι κλινικοί στον τομέα τους και δεινοί ομιλητές, άσχετα με το πόσο συχνά συμμετέχουν σε επιστημονικές εκδηλώσεις. Η πρόθυμη και αφιλοκερδής συμμετοχή τους μας δίνει την δυνατότητα να υλοποιήσουμε τον σχεδιασμό ενός τόσο μεγάλου περιφερειακού συνεδρίου. Ο προσκεκλημένος συνάδελφος από την Βερόνα, Ιταλία, ο Dr Alleggri είναι ένας καταπληκτικός κλινικός που νομίζω θα εντυπωσιάσει με την διάλεξη του όσους εμπιστεύονται την συγκόλληση με τους οδοντικούς ιστούς και θα προβληματίσει θετικά αυτούς που είναι επιφυλακτικοί απέναντι στην εφαρμογή των αρχών της συγκόλλησης σε τομείς που η μηχανική συγκράτηση είχε την προτεραιότητα μέχρι πρόσφατα.

Ποιο πιστεύετε ότι θα είναι το κέρδος των οδοντιάτρων που θα έρθουν στην όμορφη πόλη σας και θα παρακολουθήσουν το Συνέδριο;

Το κέρδος των συνέδρων θα είναι κυρίως εκπαιδευτικό σε ένα άνετο χρονικά πλαίσιο που θα επιτρέψει την έκφραση απορίων και την ύπαρξη διευκρινίσεων. Το πολιτιστικό όφελος θα είναι από άποψη ιστορικής και αρχαιολογικής σημαντικό, λόγω της ξενάγησης στο αρχαιολογικό μουσείο και της ομιλίας της κα Καΐκα. Για όσους δε θα προτιμήσουν την περιήγηση την Κυριακή το πρωί, θα ανταμειφθούν με ένα συνδυασμό ψυχαγωγίας, ιστορίας και πεζοπορίας. Τώρα για όσους έχουν μεγάλες αντοχές η βραδινή διασκέδαση σε παραλίες, πεζοδρόμους και στο κάστρο ενέχει τον κίνδυνο να τους δυσκολέψει στην παρακολούθηση των πρωινών συνεδριών γι' αυτό και προτείνω σύνεση και αυτοπεριορισμό.

Η ΕΟΕ γιορτάζει τα 70 χρόνια από την ίδρυσή της

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

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης συμπληρώνει φέτος 70 χρόνια λειτουργίας και προσφοράς στην Οδοντιατρική Επιστήμη. Το «ΟΒ» συνάντησε τον Πρόεδρο της ΕΟΕ, Καθηγητή **Κώστα Τσιχλάκη**, ο οποίος μας μίλησε για το επετειακό συνέδριο της ΕΟΕ με τίτλο «Η Πρόοδος στην Κλινική Οδοντιατρική», το οποίο θα πραγματοποιηθεί στις 14-15 Οκτωβρίου 2016 στην Αίγλη Ζαππείου, αλλά και για το πώς βλέπει τον ρόλο της ΕΟΕ στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οδοντιάτρων.

Συνέντευξη στην **Ηλιάνα Γιαννούλη** δημοσιογράφο

Κε Τσιχλάκη, φέτος η ΕΟΕ συμπληρώνει 70 χρόνια από την ίδρυσή της και γιορτάζει με ένα επετειακό συνέδριο στις 14-15 Οκτωβρίου 2016 στην Αίγλη Ζαππείου. Ποιο είναι το κεντρικό θέμα του συνεδρίου και ποια θέματα θα αναπτυχθούν υπό τη σκέπη αυτού του κεντρικού θέματος;

Αρχικά, θα ήθελα να σας ευχαριστήσω για την επίσκεψή σας και νομίζω ότι η επικοινωνία που έχουμε με το «ΟΒ» πάντα βοηθάει τους συναδέλφους να ενημερωθούν πληρέστερα για τις δράσεις μας.

Η Εταιρεία Οδοντοστοματολογικής Ερεύνης είναι από τις παλαιότερες επιστημονικές εταιρείες, στο χώρο της Οδοντιατρικής, με συνεχή παρουσία όλα αυτά τα χρόνια λειτουργίας της. Πράγματι φέτος συμπληρώνονται 70 χρόνια από την ίδρυσή της και ως Πρόεδρος της τη διετία 2015-2017 μαζί με το Διοικητικό Συμβούλιο, αποφασίσαμε τον εορτασμό των 70 χρόνων να τον κάνουμε με ένα επιστημονικό, επετειακό συνέδριο, το οποίο βεβαίως θα περιλαμβάνει και μια εορταστική τελετή με στόχο να τιμήσουμε όλα αυτά τα χρόνια λειτουργίας της Εταιρείας μας.

Το συνέδριο έχει τίτλο **«Η Πρόοδος στην Κλινική Οδοντιατρική»** και η επιλογή της λέξης «ΠΡΟΟΔΟΣ» δεν είναι καθόλου τυχαία, καθώς παραπέμπει στο επιστημονικό περιοδικό της Εταιρείας μας που κι αυτό εκδίδεται αδιάλειπτα επί 70 χρόνια, οπότε η ΕΟΕ με το περιοδικό «ΠΡΟΟΔΟΣ» ουσιαστικά είναι μια έννοια. Οι θεματικές ενότητες που θα αναπτυχθούν στο κατευθυνόμενο πρόγραμμα του συνεδρίου αφορούν όλη την Κλινική Οδοντιατρική και πιο συγκεκριμένα εστιάζονται στην πρόοδο που έχει επιτευχθεί και στα σύγχρονα δεδομένα στην Κλινική Οδοντιατρική.

Μπορείτε να μας πείτε λίγα λόγια για τους ομιλητές; Υπάρχουν καλεσμένοι ομιλητές από το εξωτερικό, τα ονόματα των οποίων μπορούν να ανακοινωθούν;

Το Δ.Σ. της ΕΟΕ αποφάσισε ότι οι ομιλητές του κατευθυνόμενου προγράμματος θα είναι όλοι μέλη της Εταιρείας. Το επιστημονικό δυναμικό της Εταιρείας είναι ιδιαίτερα υψηλού επιπέδου, πολλοί είναι Πανεπιστημιακοί, συνήθως οι περισσότεροι από το Πανεπιστήμιο Αθηνών, αλλά και από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, αλλά και πολλοί συνάδελφοι, οι οποίοι είναι καταξιωμένοι στο χώρο τους. Έχουμε λοιπόν, 55 ομιλητές στο κατευθυνόμενο σκέλος του συνεδρίου, οι οποίοι όπως προανέφερα είναι όλοι μέλη της Εταιρείας, δεν έχουμε καλεσμένους ομιλητές από το εξωτερικό, αλλά παράλληλα υπάρχει και το ελεύθερο σκέλος του συνεδρίου με ανακοινώσεις και posters, όπου εκεί βεβαίως μπορούν να συμμετέχουν και μη μέλη της Εταιρείας.

Στο πρόγραμμα του Συνεδρίου έχετε συμπεριλάβει και πρακτικά σεμινάρια;

Θα υπάρχουν τέσσερα ή έξι πρακτικά σεμινάρια, θα δούμε ανάλογα με τον χρόνο που θα έχουμε στη διάθεσή μας, τα οποία θα αναφέρονται σε σύγχρονες τεχνικές που αφορούν όλο το φάσμα της Κλινικής Οδοντιατρικής, και γι' αυτά θα κάνουμε την ανακοίνωση εν ευθέτω χρόνω.

Εβδομήντα χρόνια πορείας δεν είναι λίγα. Αν σας ζητούσα να κάνετε μια σύντομη αναφορά στα πεπραγμένα της εταιρείας, ποιους «σταθμούς» θα ξεχωρίζατε;

Είναι λίγο δύσκολη η ερώτηση σας, γιατί όντως τα 70 χρόνια δεν είναι καθόλου λίγα, όπως επισημάνατε κι εσείς, θα έλεγα όμως ότι εκτός από την ίδρυση της Εταιρείας, η οποία πραγματικά ήταν για τότε μια πρωτοποριακή ενέργεια, η

Εταιρεία όλα αυτά τα χρόνια έχει έναν σταθερό ρυθμό κι αυτός ο σταθερός ρυθμός αφορά στην συμβολή της στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Δύσκολα θα μπορούσα να διακρίνω κάποιους «σταθμούς». Βεβαίως, η αγορά του κτιρίου, όπου είναι τα γραφεία και οι αίθουσες της Εταιρείας, τα εργαστήρια, και η κλινική όπου γίνονται τα μικρά σεμινάρια, ήταν ένας σημαντικός σταθμός για την Εταιρεία, ή η επετειακή εκδήλωση για τα 60 χρόνια λειτουργίας της ΕΟΕ, στην οποία έδωσε το «παρών» και ο τότε Πρόεδρος της Δημοκρατίας, σίγουρα αποτέλεσε μια ξεχωριστή στιγμή για την ΕΟΕ.

Θα έλεγα πάντως, ότι γενικώς υπάρχει μια συνεχής δραστηριότητα όλα αυτά τα χρόνια, η οποία είναι εστιασμένη στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οδοντιάτρων. Αυτός είναι άλλωστε και ο κύριος σκοπός της Εταιρείας μας.

Το μέλλον τι επιφυλάσσει; Ποιοι είναι οι στόχοι που έχετε θέσει και πώς βλέπετε τον ρόλο της Εταιρείας, σε ένα περιβάλλον όπου η οδοντιατρική γνώση και επιστήμη διαρκώς εξελίσσεται;

Στόχος μας είναι η ΕΟΕ να παίξει ουσιαστικό ρόλο σε αυτό που τώρα είναι και η βούληση του Υπουργείου και της Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, να θεσμοθετηθεί η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και δια βίου μάθηση για το οδοντιατρικό επιστημονικό προσωπικό της χώρας μας. Και νομίζω ότι η ΕΟΕ έχει τη δυνατότητα να παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο σε αυτή την διαδικασία.

Κε Τσιχλάκη, σας ευχαριστώ πολύ.

Κι εγώ σας ευχαριστώ.

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΔΟΝΤΟ-ΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΗΣ
Μικράς Ασίας 70, Γουδή, 115 27, Αθήνα,
τηλ. 210 7780671,
email: eoe@otenet.gr

Πληροφορίες για το προκαταρκτικό επιστημονικό πρόγραμμα, τον κατάλογο Ομιλητών – Συντονιστών, όπως επίσης και την υποβολή περιλήψεων εργασιών στο πλαίσιο του Συνεδρίου, είναι διαθέσιμες στην επίσημη ιστοσελίδα του συνεδρίου
www.dentalproodos.gr

Πληροφορίες – Γραμματεία Συνεδρίου:
Everest Travel & Congresses,
Λυκούργου 14-16, 105 52 Αθήνα,
τηλ. 210 3249242,
email: conference@everesttravel.gr

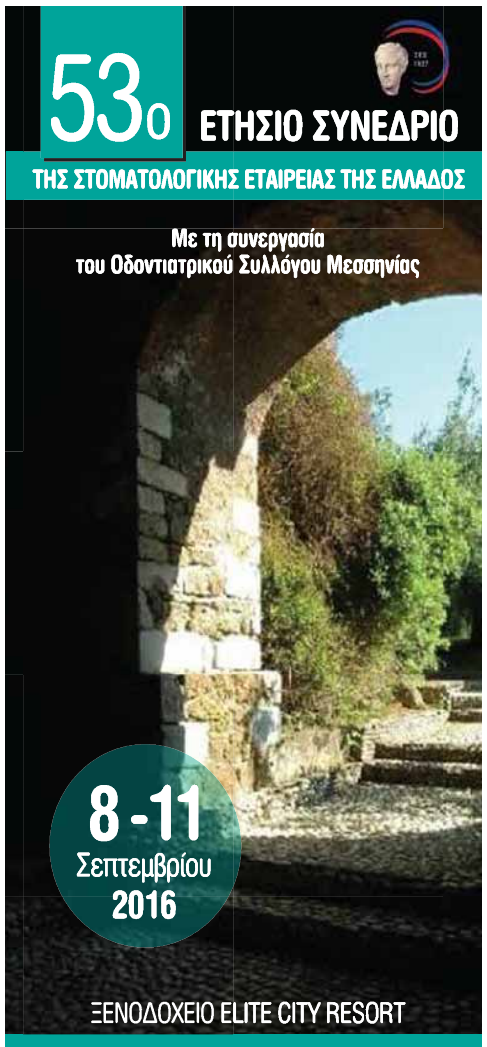
ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΕΤΕΙΑΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΗΣ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 14 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2016

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
09.00-09.45	ΕΓΓΡΑΦΕΣ	ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ
09.45-11.15	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ Δ. ΚΑΛΥΒΑΣ, Γ. ΒΗΛΟΣ, Χ. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ	**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
11.15-11.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	
11.30-13.00	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΠΡΟΟΔΟΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΟΥ: ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΚΟΥΣ ΣΤΟΥΣ ΠΕΡΙΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΙΚΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ Φ. ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Σ. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΚΑΡΟΥΣΗΣ, Β. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ	**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
13.00-13.30	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Αντιμετώπιση ασθενών με κρανιογναθικές διαταραχές: δόγματα και πραγματικότητα Β. ΨΑΡΡΑΣ	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Σύγχρονα βιοϋλικά στην κλινική πράξη Γ. ΗΛΙΑΔΗΣ
13.30-14.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	
14.30-16.00	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** Η ΠΡΟΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΟΔΟΝΤΙΚΩΝ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ Α. ΓΚΡΟΥΣ, Σ. ΖΗΝΕΛΗΣ, Σ. ΣΙΛΒΕΣΤΡΟΣ, Α. ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΥ, Γ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** Η ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ Α. ΤΣΟΛΑΚΗΣ, Η. ΜΠΙΤΣΑΝΗΣ, Γ. ΔΑΜΑΝΑΚΗΣ, Μ. ΣΑΝΟΥΔΟΣ, Ε. ΦΑΡΜΑΚΗΣ
16.00-16.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	
16.30-18.00	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΟΔΟΝΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΕΚΑΕΤΙΑ 2005-2015 Α. ΚΑΚΑΜΠΟΥΡΑ, Μ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ, Κ. ΜΑΣΟΥΡΑΣ, Χ. ΡΑΧΙΩΤΗΣ	**ΣΥΝΕΔΡΙΑ POSTERS**
18.00-18.30	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Νεώτερα δεδομένα στις αναπλαστικές τεχνικές Ε. ΠΕΠΕΛΑΣΗ	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Σύγχρονα δεδομένα στην αντισηψία στο ιατρείο Ι. ΤΖΟΥΤΖΑΣ
19.00-21.00	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΔΕΞΙΩΣΗ	

ΣΑΒΒΑΤΟ 15 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2016

ΩΡΑ	ΑΙΘΟΥΣΑ Α	ΑΙΘΟΥΣΑ Β
09.30-11.00	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΠΑΙΔΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ Α. ΒΙΕΡΡΟΥ, Α. ΑΓΟΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΒΑΔΙΑΚΑΣ, Σ. ΓΚΙΖΑΝΗ, Α. ΚΑΒΒΑΔΙΑ	**ΣΥΝΕΔΡΙΑ POSTERS**
11.00-11.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	
11.30-13.00	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΠΡΟΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΗ Σ. ΚΟΥΡΤΗΣ, Α. ΤΡΙΠΟΔΑΚΗΣ, Η. ΓΟΥΣΙΑΣ, Ν. ΣΥΚΑΡΑΣ, Π. ΑΝΔΡΙΤΣΑΚΗΣ	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΝΑΘΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ Ι. ΙΑΤΡΟΥ, Ι. ΦΑΚΙΤΣΑΣ, Φ. ΤΖΕΡΜΠΟΣ, Π. ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ
13.00-13.30	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Ψηφιακή Προσθετική Ν. ΠΕΤΡΟΥ	**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**
13.30-14.30	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	
14.30-16.00	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΠΡΟΟΔΟΙ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΔΟΝΤΟΛΟΓΙΑ Κ. ΝΙΑΜΟΝΗΤΟΣ, Ε. ΚΟΝΤΑΚΙΩΤΗΣ, Α. ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ, Σ. ΜΑΓΚΟΣ, Γ. ΤΖΑΝΕΤΑΚΗΣ	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ Α. ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΥ, Ν. ΠΑΠΑΔΟΓΕΩΡΓΑΚΗΣ, Ν. ΝΙΚΗΤΑΚΗΣ
16.00-16.30	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Ο ρόλος της κινητής προσθετικής στη βελτίωση της αισθητικής του προσώπου Α. ΠΙΣΙΩΤΗΣ	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Σύγχρονες απόψεις για την αντιμετώπιση των ασθενών με βρυγμό Ι. ΡΟΥΣΣΟΥ
16.30-17.00	ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΗΝ ΕΚΘΕΣΗ	
17.00-18.30	**ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ** ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ Κ. ΤΣΙΧΛΑΚΗΣ, Α. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ, Α. ΠΑΡΑΣΧΗΣ	**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ9**
18.30-19.00	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Περιεμφυτευματίτιδα ή Προοδευτική Απώλεια των Περιεμφυτευματικών Ιστών; Ν. ΠΑΝΤΑΖΗΣ	**ΕΙΣΗΓΗΣΗ** Αναλύοντας τους μύθους της Οστεονέκρωσης των γνάθων σε φάρμακα Ο. Νικολάτου
19.00-19.30	ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ-ΒΡΑΒΕΥΣΕΙΣ	



ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Κατευθυνόμενο μέρος

ΚΥΡΙΑ ΘΕΜΑΤΑ

Παροχή οδοντιατρικών υπηρεσιών από τη σκοπιά του marketing.
Εισηγητές: *Καλαμάτας Β., Μάρκου Κ.*

Αποτυχίες και επιπλοκές στην κλινική πράξη και η αντιμετώπισή τους.
Εισηγητές: *Ζαμπάρας Δ., Δαμουλής Π., Κωστούρος Γ., Σταυρόπουλος Δ.*

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Πρακτικές λύσεις στη θεραπεία προβλημάτων σύγκλεισης.
Εισηγητής: *Κούτρης Μ.*

Οδηγίες εξατομικευμένης διαχείρισης γηροδοντιατρικών ασθενών.
Εισηγητής: *Κοσιώνη Α.*

120 χρόνια οδοντιατρικής απεικόνισης: χρήση και κατάχρηση.
Εισηγητής: *Γκρίτζαλης Π.*

Κλινική αντιμετώπιση τραυματισμού των προσθίων νεογιλών δοντιών. Εισηγήτρια: *Τσινίδου Κ.*

Ορθοδοντική ενηλίκων: δυνατότητες και περιορισμοί.
Εισηγητής: *Βασταρδή Ε.*

Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας στην άσκηση του οδοντιατρικού επαγγέλματος.
Εισηγητής: *Δημητριάδης Δ.*

Χρόνος τοποθέτησης εμφυτεύματος και προσθετικής αποκατάστασης. Εισηγητές: *Χριστόπουλος Π., Γούσιας Η.*

Καθοδηγούμενη τοποθέτηση εμφυτεύματος.
Εισηγητής: *Λαμπρόπουλος Π.*

Επικίνδυνα διαφοροδιαγνωστικά λάθη σε νοσήματα της στοματικής κοιλότητας.
Εισηγητές: *Πουλόπουλος Α., Ανδρεάδης Δ.*

Έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του στόματος.
Εισηγητής: *Σκλαβούνου Α.*

Τραχηλοπροσωπικές λοιμώξεις.
Εισηγητής: *Ιατρού Ι.*

Επικινδυνότητα οδοντιατρικού επαγγέλματος.
Εισηγητής: *Καβαδέλλα Α.*

Οδοντιατρική με γενική αναισθησία ή καταστολή.
Εισηγητές: *Μπούσουλα Μ., Κρανιάς Ν.*

Απεικόνιση φυσιολογικών ανατομικών μορίων γναθοπροσωπικής χώρας.
Εισηγητής: Τσιχλάκης Κ.

ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ POSTER
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΑ ΜΥΣΤΙΚΑ

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ
Αποκατάσταση φατνιακής ακρολοφίας και τοποθέτηση εμφυτευμάτων.
Περιεμφυτευματίτιδα.
Αντιμετώπιση επειγουσών ιατρικών καταστάσεων στο οδοντιατρείο.

Δικαίωμα συμμετοχής

Οδοντίατροι, Ιατροί:	70 ευρώ
Μέλη ΣΕΕ:	50 ευρώ
Οδοντίατροι, Ιατροί (προεγγραφές):	50 ευρώ
Φοιτητές (προπτυχιακοί):	Δωρεάν
Νοσηλευτικό προσωπικό-Βοηθοί οδοντιάτρων:	30 ευρώ

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις προϋποθέσεις συμμετοχής καθώς και το προκαταρκτικό πρόγραμμα του συνεδρίου μπορείτε να δείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση: www.stomatologia.gr

Κάντε κλικ στην ηλεκτρονική μας διεύθυνση
www.odvima.gr

Επιστημονική Ημερίδα από τον ΟΣΚ - 14 Μαΐου 2016

«Ιατρογενή συμβάματα κατά την άσκηση της ενδοδοντικής θεραπείας»

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας διοργανώνει το Σάββατο, 14 Μαΐου 2016 σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ενδοδοντίας της Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ επιστημονική ημερίδα με θέμα: «Ιατρογενή συμβάματα κατά την άσκηση της ενδοδοντικής θεραπείας». *Η ημερίδα θα πραγματοποιηθεί στον Κινηματογράφο «ΛΑΪΣ» (Δαμασκηνού 36, Κόρινθος). Ώρα προσέλευσης 9:00 π.μ.*

Αναλυτικά το πρόγραμμα της ημερίδας διαμορφώνεται ως εξής:
Συντονιστής Επιστημονικού Προγράμματος:
Καθηγητής Χαμπάζ Μαρουάν

9:00- 9:30 Προσέλευση- Εγγραφές
ΙΑΤΡΟΓΕΝΗ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ:
9:30-10:15 Της διάγνωσης στην Ενδοδοντία
Καθηγητής Χαμπάζ Μαρουάν
10:15-11:00 Της διάνοιξης του μυλικού θαλάμου
Αναπλ. Καθηγητής Κοντακιώτης Ε.
11:00-11:45 Της χημικομηχανικής επεξεργασίας των ριζικών σωλήνων. **Αναπλ. Καθηγήτρια Γεωργοπούλου Μ.**

11:45-12:15 *Διάλειμμα – Καφές*

ΙΑΤΡΟΓΕΝΗ ΣΦΑΛΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ
12:15-13:00 Της έμφραξης των ριζικών σωλήνων
Επικ. Καθηγητής Κερεζούδης Ν.
13:00- 13:45 Της φαρμακευτικής αντιμετώπισης ενδοδοντικών προβλημάτων. **Καθηγητής Πανόπουλος Π.**
13:45-14:30 Της αποκατάστασης των ενδοδοντικά θεραπευμένων δοντιών. **Επικ. Καθηγητής Παπάζογλου Σ.**

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

Ευγενική Χορηγία: **Dentalcom- Γ. Παπάζογλου Α.Ε.**

1ο Συμπόσιο της ΕΕΑΘΛΟ

Χρήστος Κωνσταντινίδης
Οδοντίατρος - M.Sc (Προσθετ.)

Τον τελευταίο καιρό πολλές νέες επιστημονικές εταιρείες έχουν κάνει την εμφάνιση τους βασισμένες σε μία ιδέα ή μία καινούργια τεχνολογία. Έτσι έχουμε εταιρείες που διοργανώνουν επιστημονικές εκδηλώσεις πάνω σε πρωτοποριακά θέματα όπως για την 3D οδοντιατρική (Dental 3D), για τους αυξητικούς παράγοντες (WAGroFSCD) και άλλες που δοκιμάζουν την τύχη τους αλλά και την διάρκειά τους στον χρόνο.

Μια εταιρεία από την τελευταία αυτή τάση, είναι η Επιστημονική Εταιρεία Αθλητικής Οδοντιατρικής (ΕΕΑΘΛΟ) που έχει σαν αντικείμενο τους οδοντιατρικούς αθλητικούς νάρθηκες και γενικά την προστασία του οδοντοφατνιακού παράγοντα του αθλητή. Μετά την περσινή επιτυχία της, διοργάνωσε την 2η επιστημονική της εκδήλωση, το 1ο Συμπόσιο της, το οποίο έλαβε χώρα στις 5 και 6 Μαρτίου 2016 στο ξενοδοχείο «Ηλέκτρα Πάλας» στην Αθήνα.

Την 1η ημέρα του Συμποσίου, ο κ. **Κ. Νάτσης** τόνισε τη σημασία της συνεργασίας του ιατρού-γνώστη της ιδιαιτερότητας κάθε αθλήματος με κάθε αθλητική ομάδα. Η πρόληψη είναι θεμέλιος λίθος της ασφάλειας των ασθενών και συχνά η αίσθηση ασφάλειας έναντι πιθανού ατυχήματος βελτιώνει τις επιδόσεις.

Ο κ. **Ι. Τζούτζας** αναφέρθηκε στις στρατηγικές που ελήφθησαν το 2004 κατά τη διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων στην Αθήνα. Σημαντική ήταν η προσφορά της Οδοντιατρικής Σχολής και άλλων φορέων στην ασφαλή διεξαγωγή πολλών αθλημάτων στην Αθήνα το 2004. Αρνητικό συμπέρασμα είναι η παθογένεια του ελληνικού κράτους, που τόσα χρόνια μετά η εμπειρία δεν είχε συνέχεια και η τεχνογνωσία απλά ξεθώριασε και εξαφανίσθηκε.

Η κ. **Μ. Κοσκολού** αναφέρθηκε στα λάθη των διατροφικών συνηθειων των αθλητών.

Η κ. **Χ. Παξιμαδά** αναφέρθηκε στην οδοντική διάβρωση. Οφείλεται σε διατροφικές συνήθειες και στον τρόπο ζωής. Τα soft drinks καταστρέφουν τα δόντια, αλλά συχνά και τα αγωνίσματα χωρίς προστατευτικό νάρθηκα συμβάλλουν στη φθορά των οδοντικών ιστών.

Ο κ. **Στρ. Παπάζογλου** αναφέρθηκε στην αποκατάσταση των σπασμένων δοντιών. Έδειξε τα όρια μεταξύ της συντηρητικής αποκατάστασης των δοντιών με ρητίνη και της ανασυγκόλλησης των σπασμένων δοντιών. Σε βαρύτερα κατάγματα καθίσταται αναγκαία η ενδοδοντική θεραπεία και η χρήση ενδορριζικών αξόνων για την αποκατάστασή τους.

Ο κ. **Σ. Σιλβέστρος** αναφέρθηκε στην αποκατάσταση καταγμάτων και χαλαρώσεων των δοντιών με τη βοήθεια περιοδοντολόγου και εμφυτευματολόγου, παραθέτοντας κλινικά περιστατικά.

Ο κ. **Τ. Φαρμάκης** αναφέρθηκε στον εξοπλισμό που χρειάζεται να έχει ο υπεύθυνος οδοντίατρος αθλητικής ομάδας καθώς και στον τρόπο και τις ενδείξεις χρήσης του.

Ο κ. **Απ. Τσολάκης** αναφέρθηκε στους αθλητικούς νάρθηκες σε ορθοδοντικούς ασθενείς. Θα πρέπει λόγω της συνεχούς μετακίνησης των ορθοδοντικών δοντιών να προβλέπεται κενό για την μετακίνηση των δοντιών και φυσικά απομόνωση των εσοχών των brackets με κάποιο υλικό (Erkogum). Η αποτύπωση γίνεται χωρίς το σύρμα.

Σε ορθοδοντικά προβλήματα 3ης τάξης ο νάρθηκας κατ' εξαίρεση φοριέται στην κάτω γνάθο. Ο κ. **Χρ. Χρυσαφίδης** αναφέρθηκε γενικά στους στοματικούς νάρθηκες. Παράγοντες κινδύνου που χρήζουν ιδιαίτερης προστασίας σε αγωνίσματα είναι η οριζόντια πρόταξη και η παρουσία ορθοδοντικών μηχανισμών. Από μελέτες φαίνεται ότι η υποχρεωτική χρήση ναρθήκων έχει φέρει σημαντική μείωση σε οδοντοφατνιακά ατυχήματα ιδίως σε ασθενείς κάτω των 19 ετών. Ο αθλητικός νάρθηκας χρησιμοποιήθηκε αρχικά στην πυγμαχία το 1900. Οι ιδιότητες που οι σημερινοί νάρθηκες πρέπει να παρέχουν είναι: 1) προστασία του αθλητή από διάσειση, 2) ΚΓΔ 3) φατνία και δόντια άνω και κάτω γνάθου, 4) μαλακά μόρια (ADA).

Οι εταιρείες ASTM, IADT, IASD συνιστούν τους εξατομικευμένους διαστρωματικούς νάρθηκες.

Πλεονεκτήματα: 1) προστασία κοπτικού των άνω, 2) η παρουσία του 3ου υλικού με παρεμβολή του μαλακού αποσβένει τις δυνάμεις.

Το υλικό τους είναι το EVA που είναι άοσμο και συνδυάζει τα καλύτερα μηχανικά χαρακτηριστικά.

Οι προκατασκευασμένοι νάρθηκες δεν έχουν την ιδεώδη εφαρμογή στα δόντια και είναι λεπτοί, άρα στερούνται αντοχής. Οι μερικώς προσαρμοζόμενοι λόγω της έλλειψης διαστρωμάτωσης έχουν μειωμένο πάχος στα φύματα, αν και εφαρμόζουν καλύτερα από τους προκατασκευασμένους.

Η έκταση κάλυψης του νάρθηκα θα πρέπει να περιλαμβάνει τους 1ους γομφίους της άνω, τις ακρολοφίες της άνω και να επιτρέπει την σαφή σύγκλειση των κάτω.

Διαφοροποίηση των ναρθήκων γίνεται ανάλογα με την ηλικία και τον τύπο του αθλήματος (επαφής, ομαδικά) και φυσικά ρόλο παίζει το αν είναι ο αθλητής επαγγελματίας ή ερασιτέχνης.

Ο κ. **Θ. Τασόπουλος** αναφέρθηκε στην σταδιακή κατασκευή ναρθήκων. Υλικά κατασκευής: 1)η σιλικόνη (EVA) 2) PVC, ελαστικά πολυμερή (latex), PVA πολυμερές, ακρυλικά, πολυνάρθηκες.

Νάρθηκα δύο επιστρώσεων χρησιμοποιούμε σε ελαφριούς και μέτριας προστασίας νάρθηκες. Ο ελαφρύς νάρθηκας ενδείκνυται για αθλήματα ομαδικής επαφής, όπως (hockey,ποδόσφαιρο, lackross , κ.λπ) . Μέτριοι νάρθηκες ενδείκνυνται σε άρση βαρών, ποδηλασία.

Ο βαρέως τύπος νάρθηκας χρησιμοποιεί τρεις επιστρώσεις πάχους 2 cm, 0,8 cm και 4 cm. Διπλής εφαρμογής νάρθηκες (άνω και κάτω) δεν συνίστανται.

Η Αμερικανική Εταιρεία Αθλητικής Οδοντιατρικής (ASD) προτρέπει τη συμμετοχή των οδοντιάτρων στην κατασκευή, αλλά και στην εκπαίδευση στην κατασκευή και χρήση ναρθήκων.

Το EVA είναι το μοναδικό που συνδυάζει ελαστικότητα και αντοχή στην απόσχιση.

Οι συσκευές διαχωρίζονται σε θετικής πίεσης 2-6 bar που συνδέεται με κομπρεσέρ και αρνητικής πίεσης (<1 bar).

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ

Το εκμαγείο κατασκευάζεται από υπέρσκληρη γύψο και αποκλείονται οι εσοχές.

Το πρώτο φύλλο τοποθετείται στη συσκευή θετικής πίεσης και αφού ψυχθεί κόβεται με θερμό μαχαιρίδιο η περίσσεια στα όρια 2 cm από την ουλοπαρειακή και 5 cm υπερώια της ουλοδοντικής σχισμής άπω των 1ων γομφίων. Λεπτύνεται ο νάρθηκας υπερώια του 1ου γομφίου.

Κατόπιν τοποθετείται ο 2ος συνήθης διαφανής νάρθηκας, κόβεται η περίσσεια και αφού θερμανθούν οι μασητικές επιφάνειες αποτυπώνονται τα φύματα του κάτω φραγμού στη σύγκλειση.

Γυαλίζεται ο νάρθηκας με ειδικούς τροχούς και τέλος γυαλίζεται με διάλυμα αιθανόλης.

Ο κ. **Φ. Τζέρμπος** μίλησε με θέμα την αντιμετώπιση του γναθοπροσωπικού τραύματος σε αθλητικούς χώρους. Το γναθοπροσωπικό τραύμα είναι περίπου το 10% των συνολικών αθλητικών ατυχημάτων στην στοματική περιοχή. Το handball και το hockey είναι πρώτα στην πρόκληση οδοντοφατνιακών ατυχημάτων.

Σε ενσφήνωση θα πρέπει να επιτυγχάνεται σύντομα η επανατοποθέτηση του δοντιού στην αρχική του θέση. Στην περίπτωση εκγόμφωσης συνιστάται πλύσιμο για 10΄ και τοποθέτηση σε Hank ή γάλα και κατά το δυνατόν ταχύτερον επανατοποθέτηση του δοντιού στο φατνίο.

Σε υποψία κατάγματος εξετάζεται η σύγκλειση και γίνεται ψηλάφηση. Επόμενο στάδιο είναι η λήψη πανοραμικής και ίσως και CBCT.

Σε περίπτωση κατάγματος του ζυγωματικού τότε συχνά έχουμε παρεμπόδιση της κορωνοειδούς και αδυναμία διάνοιξης της κ.γ. Πρώτες βοήθειες σε περίπτωση υποψίας κατάγματος είναι η διαγναθική ακινητοποίηση και ο νάρθηκας τύπου Barton.

Αναφέρθηκε στις διαδικασίες πρώτων βοηθειών σε κάθε μορφής τραύμα που θα μπορούσε να προέλθει από αθλητική δραστηριότητα. Σημαντική είναι η παρέμβασή μας σε περίπτωση παρεμβολής της γλώσσας. Ενδείκνυται η άμεση ανάσπαση της κάτω γνάθου.

Η συρραφή του χείλους γίνεται με τοποθέτηση ραμμάτων απορροφήσιμων εν των βάθει και nylon στην επιφάνεια.

Η **Ι. Ρούσσου** μαζί με τον κ. **Ι. Λοΐζο** αναφέρθηκε στους τραυματισμούς κατά την αθλητική δραστηριότητα και τις επιπτώσεις στο στοματογναθικό σύστημα.

Το 13-39% των οδοντικών ατυχημάτων σχετίζονται με αθλητική δραστηριότητα. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ταχεία διάγνωση και θεραπεία. Τα οδοντικά προβλήματα χωρίζονται σε κατάγματα αδαμαντίνης- οδοντίνης, αποκάλυψης πολφού, κάταγμα ρίζας, διάτρηση, διάσειση, χαλάρωση, μικρή έξοδο από το φατνίο, πλάγια μετατόπιση, ενσφήνωση και πλήρη εκγόμφωση (Andreasen et al, 2012). Σε χαλάρωση, η θεραπεία είναι απλά η ακινητοποίηση. Σε μερική εκγόμφωση η λύση είναι ενδοδοντική θεραπεία και ναρθηκοποίηση για 2 εβδομάδες. Σε ενσφήνωση έως 7mm, με αδιάπλαστο ακρορρίζιο περιμένουμε την πιθανή αυτόματη ανατολή, ενώ σε περίπτωση με διαπλασμένο ακρορρίζιο η αντίστοιχη δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 3 cm.

Αναφέρθηκε στη φυσιολογία της ΚΓΔ. Η χαλάρωση της δίστοιβης ζώνης (bilaminar zone) οδηγεί στη δυσλειτουργία λόγω της δράσης του έξω πτερυγοειδούς.

Ανάλογα με την βαρύτητα της βλάβης μπορεί υπάρχει μετατόπιση με επαναφορά (clicking) ή χωρίς επαναφορά όπου συνυπάρχει τριγμός ή αδυναμία διάνοιξης.

Ο νάρθηκας σταθεροποίησης βοηθά την ανακούφιση των συμπτωμάτων και την σχετική θεραπεία της άρθρωσης.

Χρόνια δυσλειτουργία κατά τη φάση της ανάπτυξης μπορεί να δημιουργήσει και ασυμμετρίες στην κάτω γνάθο. Οι ινώδεις συμφύσεις μεταξύ δίσκου και κονδύλου οδηγούν σε αγκύλωση, ενώ μεταξύ δίσκου- γλήνης οδηγούν σε οπίσθια μετατόπιση του δίσκου.

Ο κ. **Θ. Κουϊμτζής** αναφέρθηκε στην αντιμετώπιση περιστατικού εκγομφωμένου δοντιού.

Γενικά το συμπόσιο ήταν στη βασική του δομή ίδιο με το αντίστοιχο του 2015. Οι δύο βασικές ομιλίες ήταν αυτές των κ.κ. **Χρ. Χρυσαφίδη** και **Θ. Τασόπουλου** που διαχειρίσθηκαν την ουσία του συμποσίου, δηλαδή τις ιδιότητες, την κατηγοριοποίηση και την κατασκευή του αθλητικού νάρθηκα.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι παράλληλα με το θεωρητικό μέρος, έλαβαν μέρος και πρακτικά σεμινάρια για πρώτες βοήθειες και κατασκευή ναρθήκων.

Στόχος της εταιρείας είναι η δημιουργία συνείδησης του κινδύνου στις αθλητικές ομάδες και η πρόληψη με παροχή οδηγιών προστασίας και αθλητικών ναρθήκων για όλους τους αθλητές.

Όπως χαρακτηριστικά μου δήλωσε και ο Πρόεδρος της εταιρείας, κ. Θ. Κουϊμτζής η κατασκευή αθλητικού νάρθηκα δεν είναι κτήμα μιας ειδικότητας ούτε και υποειδικότητα αυτή καθεαυτή, είναι ένα θέμα που ο γενικός οδοντίατρος μπορεί να το μάθει σε ελάχιστο χρόνο.

Ενθαρρύνετε τους Ασθενείς σας να Βουρτσίζουν για Δύο Λεπτά με τη Νέα Colgate® Total® Visible Action™

Η Colgate® λανσάρει μία μοναδική οδοντόκρεμα με Τεχνολογία Αλλαγής Χρώματος – Αντιμετωπίζοντας το κοινό πρόβλημα της ανεπαρκούς διάρκειας βουρτσίσματος των δοντιών

Η Colgate-Palmolive ανακοινώνει το λανσάρισμα μίας μοναδικής οδοντόκρεμας με τεχνολογία αλλαγής χρώματος – Colgate® Total® Visible Action™ - που γίνεται μπλέ στο στόμα.

Η καινοτόμος σύνθεση της οδοντόκρεμας Colgate® Total® Visible Action™ περιέχει λωρίδες που περικλείουν την τεχνολογία αλλαγής χρώματος, και διαλύονται για να αποκαλύψουν ένα μπλε χρώμα κατά τη διάρκεια του βουρτσίσματος. Στόχος της τεχνολογίας αυτής είναι να κινητοποιήσει τους ασθενείς και να τους ενθαρρύνει να βουρτσίζουν για περισσότερο χρόνο, καθώς η λευκή πάστα μετατρέπεται σε μπλε αφρό. Η αλλαγή χρώματος της τεχνολογίας είναι βέλτιστη μετά από 2 λεπτά βουρτσίσματος των δοντιών[1].

Η νέα οδοντόκρεμα Colgate® Total® Visible Action™ βασίζεται στα οφέλη της παγκοσμίως γνωστής οδοντόκρεμας Colgate® Total®. Επιπρόσθετα του φθορίου για προστασία από την τερηδόνα, η Colgate® Total® προσφέρει ανώτερη αντιβακτηριακή προστασία στο 100% των επιφανειών του στόματος, καθώς η Τεχνολογία Παρατεταμένης Απελευθέρωσης με τρικλοζάν και συμπολυμερές, βοηθάει στον έλεγχο της επανεμφάνισης των βακτηρίων για 12 ώρες στα δόντια, τη γλώσσα, τα μάγουλα και τα ούλα.

«Η κυκλοφορία της οδοντόκρεμας Colgate® Total® Visible Action™ σηματοδοτεί μία αλλαγή στη στοματική υγιεινή», δήλωσε η **Baerbel Kiene**, Διευθύντρια Επιστημονικών Θεμάτων, Colgate-Palmolive Europe. *«Μελέτες έχουν δείξει ότι η βέλτιστη απομάκρυνση της πλάκας επιτυγχάνεται μόνο μετά από δύο λεπτά βουρτσίσματος των δοντιών, αλλά η πολυάσχολη, γεμάτη άγχος καθημερινότητα σημαίνει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν αφιερώνουν αρκετό χρόνο για το βούρτσισμα των των δοντιών τους. Το νέο προϊόν αντιμετωπίζει αυτό το πρόβλημα, προσφέροντας στους ασθενείς την ορατή απόδειξη της πρόοδου τους, έτσι ώστε να συνεχίζουν μέχρι τα δόντια τους να είναι πραγματικά καθαρά – με προστασία σε όλες τις επιφάνειες του στόματος που διαρκεί για τις επόμενες 12 ώρες».*

Γιατί να βουρτσίζουμε για δύο λεπτά; Μολονότι οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν ότι θα έπρεπε να βουρτσίζουν τα δόντια τους δύο φορές την ημέρα για δύο λεπτά κάθε φορά, τόσο για να απομακρύνουν την πλάκα όσο και για την προστασία από το φθόριο, όλα τα στοιχεία δείχνουν ότι η πλειοψηφία δεν αφιερώνει αρκετό χρόνο γι' αυτό. Οι ασθενείς θεωρούν ότι βουρτσίζουν για αρκετό χρονικό διάστημα, αλλά οι μελέτες υποδεικνύουν ότι, στην πραγματικότητα, η μέση διάρκεια είναι 30-60 δευτερόλεπτα. Μία μελέτη σε παιδιά[2] σχολικής ηλικίας στην Αγγλία βρήκε ότι αφιερώνουν μόνο 33 δευτερόλεπτα περίπου για το βούρτσισμα.

Η σημασία της καθιέρωσης της σωστής στοματικής υγιεινής υπογραμμίστηκε από μία μελέτη[3] για την επίδραση του χρόνου βουρτσίσματος στην απομάκρυνση της πλάκας με τη χρήση οδοντόβουρτσας χειρός και ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας, για πέντε διαφορετικά χρονικά διαστήματα (30, 60, 120, 180 και 360 δευτερόλεπτα). Η μελέτη έδειξε ότι η βέλτιστη αποτελεσματικότητα στην απομάκρυνση της πλάκας είναι στα δύο λεπτά, τόσο με την χειροκίνητη όσο και με την ηλεκτρική οδοντόβουρτσα.

Επιπλέον, έξι μελέτες έχουν ξεκάθαρα δείξει ότι η διάρκεια βουρτσίσματος συσχετίζεται σταθερά με την ποσότητα της πλάκας που απομακρύνεται. Μία από αυτές έδειξε μία μείωση της πλάκας κατά 27% μετά από ένα λεπτό, ενώ η μείωση αυξήθηκε σε 41% μετά από δύο λεπτά[4].

Σχετικά με την Colgate-Palmolive

Η Colgate-Palmolive είναι ένας παγκόσμιος ηγέτης στη στοματική φροντίδα και είναι ισχυρά δεσμευμένη στη βελτίωση της στοματικής υγείας παγκοσμίως. Η εταιρεία κατέχει τις ηγετικές μάρκες οδοντοκρεμών και οδοντοβουρτσών σε πολλά σημεία του κόσμου, σύμφωνα με τα μεριδία αξίας της αγοράς, περιλαμβανομένων των: Colgate®, Colgate® Total®, Maximum Cavity Protection plus Sugar Acid Neutraliser™, Sensitive Pro-Relief™, Max White One®, elmex®, meridol® και Duraphat®. Η Colgate-Palmolive συνεχίζει να οικοδομεί την επιτυχία της μέσα από την καινοτομία νέων προϊόντων και ισχυρών συνεργασιών με τους οδοντίατρους, τους ασθενείς και τις κοινότητες που υπηρετούμε.

Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.colgatepalmolive.com και για επαγγελματικές πληροφορίες επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.colgateprofessional.gr και www.colgateoralhealthnetwork.com.

[1] Η αντίληψη της αλλαγής του χρώματος μπορεί να διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Μπορεί να γίνει αντιληπτή μετά από λίγα δευτερόλεπτα, αλλά, όσο μεγαλύτερη η διάρκεια του βουρτσίσματος τόσο πιο έντονη η αλλαγή στο χρώμα. Μετά από 2 λεπτά, η αλλαγή στο χρώμα είναι πολύ αισθητή.

[2] Mcgregor and Rugg-Gunn (1985)

[3] Van der Wejden et al (1993)

[4] Slot et al (2012)

Συγκροτήθηκε σε σώμα το νέο Δ.Σ της Ελληνικής Εταιρείας Κλινικής Στοματολογίας

Στις 18 Μαρτίου του 2016 διενεργήθηκαν εκλογές στην Ελληνική Εταιρία Κλινικής Στοματολογίας για την ανάδειξη Προέδρου, Διοικητικού συμβουλίου, Πειθαρχικού και Εξελεκτικής επιτροπής.
Με βάση τα εκλογικά αποτελέσματα συστήθηκε σε σώμα το Διοικητικό συμβούλιο:

Πρόεδρος: **Ελεάνα Στουφή**
Αντιπρόεδρος: **Γεώργιος Λάσκαρης**
Γενική Γραμματέας: **Μαρίνα Δούκα**
Ειδική Γραμματέας: **Ελένη Γεωργακοπούλου**
Ταμίας: **Δημήτρης Μαλάμος**
Μέλη: **Παναγιώτα Λούμου, Σ. Δαλαμπίρας**
Αναπληρωματικό Μέλος: **Παναγιώτης Καψοκέφαλος**
Πειθαρχικό Συμβούλιο:
Πρόεδρος: **Καλιακάτσου Φωτεινή**
Μέλη: **Αχτάρη Μαρίνα, Ματιάκης Απόστολος**
Εξελεγκτική Επιτροπή:
Πρόεδρος: **Κορωνέλλος Λουκάς**
Μέλη: **Ανδρεάδης Δημήτρης, Παπαδοπούλου Α.**

Το νέο Δ.Σ της Στοματολογικής Εταιρείας της Ελλάδος

Μετά από τις αρχαιρεσίες που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια της Ετήσιας Γενικής Συνέλευσης της 6ης Απριλίου 2016, το νέο Διοικητικό Συμβούλιο συγκροτήθηκε σε σώμα με την ακόλουθη σύνθεση:
Πρόεδρος: **Ιωάννης Μελακόπουλος**
Αντιπρόεδροι: **Δημήτρης Δημητριάδης, Πελοπίδας Λομβαρδάς**
Γενική Γραμματέας: **Σταυρούλα Μερκουρέα**
Αν Γεν Γραμματέας: **Μιλτιάδης Τσέρης**
Ταμίας: **Ηρακλής Φώσκολος**
Μέλη: **Σωτήριος Ζησόπουλος, Βασίλειος Καλαμάτας, Νικόλαος Κρανιάς, Ρήγας Κωνσταντινίδης, Κων/νος Ι. Τόσιος**
Αναπληρωματικά Μέλη: **Κων/να Παππά, Ιωάννης Τράπαλης**

Ο ΟΣΑ τίμησε την Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας

Με μια συνέντευξη Τύπου με στόχο να ευαισθητοποιήσει την κοινή γνώμη για τη σημασία της καλής στοματικής υγείας, επέλεξε ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Αττικής να τιμήσει την Παγκόσμια Ημέρα Στοματικής Υγείας, η οποία έχει καθιερωθεί να εορτάζεται στις 20 Μαρτίου κάθε έτους. Στη Συνέντευξη Τύπου που πραγματοποιήθηκε στις 16 Μαρτίου 2016, στην Αίγλη Ζαππείου έδωσαν το «παρών» δημοσιογράφοι του ρεπορτάζ υγείας από όλα τα ΜΜΕ, οι οποίοι είχαν την δυνατότητα μεταξύ άλλων να ενημερωθούν για τα προβλήματα του κλάδου.

Από αριστερά διακρίνεται ο Γεν. Γραμματέας του Ο.Σ.Α. κ. Αθανάσιος Ζορμπάς, στο κέντρο ο Πρόεδρος του Ο.Σ.Α. κ. Αθανάσιος Υφαντής και στα δεξιά ο Ταμίας του Ο.Σ.Α. κ. Δημήτριος Ηλιόπουλος.

«Όλα ξεκινούν εδώ. Σώμα Υγιές . Στόμα Υγιές» ήταν το μήνυμα της φετινής Παγκόσμιας Ημέρας Στοματικής Υγείας με στόχο να ενημερωθούν οι πολίτες για την σπουδαιότητας της πρόληψης, αλλά και για τη σύνδεση της στοματικής υγείας με την συνολική υγεία.
Όπως τόνισε ο πρόεδρος του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής, κ. **Αθανάσιος Υφαντής**: *«Η σημασία της στοματικής υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη συνολική υγεία του ανθρώπου, δεδομένου ότι όπως έχει επιστημονικά αποδειχθεί, η κακή στοματική υγεία συνδέεται αιτιωδώς με σοβαρές νόσους (καρδιοαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης, πνευμονία, καρκίνος του παγκρέατος κλπ)».*
Η οικονομική κρίση και η παντελής έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης όσον αφορά τις οδοντιατρικές πράξεις οδηγεί όλο και περισσότερους ασθενείς στην αναζήτηση πιο οικονομικών λύσεων για την αντιμετώπιση των οδοντικών προβλημάτων τους, παραβλέποντας συχνά τον παράγοντα ποιότητα της θεραπείας.
Ο ιατρικός τουρισμός έχει αποκτήσει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ασθενών που μετά τις επισκέψεις τους σε οδοντιατρεία γειτονικών χωρών λόγω «φθηνότερων» τιμών, επέστρεψαν στην χώρα με σοβαρά προβλήματα. Ταυτόχρονα, φαινόμενα όπως η παράνομη άσκηση αλλά και η παραπλανητική διαφήμιση για οδοντιατρικές πράξεις σε χώρους που δεν είναι οδοντιατρεία, έχουν γίνει σχεδόν καθημερινά.
Ο πρόεδρος του ΟΣΑ αναφέρθηκε και στο ζήτημα της λεύκανσης, καθώς όπως επεσήμανε το τελευταίο διάστημα παρατηρείται διαφημιστική δραστηριότητα για υπηρεσίες λεύκανσης εκτός οδοντιατρείων. Ο κ. Υφαντής διευκρίνισε πως *«η λεύκανση δεν είναι κοσμητική πράξη, όπως παραπλανητικά προβάλλεται, αλλά οδοντιατρική πράξη, που πρέπει να γίνεται από οδοντίατρο και σε χώρο που έχει την απαιτούμενη άδεια/βεβαίωση λειτουργίας οδοντιατρείου ή πολυοδοντιατρείου».*
Κλείνοντας την ομιλία του, ο Πρόεδρος του ΟΣΑ αναφέρθηκε στην αναγκαιότητα του εκσυγχρονισμού του θεσμικού πλαισίου προκειμένου να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις για ποιοτική και ασφαλή παροχή των υπηρεσιών, απευθύνοντας σαφές μήνυμα προς την Πολιτεία για κάλυψη της οδοντιατρικής ασφάλισης.

Μια σημαντική ελληνική διάκριση στον διαγωνισμό «IPS e.max Smile Award 2016»

Η κριτική επιτροπή ανακοίνωσε τα ονόματα των ομάδων που προκρίθηκαν.

Οι φιναλίστ για το βραβείο IPS e.max Smile Award 2016 επελέγησαν. Εννιά ομάδες έχουν κάθε λόγο να είναι ενθουσιασμένες και να περιμένουν να δουν ποια θα αναδειχθεί νικήτρια για την καλύτερη εργασία με το IPS e.max. Μεταξύ των συμμετοχών που προκρίθηκαν στην τελική φάση του διαγωνισμού, δύο επιστήμονες από την Ελλάδα, η **Άννα Γιοργάντζε** και ο **Ηλίας Ψαρρής** ξεχώρισαν με την εργασία τους, αποδεικνύοντας ότι το επίπεδο της οδοντιατρικής επιστήμης στην Ελλάδα αντανακλά διεθνή πρότυπα.

Η ομάδα εμπειρογνωμόνων αποφάσισε: για κάθε μία από τις τρεις γεωγραφικές περιοχές που εκπροσωπούνται στο διαγωνισμό, έχουν επιλεγεί τρεις ομάδες των οποίων το έργο βρήκαν ιδιαίτερα συναρπαστικό. Εκατοντάδες ομάδες, καθεμία αποτελούμενη από έναν οδοντίατρο και οδοντοτεχνίτη, υπέβαλαν τις εργασίες τους, οι οποίες συνοδεύονταν από την αντίστοιχη κειμενική και φωτογραφική τεκμηρίωση. Τώρα η κριτική επιτροπή θα πρέπει μόνο να αποφασίσει σε ποιον θα απονεμηθεί η πρώτη, δεύτερη και τρίτη θέση αντίστοιχα. Τα τελικά αποτελέσματα θα ανακοινωθούν στις τελετές απονομής που θα λάβουν χώρα στη Μαδρίτη (Ισπανία). Οι τελετές θα πραγματοποιηθούν στις 10 Ιουνίου 2016, την παραμονή του 3ου Διεθνούς Συμποσίου Εμπειρογνωμόνων που διοργανώνεται από την Ivoclar Vivadent.

Η αγωνία κορυφώνεται εν όψει της ανακοίνωσης του νικητή

Οι ακόλουθες ομάδες έχουν προκριθεί για το βραβείο IPS e.max Smile Award 2016: **Ασία-Ωκεανία:** Dr Jineel Ham και HaSeong Yoo (Κορέα), Dr Baijun Sun και Benhui Du (Κίνα), Dr Tetsuya Uchiyama και Michiro Manaka (Ιαπωνία). **Ευρώπη–Μέση Ανατολή–Αφρική:** Άννα Γιοργάντζε και Ηλίας Ψαρρής (Ελλάδα), Prof. Dr Petra Gierthmühlen και Udo Plaster (Γερμανία), Dr Ferran Llansana και Juan Sampol Reus (Ισπανία). **Βόρεια Αμερική και Λατινική Αμερική:** Dr Gabriela Pappaterra και Libardo Garca Tolosa (Κολομβία), C.D. Lucio Armando Quevado Hernndez και Ramon Sanchez Hernndez (Μεξικό) και Dr Luis Sanchez και Alic Alen (ΗΠΑ).

Εντυπωσιακό το επίπεδο των συμμετοχών

Τα μέλη της κριτικής επιτροπής ήταν πραγματικά εντυπωσιασμένα με την ποιότητα των εργασιών που έλαβαν. «Η επιλογή των νικητών ήταν αρκετά δύσκολη, καθώς όλες οι εργασίες είχαν όμορφα τμήματα και λεπτομέρειες», εξηγεί ο Gonzalo Zubiri (Αργεντινή). Από την πλευρά του ο Oliver Brix (Γερμανία) επιβεβαιώνει: «Ήταν πολύ ενδιαφέρον να βλέπεις τη διαφορετική ροή εργασιών και τις ιδέες που υπήρχαν πίσω από τα εκάστοτε περιστατικά». Ο Dr Jiang Shan (Κίνα) δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην έμπνευση που υπήρχε σε πολλές περιπτώσεις: «Επειδή η δημιουργία ξεκινά από την τέλεια μίμηση, το να είμαι μέλος της κριτικής επιτροπής για το βραβείο IPS e.max Smile Award ήταν μια μεγάλη ευκαιρία για μένα για να εμπνευστώ κι εγώ για την δική μου δουλειά».

Το βραβείο IPS e.max Smile Award 2016: Η τελετή απονομής θα λάβει χώρα στη Μαδρίτη.

Το Βραβείο «IPS e.max Smile Award

Το βραβείο IPS e.max Smile Award είναι ένας διεθνής διαγωνισμός που αποσκοπεί στη διάκριση των καλύτερων οδοντιατρικών περιστατικών που αντιμετωπίστηκαν με το ολοκεραμικό σύστημα IPS e.max. Μια ομάδα ειδικών συστάθηκε για να αξιολογήσει τις εργασίες που υποβλήθηκαν με κριτήρια το αισθητικό αποτέλεσμα, την πολυπλοκότητα του περιστατικού και την αρμονία, ώστε να επιλέξει τους νικητές. Οι νικητές θα λάβουν διεθνή αναγνώριση: οι εργασίες τους θα παρουσιαστούν σε πολλές επαγγελματικές εκδηλώσεις του κλάδου και στα ΜΜΕ που ασχολούνται με την Οδοντιατρική.

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

müller-omicron DENTAL

Alphasil Perfect Light
M0470010 Alphasil Perfect Light 150ml
11,70€

Alphasil Perfect Putty Soft
M0470025 Alphasil Perfect Putty Soft 900ml
20,30€

Τιμή σετ 35,10€

Betasil VARIO Putty
M088002 Betasil VARIO Putty, 300ml βάση και 300ml καταλύτης
36,90€

Τιμή σετ 56,30€

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

granit PERFECT D45
Παχύρευστη βινυλοπολυσιλοξάνη για καταγραφή δήξης. Εξαιρετικής σκληρότητας ShoreD45, θιξοτροπική, με υψηλή σταθερότητα, χρώματος τιρκουάζ, και άρωμα μέντας. Χρόνος εργασίας 30sec, χρόνος παραμονής στο στόμα 30sec.
38,60€
M082505 granit PERFECT D45, 2x50ml φύσιγγες και 12 mixing tips

Στις τιμές δεν συμπεριλαμβάνεται Φ.Π.Α.

Βεβαιωθείτε ότι θα μας βρείτε στο 16ο ΠΑΜΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΙΑΚΟ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
Πάτρα 24-26 Ιουνίου

Betasil VARIO Light
M082500 Betasil VARIO Light, 2X50ml φύσιγγες και 12 mixing tips κίτρινα
29,40€

HARVARD

Harvard Ionoglas FILL LC
Φωτοπολυμεριζόμενη ρητινωδώς τροποποιημένη υαλοϊονομερής κονία μόνιμης συγκόλλησης. Ιδανική για αποκαταστάσεις 1ης, 2ης και 5ης ομάδας, ακτινοσκιερή, με υψηλή απελευθέρωση φθορίου.
HA7052115 Σετ σκόνη 15gr και 8ml υγρό μαζί με αξεσουάρ

Harvard Bond SE Dual
Διπλού πολυμερισμού, αυτοαδροποιούμενος συγκολλητικός παράγοντας δύο στοιχείων. Ιδανικός για έμμεσες και άμεσες αποκαταστάσεις με εξαιρετική αντοχή δεσμού στην οδοντίνη και την αδαμαντίνη.
HA7083602 Σετ 2x5ml, 50 microappricators και παρελκόμενα
HA7083605 Σετ 2x5ml

Harvard Ionoglas FILL EXTRA
Υαλοϊονομερές εμφρακτικό υλικό, υψηλής αισθητικής, για μόνιμες αποκαταστάσεις 3ης και 5ης ομάδας. Ακτινοσκιερή, με υψηλή απελευθέρωση φθορίου, και εξαιρετική προσκόλληση σε οδοντίνη ή αδαμαντίνη. Εξαιρετικό αποτέλεσμα σε μόλις 6 λεπτά.
HA7052252 Κάψουλες σε αποχρώσεις A2, A3 και A3,5

Harvard ZirconCore
Διπλού πολυμερισμού νανο-υβριδική ρητίνη, ενισχυμένη με ζιρκόνιο, για ανασυστάσεις και συγκόλληση αξόνων. Θιξοτροπική, ακτινοσκιερή, με υψηλή αντίσταση και απελευθέρωση φθορίου, πολύ καλό αισθητικό αποτέλεσμα, και τέλεια ελαστικότητα όπως η οδοντίνη.
HA7083600 Σύριγγα αυτόματης ανάμιξης 5ml , 10 tips καφέ και 10 ακρορύγχια

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

Η Επιστήμη και η Τέχνη των
Όψεων Πορσελάνης

Τιμή 210€

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ
Τηλ. 210 3814 939, www.odvima.gr

Δημοσίευση προκήρυξης βραβείου «Φώτη Μήτση» από την Ελληνική Περιοδοντολογική Εταιρεία

Το Δ.Σ της ΕΠΕ αποφάσισε και η Γεν. Συνέλευση των μελών της στις 31-3-12 ενέκρινε ομόφωνα, την θεσμοθέτηση βραβείου προς τιμήν του Ομότιμου Καθηγητή Περιοδοντολογίας και πρώην Πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών Φ. Ι .Μήτση, σε αναγνώριση της μακρόχρονης και σημαντικής προσφοράς του. Το Δ.Σ της ΕΠΕ στις 14-1-2014 συζήτησε αναλυτικά το θέμα, αποφάσισε να προκηρύξει το βραβείο για το 2014. Το 2016 είναι το έτος της δεύτερης απονομής του Βραβείου του οποίου παραθέτουμε την προκήρυξη και η ΕΠΕ αναλαμβάνει να το αναγγείλει στους φορείς και τα μέσα.

ΕΙΣΗΓΗΣΗ

1. Θεσμοθετείται βραβείο της ΕΠΕ με την ονομασία «Βραβείο Φώτη Μήτση». Το βραβείο χορηγείται παγίως από την Εταιρεία και η χορηγία καθώς και η ονομασία του δεν τροποποιείται για κανένα λόγο και από κανένα όργανο.

2. Σκοπός του βραβείου είναι η ενθάρρυνση, η υποστήριξη και η δημόσια προβολή της δραστηριότητας νέων Οδοντιάτρων στον τομέα της Περιοδοντολογίας.

3. Το βραβείο συνίσταται σε

α) Εφ΄ άπαξ καταβολή χρηματικού ποσού 1.500 ευρώ. Αναπροσαρμογή του χρηματικού ποσού μπορεί να γίνει με απόφαση της Γενικής συνέλευσης μετά από πρόταση του Δ.Σ.

β) Απονομή τιμητικού διπλώματος

γ) Χορήγηση πιθανών προσφορών από Οδοντιατρικές Εμπορικές Εταιρείες, ή άλλων παροχών, εγκεκριμένων από το ΔΣ της ΕΠΕ.

4. Το βραβείο χορηγείται ανά διετία και απονέμεται κατά την διάρκεια τελετής που έχει οργανωθεί από την Εταιρεία, στο πλαίσιο της καθιερωμένης εορταστικής έναρξης του επιστημονικού προγράμματος της ΕΠΕ.

5. Το βραβείο απευθύνεται σε νέους Έλληνες, Κυπρίους ή άλλους ομογενείς οδοντιάτρους ηλικίας μέχρι 32 ετών με αποδεδειγμένη εκπαίδευση, γνώση και προσφορά στην Περιοδοντολογία. Οι υποψήφιοι θα πρέπει να έχουν περατώσει επιτυχώς τον πρώτο κύκλο μεταπτυχιακών σπουδών στην Περιοδοντολογία.

Στην διεκδίκηση μπορούν να συμμετέχουν απόφοιτοι των μεταπτυχιακών τμημάτων των Πανεπιστημίων Αθήνας και Θεσσαλονίκης ή εκπαιδευμένοι σε τμήματα όλων των αναγνωρισμένων ξένων Πανεπιστημίων, που παρέχουν εξειδίκευση στην Περιοδοντολογία.

6. Το βραβείο προκηρύσσεται ένα χρόνο πριν, με σχετική ανακοίνωση του Δ.Σ. προς τα μέλη της ΕΠΕ, τις Οδοντιατρικές Σχολές των Ελληνικών Πανεπιστημίων, την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, τους Οδοντιατρικούς Συλλόγους Αττικής, Πειραιώς και Θεσσαλονίκης και τον Περιοδικό Οδοντιατρικό Τύπο. Ανακοινώνεται επίσης στην Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Περιοδοντολογίας (E.F.P). Στην προκήρυξη ορίζεται εκτός των άλλων η καταληκτική ημερομηνία για την υποβολή των δικαιολογητικών

7. Κριτήρια. Αξιολογούνται:

- Ήθος και προσωπικότητα
- Σπουδές στο αντικείμενο της Περιοδοντολογίας (Σεμινάρια, Συνέδρια, Ημερίδες καθώς και συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε θέματα που άπτονται της ειδικότητας.)
- Επιστημονικό έργο
- Προοπτικές προσφοράς στο χώρο της Περιοδοντολογίας και της ΕΠΕ.

8.Δικαιολογητικά: Μαζί με την αίτηση του/της υποψηφίου προς την ΕΠΕ, υποβάλλονται σε πέντε αντίγραφα ή σε ηλεκτρονική μορφή:

α) Πλήρες βιογραφικό σημείωμα

β) Αντίγραφα επιστημονικού έργου

γ) Αποδεικτικά στοιχεία σπουδών, μετεκπαιδεύσεων, επιμορφώσεων κλπ.

δ) Δύο τουλάχιστον συστατικές επιστολές.

9. Διαδικασία κρίσης. Η εισήγηση της επιτροπής κρίσης υποβάλλεται στο ΔΣ της ΕΠΕ τουλάχιστον ένα μήνα πριν από την καθορισμένη ημερομηνία απονομής. Σε περιπτώσεις που η κριτική επιτροπή θεωρήσει σκόπιμο μπορεί να ζητήσει από τους υποψηφίους προσωπική παρουσία και συνέντευξη.

10. Κατά την διάρκεια της εκδήλωσης, που θα οριστεί για την απονομή του βραβείου, ανακοινώνεται στους συνέδρους το όνομα του βραβευθέντος, ο οποίος κάνει μια σύντομη εισήγηση, σε θέμα που καθορίζεται από τους κριτές.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΟ «ΒΡΑΒΕΙΟ Φ.ΜΗΤΣΗ» ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2016: 30 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016

Το Δ.Σ της Ε.Π.Ε. αποφάσισε, κατ΄εξαίρεση, να συμπυκνώσει τον χρόνο προκήρυξης επειδή η υλοποίηση για την προκήρυξη του βραβείου καθυστέρησε, για ανεξάρτητους λόγους, ώστε το 2016 να γίνει η απονομή. Καταληκτική ημερομηνία υποβολής υποψηφιοτήτων είναι το τέλος Ιουνίου και ημερομηνία ανακήρυξης το πρώτο δεκαπενθήμερο του Οκτωβρίου.

Πληροφορίες: Στα Γραφεία της Ελληνικής Περιοδοντολογικής Εταιρείας,
Ήλιδος 54-56, 115 27 Γουδή, Κα Μαρία Μπλαζάκη, τηλ/φαξ 210 7484167
Δευτέρα & Τετάρτη 10 π.μ. έως 2 μ.μ. και Πέμπτη 10 π.μ. έως 12 μ.
Υποβολή Δικαιολογητικών: Στα Γραφεία της ΕΠΕ, τις παραπάνω ημέρες & ώρες ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο helperio@periodontology.gr

Παράδοση συσκευής διοδικού Laser στο τμήμα Οδοντικής Χειρουργικής του ΑΠΘ

Την Τρίτη 8 Μαρτίου έγινε η παράδοση του νέου διοδικού Laser μαλακών ιστών, SIROLaser Blue. Το νέο απόκτημα του εργαστηρίου είναι από τα πρώτα που κυκλοφορούν στην Ελλάδα και το μόνο στην αγορά με 3 μήκη κύματος στην ίδια συσκευή.

Το laser είναι μια ευγενική χορηγία του εργοστασίου SIRONA και πρόκειται να χρησιμοποιηθεί στη Σχολή για το επόμενο διάστημα. Κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο Εργαστήριο πρόκειται να γίνουν κλινικές δοκιμές και ερευνητικά πρωτόκολλα, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Άαχεν. Υπεύθυνος από το Πανεπιστήμιο της Γερμανίας είναι ο διεθνούς φήμης Καθηγητής **R. Gutknecht** που σε άμεση επαφή με τους Καθηγητές του ΑΠΘ και τον κ. Στράκα έχουν την επιμέλεια της διενέργειας των ερευνών και τη σύνταξη των τελικών πρωτοκόλλων, στοχεύοντας σε ένα ευρύ πεδίο κλινικών θεραπευτικών εφαρμογών.

Από αριστερά: Ο Αναπληρωτής Καθηγητής, κ. Λ. Τσαλίκης, η Καθηγήτρια κ. Κολυμνιώτου – Κουμπιά, ο Αναπληρωτής Καθηγητής κ. Τολίδης, ο υπεύθυνος του SIROLaser David Jerman και ο Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής κ. Λ. Ζουλούμης.

Η παράδοση της συσκευής από τον υπεύθυνο πωλήσεων του εργοστασίου SIRONA, David Jerman στον κύριο Τολίδη και τον κύριο Στράκα.

Η παράδοση της συσκευής έγινε από τον κ. David Jerman, υπεύθυνο του προϊόντος από τη SIRONA και τον κύριο **Δημήτριο Τζοβάνη**, υπεύθυνο πωλήσεων Β. Ελλάδος της DENTICA ΑΕ. Παρόντες ήταν ο Πρόεδρος της Οδοντιατρικής Σχολής κ. **Ζουλούμης**, ο Αναπληρωτής Καθηγητής κ. **Τολίδης** και ο Υποψήφιος Διδάκτωρ, κ. **Στράκας**. Κατά τη διάρκεια της συνάντησης έγινε πλήρης επίδειξη της συσκευής και των δυνατοτήτων της από τον κ. **Jerman**.

Οι τελειόφοιτοι και μεταπτυχιακοί φοιτητές του Εργαστηρίου Οδοντικής Χειρουργικής θα συνδυάζουν στην πράξη τη λειτουργία του SIROLaser Blue ώστε να επωφεληθούν από την τελευταία λέξη της τεχνολογίας και να προσφέρουν άνετη, ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία στους ασθενείς. Εξάλλου, είναι γεγονός ότι το μέλλον ανήκει στις τεχνολογίες αιχμής και τα ιατρεία που την εντάσσουν στη λειτουργία τους προπορεύονται σε επίπεδο φήμης, καινοτομίας και ανταγωνιστικότητας.

Programat S1 1600 Ivoclar Vivadent: Σύντηξη αποκαταστάσεων πιο γρήγορα σε θερμοκρασίες έως 1600°C

Με τους συμβατικούς φούρνους σύντηξης, η διαδικασία διαρκεί μεταξύ πέντε και οκτώ ωρών. Ο νέος φούρνος Programat S1 1600 λειτουργεί πιο γρήγορα και πιο αποτελεσματικά: Η σύντηξη ενός σκελετού στεφάνης IPS e.max ZirCAD ή Zenostar MO διαρκεί μόλις 75 λεπτά. Αυτό καθίσταται δυνατό με θερμοκρασία σύντηξης έως 1600˚ C.

Η βελτιωμένη απόδοση που επήλθε με αυτόν τον σημαντικά μειωμένο χρόνο του κύκλου σύντηξης αποζημιώνει τον χρήστη. Τώρα πια είναι δυνατόν να κατασκευαστούν στεφάνες και γέφυρες με σκελετό από οξείδιο ζιρκονίου (ZrO2), συμπεριλαμβανομένης και της κεραμικής επικάλυψης, σε μία εργάσιμη ημέρα. Η εξοικονόμηση χρόνου έχει θετικό αντίκτυπο και στο ενεργειακό κόστος: Σε σύγκριση με έναν συμβατικό φούρνο σύντηξης, ο φούρνος Programat S1 1600 μπορεί να μειώσει την ενεργειακή κατανάλωση περίπου κατά δύο τρίτα.

Άνετη και εύκολη λειτουργία

Ο νέος φούρνος σύντηξης είναι σχεδιασμένος με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι άνετος και εύκολος στη χρήση. Ο πίνακας ελέγχου είναι φιλικός προς τον χρήστη και περιλαμβάνει οθόνη ευανάγνωστων γραφικών, παρουσιάζοντας με βέλτιστο τρόπο όλες τις σχετικές πληροφορίες. Ο φούρνος μπορεί να ελέγχεται και να προγραμματίζεται εύκολα με το δοκιμασμένο και προστατευμένο με μεμβράνη πληκτρολόγιο.

Η δυνατότητα οπτικής ένδειξης κατάστασης (Optical Status Display) χρησιμοποιεί διαφορετικά χρώματα για να ενημερώνει τον χρήστη σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση της διαδικασίας. Η κεφαλή του φούρνου ανοίγει προς τα πάνω και εξοικονομεί πολύ χώρο, έτσι ώστε ο θάλαμος σύντηξης να μπορεί να τροφοδοτηθεί εύκολα. Επιπλέον, οι συμπαγείς διαστάσεις του φούρνου και το χαμηλό βάρος αντιπροσωπεύουν πρόσθετα οφέλη. Ενώ οι συμβατικοί φούρνοι σύντηξης ζυγίζουν έως 100 κιλά, ο φούρνος Programat S1 1600 ζυγίζει μόνο 27 κιλά.

Διανομή: **Dental Vision, Sadent**

VDW® ENDODONTIC SYNERGY

Raypex® 6

Νέας γενιάς, touch screen εντοπιστής ακροριζίου με δυνατότητα έγχρωμης απεικόνισης της ρίζας σε όλο το μήκος του ριζικού σωλήνα και λειτουργίας σε στεγνό και υγρό περιβάλλον. Εύκολος και φιλικός στη χρήση με μεγάλη διάρκεια αυτονομίας.

VDW Silver Reciproc®

Μοτέρ με περιστροφική και παλινδρομική κίνηση (reciproc) χωρίς ενσωματωμένο εντοπιστή ακρορριζίου

- Προ-προγραμματισμένες ρυθμίσεις ταχύτητας & ροπής για όλα τα σημαντικά συστήματα ρινών Ni-Ti
- Όλες οι ρυθμίσεις μπορούν να αλλάξουν και να αποθηκευτούν
- Χαρακτηριστικά ασφαλείας όπως έλεγχος ροπής, ακουστικά σήματα, αυτόματο stop/reverse
- Λειτουργούν και με μπαταρία ενώ μπορούν να χρησιμοποιηθούν και κατά τη διάρκεια της φόρτισης
- Διατίθενται μαζί με γωνιακή υψηλής ποιότητας Sirona 6:1

Ι. Ν. ΦΥΡΙΠΠΗΣ Μ.ΕΠΕ

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

Βραβείο RedDot 2015 για το SIDEXIS 4 «Best of the Best»

Η SIRONA βραβεύτηκε με το πολυπόθητο και διεθνούς φήμης βραβείο «Red Dot» στην κατηγορία σχεδιασμού επικοινωνίας ως «Το καλύτερο από τα καλύτερα» για το νέο της λογισμικό ακτινογραφιών, SIDEXIS 4. Σε συνεργασία με την εξειδικευμένη στη κατασκευή λογισμικού εταιρεία «Heinrich & Reuter Solutions GmbH», η SIRONA αναγνωρίστηκε για τις εκτεταμένες προσπάθειές της στο σχεδιασμό ενός διαισθητικού, αλλά και φιλικού προς το χρήστη περιβάλλοντος εργασίας. Το λογισμικό SIDEXIS 4 κατάφερε να υπερισχύσει απέναντι σε σχεδόν 7.500 συμμετοχές από 53 χώρες! Το βραβείο παρουσιάσθηκε στο γκαλά «Red Dot» στις 6 Νοεμβρίου 2015, μπροστά σε περίπου 1.000 προσκεκλημένους.

Για το SIDEXIS 4 έχει σχηματιστεί ήδη μια πολύ καλή γνώμη και από τους εμπειρογνώμονες. Η δρ. **Nadia Amor**, Senior Product Manager στη SIRONA, εξηγεί *«έχουμε λάβει σχόλια από πολλούς χρήστες, ότι ολόκληρη η ροή εργασίας στην πρακτική έχει βελτιωθεί με την αναβάθμιση του λογισμικού, και ότι η διάγνωση, ο σχεδιασμός και η θεραπεία έγιναν απλούστερα, ταχύτερα και ασφαλέστερα.»*

Αυτό που κάνει την χρήση του SIDEXIS 4 να ξεχωρίζει είναι ότι βασίζεται σε ροές εργασίας. Οι οδοντίατροι μπορούν να το χρησιμοποιήσουν για να έχουν πρόσβαση σε όλα τα σχετικά δεδομένα της εικόνας του ασθενή. Το λογισμικό μπορεί να χειριστεί όλες τις κοινές μορφές εικόνας, συμπεριλαμβανομένων της ψηφιακής SLR, της ενδοστοματικής, της πανοραμικής, καθώς και των 3D ψηφιακών ακτινογραφιών.

Έτσι τα δεδομένα τόσο από τις προηγούμενες όσο και από τις τρέχουσες τεχνολογίες απεικόνισης, μπορούν όχι μόνο να ανακληθούν εύκολα, αλλά και να είναι διαχειρίσιμα. Το SIDEXIS 4, λειτουργεί σαν ένα κομβικό σημείο για την ενσωμάτωση των διαγνωστικών δεδομένων εικόνας κάθε είδους, τα οποία όχι μόνο η ομάδα εξάσκησης έχει προετοιμάσει κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και έλαβε από άλλους οδοντιάτρους που φροντίζουν μακροχρόνια ασθενείς.

Ο οδοντίατρος μπορεί να εμφανίσει μια πλήρη επισκόπηση του ιστορικού θεραπείας του ασθενή σε ένα χρονοδιάγραμμα. Χρησιμοποιώντας ένα ψηφιακό κουτί φωτός, ο οδοντίατρος μπορεί εύκολα να διασταυρώσει/συγκρίνει δεδομένα μεταξύ εικόνων και να αναγνωρίσει με αυτό τον τρόπο, ακόμα και τις πιο ανεπαίσθητες αλλαγές στην πορεία της θεραπείας. Οι πολυάριθμες διασυνδέσεις καθιστούν δυνατή τη σύνδεση με όλα τα ψηφιακά συστήματα που αφορούν την οδοντιατρική πρακτική.

Το λογισμικό απεικόνισης μπορεί επίσης να επεκταθεί με «plug-inns» και εφαρμογές, επιτρέποντας έτσι τον τέλειο συντονισμό, τόσο στις ενσωματωμένες ψηφιακές διαδικασίες που αφορούν την ταυτόχρονη χειρουργική και προσθετική σχεδίαση των εμφυτευμάτων, όσο και στις ορθοδοντικές εφαρμογές.

Δυναμικό «παρών» των οδοντιάτρων στην ημερίδα του ΟΣΜ

Ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Μεσσηνίας, στη συνέχεια της προσπάθειας που έχει αναλάβει τα τελευταία χρόνια για τη συνεχή επιμόρφωση των μελών του με την πραγματοποίηση υψηλού επιπέδου σεμιναρίων και ημερίδων διοργάνωσε με επιτυχία ημερίδα – πρακτικό σεμινάριο με θέμα **«Σύνθετες Ρητίνες - Είναι το υλικό επιλογής στο οδοντιατρείο;»** στις 5 Μαρτίου 2016 στο «Elite City Resort» στην Καλαμάτα με ομιλητή τον κ. **Α. Τσαγκαράκη.**

Η εκδήλωση προσέλκυσε το ενδιαφέρον των οδοντιάτρων. Χαρακτηριστικό είναι δε ότι την ημερίδα παρακολούθησαν και οδοντίατροι από άλλους νομούς της Πελοποννήσου.

Χορηγός της ημερίδας ήταν η εταιρεία «Μιλτιάδης Βιτσαρόπουλος Α.Ε.»

Μονοήμερο Σεμινάριο της Ορθοδοντικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

Το Σάββατο, 19 Μαρτίου 2016 ολοκληρώθηκε με εξαιρετική επιτυχία το μονοήμερο Σεμινάριο της Ορθοδοντικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, που πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο «Electra Palace» στη Θεσσαλονίκη. Η συμμετοχή των ορθοδοντικών και των φοιτητών ήταν μεγάλη καθώς το θέμα «Αυτόδετα ή συμβατικά αγκύλια: Υπάρχει διαφορά στην επιπέδωση, στις στροφές, στη διαχείριση χώρου και στο torque;» προσέλκυσε το ενδιαφέρον των ακροατών.

Ο Καθηγητής **Hans Peter Bantleon**, Διευθυντής του Εργαστηρίου Ορθοδοντικής του Ιατρικού Πανεπιστημίου της Βιέννης, αναφέρθηκε στις σπουδαίες επιστημονικές και θεραπευτικές εξελίξεις στον τομέα της κατασκευής, δράσης και απόδοσης των συμβατικών και αυτόδετων ορθοδοντικών μηχανισμών.

Ο Καθηγητής Hans Peter Bantleon (αριστερά) με το Καθηγητή ΑΠΘ Μόσχο Παπαδόπουλο (δεξιά).

Με μεγάλη συμμετοχή πραγματοποιήθηκε το σεμινάριο.

Ταυτόχρονα επεσήμανε τις βασικές αρχές και αξίες της εμβιομηχανικής που διέπουν την ορθοδοντική μετακίνηση των δοντιών, γνώσεις απαραίτητες και αναλλοίωτες στο χρόνο για κάθε οδοντίατρο του κλάδου. Η παρουσίαση μιας μεγάλης ποικιλίας ιδιαίτερων κλινικών περιστατικών έθεσε προβληματισμούς για το ενδεδειγμένο σχέδιο θεραπείας, αποδεικνύοντας ότι η σωστή διάγνωση σε συνδυασμό με τις άριστες γνώσεις βιολογίας και μηχανικής αλλά και τους καλούς χειρισμούς δικαιώνουν τον θεράποντα.

SIROLASER BLUE: Χειρουργική ακρίβεια σε μπλε!

Το φως που είναι ορατό στους ανθρώπους αποτελείται από τα 7 χρώματα του ουράνιου τόξου. Ξεκινώντας με το βιολετί χρώμα μικρού μήκους κύματος του φωτός, το φάσμα φθάνει μέχρι το εύρος του μεγάλου μήκους κύματος κόκκινου χρώματος. Στην οδοντιατρική, το μπλε φως παρέχει την μεγαλύτερη ακρίβεια στο χειρουργείο – όπως αποδεικνύεται με το SIROLaser Blue.

Η ισχύς της κοπής και της απολύμανσης ενός laser εξαρτάται από το πόση ενέργεια απορροφάται από τον ιστό. Το νέο SIROLaser Blue λειτουργεί με το μπλε φως σε μήκος κύματος 445 nm. Η ενέργεια του φωτός απορροφάται ιδιαίτερα αποτελεσματικά από την αιμογλοβίνη και μελανίνη. Συνεπώς, το μπλε φως επιτυγχάνει περίπου 100 φορές καλύτερη απορρόφηση νερού από το υπέρυθρο φως. Αυτό επιτρέπει πολύ γρήγορη, λεπτομερή και χωρίς πόνο κοπή των ιστών.

Τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά. Οι οδοντίατροι που είναι εξοικειωμένοι με τα «κλασικά» διοδικά lasers (810, 940 & 970 nm) πρέπει να μετακινούν την ίνα σιγά σιγά επάνω από τον ιστό αρκετές φορές, ενώ το SIROLaser Blue έχει άμεσα αποτελέσματα και επιτρέπει πιο γρήγορη και καθαρή κοπή του ιστού -ακόμη και από απόσταση. Ως αποτέλεσμα, οι οδοντίατροι το προτιμούν για να κάνουν μια τομή χωρίς αιμορραγία κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Το SIROLaser Blue είναι εύκολο στη χρήση και οι ασθενείς θεραπεύονται με πολύ λιγότερο πόνο, μειώνοντας την ανάγκη της τοπικής αναισθησίας (σε κάποια περιστατικά δε χρησιμοποιείται καθόλου αναισθητικό). Το χειρουργείο δε χρειάζεται συχνά ράμματα, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο πόνος από την πληγή και τα σημάδια. Η αιμορραγία και το πρήξιμο μετά το χειρουργείο επίσης αποφεύγονται.

3 μήκη κύματος κάνουν το SIROLaser Blue ιδανική λύση!

Το μπλε φως στα laser, χρησιμοποιείται κυρίως στις επεμβάσεις μαλακών ιστών γιατί έχει καλύτερες ιδιότητες απορρόφησης. Το SIROLaser Blue χρησιμοποιείται και με 2 επιπλέον μήκη κύματος: στα 970nm, όχι μόνο για τις κλασικές ενδείξεις στη μείωση μικροβίων (περιοδοντολογία, ενδοδοντία) αλλά και για τη λεύκανση και τη θεραπεία έρπη. Το SIROLaser Blue επίσης λειτουργεί και με μια κόκκινη δίοδο στα 660 nm, που επιτρέπει εφαρμογές στους μαλακούς ιστούς (Θεραπεία πόνου και βιοδιέγερση). *«Αυτό είναι ένα σημαντικό πλεονέκτημα για εμένα»*, αναφέρει ο Dr. **Johannes Heimann,** οδοντίατρος στη Φρανκφούρτη. *«Σαν αποτέλεσμα, το SIROLaser Blue έχει εφαρμογή σε κάθε θεραπεία. Όλες οι εφαρμογές στην οδοντιατρική θεραπεία με laser σε μια μόνο συσκευή – πιστεύω αυτή είναι μια άριστη λύση».*

Σχετικά με τη SIRONA

Το εργοστάσιο Sirona είναι ο ηγέτης στην παγκόσμια αγορά και στην τεχνολογία στον τομέα των οδοντιατρικών/οδοντοτεχνικών. Ένας ακούραστος συνεργάτης για τους οδοντιάτρους, τους οδοντοτεχνίτες και τους εμπορικούς αντιπροσώπους για πάνω από 130 χρόνια.

Με μεγάλη επιτυχία ολοκληρώθηκε η ημερίδα της ΕΕΚΣ και του ΟΣΚ

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε το Σάββατο, 19 Μαρτίου 2016 στην Κόρινθο η ημερίδα της Ελληνικής Εταιρίας Κλινικής Στοματολογίας και του Οδοντιατρικού Συλλόγου Κορινθίας με Θέμα «Καρκίνος Στόματος και Προκαρκινικές Βλάβες». Την ημερίδα παρακολούθησαν πολλοί οδοντίατροι και ιατροί με μεγάλο ενδιαφέρον και ακολούθησε ζωηρή συζήτηση με τους εισηγητές για πλήθος επιστημονικών θεμάτων. Τον συντονισμό και οργάνωση της ημερίδας είχαν αναλάβει οι κύριοι Κατσούλας (Πρόεδρος Ο.Σ. Κορινθίας) και Λάσκαρης (Αντιπρόεδρος ΕΕΚΣ) και οι κυρίες Παπαγεωργίου (Αντιπρόεδρος Ο.Σ. Κορινθίας) και Στουφή (Πρόεδρος ΕΕΚΣ). Εισηγήσεις σε θέματα που προβληματίζουν γενικούς οδοντιάτρους, στοματολόγους και γναθοχειρουργούς ανέπτυξαν η κα Στουφή (Στοματολόγος), ο κος Λάσκαρης, ο κος Παπαδογεωργάκης (Καθηγητής Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής), η κα Γεωργακοπούλου (Στοματολόγος), και η κα Αρτοπούλου (Λέκτορας Προσθετολογίας).

Στο φωτογραφικό στιγμιότυπο διακρίνονται από αριστερά ο Καθηγητής Ν. Παπαδογεωργάκης, ο Αναπλ. Καθηγητής Γ. Λάσκαρης, η Αντιπρόεδρος του ΟΣΚ Λ. Παπαγεωργίου, η Στοματολόγος και Πρόεδρος της ΕΕΚΣ, ο Πρόεδρος του ΟΣΚ. Ε. Κατσούλας και η Στοματολόγος Ε. Γεωργακοπούλου.

Άμεσες Αποκαταστάσεις Οπισθίων Δοντιών με Σύνθετη Ρητίνη

Ο **Οδοντιατρικός Σύλλογος Κορινθίας διοργανώνει το Σάββατο, 11 Ιουνίου 2016** σεμινάριο με θέμα «Άμεσες Αποκαταστάσεις Οπισθίων Δοντιών με Σύνθετη Ρητίνη». Κεντρικός ομιλητής θα είναι ο κ. **Μίνως Σταυριδάκης**.

Το πρόγραμμα του σεμιναρίου διαμορφώνεται ως εξής:

09:30 – 10:00 Προσέλευση- Εγγραφές

10:00-12:00 **Θεωρητικό μέρος**

Κλινικά πρωτόκολλα παρασκευής κοιλότητας, επιλογής τεχνητών τοιχωμάτων, εφαρμογής συγκολλητικών συστημάτων, τεχνικών διαστρωμάτωσης, τελείωσης, λείανσης και στίλβωσης

12:00-12:30 Διάλειμμα

12:30-14:00 **Πρακτική επίδειξη**

Αποκαταστάσεις Ης, ΙΙης και Vης ομάδας.

Περίληψη-Περιεχόμενο-Στόχοι Σεμιναρίου

Οι άμεσες αποκαταστάσεις οπισθίων δοντιών με σύνθετη ρητίνη είναι σαφώς δυσκολότερες από τις αντίστοιχες αμαλγάματος. Συχνά εμφανίζονται προβλήματα μετεμφρακτικής ευαισθησίας, «ανοικτών» σημείων επαφής, αποχρωματισμού των ορίων και δευτερογενούς τερηδόνας.

Στο **θεωρητικό μέρος** θα περιγραφούν αναλυτικά πρωτόκολλα για την παρασκευή κοιλοτήτων, την επιλογή της κατάλληλης σύνθετης ρητίνης, την απομόνωση του χειρουργικού πεδίου, την αποτελεσματική χρήση συγκολλητικών συστημάτων, την εφαρμογή «ουδέτερων» στρωμάτων για αποφυγή μετεμφρακτικής ευαισθησίας, τη χρήση κατάλληλων τεχνητών τοιχωμάτων για επίτευξη «σφικτών» σημείων επαφής, τη διαστρωμάτωση για αποφυγή προβλημάτων εξαιτίας της συστολής πολυμερισμού, τη χρήση των κατάλληλων εργαλείων για εύκολη απόδοση μασητικής μορφολογίας και τη στίλβωση και λείανση των αποκαταστάσεων.

Στο **πρακτικό μέρος** θα γίνει επίδειξη όλων των προαναφερθέντων κλινικών σταδίων για την αποκατάσταση κοιλοτήτων Ης, ΙΙης και Vης ομάδας σε εκμαγεία εργασίας.

Στόχοι του σεμιναρίου είναι η σωστή παρασκευή κοιλότητας, η επιλογή κατάλληλης σύνθετης ρητίνης, η αποτελεσματική χρήση συγκολλητικών συστημάτων, η επιλογή ενδεικνυόμενων τεχνητών τοιχωμάτων, η εξοικείωση με τα κλινικά στάδια άμεσων αποκαταστάσεων και τέλος η συζήτηση κλινικών προβληματισμών και ανταλλαγή απόψεων.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να απευθύνεστε στον κ. Επαμεινώνδα Κατσούλα, Πρόεδρο του ΟΣΚ, τηλ. 27430 28233

Επέκταση του Συστήματος Wieland Zenostar Zirconia

Εξατομικευμένη αισθητική τώρα και στην πρόσθια περιοχή με Wieland Zenostar MT

Το σύστημα Wieland Zenostar Zirconia αποτελείται από ένα χαρτοφυλάκιο συμβατών υλικών για την ολοκληρωμένη κατασκευή αποκαταστάσεων από οξείδιο του ζιρκονίου. Το σύστημα διευρύνθηκε και συμπεριλαμβάνει μία ακόμη αισθητική επιλογή για δημιουργία μονολιθικών αποκαταστάσεων προσθίων: Wieland Zenostar MT.

Ο νέος δίσκος Zenostar με την ονομασία MT (Μεσαία Ημιδιαφάνεια) συμπληρώνει ιδανικά το υφιστάμενο χαρτοφυλάκιο. Ενώ οι μονολιθικές αποκαταστάσεις Zenostar T χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον στην οπίσθια περιοχή για αισθητικούς λόγους, το Zenostar MT είναι κατάλληλο για την κατασκευή αισθητικών πρόσθιων αποκαταστάσεων. Η σχεδίαση του προϊόντος MT συνδυάζεται με τις σειρές προϊόντων Wieland Zenostar και IPS e.max και υποδεικνύει την συμβατότητα με τα δύο αυτά συστήματα.

Συμβατά συστήματα

Το Wieland Zenostar MT είναι αρχικά διαθέσιμο ως λευκός δίσκος (Zenostar MT0) με τα αντίστοιχα υγρά χρωματισμού. Εκτός από τα υγρά σε 16 A-D αποχρώσεις, το σύστημα περιέχει επίσης αποχρώσεις Effect για επιπλέον εξατομίκευση. Τα υλικά αυτά έχουν βελτιωθεί με στόχο να ανταποκρίνονται στις αυξανόμενες απαιτήσεις των αισθητικών αποκαταστάσεων προσθίων. Μετά τη σύντηξη, οι αποκαταστάσεις που έχουν κατασκευαστεί με το σύστημα Zenostar MT μπορούν να χαρακτηριστούν περαιτέρω χρησιμοποιώντας μακιγιάζ και εφυάλωση. Το IPS e.max Ceram και η νέα συλλογή IPS Ivocolor για μακιγιάζ και εφυάλωση, μεταξύ άλλων υλικών, είναι απολύτως συμβατά με το Zenostar.

Σχετικά με το σύστημα Zenostar

Το Wieland Zenostar είναι ένα σύστημα από οξείδιο του ζιρκονίου το οποίο αποτελείται από πολυάριθμα υλικά που είναι συμβατά μεταξύ τους. Οι δίσκοι, τα υλικά για την περαιτέρω επεξεργασία και οι στρατηγικές CAD CAM είναι όλα συμβατά μεταξύ τους για άριστη συνεργασία. Οι χρήστες επωφελούνται επίσης από την ελεγμένη και επικυρωμένη διαδικασία.

Διανομή: **Sadent**

Βραβείο Καινοτομίας για το Monobond Etch & Prime

Το αυτοαδροποιητικό υλικό προετοιμασίας υαλο-κεραμικών εντυπωσιάζει εκατοντάδες χρήστες.

Το Monobond Etch & Prime είναι το πρώτο αυτοαδροποιητικό υλικό προετοιμασίας υαλοκεραμικών στον κόσμο. Παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στην Διεθνή Οδοντιατρική Έκθεση (IDS) 2015 στην Κολωνία κι έκτοτε έχει «κερδίσει» πάρα πολλούς χρήστες. Πρόσφατα για την απόδοσή του τιμήθηκε με βραβείο καινοτομίας.

Η Ivoclar Vivadent είναι ο πρώτος κατασκευαστής οδοντιατρικών που κατόρθωσε να αναπτύξει ένα υλικό το οποίο σας επιτρέπει να αδροποιήσετε και να σιλανοποιήσετε επιφάνειες υαλο-κεραμικού σε ένα μόνο βήμα. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο, το Monobond Etch & Prime θεωρείται καινοτόμο και είναι ευρέως γνωστό στην αγορά από την πρώτη στιγμή που κυκλοφόρησε, καθώς εξαλείφει την ανάγκη αδροποίησης με υδροφθορικό οξύ.

Στιγμιότυπο από την απονομή του βραβείου καινοτομίας για το Monobond Etch & Prime. Από αριστερά προς δεξιά: Uwe Jerathe, Pluradent AG, Norbert Wild, Ivoclar Vivadent Germany, και Dr Marion Marschall, DZW (με την ευγενική χορηγία του Oliver Pick).

Το Monobond Etch & Prime έχει ήδη «κερδίσει» πολλούς χρήστες.

«Πρώτη επιλογή» των οδοντιάτρων

Αρκετές χιλιάδες οδοντίατροι έλαβαν μέρος σε δημοσκόπηση για τα πιο καινοτόμα προϊόντα της χρονιάς στο πλαίσιο σχετικού διαγωνισμού καινοτομίας ο οποίος διοργανώνεται από γερμανική οδοντιατρική αντιπροσωπεία και μια οδοντιατρική εφημερίδα. Με μεγάλη διαφορά, οι συμμετέχοντες επέλεξαν το Monobond Etch & Prime, χαρίζοντάς του την πρώτη θέση στην κατηγορία «Υλικά και Εργαλεία». Περισσότερο από το 20% των ψήφων στην κατηγορία αυτή δόθηκαν στο προϊόν της Ivoclar Vivadent. Συνολικά, είκοσι προϊόντα που παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά στην IDS 2015 προτάθηκαν στις διάφορες κατηγορίες.

Προσανατολισμένο στις ανάγκες των οδοντιάτρων

«Είμαστε ενθουσιασμένοι και περήφανοι για το γεγονός ότι το Monobond Etch & Prime έχει λάβει πολλά βραβεία καινοτομίας τόσο σύντομα μετά από την επίσημη πρώτη κυκλοφορία του στην αγορά», δήλωσε σχετικά ο Armin Ospelt, επικεφαλής Παγκόσμιου Marketing της Ivoclar Vivadent AG (Λιχτενστάιν). «Τα βραβεία μάς δείχνουν ότι ανταποκρινόμαστε στις απαιτήσεις των πελατών μας, όπως έχει ήδη αποδειχθεί από την επιτυχία του προϊόντος στην αγορά».

Το Monobond® είναι σήμα κατατεθέν της Ivoclar Vivadent AG.

Νέα μπλοκ για το IPS e.max CAD

Η Ivoclar Vivadent συμπλήρωσε την συλλογή IPS e.max CAD. Με τη μεσαία ημιδιαφάνειά τους, τα νέα μπλοκ MT είναι κατάλληλα για ασθενείς που απαιτούν βελτιωμένη φωτεινότητα. Επίσης, τα IPS e.max CAD LT μπλοκ (χαμηλής ημιδιαφάνειας), είναι τώρα διαθέσιμα στο μέγεθος A14.

Τα IPS e.max CAD MT μπλοκ κυμαίνονται μεταξύ της χαμηλής (LT) και υψηλής (HT) ημιδιαφάνειας. Χρησιμοποιούνται σε αποκαταστάσεις που απαιτούν έναν υψηλότερο βαθμό ημιδιαφάνειας, σε σχέση με τις αποκαταστάσεις χαμηλής ημιδιαφάνειας (LT), και περισσότερη φωτεινότητα απ' ότι οι αποκαταστάσεις υψηλής ημιδιαφάνειας (HT). Τα MT μπλοκ είναι τα πλέον κατάλληλα για την κατασκευή αποκαταστάσεων με την τεχνική επιφανειακού χρωματισμού (staining) ή προστομιακής μείωσης (cut-back). Με δεδομένη την χαμηλή ημιδιαφάνειά τους ενδείκνυνται επίσης για λεπτές όψεις, στεφάνες μερικής κάλυψης και γέφυρες. Τα μπλοκ είναι τώρα διαθέσιμα σε μέγεθος C14.

Επιπλέον, τα μπλοκ IPS e.max CAD LT (χαμηλής ημιδιαφάνειας) είναι τώρα διαθέσιμα σε μέγεθος A14. Τα μπλοκ IPS e.max CAD Abutment διαθέτουν προκατασκευασμένη διασύνδεση, π.χ. για τη βάση της Sirona Ti base, και χρησιμοποιούνται για την κατασκευή υβριδικών επιεμφυτευματικών στηριγμάτων και για υβριδικές επιεμφυτευματικές στεφάνες. Τα νέα IPS e.max CAD A14 μπλοκ με επίπεδο ημιδιαφάνειας LT παρουσιάζουν νέες δυνατότητες αποχρώσεων για τα υβριδικά επιεμφυτευματικά στηρίγματα. Η διαδικασία κατασκευής έχει βελτιωθεί για τα μικρότερα στηρίγματα στεφανών τα οποία χωρούν σε ένα μπλοκ A14. Τα νέα IPS e.max CAD LT A14 μπλοκ είναι διαθέσιμα στην απόχρωση Bleach BL καθώς και σε εννέα αποχρώσεις A-D.

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

Διανομή: **Dental Vision, Sadent**

Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία

Επιστημονική επιμέλεια - Μετάφραση:

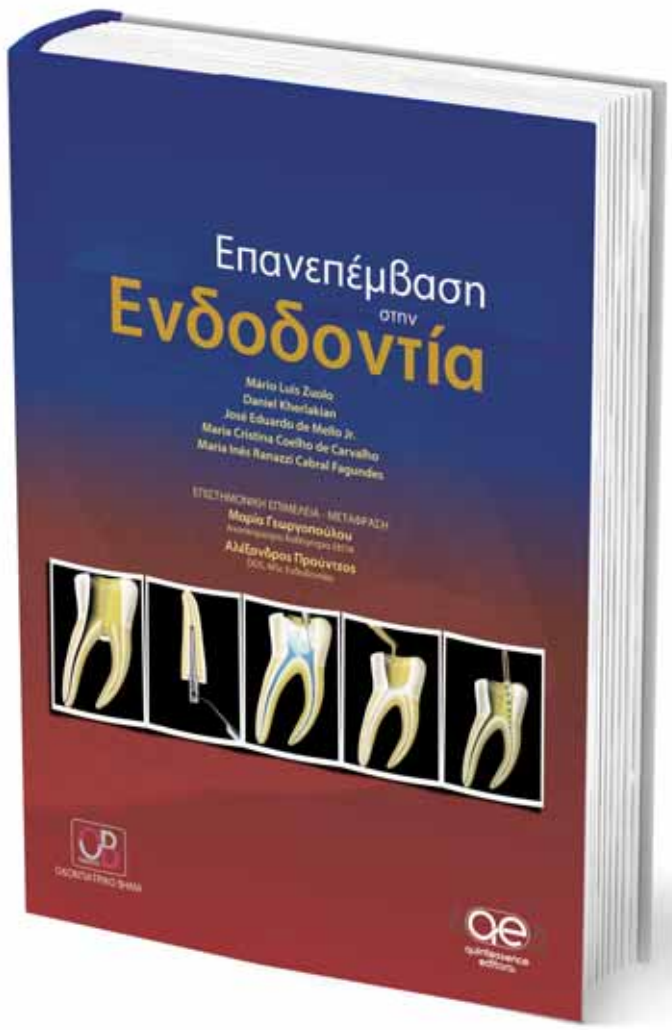
Μαρία Γεωργοπούλου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΕΚΠΑ
Αλέξανδρος Προύντzos DDS, MSc Ενδοδοντίας

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

VivaStyle® Paint On Plus

Το βερνίκι επαγγελματικής χρήσης για λεύκανση δοντιών

Αποτελεσματική λεύκανση δοντιών χωρίς δισκάριο

- Πρωτοποριακό σύστημα λεύκανσης για χρήση στο ιατρείο και στο σπίτι.
- Στοχευμένη εφαρμογή – γρήγορη δράση.
- Δρα σε 10 μόνο λεπτά ανά εφαρμογή.

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

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

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης

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

Τα ρεύματα στη Ζωγραφική 1

Οι Ανταύγειες Λόγου και Τέχνης, σ' αυτό το τεύχος και στο επόμενο, παρουσιάζουν τα ρεύματα στη ζωγραφική, όπως αυτά αναπτύχθηκαν από τον 15ο αιώνα μέχρι σήμερα.

1. Αναγεννησιακή Τέχνη

Ξεκίνησε κατά τον 15ο αιώνα, στη Φλωρεντία. Τα έργα έχουν θέματα κυρίως από τη Βίβλο, την Ελληνική και Ρωμαϊκή μυθολογία, την ιστορία, αλλά και τη σύγχρονη ζωή. Στην ουσία αποτελεί την απελευθέρωση από τις προκαταλήψεις και τις νοοτροπίες του Μεσαίωνα. Οι αρχαίες κλασικές τέχνες, μετά από μια παραγκώνιση πολλών αιώνων, ως παγανιστικές και ειδωλολατρικές, επανέρχονται στο προσκήνιο, αυτή τη φορά όμως αναμεμειγμένες με χριστιανικά στοιχεία. Χαρακτηρίζονται για τη λεπτομέρεια στο σχήμα και στο χρώμα και δίνεται μεγάλη έμφαση στην προοπτική. Για πρώτη φορά το ανθρώπινο σώμα εκθειάζεται, τόσο στη ζωγραφική, όσο και στη γλυπτική.

Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Botticelli, Michelangelo, Leonardo da Vinci, El Greco, Hieronymus Bosch, Jan van Eyck, Albrecht Dürer.*

«Μόνα Λίζα» ή «Τζοκόντα», Leonardo da Vinci (1505)

«Η γέννηση της Αφροδίτης», Botticelli (1486)

2. Μανιερισμός

Αναπτύχθηκε κατά την τελευταία περίοδο της Αναγέννησης στην Ιταλία και ειδικότερα από το 1520. Ο όρος προέρχεται από το λατινικό «manierus» που σημαίνει τρόπος. Σε αντίθεση με τα Αναγεννησιακά ιδεώδη, τα οποία αναζητούσαν τη ρεαλιστική απεικόνιση των φυσικών αναλογιών, οι εκφραστές του μανιερισμού απεικονίζουν υπερβολικά παραμορφωμένες φιγούρες, κυρίως μέσω της επιμήκυνσης των ανθρώπινων χαρακτηριστικών ή με τη χρήση εξεζητημένων στάσεων, προκειμένου να καλλιεργηθεί μία συναισθηματική ένταση.

Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Parmigianino, Bronzino, Michelangelo, El Greco*

«Το όραμα του Αγίου Ιωάννη», El Greco (1585)

«Η Μαντόνα με το μακρύ λαιμό» Parmigianino (1535)

3. Κλασικισμός

Καλλιτεχνικό ρεύμα που ξεκίνησε γύρω στα 1550 ως αντίδραση στον εξεζητημένο μανιερισμό και θεωρεί ως ιδανικό την ελληνο-ρωμαϊκή αρχαιότητα. Οι καλλιτέχνες κάνουν στροφή στα αρχαία πρότυπα και ιδανικά. Η λογική κυριαρχεί πάνω στο συναίσθημα και τη φαντασία. Επιδιώκεται η τελειότητα, η αρμονία και η ισορροπία. Εκφράζει την επιστροφή στο ρετρό, προτείνοντας συγκροτημένη κίνηση, απαλές αντιθέσεις και αυστηρά περιγράμματα.

Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Nicolas Poussin, Annibale Carracci, Claude Lorrain.*

«Λιμάνι στο ηλιοβασίλεμα», Lorrain (1639)

4. Μπαρόκ

Ξεκίνησε στις αρχές του 1600 στη Ρώμη. Ο όρος προέρχεται πιθανότατα από την πορτογαλική λέξη «barocco», που σημαίνει το ακανόνιστο μαργαριτάρι και δηλώνει γενικά την έννοια του ασυνήθιστου ή παράδοξου σχήματος. Το μπαρόκ επιδιώκει να θαμπώσει με τον όγκο, τα πολύπλοκα σχέδια και τη φορτική πολυτέλεια της διακόσμησης, το στήσιμο του έργου και το θεατρικό ύφος. Η επιτυχία του οφείλεται σε ένα μεγάλο βαθμό και στη στήριξη της καθολικής εκκλησίας, η οποία χρησιμοποίησε την τεχνοτροπία του και το δραματικό του ύφος για την αναπαράσταση πολλών θρησκευτικών θεμάτων που προκαλούσαν τη συναισθηματική συμμετοχή του θεατή. Επιπλέον, η αριστοκρατία της εποχής ευνοήθηκε από το επιβλητικό ύφος του μπαρόκ για την κατασκευή ανάλογων κτιρίων ή παλατιών που ενίσχυαν το κύρος της. Από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του ρεύματος αυτού είναι η εκμετάλλευση του φωτός και η δημιουργία έντονων αντιθέσεων μέσω έντονων φωτοσκιάσεων.

Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Rubens, Anton van Dyck, Caravaggio, Velzquez, Rembrandt, Pietro da Cortona*

«Πορτραίτο Κοριτσιού», Rubens (1618)

«Βάκχος», Caravaggio (1597)

5. Ροκοκό

Γεννήθηκε στη Γαλλία στις αρχές του 1700. Ο όρος προέρχεται από τη Γαλλική λέξη "rocaille" που σημαίνει όστρακο. Τα έργα προσπαθούν να αποτυπώσουν τις ευχάριστες καθημερινές σκηνές, με ειδυλλιακά τοπία και πρόσωπα από την αριστοκρατία σε διάφορες ασχολίες, ξεφεύγοντας από τα αυστηρά όρια που επέβαλε η εκκλησία. Τα χρώματα είναι απαλά και διάφανα με τόνους παστέλ, χωρίς βαθιές φωτοσκιάσεις. Προσπαθούν να προσδώσουν στα έργα έναν τόνο χαριτωμένο, ανάλαφρο και μια κομψότητα. Επίσης η ζωγραφική πορτραίτων ήταν πολύ διαδεδομένη αυτή την εποχή.

Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Jean-Antoine Watteau, Boucher, Canaletto, Hogarth, Fragonard*

«Η όχθη των σκλάβων», Canaletto (1730)

6. Νεοκλασικισμός

Γεννήθηκε ως αντίδραση στο μπαρόκ και στο ροκοκό, στα 1760, στη Ρώμη. Στα νεοκλασικά έργα παρατηρείται η υπεροχή του σχήματος αντί του χρώματος, τα κλειστά περιγράμματα, το ευδιάκριτο σχέδιο και η αποφυγή των βίαιων χρωματικών αντιθέσεων. Είναι πίνακες αυστηρών και συντηρητικών κανόνων και αναλογιών. Τα θέματα είναι παρμένα κυρίως από την αρχαία Ρώμη και την Ελλάδα, με εξιδανίκευση του γυμνού ανθρώπινου σώματος, κυρίως σε παγερές στάσεις. Είναι μια απόπειρα επιστροφής στην αρχαιότητα.

Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Anton Raphael Mengs, Jacques-Louis David, Ingres*

«Μεγάλη λουόμενη», Ingres (1808)

«Σαβίνες», David (1785)

7. Ρομαντισμός

Καλλιτεχνικό ρεύμα που ξεκίνησε στη Γερμανία γύρω στο 1800. Χαρακτηρίζεται από έργα που έχουν πλούσια χρώματα, αντιθετικά χρώματα και αδρές πινελιές που δεν ακολουθούν πιστά τα περιγράμματα. Αυτή η ελευθερία, σε συνδυασμό με τα γεμάτα κίνηση και ενέργεια θέματα, προκαλούν στον θεατή όμορφα συναισθήματα και του διεγείρουν τη φαντασία. Οι ζωγράφοι αντλούν τα θέματά τους από τη σύγχρονη εποχή και το περιβάλλον με μια ιδιαίτερη αγάπη για τα εξωτικά θέματα και για τους αγώνες των λαών για την ελευθερία.

«Οδοιπόρος στην ομίχλη», Friedrich (1818)

Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Goya, Delacroix, Turner, David Friedric, Théodore Gericault*

«Η ελευθερία οδηγεί το λαό», Delacroix (1830)

8. Ρεαλισμός

Γεννήθηκε στη Γαλλία γύρω στα 1840. Είναι η ζωγραφική της πραγματικότητας. Ζωγραφίζω αυτό που βλέπω, ό,τι είναι αληθινό. Τα έργα χαρακτηρίζονται από την έλλειψη καλλωπισμού, καθώς παρουσιάζουν το θέμα όπως πραγματικά είναι χωρίς να το ωραιοποιούν. Επίσης δίνουν θέση πρωταγωνιστή ακόμη και στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, εμφανίζοντας με ειλικρίνεια τη σκληρή καθημερινότητά τους. Όμορφες φωτοσκιάσεις, ζωντανά χρώματα απλωμένα με αδρές πινελιές, πράγματα, ζώα και άνθρωποι ρεαλιστικά αποτυπωμένα. Σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του ρεαλισμού είχε και η εφεύρεση της φωτογραφικής μηχανής.

Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Gustave Courbet, Édouard Manet, Edgar Degas, Daumier, Millet*

«Καλημέρα κύριε Courbet», Courbet (1849)

«Plum Brandy», Manet (1878)

9. Ματουραλισμός

Ξεκίνησε στη Γαλλία γύρω στα 1860 από μια ομάδα ζωγράφων, της σχολής της Μπαρμπιζόν, που προσπαθούσαν να έρθουν σε μια πιο κοντινή επαφή με τη φύση. Ο όρος προέρχεται από τη λατινική λέξη «natura» που σημαίνει η φύση. Είναι ένα είδος ρεαλιστικής ζωγραφικής. Οι ματουραλιστές ζωγραφίζουν κυρίως τοπία αλλά και ανθρώπους ψυχρά, αμέτοχα, όπως

«Mare et Lisiere de Bois», Rousseau (1865)

ένα αντικείμενο. Έχει περιγραφικό χαρακτήρα και καταγράφει τα πράγματα πιστά, με συνθέσεις και χρωματικούς τόνους καλοδουλεμένους.
Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Théodore Rousseau, Camille Corot*

10. Ιμπρεσιονισμός

Αναπτύχθηκε γύρω στα 1870, στη Γαλλία και προέρχεται από τη λέξη «Impressionism» που σημαίνει «εντύπωση». Χαρακτηρίζει την καμπή στη ζωγραφική και την μετάβαση από το αντικειμενικό στο υποκειμενικό. Ο καλλιτέχνης αποτυπώνει υποκειμενικά το θέμα, σύμφωνα με την εντύπωση που του προκαλεί εκείνη τη στιγμή. Κύρια χαρακτηριστικά του ιμπρεσιονισμού είναι τα ζωντανά χρώματα, κυρίως με χρήση των βασικών χρωμάτων, έμφαση στην αναπαράσταση του φωτός, μικρές και συχνά εμφανείς πινελιές, σπάνια χρήση του μαύρου χρώματος και για πρώτη φορά η ζωγραφική σε ανοιχτούς χώρους (en plein air), γεγονός που ευνοήθηκε από την ανακάλυψη των προ-επεξεργασμένων χρωμάτων.
Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Corot, Monet, Sisley, Renoir, Pissarro, Hokusai, Gustave Caillebotte, Toulouse-Lautrec*

«Η κα Μονέ», Monet (1875)

«Το θεωρείο», Renoir (1874)

11. Μετα-ιμπρεσιονιστές

Αποτελείται από διάφορα καλλιτεχνικά ρεύματα που ξεκίνησαν γύρω στα 1880 και αποτελούν επέκταση του ιμπρεσιονισμού. Οι μεταϊμπρεσιονιστές ζωγράφοι εξακολουθούν να διατηρούν τα χαρακτηριστικά του ιμπρεσιονισμού, ωστόσο επιδιώκουν να προσδώσουν μεγαλύτερο συναισθηματισμό στα έργα τους, χωρίς όμως να αποτελούν μια ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά. Έτσι εμφανίζονται μεμονωμένοι καλλιτέχνες με δικό τους στυλ ζωγραφικής.
Ο Paul Cézanne προσπάθησε να αποδώσει την ουσία των πραγμάτων μέσα από την έρευνα και την ενδελεχή παρατήρηση της φύσης.
Ο Paul Gauguin δημιούργησε ένα δικό του στυλ, τον Κλουαζονισμό ζωγραφίζοντας στα νησιά του Ειρηνικού, με τη χαρακτηριστική επιπεδοποίηση του χώρου και τα πλακάτα αντιθετικά του χρώματα που περικλείονται με χοντρές γραμμές.
Ο Vincent van Gogh ανακαλύπτει ένα δικό του τρόπο έκφρασης, ένα είδος εξπρεσιονισμού με τον οποίο ολοκάθαρα χρώματα τοποθετούνται στον καμβά με γοργές κυματιστές πινελιές.
Από τους κύριους εκφραστές είναι: *Paul Cézanne, Paul Gauguin, Vincent van Gogh.*

«Cafe Terrace at Night», Van Gogh (1888)

«Οι χαρτοπαίχτες», Cézanne (1892)

ΕΤΑΙΡΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ
Κλινικό Σεμινάριο Υαλουρονικού Οξέος
Η Εταιρία Σύγχρονης Οδοντιατρικής διοργανώνει το Δεύτερο Σεμινάριο εφαρμογής Υαλουρονικού Οξέος, περιόδου 2015 – 2016, το Σάββατο 28 Μαΐου 2016.
Διδάσκοντες: **Γεράσιμος Δουβίτσας** (Αναπλ. Καθηγητής ΕΚΠΑ), **Χαρίκλεια Παξιμαδά** (Επικ. Καθηγήτρια ΕΚΠΑ)

Το Σεμινάριο περιλαμβάνει:
1. Πλήρη θεωρητική ανάπτυξη της αισθητικής του προσώπου, της ανατομίας της περιστοματικής περιοχής, του υαλουρονικού οξέος και των τεχνικών εφαρμογής αυτού.
2. Κλινική εφαρμογή από τους διδάσκοντες σε μοντέλο-ασθενή.
3. Κλινική εφαρμογή από τους παρακολουθούντες σε δικό τους μοντέλο-ασθενή, υπό την επίβλεψη των παρακολουθούντων.
4. Καφέ – Γεύμα
5. Πιστοποιητικό παρακολούθησης

Το απαιτούμενο υαλουρονικό οξύ παρέχεται από την Εταιρία.

Κόστος Σεμιναρίου: **400 ευρώ**

Δηλώσεις Συμμετοχής:
Δουβίτσα Πολυάνθη, 210 8810630,6972712743
Μπαχά Φλωράνθη, 2104185795

Χορηγός Σεμιναρίου:
Dentalcon Healthcare Μον., Άκης Δημητρακόπουλος

MADE IN GERMANY

GLOBAL NUMBER 1

sirona

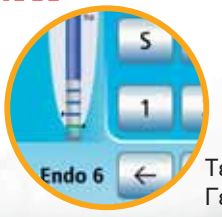
ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ ΦΕΡΝΕΙ ΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑ ΧΕΡΙΑ ΣΑΣ...
... ΚΑΙ Η ΚΡΙΣΗ ΕΙΝΑΙ ΠΙΑ ΤΟΥ ΧΕΡΙΟΥ ΣΑΣ!

Έφτασε το μηχάνημα που ξεπερνά κάθε προσδοκία!!

INTEGO

ΜΕ ΚΟΡΥΦΑΙΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ & ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΗ ΤΙΜΗ

από €250 τον μήνα!



Τεχνολογία + Γερμανική Ποιότητα

Έμφαση στην υγιεινή

ΡΩΤΗΣΤΕ ΜΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΣΠΑ

sirona.INTEGO

Η Δύναμη της Ανανέωσης

CEREC

Omnicam Connect

Το δημοφιλέστερο scanner ΤΩΡΑ και στην Ελλάδα

Ένα ΒΗΜΑ στην ΡΟΜΠΟΤΙΚΗ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ

- Η πιο μικρή κάμερα της αγοράς
- Χωρίς spray
- Φυσικά χρώματα στην οθόνη
- Χωρίς κόστος αναβαθμίσεων
- Ιδανικό για Ορθοδοντική
- Σύνδεση με το εργαστήριο

Δείτε το ζωντανά σε ιατρείο!!

SIROLaser Blue

Απεριόριστες δυνατότες

3 σε 1!!

Το ΠΡΩΤΟ διοδικό Laser με 3 μήκη κύματος

DENTICA AE

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

The Dental Company

sirona.